

Shared Care Planning: An Opportunity to Be Seized

Citation: Tessadori MB. "Shared Care Planning: An Opportunity to Be Seized" (2026) *NEU* 50 (2): 51-60. DOI: <https://doi.org/10.82051/neu-2026-316>

Received: February 11, 2026

Revised: March 24, 2026

Just accepted online: June 11, 2026

Published: June 11, 2026

Correspondence: Maria Beatrice Tessadori, Comitato per l'Etica di Fine vita (CEF). Email: mariabeatrice.tessadori@unipv.it

Copyright: © The Author(s) 2026. This article is published by iEditore and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

Data Availability Statement: All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Conflict of Interest: The author(s) declare(s) no conflict of interest.

Funding: This research received no external funding.

Maria Beatrice Tessadori¹

¹ *Docente di etica e deontologia infermieristica, Vice Presidente del Comitato per l'Etica di Fine vita (CEF), Milan, Italy*

Abstract

Introduction. Constant medical advances have reduced disease and mortality, increasing longevity and life expectancy. Many deaths today occur in hospitals or nursing homes.

Problem. Sometimes, treatments that provide no benefits, are excessive, inappropriate, or futile, and without the patient informed consent. At the end of life, the patient's dignity and self-determination are not always respected.

Discussion. Nurses experience significant ethical distress, often accompanied by frustration when patients aren't informed of their diagnosis and prognosis, or when they are involved in life-prolonging treatments for patients with a short life expectancy. Establishing the existence of right isn't enough, it is necessary to create the conditions under which that right can be implemented.

Conclusions. The nurse's advocacy role/value can be interpreted, as well as promoted, within the team through the implementation of shared/advance care planning, as required by Law 219/2017 and the Codes of Ethics of all professionals. However, it will also be necessary to understand the actual organizational conditions of interaction that can favor this complex process in various context.

Keywords: End of Life, Deontology, Law, Advocacy, Advance Care Planning

«[...] Valorizzando l'autonomia e preoccupandoci dell'interesse di un paziente, rispettando l'autodeterminazione, [...] stiamo anche mostrando cura e la preoccupazione per lui come un essere relazionale [...]. In altre parole, io sto suggerendo che uno dei modi migliori di cura per le persone è quello di rispettare la loro autonomia e i loro diritti».

H. Kushe, 1997

Introduzione

I costanti progressi della scienza, della medicina e della tecnica nel XX secolo hanno permesso la costante riduzione di malattie, con un incremento delle speranze di vita. Nei paesi industrializzati, nuove terapie, diagnosi precoci, assistenza, riabilitazione e stili di vita salutari hanno contribuito a ridurre la mortalità, ma non il numero di ricoveri ospedalieri che risultano in costante aumento (Ministero della Salute,

2023). Contemporaneamente si è concretizzata una cospicua “ospedalizzazione della morte” (Da Silva, 2024; Robertson, 2022, Barbagli, 2018) e così, nonostante in un buon numero di casi la morte sia diventata prevedibile, oltre che procrastinabile, si stima che, diversamente dal passato, più della metà dei decessi avvengano in ospedale, seppur con notevoli differenze tra nord e sud Italia (Barbagli, 2018). Ogni tipo di “fragilità” viene segnalato come dato prognostico negativo.

Nonostante una progressiva diffusione della rete di strutture assistenziali territoriali e domiciliari (Ministero della Salute, 2022) quindi, spesso si muore in ospedale per insufficienza cronica end stage sia essa cardiaca, respiratoria, neurologica, renale, epatica (SIAARTI, 2013), per cancro (il 35,39% in ospedale e il 20,06% in hospice o strutture di assistenza a lungo termine) (Numico, et al, 2024). Per quanto riguarda gli anziani prossimi alla fine della vita, l’85% dei decessi avviene in reparti di lunga degenza e in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), in cui la demenza e il deficit cognitivo rappresentano circa il 70% dei casi (Galetti, 2025).

Nuovi scenari

Nell’antichità sia il luogo di nascita che di morte è sempre stato quello della propria casa, l’ambito familiare, privato, riservato. Alla fine del ‘700 e ai primi del ‘900 moriva a casa oltre il 90% degli italiani (Barbagli, 2018).

Per cercare di analizzare e interpretare il fenomeno dell’ospedalizzazione della morte e le sue implicazioni è opportuno, innanzitutto, prendere in considerazione, oltre alle nuove possibilità diagnostico-terapeutiche, anche le trasformazioni demografiche, il mutamento delle malattie e le loro diverse traiettorie.

