LONGEVITÀ

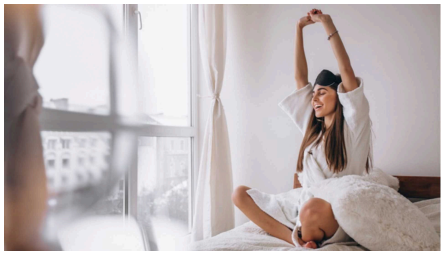
Fine vita, Leonardis (Tor Vergata): «Non lasciamo che siano gli altri a decidere per noi: è tempo di conoscere e depositare le Dat»

In Italia solo lo 0,6% di coloro che possono esprimersi ha consegnato le proprie volontà al notaio o al Comune. Al Policlinico Tor Vergata un convegno rivolto a medici e infermieri per approfondire gli strumenti previsti dalla legge 219/2017

Francesca Ferri



Longevità



Sonno e Stress

Cortisolo, il nostro caffè naturale al

(Magnific)

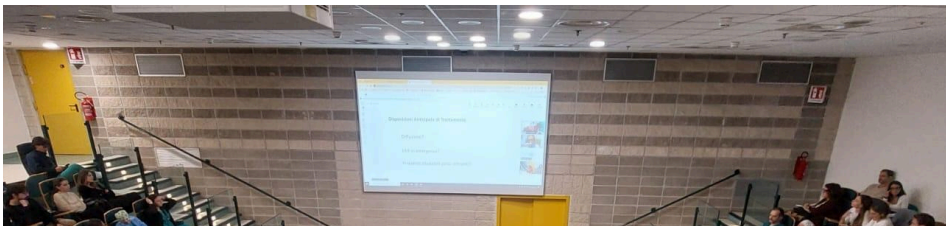
17 NOVEMBRE 2026

AGGIORNATO ALLE 13:33 DEL 17 NOVEMBRE 2026

6 MINUTI DI LETTURA

Negli ultimi anni la medicina ha acquisito strumenti sempre più sofisticati per sostenere le funzioni vitali e prolungare la sopravvivenza. Ma non sempre prolungare la vita significa migliorarne la qualità. Parallelamente la legge ha messo a disposizione dei cittadini strumenti per esprimere la propria volontà, semmai dovessero trovarsi in uno stato di non coscienza, al bivio tra la sopravvivenza legata a una macchina o la morte. Eppure solo un numero esiguo si è espresso. Non abbastanza per dare al medico un reale supporto decisionale.

Per offrire una riflessione e una guida a medici e personale sanitario che ogni giorno fronteggiano queste situazioni nei reparti di terapia intensiva, e per contribuire a creare una coscienza sempre più vasta di questi temi, giovedì 12 novembre si è tenuto all'Azienda ospedaliera universitaria Policlinico Tor Vergata il convegno "Il paziente nella fase finale della vita", accreditato Ecm (Educazione continua in medicina), Università degli Studi di Roma Tor Vergata, e con il coinvolgimento del gruppo di Bioetica della Società italiana di Anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva (Siaarti). Vi hanno partecipato circa 110 operatori della sanità, tra medici e infermieri.



risveglio

Claudia Orlanno



Longevità

Socialità, AI, cibo e altri segreti per vivere a lungo: esperti a confronto

Prevenzione

La malattia del Papa: cos'è un nodulo polmonare e come si cura

Francesca Ferri

Longevità

Giornate più corte: come cambia il nostro organismo

Claudia Orlanno

Ultime notizie

Un rene al 24%, salvato con un innesto dalla guancia: a Reggio Emilia il primato europeo



Un momento del convegno “Il paziente nella fase finale della vita” all’Azienda ospedaliera universitaria Policlinico Tor Vergata di Roma

SAE Salute ha incontrato la responsabile scientifica, la professoressa Francesca Leonardis, responsabile dell’Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Terapia intensiva e coordinamento donazione organi e tessuti afferente al Dipartimento d'Emergenza e Urgenza del Policlinico Tor Vergata e componente del gruppo di Bioetica della Siaarti.



