

**AZIENDA ULSS N. 8 BERICA**

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

REGIONE DEL VENETO



**DELIBERAZIONE  
DEL DIRETTORE GENERALE**

N. 247 DEL 16/02/2024

**O G G E T T O**

APPROVAZIONE DEL MODELLO ASSISTENZIALE “PERCORSO INTEGRATO DI CURA (PIC)  
PER LE CURE PALLIATIVE IN ETÀ ADULTA”.

Proponente: DISTRETTO EST

Anno Proposta: 2024

Numero Proposta: 258/24

Il Direttore f.f. del Distretto Est d'intesa con il Direttore f.f. del Distretto Ovest e con il Direttore U.O.C. Cure Palliative riferisce:

La Legge n. 38/2010 definisce le Cure Palliative come “l’insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un’inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici”.

La stessa legge sancisce la necessità di attivare in ogni azienda una Rete di Cure Palliative:

- che concorre a definire piani di intervento per poter garantire cure palliative per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età ed in ogni luogo di cura;
- composta da un’*équipe* multiprofessionale con personale dedicato.

La Regione Veneto, attraverso il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 e 2019-2023, promuove un processo di riorganizzazione della Rete dei Servizi Sanitari implementando le capacità del territorio di far fronte ai bisogni dei malati con necessità di cure palliative.

A tal fine ha emanato una serie di provvedimenti diretti a favorire:

- la produzione delle linee guida per la declinazione degli “Atti Aziendali” (DGR n. 2271/2013) che promuovono l’attivazione delle Unità di Cure Palliative Aziendali per il governo delle cure palliative a livello territoriale e ospedaliero;
- l’individuazione del “*modello assistenziale di rete delle cure palliative e della rete di terapia del dolore della Regione Veneto*” (DGR n. 208/2017), specificando che gli elementi organizzativi costitutivi della Rete di cure palliative sono:
  - l’Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP), che coordina, gestisce e garantisce l’offerta di cure palliative a livello sovradistrettuale e l’uniformità assistenziale su tutto il territorio regionale;
  - i Nuclei di Cure Palliative, parte integrante dell’UOCP, con compiti di assistenza e composti da personale sanitario dedicato con esperienza comprovata afferente all’UOCP;
  - l’Ambulatorio di Cure Palliative;
  - le Strutture Intermedie (Hospice);
- l’approvazione del Percorso Integrato di Cura quale strumento a supporto dello sviluppo della rete delle cure palliative in età adulta (DGR n. 553/2018), che definisce le modalità gestionali e organizzative attraverso cui le Aziende devono predisporre i PDTA Aziendali per le cure palliative in età adulta.

Riferendoci inoltre alla DGR n. 1636 del 19 dicembre 2022 avente come oggetto “approvazione dei requisiti di accreditamento istituzionale delle reti di cure palliative. Legge Regionale n. 22 del 16 agosto 2002”, tra i requisiti per l’accreditamento tra gli elementi di connotazione dell’area al requisito (RCP.AC1.3.6) è richiesto se “*sono contestualizzate e condivise le indicazioni regionali in vigore sul percorso integrato di cura (PIC) in età adulta da parte dell’azienda sanitaria pubblica individuata dalla regione nell’ambito territoriale come sede della RLCP e delle strutture afferenti, al fine di uniformare a livello locale le modalità di presa in carico, conduzione delle cure e utilizzo degli strumenti proposti*”.

Allo scopo di rendere operativo il PIC, è stato redatto l'allegato modello assistenziale (cod. HOS-Vi-PO-090), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, contenente i criteri di inclusione, la segnalazione all'UOCP, la presa in carico con l'UVMD, i percorsi di cura la continuità, la gestione dei dati e i documenti allegati.

Il medesimo Direttore ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in relazione alla sua compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale in materia.

I Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio-Sanitari hanno espresso il parere favorevole per quanto di rispettiva competenza.

Sulla base di quanto sopra:

## IL DIRETTORE GENERALE

### DELIBERA

1. di approvare, per le motivazioni indicate in premessa, il modello assistenziale "Percorso integrato di cura (PIC) per le cure palliative in età adulta" (cod. HOS-Vi-PO-090), allegato al presente provvedimento di cui è parte integrante e sostanziale, contenente i criteri di inclusione, la segnalazione all'Unità Operativa Cure Palliative, la presa in carico con l'UVMD, i percorsi di cura la continuità, la gestione dei dati e i documenti allegati;
2. di prescrivere che il presente atto venga pubblicato all'Albo on-line dell'Azienda ULSS 8 "Berica".

\*\*\*\*\*

Parere favorevole, per quanto di competenza:

Il Direttore Amministrativo  
(dr. Fabrizio Garbin)

Il Direttore Sanitario f.f.  
(dr. Cristiano Finco)

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari  
(dr. Achille Di Falco)

IL DIRETTORE GENERALE  
(Maria Giuseppina Bonavina)

---

Copia del presente atto viene inviato al Collegio Sindacale al momento della pubblicazione.