Le trasformazioni demografiche

In Italia, storicamente tra i Paesi con la più alta aspettativa di vita, oggi la speranza alla nascita è di 81,4 anni per gli uomini e di 85,5 per le donne, mentre l’indice di vecchiaia raggiunge quota 168,9 anziani ogni cento giovani (OECD, 2025; ISTAT 2025). Le persone dai 65 anni in su costituiscono il 24,7% della popolazione (14,6 milioni) e si stima che nel 2045 gli/le ultra sessantacinquenni saranno aumentati/e di

quasi 4,5 milioni raggiungendo i 19 milioni (il 34,1% della popolazione) (CENSIS, 2025).

Grazie alla possibilità di rendere croniche alcune malattie, il prolungamento della durata media della vita induce il progressivo invecchiamento della popolazione. La longevità, inevitabilmente, aumenta il peso delle patologie invalidanti in età avanzata (Bartoli, 2024). Alcune previsioni: il World Economic Forum stima che entro il 2050 la popolazione mondiale oltre i 60 anni raddoppierà, passando da 1 miliardo del 2020 a 2,1 miliardi (WEF, 2024); l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sostiene che, mentre nel 2020 in tutto il mondo le persone affette da demenza erano 50 milioni, i numeri raddoppieranno ogni 20 anni, per raggiungere oltre 150 milioni entro il 2050 (WHO, 2025; Sawyer, Higgs 2025; Nichols, et al. 2019). Eppure, in uno studio pubblicato da Lancet, si constata che, dopo decenni di costanti miglioramenti dell’aspettativa di vita, si sta verificando un rallentamento della longevità a causa di vari fattori di rischio, tra cui stili di vita che la compromettono (Lancet, 2025). Ma c’è anche chi, invece, prospetta concrete possibilità di un diffuso allungamento della vita fino ai novantacinque o cento anni (Pattillo, 2025).

Le malattie

L’aumento dell’aspettativa di vita ha comportato un cambiamento nell’epidemiologia delle malattie. Come indicano i dati OMS, nell’ultimo decennio la percentuale di persone in buona salute è rimasta sostanzialmente costante (WHO, 2025), il che implica che si vivranno più anni passati in cattiva salute, anche a causa di decorsi di malattia più prolungati. Già ora la percentuale di pazienti con due o più condizioni patologiche contemporanee sta costantemente aumentando (Witty, et al. 2020). In Italia si stima che l’85% degli ultrasessantacinquenni ha almeno una patologia cronica e il 64% almeno due (Furlan, Montano, 2026). Proprio perché la longevità può essere caratterizzata anche da un declino delle capacità fisiche e mentali, con implicazioni negative che investono la capacità decisionale, diventa importante studiare sia i meccanismi biologici legati all’invecchiamento (Franceschi, et al., 2018) che la loro correlazione con lo sviluppo e la progressione delle patologie.

Ancora oggi le malattie cardiovascolari e i tumori rappresentano il primo caso di morte, pur essendo aumentato il numero di decessi per malattie del sistema respiratorio e circolatorio, per malattia di Alzheimer e altre demenze (ISTAT, 2025).

Escludendo la morte improvvisa, le traiettorie di malattia e di declino della salute fisica che portano a morte possono essere varie e con percorsi diversificati (Geijteman, et al. 2024; Murray, et al. 2024) ma, ormai da anni, sono state ben delineate. Conoscerle può portare, più facilmente, a porre in essere un processo decisionale condiviso sia tra i vari professionisti che con il paziente (shared decision-making) per individuare, comunicare e condividere le realistiche opzioni di trattamento terapeutico e assistenziale (Murray, et al. 2024). Questo, come evidenziato soprattutto dai professionisti che operano nell'ambito delle cure palliative, può anche essere d'aiuto/favorire/guidare un percorso di simultaneous care in cui, in caso di diagnosi di inguaribilità, possano venire offerte cure palliative precoci e contemporanee con altri trattamenti attivi, per poter comunque migliorare la qualità di vita (SICP, 2014).

Traiettoria di declino graduale. Caratterizza le malattie neurodegenerative di Parkinson, di Alzheimer e le demenze, ovvero malattie croniche, progressive e irreversibili. Oggi, per esempio, il tempo medio di sopravvivenza dall'esordio della malattia di Alzheimer è stimato in 7 o 6 anni (Stall, et al. (2025), quello di evoluzione del Parkinson può essere di oltre 20 anni (Kempster, 2025), e la Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) ha una durata media tra i 2 ed i 4 dall'inizio dei sintomi, ma può protrarsi anche per dieci anni (Marin, et al. 2017). Nel tempo, in tutte queste malattie, si verifica una lenta ma costante perdita di capacità fisiche e mentali, con crisi o malattie occasionali e reversibili. Diminuirà gradualmente anche l'indipendenza e, soprattutto durante l'ultimo anno di vita, le persone subiranno un importante declino complessivo di tutte funzionalità.