La professoressa Francesca Leonardis durante il suo intervento al convegno “Il paziente nella fase finale della vita” all’Azienda ospedaliera universitaria Policlinico Tor Vergata di Roma

Professoressa Leonardis, come è cambiato, nella pratica clinica e nella cultura medica, l'approccio al paziente nella fase terminale?

“In passato, la medicina considerava il decesso come un fallimento terapeutico, portando i medici a utilizzare ogni tecnologia disponibile per prolungare la vita biologica. Oggi la morte è riabilitata come parte naturale del ciclo vitale. L’obiettivo è di

Francesca Ferri

L'eredità di Salvatore Maugeri per la sanità del futuro: a Pavia una riflessione a tutto tondo

Claudia Orlanno

Trapianto di microbiota, due pazienti salvate da una doppia complicanza dopo il trapianto di midollo

Redazione

Remuzzi (Istituto Mario Negri): “L’AI ci aiuta a curare gli ammalati? Medici bravi arrivano alla diagnosi giusta nel 20%, l’AI nell’85%. Perciò ci aiuta tantissimo”

Redazione

supportare il paziente affinché vada incontro a una "buona morte" attraverso le cure palliative precoci e il controllo dei sintomi. Il modello paternalistico classico, in cui il medico decideva unilateralmente il destino del paziente, è stato sostituito da un modello relazionale basato sull'autonomia del malato".

Come si realizza questa autonomia?

"In due modi. Uno è la Pianificazione condivisa delle cure, o Pcc, usata dai pazienti con malattie degenerative, ad esempio la Sla. Nella Pcc medico e paziente dialogano progressivamente per definire quali trattamenti accettare o rifiutare qualora la malattia dovesse aggravarsi. Un altro modo è rappresentato dalle Disposizioni anticipate di trattamento, le Dat, strumenti legali, come stabilito dalla Legge 219/2017 in Italia, che permettono a ogni persona di esprimere le proprie volontà sui trattamenti sanitari, inclusi nutrizione e idratazione artificiali, prima di perdere la capacità di intendere e di volere. Le Dat si esprimono recandosi al Comune o da un notaio. La nomina di un fiduciario garantirà che, in caso di incoscienza, verranno rispettate".

In passato c'è stato un acceso dibattito sul cosiddetto "accanimento terapeutico". Il tema ha trovato una soluzione?

"Oggi i codici deontologici medici e le leggi vietano espressamente quello che una volta si chiamava "l'accanimento terapeutico", definizione oggi sostituita da "ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure". Quando i trattamenti diventano sproporzionati o futili, ovvero non offrono alcun beneficio reale se non il prolungamento artificiale dell'agonia, il medico ha il dovere etico di sospenderli o non avviarli, attivando

Damiani (Maugeri): "La sostenibilità delle aziende sanitarie oggi è messa in crisi"

Redazione

contestualmente una sedazione palliativa profonda nei casi di sintomi refrattari non altrimenti controllabili".

In Italia la legge 219 del 2017 ha introdotto importanti disposizioni sul consenso informato, sulle Dat e sulla Pcc. A distanza di anni, quanto è realmente applicato nella pratica ospedaliera?

"Il consenso informato ordinario è ormai pienamente integrato come obbligo documentale, anche se nella quotidianità dei reparti la carenza di personale e i ritmi serrati spingono frequentemente la procedura a ridursi alla mera firma di un modulo burocratico. Le Dat e la Pcc invece faticano a radicarsi, rimanendo in gran parte sconosciute. Per le Dat i dati ministeriali e i report delle associazioni di settore evidenziano che solo una percentuale minima di cittadini italiani, circa lo 0,6% di coloro che possono esprimerle, cioè i maggiorenni capaci di intendere e volere, le ha depositate nella Banca dati nazionale. La maggior parte dei pazienti che giunge in rianimazione o in reparti di terapia intensiva in stato di incoscienza non ha espresso alcuna disposizione preventiva, lasciando medici e familiari a gestire situazioni di grave incertezza. La Pcc, invece, viene applicata con successo principalmente nelle reti di cure palliative, nelle malattie neurovegetative e in oncologia, mentre nei reparti ospedalieri per acuti, come la medicina interna, viene attivata raramente, spesso a causa di una limitata formazione specifica dell'équipe medica".