IL DIRETTORE  
UOC AFFARI GENERALI

---

REGIONE DEL VENETO



**ULSS8**  
BERICA

**AULSS 8 BERICA**

**RETE LOCALE CURE PALLIATIVE  
UOC CURE PALLIATIVE**

**Percorso Integrato di Cura per le Cure  
Palliative in età adulta**

**Azienda ULSS 8 "Berica"**

Codifica	HOS-Vi-PO- 090
Preparazione	Coordinatore GdL Dott. Pietro Manno 
Verifica	Direttore Servizi Socio-Sanitari Dott. Achille Di Falco 
Approvazione	Direttore Distretto EST Dott.ssa Marilena Zanetello 
Rev.	Data 31/12/2023
Riconferma	Responsabile Data

**INDICE**

PREMESSA	pag. 3
CRITERI DI INCLUSIONE E DI ACCESSO ALLA RETE DI CURE PALLIATIVE	pag. 6
SEGNALAZIONE ALL'UOCP PER ATTIVAZIONE DEL PROGRAMMA DI CURE PALLIATIVE	pag. 7
PRESA IN CARICO CON VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE DEL PERSONA E PIANIFICAZIONE DEL PERCORSO DI CURA APPROPRIATO	pag. 7
PERCORSI DI CURA	pag. 9
CONTINUITA' DI CURA	pag. 10
GESTIONE DEI DATI, MONITORAGGIO E AUDIT	pag. 11
TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE	pag. 11
GRUPPO DI LAVORO E RESPONSABILE DI PROCESSO	pag. 12
ELENCO DEI DOCUMENTI	pag. 12
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	pag. 13
TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE	pag. 15

## 1. PREMESSA

### 1.1. Background Normativo

La legge n. 38/2010 definisce le Cure Palliative come "l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici."

La stessa legge sancisce inoltre la necessità di attivare in ogni azienda una Rete di Cure Palliative, le cui modalità di funzionamento sono state declinate nell'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 con la definizione dei requisiti minimi affinché possano ricevere l'accreditamento istituzionale e della quale si possono evidenziare i seguenti articoli:

- Art 2. *"La Rete locale di Cure Palliative definisce o concorre a definire piani di intervento per poter garantire cure palliative per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età ed in ogni luogo di cura."*
- Art 3. *"Nella Rete locale di Cure Palliative operano equipe multiprofessionali con personale dedicato. [...] La strutturazione di base dell'equipe multiprofessionale è costituita da medici e infermieri in possesso di adeguata formazione ed esperienza."*

La Regione Veneto, attraverso il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 e 2019-2023, ha avviato e promuove un processo di riorganizzazione della Rete dei Servizi Sanitari implementando le capacità del territorio di far fronte ai bisogni dei malati con necessità di cure palliative. A tal fine ha emanato una serie di provvedimenti che favoriscono l'applicazione dei contenuti della legge 38/2010 e della LR 7/2009, tra cui:

- la produzione delle linee guida per la declinazione degli "Atti Aziendali" (DGR n. 2271/2013) che promuovono l'attivazione delle Unità di Cure Palliative Aziendali per il governo delle cure palliative a livello territoriale e ospedaliero;
- L'individuazione del "modello assistenziale di rete delle cure palliative e della rete di terapia del dolore della Regione Veneto" (DGR n. 208/2017) specificando che gli elementi organizzativi costitutivi della Rete di cure palliative sono: l'Unità Operativa di Cure Palliative, che coordina, gestisce e garantisce l'offerta di cure palliative a livello sovra distrettuale e l'uniformità assistenziale su tutto il territorio regionale; i Nuclei di Cure Palliative, parte integrante dell'UOCP, con compiti di assistenza e composti da personale sanitario dedicato con esperienza comprovata afferente all'UOCP; l'Ambulatorio di Cure Palliative; le Strutture Intermedie (Hospice);
- Approvazione del Percorso Integrato di Cura quale strumento a supporto dello sviluppo della rete delle cure palliative in età adulta (DGR n. 553/2018), che definisce le modalità gestionali e organizzative attraverso cui le Aziende devono predisporre i PDTA Aziendali per le cure palliative in età adulta;

L'art. 23 del DPCM 12 Gennaio 2017 (definizione LEA) garantisce le cure domiciliari palliative, che devono essere erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, da aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale. Le cure palliative domiciliari hanno requisiti chiari e si articolano nei seguenti livelli:

**livello base:** costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, secondo quanto previsto dall'art. 2, comma 1, lettera f) della legge 15 marzo 2010, n. 38, che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale;

**livello specialistico:** costituito da interventi da parte di equipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 definiti dal progetto di assistenza individuale nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore;

Le cure domiciliari palliative richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e dei familiari e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Le cure domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale”.