Traiettoria di declino intermittente. È comune nelle insufficienze d'organo, malattie cardiache, renali o polmonari e include periodi di salute stabile interrotti da episodi gravi o riacutizzazioni che richiedono cure intensive per far fronte agli aspetti reversibili. Ogni

episodio rende più difficile il recupero, portando a un graduale declino generale. La morte può verificarsi in qualsiasi momento lungo questo percorso.

Traiettoria di declino rapido. Questa forma di declino, è, solitamente sperimentata dalle persone affette da cancro. Le malattie tumorali hanno diagnosi e prognosi che vengono formulate mesi e talora molti anni prima e, quando non si verifica una risoluzione, terminano poi con un rapido declino. Anche nel caso di pazienti con tumori solidi ritenuti incurabili, i più recenti trattamenti antitumorali sistemici - come la terapia mirata e l'immunoterapia - hanno reso le cure più efficaci. Questo, però, ha indotto una ulteriore "incertezza prognostica" perché ad un "eventuale" deciso miglioramento - che talvolta può durare per settimane o addirittura anni - segue sempre un successivo rapidissimo peggioramento definitivo (Geijteman, et al. 2024).

Nel caso di persone con "multimorbilità" la traiettoria di declino, a causa della sovrapposizione di svariati fattori e problemi, risulterà più imprevedibile e incerta (Luo, et al. 2025; Chowdhury, et al. 2023). Per tutte le traiettorie di malattia la prognosi clinica potrà fornire indicazioni circa il declino che ne seguirà, aiutando a "stimare" quando si potrebbe verificare il decesso, ma non potrà mai stabilirlo in tempi esatti.

Diritti alla fine della vita

I diritti delle persone alla fine della vita (CEF, 2014, 1997) oggi sono iscritti sia nella deontologia professionale che nelle leggi.

La deontologia

Gli attuali e i più recenti Codici deontologici di medici (FNOMCeO 2006 -2014) e infermieri (FNOPI 2009-2019-2025) ribadiscono che nel processo di cura e assistenza deve essere messo al centro il best interest della persona e, per questo, prevedono il suo consenso libero e consapevole a tutti gli atti sanitari. Per i medici, però, gli indirizzi non sono sempre stati questi. Infatti, i cosiddetti "galatei medici" - antenati dei codici deontologici - suggerivano un orientamento diverso. Nel primo - pubblicato da Giuseppe Pasta a Bergamo nel 1791 - si

diceva che se il medico si fosse trovato di fronte ad una «infermità dubbia e minacciosa» non doveva informare il paziente, ma quelli che gli erano «più vicini, in quanto più ragionevoli»; quando poi lo stato del paziente fosse diventato «minaccioso» o «pericolante» l'informazione doveva essere riservata «ai congiunti, agli amici, ai sacerdoti, a chi si rede più vicino al cuore del malato e più fornito di zelo e buona maniera» (Pasta, 1794). Nel 1954 il primo codice di deontologia della Federazione nazionale degli ordini dei medici, pur introducendo il principio del consenso del malato, riaffermava che, nel caso di prognosi grave, fosse lecito nascondere la verità al paziente, ma non alla famiglia. Si sono attenuti a questo indirizzo anche i codici del 1978 e del 1989 (Patuzzo, 2014) benché, già all'inizio del '900, George Surbled - medico francese autore di molti scritti di deontologia professionale - accusasse i suoi colleghi di ingannare ingiustamente i loro pazienti con false promesse di guarigione e di chiamare il sacerdote solo quando "era ormai tardi" (Surbled, 1910) e il paziente non aveva più nemmeno i requisiti minimi ritenuti necessari per ricevere l'eucarestia (Scotti, 1945).

La legge

Attualmente la legge n. 219 /2017 «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento» che individua i criteri normativi della relazione di cura anche alla fine della vita, mette in primo piano la libertà di scelta e sostiene l'autodeterminazione indicando, dovere del medico e di tutta l'équipe, la pianificazione condivisa delle cure con il paziente (PCC), la possibilità di una pianificazione anticipata (PAC), oltre l'opportunità per i cittadini di depositare anticipatamente le proprie direttive di trattamento (DAT).

La PCC e la PAC implicano che i curanti condividano con i loro pazienti i piani di cura e assistenza, basati su competenza e responsabilità professionale, mentre per quanto riguarda le DAT, i cittadini maggiorenni e capaci devono avere la possibilità di scegliere e far valere il proprio consenso/dissenso informato alle cure anche quando in futuro, non siano più in grado di esprimerlo direttamente.

La situazione

La legge 219 ha già compiuto 8 anni e il 77,8% degli italiani si dichiara favorevole al "testamento biologico", le DAT appunto (EURISPESS, 2025). Tuttavia quelle depositate nella Banca nazionale DAT, seppur in costante crescita, a fine dicembre 2023 erano meno dello 0,5% della popolazione maggiorenne (Associazione Luca Coscioni, 2024). Questa carenza non solo rappresenta l'espressione di uno scarso interesse e/o di una scarsa conoscenza di questa possibilità da parte dei cittadini, ma può anche indurre un eventuale dilemma per i professionisti delle unità operative in cui accedono persone in condizioni critiche, non più in grado di esprimere un proprio consenso/dissenso informato alle cure (Kim, et al. 2024).