Come si affronta il rapporto con il paziente e con i familiari? E come si gestiscono eventuali divergenze tra ciò che chiede il paziente, ciò che desiderano i familiari e ciò che il medico ritiene clinicamente appropriato?

“Affrontare il rapporto con il paziente e i suoi familiari, in particolare quando emergono divergenze di vedute, è una delle sfide più complesse e delicate della pratica medica. Il segreto per gestire queste situazioni risiede nell'alleanza terapeutica, nella comunicazione empatica e nel rispetto dei principi bioetici e legali. Ad esempio, prima di spiegare la terapia, occorre ascolta le paure, i desideri e le aspettative del paziente; una persona che si sente ascoltata è molto più propensa a collaborare. Ovviamente servono chiarezza e accessibilità, cioè tradurre il "medichese" in un linguaggio semplice, ed è importante che il paziente percepisca che il focus centrale è il suo benessere. Infine, non bisogna nascondere le incertezze cliniche. Dire: "Stiamo valutando la risposta a questa terapia" genera più fiducia rispetto a un silenzio evasivo”.

Qual è il peso umano e professionale di chi ogni giorno lavora accanto alla morte?

“Lavorare quotidianamente accanto alla morte determina un impatto emotivo, cognitivo e fisico che deve essere gestito in modo strutturato per evitare di essere esposti al rischio di esaurimento emotivo. Nessun professionista sanitario può reggere a lungo il peso del fine vita basandosi esclusivamente sulle proprie risorse caratteriali o sulla resilienza individuale. La ripetuta esposizione alla sofferenza e alla perdita genera spesso un accumulo di dolore che il professionista non ha il tempo materiale o lo spazio mentale per elaborare. Senso di impotenza e una costante tensione emotiva sono spesso in agguato. Si può andare incontro a uno stato di *compassion fatigue* (stanchezza da compassione) che si traduce in una progressiva riduzione della capacità empatica, distacco affettivo e cinismo

difensivo verso i pazienti e i loro familiari. O al *moral distress* (disagio morale), quando l'operatore sa quale sarebbe l'azione eticamente più giusta, ma vincoli istituzionali, legali o gerarchici gli impediscono di attuarla. È indispensabile perciò adottare un approccio sistemico e organizzativo che affianchi alla preparazione clinica specifici percorsi di formazione relazionale, spazi di rielaborazione collettiva e supporto psicologico dedicato".

Qual è il cambiamento culturale più urgente che il convegno vorrebbe promuovere?

"La consapevolezza sempre maggiore che, di fronte alle scelte del fine vita, un solido giudizio clinico ed etico deriva da una valutazione multidisciplinare e multiprofessionale del paziente, dello stadio della malattia, della proporzionalità delle cure e della volontà del paziente, per arrivare a una decisione condivisa tra curanti ma anche con il paziente e/o la famiglia. E la conoscenza della legge 219 del 2017 nel pieno rispetto dell'alleanza terapeutica e dell'autodeterminazione del paziente".

FINE VITA

DAT, DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

SAE Salute
L'INFORMAZIONE CHE CURA .

SAE Salute, via Sicilia 66 - Roma / via Lugaro 15 – Torino | SAE Digital e Servizi S.r.l. - Sassari Z.I. Predda Niedda Strada 31 SNC 07100 - Partita IVA 03002640906

Fake News
Longevità
Donna +
Innovazione
Malattie Rare
Metabolismo
Malattie Croniche
Prevenzione
Oncologia

Redazione **Codice Etico** **Cookie Policy** **Privacy Policy**

I diritti delle immagini e dei testi sono riservati. È espressamente vietata la loro riproduzione con qualsiasi mezzo e l'adattamento totale o parziale. Le informazioni contenute su Sae Salute hanno esclusivamente finalità divulgativa e non sostituiscono la valutazione del medico.