- Accreditamento delle reti di cure palliative per soddisfacimento dei Lea 119/CSR del 27 luglio 2020
- Standard di assistenza decreto 23 maggio 2022 n. 77
- Regione Veneto DGR n. 1636 del 19 dicembre 2022 "approvazione dei requisiti di accreditamento istituzionale delle reti di Cure palliative". Legge regionale n.22 del 16 agosto 2002
- DGR 993 dell'11/08/2023 approvazione del piano di potenziamento della rete regionale di Cure Palliative in età adulta e pediatrica per l'anno 2023

Nell'ambito della Rete di Cure Palliative si ritiene di fondamentale importanza privilegiare la continuità delle cure e l'integrazione tra strutture ospedaliere e strutture territoriali, così come previsto dalla Legge 38/2010. In tal senso un ruolo importante al fine di raggiungere questi obiettivi è l'integrazione della Medicina Generale verso le Medicine di Gruppo Integrate (MGI) e verso l'integrazione delle stesse con il Distretto e l'Ospedale, favorendo sia la gestione di pazienti a bassa complessità assistenziale sia quelli con maggiore complessità, indipendentemente dalla patologia. La Rete di Cure Palliative è il modello più idoneo in quanto coinvolge i vari ambiti di cura, integrandoli tra di loro in modo funzionale e evitando la discontinuità assistenziale tra setting diversi in collaborazione con le UO Ospedaliere, la COT e le Cure Primarie.

## 1.2. Epidemiologia

La Regione Veneto attraverso la stratificazione della popolazione in base ai bisogni di salute, quantifica nell'1% della popolazione il bisogno di cure palliative; si tratta di malati con qualsiasi patologia che, in base alle loro condizioni cliniche e alla storia della loro malattia, hanno un'elevata probabilità di morire entro un anno. Dal rapporto dell'OMS (2014) sull'epidemiologia del fabbisogno di cure palliative si nota che la maggior parte dei malati (60%) che necessita di cure palliative non ha un tumore.

Considerata la popolazione dell'Azienda ULSS 8 Berica (500.000 abitanti circa), i pazienti che annualmente si possono beneficiare di una presa in carico in cure palliative sono quindi 5000 ogni anno. Si stima che solo il 40% necessiti di cure palliative specialistiche (gestione diretta al domicilio, in ospedale o in hospice da parte dell'Unità di Cure Palliative). Riassumendo:

- Popolazione generale: 500.000 ab. di cui
- Persone con necessità di cure palliative: 5.000 ab. di cui
  - Cure palliative di base: 3.000 ab.
  - Cure palliative specialistiche: 2.000 ab.

## 1.3. Obiettivi del PIC

Per i pazienti in fine vita è necessario che si sviluppi un'organizzazione capace di modellarsi sui loro bisogni e di adattarsi alle variazioni di complessità clinica e assistenziale tipiche del fine vita. La costruzione di un PIC per le cure palliative dell'adulto permette di definire i ruoli, gli ambiti di intervento e i compiti degli operatori, garantendo la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate. Nello specifico il PIC per le cure palliative permette di:



- strutturare e integrare attività e interventi in un contesto in cui diverse specialità, professioni e aree d'azione (ospedale, territorio) sono implicate nell'assistenza e cura della persona con un problema di salute e/o assistenziale;
- valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida e/o ai riferimenti presenti in letteratura e alle risorse disponibili;
- confrontare e misurare le attività (processi) e gli esiti intermedi (outcomes) attraverso indicatori specifici che consentono di analizzare gli scostamenti tra l'atteso e l'osservato, con l'obiettivo di raggiungere un continuo miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza di ogni intervento.

#### 1.4. Terminologia, abbreviazioni e acronimi

ACRONIMI	
ACG	Adjusted Clinical Group
COT	Centrale Operativa Territoriale
DGR	Delibera di Giunta Regionale
KPS	Indice di Karnofsky
MGI	Medicina di Gruppo Integrata
MAP	Medico di Assistenza Primaria
MAP con particolare interesse in Cure Palliative	È un MAP che mantenendo la specificità della propria attività come medico di famiglia acquisisce maggiori competenze, certificate attraverso uno specifico percorso formativo, in Cure Palliative e svolge nei confronti dei colleghi attività di consulenza tra pari, formazione sul campo, facilitazione dei percorsi assistenziali.
NCP	È un'organizzazione multidisciplinare e multiprofessionale, funzionale all'Unità Operativa di Cure Palliative con compiti di assistenza. Il Nucleo si coinvolge sia personale dedicato (medico palliativista, infermiere, psicologo) che non dedicato (medico di medicina generale, infermiere ADI, assistente sociale, volontari e altre figure professionali attivabili in base alle necessità)
RLCP Rete locale di Cure Palliative	È un modello organizzativo funzionale che consente un'efficace presa in carico e la gestione integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali. La Rete Aziendale di cure palliative è coordinata dalla UOCP
UOCP	Unità Operativa di Cure Palliative. È una Unità Operativa Complessa del Distretto composta da personale dedicato e appositamente formato, coordinata da un dirigente medico, che garantisce sia gli interventi di base che specialistici. Coordina la rete di cure palliative
SVAMA	Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte o Anziane
UVMD	Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale

**CRITERI DI INCLUSIONE E DI ACCESSO ALLA RETE DI CURE PALLIATIVE (TAB. 1 delle tavole sinottiche)**

L'intercettazione dei pazienti affetti da malattie croniche evolutive che si avviano alla fine della vita e il riconoscimento dei loro bisogni rappresentano momenti essenziali per la presa in carico e l'avvio di percorsi di cura appropriati. L'identificazione precoce dei malati da proporre per l'inserimento in un programma di cure palliative è generalmente opera del medico di medicina generale o dello specialista ospedaliero di reparto o ambulatoriale che in quel momento ha in cura il malato. Possono segnalare al medico pazienti idonei a un programma di cure palliative anche operatori sanitari (infermieri, fisioterapisti) che vengono a contatto con una persona a livello territoriale, assistente sociale e famigliari.

Lo strumento idoneo per identificare i pazienti in stato avanzato-terminale che necessitano di cure palliative nell'ambito dei servizi sanitari e sociali è il *NECPAL CCOMS – ICO TOOL*, che permette di evidenziare i pazienti con elevata probabilità di morire entro un anno. Lo strumento include il criterio della domanda sorprendente, i criteri generali di peggioramento e i criteri specifici per singola patologia. Va somministrato a pazienti con malattie croniche in stadio avanzato, che presentano le seguenti diagnosi e condizioni:

- Persona con **cancro** come patologia principale;
- Persona con **broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)** come patologia principale;
- Persona con **malattia cardiaca cronica** come patologia principale;
- Persona con **patologia neurologica cronica** (compresi accidenti cerebrovascolari maggiori, sclerosi multipla, Parkinson, sclerosi laterale amiotrofica) come patologia principale;
- Persona con **grave malattia epatica cronica** come patologia principale;
- Persona con **grave insufficienza renale cronica** come patologia principale;
- Persona con **demenza** come patologia principale;
- Persona **geriatrico** che, anche se non affetto da una delle malattie precedenti, è in situazione di **fragilità particolarmente marcata**;
- Qualunque persona maggiorenne in **condizioni di fine vita** e con necessità di cure palliative, anche se non rientrante nelle categorie precedenti.

Il test deve essere utilizzato come guida e aiuto per prendere consapevolezza della reale situazione della persona. Sarà parte integrante della scheda di segnalazione della persona all'UOCP.

Le cure simultanee nei pazienti affetti da tumore, per le peculiarità specifiche del decorso delle malattie oncologiche, richiedono invece l'utilizzo di criteri peculiari e specifici strumenti di valutazione (Tab. 4). Devono soddisfare un bisogno di reale presa in carico globale della persona per la presenza di problemi complessi che non possono risolversi semplicemente con il trattamento del sintomo.

CRITERI PER L'ACCESSO ALLE CURE SIMULTANEE
Pazienti affetti da tumore in fase metastatica, non terminale
Terapie specifiche antitumorali in atto
Indice di Karnofsky compreso tra 50 e 80
Presenza di sintomi complessi correlati alla malattia
Presenza di sintomi complessi correlati alle complicanze della terapia
Distress psicologico
Familiari in difficoltà nel percorso di accettazione della consapevolezza della prognosi del congiunto (non consapevolezza della progressione di malattia e della non efficacia dei trattamenti)
Pazienti e familiari che necessitano di un supporto nella pianificazione del percorso di cura

## 2. SEGNALAZIONE ALL'UOCP PER ATTIVAZIONE DEL PROGRAMMA DI CURE PALLIATIVE (TAB. 2 delle tavole sinottiche)

Dopo aver identificato il malato con necessità di cure palliative il medico di medicina generale o lo specialista ospedaliero o il medico di struttura residenziale o di struttura intermedia oppure medici

dei presidi territoriali, attivano il percorso finalizzato alla presa in carico segnalando la persona all'UOCP, anche mediante il supporto della Centrale Operativa Territoriale, anche per eventuali pazienti seguiti in strutture fuori ULSS, che avvierà il processo per la presa in carico. Le modalità di segnalazione sono diverse a seconda del luogo attuale di cura e del medico richiedente:

- Domicilio: la segnalazione viene fatta dal medico di medicina generale direttamente al servizio di cure palliative, anche su richiesta dei Servizi Sociali, del personale dell'Assistenza Domiciliare Integrata o della persona e dei famigliari. Il medico di famiglia compila un apposito modulo presente nell'applicativo territoriale Atl@nte ovvero in casi eccezionali la corrispettiva scheda cartacea e la scheda SVAMA Sanitaria semplificata (allegato1) che invierà direttamente o tramite COT alla mail unica [cure.palliative@aulss8.veneto.it](mailto:cure.palliative@aulss8.veneto.it);
- Ambulatorio Ospedaliero: la segnalazione viene fatta dallo specialista direttamente al servizio di cure palliative tramite una apposita scheda di segnalazione all'UOCP per convocazione di UVMD e SVAMA Sanitaria (allegato 1) possibilmente utilizzando la mail unica [cure.palliative@aulss8.veneto.it](mailto:cure.palliative@aulss8.veneto.it). Nei casi meno urgenti il medico specialista potrà segnalare l'attivazione al MAP che poi procederà alla segnalazione tramite l'applicativo Atl@nte.
- Reparto Ospedaliero: la segnalazione viene fatta attraverso il sistema operativo Atl@nte o dalla Centrale Operativa Territoriale (COT) dal medico ospedaliero. Lo strumento da utilizzare è la Scheda di Dimissione Protetta con indicazione alla necessità di presa in carico da parte del servizio di Cure Palliative. E' preferibile eseguire una valutazione, della persona ancora ricoverata, da parte del palliativista attraverso la richiesta di consulenza per capire le difficoltà assistenziali e per favorire la decisione se proseguire l'assistenza a domicilio o presso l'Hospice.
- Ambulatorio oncologico: per il Distretto EST e OVEST la segnalazione viene fatta dall'oncologo inviando direttamente persona non più suscettibile di terapie specifiche presso l'ambulatorio di Off Therapy gestito dal palliativista. Si auspica la discussione del caso con il palliativista prima dell'invio.
- Ambulatorio Oncologico per attivazione delle Cure Simultanee (Tab. 4): la segnalazione viene fatta dall'oncologo direttamente al servizio di cure palliative tramite una scheda di segnalazione specifica e discussione del caso (allegato 2) presso l'ambulatorio Cure Simultanee;
- Strutture Residenziali: nel caso vi sia necessità per un ospite della Struttura di avvalersi della consulenza di Cure Palliative o per il trasferimento dell'ospite presso l'Hospice la segnalazione può avvenire attraverso l'applicativo Atl@nte o tramite una scheda di segnalazione (allegato 1) oppure tramite segnalazione alla mail unica [cure.palliative@aulss8.veneto.it](mailto:cure.palliative@aulss8.veneto.it).
- Per i pazienti provenienti da strutture fuori ULSS (es IOV o reparti di altre ULSS): per reparti che non possono usufruire di questo Percorso Integrato utile la segnalazione tramite COT la quale fornirà o la mail o il telefono affinché il palliativista possa entrare in contatto con chi segnala il caso.

### **3. PRESA IN CARICO CON VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE DEL PERSONA E PIANIFICAZIONE DEL PERCORSO DI CURA APPROPRIATO (TAB. 3 delle tavole sinottiche)**

L'accesso ai programmi territoriali di cure palliative (cure palliative di base e specialistiche) richiede la convocazione di una Unità di valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) con la partecipazione dell'equipe multidisciplinare e l'utilizzo degli strumenti idonei per la valutazione dei bisogni. L'accesso al programma ambulatoriale di cure palliative (cure simultanee) richiede la discussione e valutazione multidimensionale del caso con gli specialisti oncologi. Nello specifico le

modalità di presa in carico sono diverse a seconda del luogo attuale di cura e del medico richiedente:

- Domicilio: l'UOCP, ricevuta la segnalazione del MAP, convoca l'UVMD per permettere di valutare la situazione del malato e definire un piano assistenziale individuale (PAI). E' auspicabile riuscire a eseguire un primo accesso domiciliare del palliativista e/o del MAP prima dell'UVMD in modo da poter fare una valutazione più accurata. Nel caso di pazienti particolarmente complessi coinvolgenti molteplici servizi sarà cura della UOC Cure Primarie previa richiesta dell'UOCP organizzare l'UVMD.
- Ambulatorio Ospedaliero: l'UOCP, ricevuta la segnalazione dello specialista ospedaliero, convoca l'UVMD per permettere di valutare la situazione del malato e definire un piano assistenziale individuale (PAI). E' auspicabile riuscire a eseguire un primo accesso domiciliare del palliativista e/o del MAP prima dell'UVMD in modo da poter fare una valutazione più accurata. Nel caso di pazienti particolarmente complessi coinvolgenti molteplici servizi sarà cura della UOC Cure Primarie pervia richiesta dell'UOCP organizzare l'UVMD.
- Reparto Ospedaliero: Il reparto dimettente richiede con congruo anticipo la segnalazione per la dimissione protetta con necessità di cure palliative, sarebbe auspicabile la contemporanea richiesta di consulenza per la valutazione del percorso. Il medico dell'UOCP Cure Palliative, dopo eventuale consulenza, organizza insieme al MAP L'UVMD. Per casi complessi questa può essere convocata in ospedale prima della dimissione direttamente dalla COT. In genere l'UVMD viene eseguita dopo il primo accesso a domicilio. Sulla base dei bisogni insieme al Curante ed all'infermiere si definisce il piano assistenziale individuale (PAI) territoriale. Nel caso di pazienti particolarmente complessi coinvolgenti molteplici servizi sarà cura della UOC Cure Primarie previa richiesta dell'UOCP organizzare l'UVMD.
- Ambulatorio Off Therapy: il medico palliativista, visto la persona inviato direttamente dall'Oncologia, sceglie in base ai bisogni se continuare a seguirlo temporaneamente presso tale ambulatorio o convocare direttamente l'UVMD per definire un piano assistenziale individuale (PAI) territoriale.
- Ambulatorio Oncologico per attivazione delle Cure Simultanee (Tab. 4): il medico palliativista, ricevuta la segnalazione dell'oncologo, discute il caso durante le riunioni multidisciplinari oppure direttamente col medico richiedente prima di vedere la persona presso l'ambulatorio di cure simultanee. Le decisioni prese negli incontri multidisciplinari saranno raccolte e documentate con una scheda apposita (allegato 3). In caso di necessità di cure palliative di base o specialistiche si rientra nel primo punto. In caso di necessità di cure simultanee ambulatoriali il MAP verrà informato del piano di cura tramite la relazione clinica dell'oncologo o del palliativista, e tramite una lettera in cui si specificano le finalità delle cure simultanee (allegato 4). Nelle oncologie di riferimento Soprattutto se fuori ULSS ad es IOV) sarebbe auspicabile avere un percorso preferenziale per contattare un medico oppure un case manager per le comunicazioni tra medici o infermieri.
- Struttura residenziale: La struttura inoltra la richiesta di valutazione alla mail unica [cure.palliative@aulss8.veneto.it](mailto:cure.palliative@aulss8.veneto.it). Il medico palliativista effettua la consulenza e indica un PAI al referente che ha in cura l'ospite rendendosi disponibile per seguire la/il persona nell'approccio palliativo in struttura oppure dà l'idoneità all'eventuale trasferimento in Hospice qualora la gestione divenisse più complessa e la struttura non fosse adeguata alla gestione della terminalità.

Gli strumenti proposti per la valutazione dei bisogni sono i seguenti (allegato 5):

TIPO DI BISOGNO	VALUTATORE	STRUMENTO
Bisogni fisici e funzionali	MAP / Medico ospedaliero	SVAMA Sanitaria
	Palliativista	PAP Score Indice di Karnofsky Scala DN4
	Infermiere/medico	Svama Cognitivo Funzionale PAINAD

		Scala NRS e Scala VRB ESAS BRADEN
Bisogni nutrizionali	Dietista	Mini Nutritional Assessment -MNA
Bisogni psicoeducativi e relazionali	Psicologo	Hospital Anxiety Depression Scale Termometro dello Stress Valutazione bisogni psico-educativi
Bisogni Sociali	Assistente Sociale	SVAMA Sociale

Il luogo di cura largamente preferito dai malati è il domicilio; per le cure domiciliari devono essere soddisfatti i seguenti requisiti:

- Ambiente familiare idoneo a sostenere il carico assistenziale;
- Ambiente abitativo idoneo per spazi adeguati, servizi igienici e riscaldamento;
- Livello di complessità ed intensità di cure compatibili con l'ambiente domestico;
- Consenso del malato e/o della famiglia alle cure domiciliari.

Se il domicilio non dovesse essere idoneo, o per esplicita volontà della persona, il luogo alternativo e complementare di cura è rappresentato dall'Hospice.

#### 4. PERCORSI DI CURA (TAB. 5-6)

La valutazione della situazione della persona consente la definizione del piano assistenziale individuale (PAI) che può svilupparsi in tre traiettorie.

##### 4.1. Cure Palliative di Base

Sono rivolte a pazienti con aspettativa di vita superiore a tre mesi, con bisogni assistenziali non particolarmente intensivi (CIA <0,5) e per i quali è prevista la conclusione delle cure attive. Necessitano di trattamenti di base del dolore e dei sintomi, dell'ansia e della depressione e la discussione iniziale relativa alla prognosi e agli obiettivi di cura. Le cure palliative di base sono attivate e garantite dalla UOCP e coordinate dal MAP, in qualità di responsabile clinico, il quale può avvalersi del supporto di consulenza dell'UOCP e del supporto del "Medico di Assistenza Primaria con Particolare Interesse nel campo delle Cure Palliative", se presente nella MGI di riferimento. Si tratta di un MAP che, mantenendo la specificità della propria attività come medico di famiglia, acquisisce maggiori competenze, certificate attraverso uno specifico percorso formativo organizzato da ente di formazione riconosciuto (es. Fondazione Scuola di Sanità Pubblica), in Cure Palliative e svolge nei confronti dei colleghi attività di consulenza tra pari, formazione sul campo, facilitazione dei percorsi assistenziali.