Il processo decisionale, soprattutto per quanto riguarda la fase terminale della vita, può divenire particolarmente complesso per le équipes dei curanti, a causa degli snodi decisionali, che spesso devono affrontare risvolti meno tecnici e più etici (Palmryd, et al. 2024; Sedini, et al. 2021). Ciò vale specie per i medici che mantengono un ruolo significativo nelle decisioni: quali trattamenti garantire, ridurre gradualmente, interrompere o sospendere? A questo proposito si discute dell'inopportunità dell'overtreatment, correlato alle modalità diagnostiche, alle modalità di trattamento e alle preferenze dell'assistito (Kueck, et al. 2020; Borsellino, 2018). Nel caso di cure sproporzionate, però, sono soprattutto gli infermieri ad esprimere il proprio disagio etico, vissuto anche con frustrazione (Huang, 2025; Arends, et al., 2022; Damps, et al. 2022; Callahan, 2018; Scanlon, Murphy, 2014), specie quando osservano una incongruenza tra ciò che i medici dicono di auspicare per sé stessi e le decisioni prese nei confronti degli assistiti (Mroz, et al. 2025).

Anche a fronte dell'aumento delle malattie croniche è proprio il processo condiviso della PAC che può concorrere a garantire il rispetto dei valori e delle priorità del paziente: se i professionisti sanitari prendessero decisioni solo in base alla propria competenza o ai propri valori etici potrebbero rischiare di intraprendere trattamenti inappropriati, non necessari, inutili o non voluti.

Talvolta il problema può essere rappresentato anche da una eccessiva interferenza dei

famigliari che, senza delega del paziente e magari a sua insaputa, insistono per la prosecuzione di trattamenti che lo tengano in vita “ad ogni costo”, manifestando anche notevole resistenza verso le cure palliative.

Con l'intento di “guidare” i professionisti in percorsi di qualità del fine vita, molte aziende ospedaliere si sono dotate di protocolli diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) inerenti al percorso da seguire per la gestione del processo e delle necessarie interazioni. Ma poiché le parole, come sempre, sono subordinate agli intenti, non sempre hanno dato risultati apprezzabili. E, purtroppo, non mancano esempi di pazienti che, nonostante avessero espresso la loro preferenza per il solo controllo dei sintomi negli ultimi giorni di vita, hanno ricevuto trattamenti per il suo prolungamento (Sedini, et al. 2022; Mark, 2010).

4. Conclusioni

«Le leggi son, ma chi pon mano ad esse?»

Dante Alighieri

In molti dei casi sottoposti al Comitato per l'Etica di Fine vita (CEF) gli infermieri impegnati nell'assistenza al termine della vita lamentano due tipologie di disagio: uno, riconducibile all'interno dell'équipe di cura e assistenza, riferito alla pratica di cure inutili, alla mancanza di interazione professionale e di condivisione nelle decisioni, l'altro riconducibile al versante esterno a causa dei problemi che nascono con altre équipes (generalmente specialistiche) che, dopo aver inizialmente preso in carico il paziente senza averlo informato sul reale stato della sua malattia, hanno iniziato trattamenti divenuti poi sproporzionati e inappropriati, talvolta seguiti anche da un trasferimento in area critica. Di questa eventualità si lamentano anche medici e infermieri di cure palliative: per loro il più concreto problema sta proprio nel non poter più disporre del tempo, che sarebbe necessario, per riuscire a informare gradualmente e adeguatamente il paziente e quindi pianificare con lui l'assistenza palliativa necessaria e desiderata.

PCC, PAC e DAT rappresentano strumenti concreti in primis a sostegno del principio etico di autodeterminazione e del rispetto della

dignità degli assistiti, ma possono anche essere considerati mezzi atti a favorire il tramonto del “paternalismo medico” e/o del “maternalismo assistenziale”. D'altro canto si configurano come concrete opportunità che possono offrire vantaggi sia ai professionisti che ai familiari: ai professionisti perché potranno evitare incertezze, dilemmi, tensioni e conflitti all'interno delle équipes (Peng et al. 2025; Arends, 2022; Zarantonello, 2022), ai familiari perché non dovranno farsi carico di oneri decisionali in un momento connotato, anche per loro, da ansia e stress, e/o caratterizzato da posizioni divergenti e sensi di colpa (Othman, et al. (2025; Kim, 2024).

Gli studi che analizzano i fattori associati alla messa in atto di PCC e DAT sono ormai numerosi e spesso enfatizzano il ruolo assegnato all'infermiere, sia per la sua relazione privilegiata e il rapporto di comunicazione che riesce a stabilire con l'assistito (Fedele, 2024) che per la possibilità del contributo che potrebbe dare alla diminuzione di ricoveri impropri o inappropriati, specie nelle varie terapie intensive (Chao, et al. 2025; El Hussein, et al. 2025; Sangmin, et al. 2024; Yang, et al. 2022; Maffoni, et al. 2020; Dowling, et al. 2020; Miller, et al. 2019).

La competenza infermieristica saldamente radicata nel valore di advocacy - che sta anche nella potestà di “dar voce al paziente” e “stare dalla sua parte” - non sempre però può essere espressa ed intrapresa (Siobhan, et al. 2025; Blackwood, et al. 2019), col risultato che, talvolta, gli infermieri concorrono sia al mancato rispetto di specifiche norme (Legge 219/2017, Legge 38/2010; artt. 2, 13, 32 Costituzione) che di standard professionali individuati dal Codice deontologico (FNOPI 2025, art. 17,19,26,27). Diventerà allora indispensabile analizzare a fondo i vari contesti per individuare le effettive condizioni che possono favorire, complessivamente, questo articolato processo (Borsato, Tessadori, 2009).

Stabilire l'esistenza di un diritto non basta, è necessario creare le condizioni per la sua attuazione. Per questo anche la messa in campo di un PDTA richiede un effettivo intento collaborativo interprofessionale, non sempre scontato, che dovrà investire attivamente tutti i professionisti implicati nel processo, in modo che possano giungere ad una visione integrata del paziente, temporalmente coerente con la sua condizione, che consenta la condivisione

dei successivi steps di presa in carico (Zarantonello, 2022). Ciò sarebbe impraticabile se i professionisti delle diverse unità operative restassero “realità locali autoregolate”, distinte, associate solo alle competenze tecniche esclusive, alla discrezionalità nella valutazione, all'autorità di decisione posta solo nelle mani dei responsabili (Borsato, Tessadori, 2004).

Gli argomenti affrontati non possono essere considerati irrilevanti e per questo meriterebbero un approfondimento di analisi, anche alla luce di alcune domande: le strutture sanitarie sentono il dovere di sviluppare più efficacemente le relazioni di coordinamento e di comunicazione trasversali tra unità operative e tra professionisti, così da andare verso una modalità organizzativa che consenta il governo di questi processi? E quanto la realtà attuale è favorevole e disponibile a questa esigenza?

© The Author(s) 2026. This article is published by iEditore and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0)