##### 4.2. Cure Palliative Specialistiche

Sono rivolte a pazienti di solito con aspettativa di vita breve, inferiore a 3 mesi o con bisogni assistenziali complessi. Necessitano di trattamento dei sintomi refrattari di natura fisica e bisogni complessi di natura psicosociale (risoluzione dei conflitti relativi a obiettivi e scelte dei trattamenti e aiuto nei casi di richiesta di trattamenti non appropriati). Sono garantite, attivate e coordinate dall'Unità di Cure Palliative in collaborazione con il MAP. La responsabilità clinica è del medico palliativista, che eroga l'assistenza nei diversi setting assistenziali. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale da parte del personale dell'UOCP 24/24 e interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 (requisiti LEA, soddisfabili solo a condizione di poter contare su personale medico in congruo numero (almeno 12 unità) e personale infermieristico per la pronta disponibilità notturna) finiti dal progetto di assistenza individuale;

### 4.3. Cure Simultanee

Per cure simultanee (CS) si intende un'integrazione precoce tra le terapie oncologiche attive e le cure palliative. Tale approccio garantisce di ottimizzare la qualità della vita della persona in ogni fase di malattia, anticipandone i bisogni specie nella fase avanzata e metastatica, e garantendo il più idoneo luogo di cura. La modalità organizzativa delle cure simultanee mira a garantire la presa in carico globale della persona e della famiglia attraverso l'integrazione dell'UOC Oncologia e dell'UOCP, con la collaborazione di altri professionisti secondo le proprie competenze (Tab. 4). A tale scopo all'interno dell'UOC Oncologia risulta essenziale:

- Strutturare un **ambulatorio di cure simultanee**, in cui opera un team multidisciplinare (medico oncologo, medico radioterapista, medico palliativista, medico terapeuta del dolore, nutrizionista o dietista, psicologo, infermiere) per la valutazione dei bisogni della persona e l'attivazione del PAI per la prosecuzione delle cure;
- condividere una **procedura delle modalità organizzative del servizio**;
- individuare un **infermiere di riferimento** per la procedura di attivazione dei percorsi.

L'ambulatorio di cure simultanee viene strutturato in modo da garantire l'accoglienza in base alla numerosità dei pazienti che afferiscono all'oncologia, di norma settimanale;

## 5. CONTINUITA' DI CURA (TAB. 7-8 delle tavole sinottiche)

La rete locale di cure palliative garantisce la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei professionisti e dei diversi setting assistenziali (domiciliare, residenziale, ospedaliera, ambulatoriale), coordinati dall'UOCP con il supporto della Centrale Operativa Territoriale.

La responsabilità della presa in carico e della conduzione del PAI è del responsabile della UOCP. Ciò favorisce omogeneità nei percorsi di cura, continuità assistenziale, equità nell'accesso ai setting assistenziali della rete locale di cure palliative.

Nelle realtà ospedaliere dove è consolidata la presenza dei medici esperti in medicina del dolore, questi contribuiscono a sostenere le cure all'interno dell'ospedale nell'ambito di una presa in carico integrata con il Servizio di Cure Palliative già attivo. Il trasferimento di setting assistenziale avviene senza soluzione di continuità, bensì in maniera protetta con l'intervento dell'UOCP che valuta la persona e il suo contesto familiare prima del trasferimento.

Strumenti idonei facilitano il trasferimento delle informazioni utili a proseguire l'assistenza.

### 5.1. Trasferimento dall'ospedale al territorio

La dimissione dall'ospedale del persona con bisogni di cure palliative si inserisce, per modalità e tempi, nel processo in essere per le dimissioni protette già attivo nel territorio aziendale, con il coinvolgimento dell'UOCP.

### 5.2. Trasferimento dal domicilio all'Hospice

L'accesso in Hospice si inserisce, per modalità e tempi, nel processo in essere per le transizioni protette già attivo nel territorio aziendale. E' parte di un percorso di cure proposto dall'UOCP, congiuntamente al MAP, ed avviene con il consenso del malato o, qualora l'interessato si trovi in condizioni cognitive compromesse, con il consenso dei familiari.

Allo scopo di garantire la maggior appropriatezza e la maggior equità di accesso all'Hospice, la Regione Veneto con DGR n. 3318/2008 ha approvato la "Scheda per la valutazione di accessibilità all'Hospice" (allegato 6) che consente all'UOCP di verificare i criteri di eleggibilità all'Hospice tra i pazienti candidati ad un programma di cure palliative, e di formulare una graduatoria di priorità, qualora si formi una lista d'attesa. L'accesso in Hospice avviene nel rispetto dei seguenti criteri:

- Aspettativa di vita non superiore a 6 mesi;
- Completamento di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia;
- Esclusione delle terapie volte alla guarigione;
- Indice di Karnofsky uguale o inferiore a 50.

Tali criteri determinano un punteggio orientativo, e risultano derogabili qualora vi siano particolari necessità individuate dall'UOCP. L'accoglienza in Hospice non ha carattere sostitutivo delle cure domiciliari, che abitualmente sono la modalità di assistenza più accessibile e appropriata rispetto ai desideri e alle condizioni dei malati, né supplisce ai ricoveri ospedalieri, che vanno offerti qualora si rendessero necessari.