References

- Arends, S. A. M., Steenbergen, M., Thodé, M., Francke, A. L., & Jongerden, I. P. (2022). Moral distress among nurses involved in life-prolonging treatments in patients with a short life expectancy: A qualitative interview study. *Patient education and counseling*, 105(7), 2531–2536. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.01.017>
- Aschale, A., Gishu, T., Mengist, S., & Tsehay, M. (2025). Experiences of intensive care unit nurses in providing end-of-life care in public hospitals: a phenomenological study. *BMC nursing*, 24(1), 1185. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03849-5>
- Associazione Luca Coscioni. (2025, 31 gennaio). *Dopo 7 anni, il Biotestamento è una realtà sociale sempre più significativa*. Associazione Luca Coscioni (consultato il 15 dicembre 2025).
- Barbagli, M. (2018). *Alla fine della vita*. Morire in Italia (p. 43). Il Mulino.
- Bartoli, V. (2024). Stato di salute, ospedalizzazione della popolazione anziana e aspetti quantitativi ed evolutivi dell'invecchiamento demografico in Italia. *Tendenze Nuove*, 2, 1–9. <https://doi.org/10.32032/TENDENZENUOVE20240201.PDF>
- Blackwood, D. H., Walker, D., Mythen, M. G., Taylor, R. M., & Vindrola-Padros, C. (2019). Barriers to advance care planning with patients as perceived by nurses and other healthcare professionals: A systematic review. *Journal of clinical nursing*, 28(23-24), 4276–4297. <https://doi.org/10.1111/jocn.15049>
- Borsato, P., & Tessadori, M. B. (2004). *Governare gli ospedali: varietà ed efficacia delle strategie di direzione*. L'Ospedale, 4(4), 24–33. Associazione Medici di Direzione Ospedaliera.
- Borsato, P., & Tessadori, M. B. (2009). Complessità organizzativa ed ostacoli al consenso informato: riflessioni sul ruolo degli infermieri. *L'Infermiere*, 2, 51–58. Federazione Nazionale IPASVI.
- Borsellino, P. (2018). *Bioetica tra «moralì» e diritto*. Raffaello Cortina Editore.
- Callahan D. (2018). Futile Treatment and Conquering Death. *Perspectives in biology and medicine*, 60(3), 331–335. <https://doi.org/10.1353/pbm.2018.0005>
- Comitato per l'Etica di Fine Vita (CEF). (2005). *Carta delle volontà anticipate*. <https://www.comitato-finevita.it/documents/carta-delle-volonta-anticipate-2/> (consultato il 12 gennaio 2026).
- CENSIS. (2025). *59° Rapporto sulla situazione sociale del Paese 2025*. Franco Angeli. <https://www.censis.it/rapporto/rapporto-2025/> (consultato il 12 gennaio 2026).
- Chao, H. C., Chen, Y. L., Lin, H. C., Wang, J. J., & Yang, Y. P. (2025). Nurses' competence and needs to assist advance directives for institutionalized people with dementia and their family. *Applied nursing research : ANR*, 82, 151924. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2025.151924>
- Chowdhury, S. R., Chandra Das, D., Sunna, T. C., Beyene, J., & Hossain, A. (2023). Global and regional prevalence of multimorbidity in the adult population in community settings: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 57, 101860. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101860>
- da Silva Marques, D., Lenardt, M., Cechinel, C., Rodrigues, J., Kraus, R., & Guedez, J. (2023). Hospitalization and occurrence of death in frail older adults: An integrative review. *Open Journal of Nursing*, 13, 699–708. <https://doi.org/10.4236/ojn.2023.1310046>
- Damps, M., Gajda, M., Stołtny, L., Kowalska, M., & Kucewicz-Czech, E. (2022). Limiting futile therapy as part of end-of-life care in intensive care units. *Anaesthesiology intensive therapy*, 54(3), 279–284. <https://doi.org/10.5114/ait.2022.119124>
- Dowling, T., Kennedy, S., & Foran, S. (2020). Implementing advance directives-An international literature review of important considerations for nurses. *Journal of nursing management*, 28(6), 1177–1190. <https://doi.org/10.1111/jonm.13097>
- El Hussein, M. T., & Favel, D. (2025). Advanced care planning conversations: A scoping review of nurse practitioners' approach. *The Journal for Nurse Practitioners*, 21(7), 105421. [https://www.npjjournal.org/article/S1555-4155\(25\)00104-7/fulltext](https://www.npjjournal.org/article/S1555-4155(25)00104-7/fulltext)
- EURISPES. (2025, 29 maggio). *Rapporto Italia 2025*. <https://eurispes.eu/news/risultati-rapporto-italia-2025/> (consultato il 24 novembre 2025).
- Fedele, V., et al. (2024). Comunicazione terapeutica: Un'analisi della letteratura e l'impatto sulla pratica infermieristica basata sull'EBN. *L'Infermiere*, 61(2), e42–e50. ISSN 2038-0712.
- FNOPI. (2025). *Codice deontologico delle professioni infermieristiche (Capo IV, Rapporti con le persone assistite, artt. 17, 19, 26, 27)*. Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche.
- Franceschi, C., Garagnani, P., Parini, P., Giuliani, C., & Santoro, A. (2018). Inflammaging: a new immune-metabolic viewpoint for age-related diseases. *Nature reviews. Endocrinology*, 14(10), 576–590. <https://doi.org/10.1038/s41574-018-0059-4>
- Furlan, L., & Montano, N. (2026, 8 gennaio). Invecchiamento e pazienti cronici, così “the hospitalist” rende i percorsi di cura più gestibili e sostenibili. *Il Sole 24 Ore*.
- Galetti, P. (2025). *Oltre il milione: La realtà della demenza in Italia e le nuove strategie di intervento, anche*

del SIGOT. <https://advenias.care/oltre-il-milione-la-realta-della-demenza-in-italia-e-le-nuove-strategie/> (consultato il 15 dicembre 2025).

- Geijteman, E. C. T., Kuip, E. J. M., Oskam, J., Lees, D., & Bruera, E. (2024). Illness trajectories of incurable solid cancers. *BMJ (Clinical research ed.)*, 384, e076625. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076625>
- Huang L. L. (2025). Medical futility and the ethics of continuing treatment: a hermeneutic inquiry into patient and physician perspectives. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine : PEHM*, 20(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s13010-025-00200-3>
- ISTAT. (2025). *Cause di morte in Italia. Anno 2022*. <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/06/Report-cause-di-morte-Anno-2022.pdf> (consultato il 12 gennaio 2026).
- ISTAT. (2025). *Noi Italia 2025*. <https://noi-italia.istat.it/pagina.php?id=3&categoria=3&action=show&L=0> (consultato il 12 gennaio 2026).
- Kempster P. A. (2025). Understanding the progression of Parkinson's disease: a review. *BMJ neurology open*, 7(2), e001215. <https://doi.org/10.1136/bmjno-2025-001215>
- Kim, H., Cho, J., Shin, S., & Kim, S. S. (2024). Uncertainty in surrogate decision-making about end-of-life care for people with dementia: An integrative review. *Journal of advanced nursing*, 80(8), 3103–3118. <https://doi.org/10.1111/jan.16038>
- Kuek, J. T. Y., Ngiam, L. X. L., Kamal, N. H. A., Chia, J. L., Chan, N. P. X., Abdurrahman, A. B. H. M., Ho, C. Y., Tan, L. H. E., Goh, J. L., Khoo, M. S. Q., Ong, Y. T., Chiam, M., Chin, A. M. C., Mason, S., & Krishna, L. K. R. (2020). The impact of caring for dying patients in intensive care units on a physician's personhood: a systematic scoping review. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine : PEHM*, 15(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s13010-020-00096-1>
- Kuhse, H. (1997). *Caring: Nurses, women and ethics*. Blackwell. (Trad. it. Prendersi cura. *L'etica e la professione di infermiera*. Edizioni di Comunità, 1997, p. 174).
- Luo, S., Chen, W., Li, J., & Guo, V. Y. (2025). Association between Multimorbidity and End-of-Life Outcomes among Middle-Aged and Older Adults: Evidence from 28 Countries. *Journal of the American Medical Directors Association*, 26(3), 105461. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105461>
- Mack, J. W., Weeks, J. C., Wright, A. A., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2010). End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 28(7), 1203–1208. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.25.4672>
- Maffoni, M., Argentero, P., Giorgi, I., & Giardini, A. (2020). Healthcare professionals' perceptions about the Italian law on advance directives. *Nursing ethics*, 27(3), 796–808. <https://doi.org/10.1177/0969733019878831>
- Marin, B., Boumédiene, F., Logroscino, G., Couratier, P., Babron, M. C., Leutenegger, A. L., Copetti, M., Preux, P. M., & Beghi, E. (2017). Variation in worldwide incidence of amyotrophic lateral sclerosis: a meta-analysis. *International journal of epidemiology*, 46(1), 57–74. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw061>
- Miller, H., Tan, J., Clayton, J. M., Meller, A., Hermiz, O., Zwar, N., & Rhee, J. (2019). Patient experiences of nurse-facilitated advance care planning in a general practice setting: a qualitative study. *BMC palliative care*, 18(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0411-z>
- Ministero della Salute. (2022). Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale (22G00085). *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*.
- Ministero della Salute. (2023). *Principali evidenze sull'attività di ricovero ospedaliero*. Anno 2023. https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_3498_allegato.pdf
- Mroz, S., Daenen, F., Dierickx, S., Mortier, F., De Panfilis, L., Downar, J., Lapenskie, J., Anderson, K., Skold, A., Campbell, C., Campbell, T. C., Feeney, R., Willmott, L., White, B. P., Chambaere, K., & Deliens, L. (2025). Associations between physicians' personal preferences for end-of-life decisions and their own clinical practice: PROPEL survey study in Europe, North America, and Australia. *Palliative medicine*, 39(2), 266–276. <https://doi.org/10.1177/02692163241300853>
- Murray, S. A., Boyd, K., Moine, S., Kendall, M., Macpherson, S., Mitchell, G., & Amblàs-Novellas, J. (2024). Using illness trajectories to inform person centred, advance care planning. *BMJ (Clinical research ed.)*, 384, e067896. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067896>
- GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet. Public health*, 7(2), e105–e125. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8)
- Numico, G., Ippoliti, R., Antonuzzo, A., Palmero, L., & Bossi, P. (2024). Hospital as a site of death of cancer patients in Italy: A registry-based analysis and time trends. *Cancer epidemiology*, 93, 102702. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2024.102702>
- OECD & European Commission. (2025). *State of Health in the EU: Italia – Profilo della sanità 2025*. https://health.ec.europa.eu/document/download/2efd5546-3438-405f-ae3d-78f0f60a50e7_en?filename=2025_chp_it_italian.pdf (consultato il 12 gennaio 2026).

- Othman, E. H., Alost, M., Atiyeh, H., Khalaf, I. A., & Zeilani, R. (2025). Decisions in end-of-life care: perspectives from family caregivers. *International journal of palliative nursing*, 31(2), 81–88. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2025.31.2.81>
- Palmryd, L., Rejnö, Å., Alvariza, A., & Godskesen, T. (2025). Critical care nurses' experiences of ethical challenges in end-of-life care. *Nursing ethics*, 32(2), 424–436. <https://doi.org/10.1177/09697330241252975>
- Pasta, G. (1794). *Galateo dei medici. Dalla Nuova Società Tipografica in Ditta, N. Zanon Bettoni e Compagni*. https://archive.org/details/bub_gb_RvTahnd69_sC/page/n21/mode/2up (consultato il 24 novembre 2025).
- Pattillo, A. (2025). *I trapianti di organi possono davvero farci vivere fino a 150 anni?* National Geographic. <https://www.nationalgeographic.it/i-trapianti-di-organi-possono-davvero-farci-vivere-fino-a-150-anni> (consultato il 15 gennaio 2026).
- Patuzzo, S. (2014). *Storia del Codice italiano di deontologia medica: Dalle origini ai giorni nostri*. Edizioni Minerva Medica. https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/import/201801/125441_sara-patuzzo-preview-libro.pdf
- Peng, M., Guan, Q., & Zhu, X. (2025). Moral distress, attitude toward death, and palliative care core competencies among ICU nurses: a cross-sectional study. *BMC palliative care*, 24(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01655-z>
- Robertson, S. B., Hjörleifsdóttir, E., & Sigurðardóttir, Þ. (2022). Family caregivers' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting. A qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 36(3), 686–698. <https://doi.org/10.1111/scs.13025>
- Lee, S., Cui, N., & Kim, H. (2025). Nurses' engagement in advance care planning practices: A descriptive cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, 34(6), 2149–2162. <https://doi.org/10.1111/jocn.17376>
- Sawyer, J. M., & Higgs, P. (2025). From living well to dying well with dementia: The significance of an expanded understanding of loss for end-of-life care. *Palliative care and social practice*, 19, 26323524251347653. <https://doi.org/10.1177/26323524251347653>
- Scanlon, A., & Murphy, M. (2014). Medical futility in the care of non-competent terminally ill patient: nursing perspectives and responsibilities. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 27(2), 99–102. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2012.10.003>
- Sedini, C., Biotto, M., Crespi Bel'skij, L. M., Moroni Grandini, R. E., & Cesari, M. (2022). Advance care planning and advance directives: an overview of the main critical issues. *Aging clinical and experimental research*, 34(2), 325–330. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-02001-y>
- SIAARTI. (2013). *Grandi insufficienze d'organo "end stage": Cure intensive o cure palliative? Documento condiviso per una pianificazione delle scelte di cura*. <https://www.camera.it/temiap/2016/04/11/OC177-1939.pdf> (consultato il 15 dicembre 2025).
- SICP. (2015). *Cure palliative precoci e simultanee – Documento AIOM-SICP*. <https://www.sicp.it/documenti/sicp/2015/10/cure-palliative-precoci-e-simultanee-documento-aiom-sicp/> (consultato il 15 dicembre 2025).
- Siobhan, A., et al. (2025). Navigating end-of-life choices: The essential role of nurses in advance directives. *Journal of Disease and Global Health*. <https://doi.org/10.20944/preprints202503.0945.v1>
- Stall, N. M., Quinn, K. L., van der Steen, J. T., Trimble, J., Clarfield, A. M., & Mitchell, S. L. (2025). Enteral tube feeding in people with advanced dementia. *BMJ (Clinical research ed.)*, 389, e075326. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075326>
- Surbled, G. (1910). *Medical etiquette: Handbook of elementary deontology*. <https://archive.org/details/b23984363/page/18/mode/2up> (consultato il 15 dicembre 2025).
- GBD 2021 Europe Life Expectancy Collaborators (2025). Changing life expectancy in European countries 1990-2021: a subanalysis of causes and risk factors from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet. Public health*, 10(3), e172–e188. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00009-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00009-X)
- World Economic Forum. (2024). *Longevity economy principles: The foundation for a financially resilient future*. <https://www.weforum.org/publications/longevity-economy-principles-the-foundation-for-a-financially-resilient-future/> (consultato il 15 dicembre 2025).
- Whitty, C. J. M., MacEwen, C., Goddard, A., Alderson, D., Marshall, M., Calderwood, C., Atherton, F., McBride, M., Atherton, J., Stokes-Lampard, H., Reid, W., Powis, S., & Marx, C. (2020). Rising to the challenge of multimorbidity. *BMJ (Clinical research ed.)*, 368, l6964. <https://doi.org/10.1136/bmj.l6964>
- World Health Organization. (2025). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (consultato il 24 novembre 2025).
- WHO (2025). *World health statistics 2025. Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. All'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110496> (ultima consultazione: 12 gennaio 2026)
- Yang, J., Kim, H. J., Heo, S., An, M., Park, S., Ounpraseuth, S., & Kim, J. (2023). Factors associated with attitudes toward advance directives in nurses and comparisons of the levels between emergency nurses and palliative care nurses. *Japan journal of nursing science : JJNS*, 20(1), e12508. <https://doi.org/10.1111/jjns.12508>

-
- Zarantonello, D., Abati, C., Laudon, A., Destro, M., Valente, F., Fozzer, M. C., Venturelli, C., Zizzetti, S., Gobber, G., & Brunori, G. (2022). *Giornale italiano di nefrologia : organo ufficiale della Societa italiana di nefrologia*, 39(5), 2022-vol5.