### **5.3. Integrazione con la Continuità Assistenziale**

Nell'ottica di garantire la continuità dell'assistenza i Medici di Continuità Assistenziale dovranno ricevere, con modalità conformi alle disposizioni in tema di tutela della privacy, la lista aggiornata e le informazioni utili sui pazienti afferenti al proprio territorio di competenze già in carico al servizio Cure Palliative.

### **5.4. Integrazione ospedale - territorio**

Nell'evenienza di un ricovero ospedaliero per stato di necessità, difficile gestione a domicilio o per decisione della famiglia è utile disporre, per i pazienti già seguiti al domicilio in Cure Palliative di Base o Specialistiche, di una scheda inserita in cartella con sintesi clinica, esplicitazione della condizione di fine vita e definizione dell'intento assistenziale palliativo sintomatico (Allegato 6). Tale scheda può essere utilizzata dai colleghi del Pronto Soccorso e dei reparti ospedalieri per meglio orientarsi da un punto di vista diagnostico, terapeutico e relazionale. Si auspica inoltre maggiore coordinamento tra UOCP e i servizi di urgenza-emergenza, proponendo un eventuale progetto sperimentale di attività di consulenza da parte dei palliativisti direttamente in Pronto Soccorso.

## **6. GESTIONE DEI DATI, MONITORAGGIO E AUDIT**

In questo ambito va considerato quanto disposto al punto j. della DGR n. 1075/2017 di revisione del modello di Cure Domiciliari: "*L'inserimento continuo, preciso e puntuale di tutti i dati relativi alle attività erogate dal servizio ADI nel flusso del Sistema Informativo, così come previsto dalla nota Regionale prot. n. 196925 del 11 maggio 2015 ad oggetto: "Nuovo Disciplinare flusso informativo Regionale delle Cure Domiciliari"*, è obbligatorio per ciascuna Azienda ULSS sia nel caso di gestione diretta sia esternalizzata, ciò anche in conformità agli adempimenti LEA.

Il monitoraggio dei dati inseriti è finalizzato a fornire indicazioni in tempo reale riguardanti *l'appropriatezza delle richieste di presa in carico e dell'assistenza erogata, i livelli di complessità dei pazienti e l'intensità dell'assistenza socio-sanitaria erogata*". Vanno previsti, inoltre, audit periodici, finalizzati ad interventi di miglioramento, che coinvolgano, oltre al Direttore dell'U.O. Cure Palliative, il Direttore dell'U.O. Cure Primarie e ai componenti dell'équipe ADI, anche Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale, ecc.

## **7. TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE**

L'entrata in vigore del presente Percorso Integrato di Cura avverrà dopo approvazione del coordinamento Della Rete di Cure Palliative e della Direzione Territoriale ULSS8.

Tale Percorso Integrato di Cura che pur soddisfa i requisiti Minimi dei LEA e la vigente Normativa Regionale e Nazionale evidenzia alcune criticità che andrebbero affrontate per garantire una corretta applicazione. Queste sono

- Acquisizione di personale amministrativo per gestire i flussi Regionali e tutto ciò che riguarda la gestione della Rete e del Coordinamento e di tutta l'UOCP ( Distretto EST e Distretto OVEST);
- Acquisizione, oltre ai 13 medici già presenti, di ulteriori 4 dirigenti medici per l'UOCP;
- Personale infermieristico dedicato;
- Personale infermieristico in pronta disponibilità notturna (interno o esterno);
- Accordo con l'UO Cure Primarie per organizzare degli incontri di formazione obbligatoria con i MAP dei due distretti

- Inserimento nel programma di formazione interno aziendale di incontri di formazione per il personale ospedaliero
- Identificazione di un numero unico con personale preparato per rispondere a chiamate e richieste e per la gestione di urgenze.
- Realizzazione di percorsi dedicati con specifici servizi (es. Pronto Soccorso, Radiologia, centro trasfusionale, Continuità assistenziale) per garantire una gestione ottimale dei pazienti presi in carico.

## 8. GRUPPO DI LAVORO

Gruppo di lavoro	Ruolo	Firma
Giuseppe Aprile	Direttore UOC Oncologia Vicenza	<i>Giuseppe Aprile</i>
Cristina Battistin	Coordinatrice UOC Cure Palliative Hospice Vicenza	<i>Cristina Battistin</i>
Andrea Chimetto	Dirigente medico UOC Chirurgia Generale I Vicenza	<i>Andrea Chimetto</i>
Achille Di Falco	Direttore dei Servizi Socio Sanitari	<i>Achille Di Falco</i>
Chiara Facchin	Dirigente medico UOC Cure Palliative	<i>Chiara Facchin</i>
Mariuccia Lorenzi	Direttore f.f. del Distretto Socio Sanitario OVEST	<i>Mariuccia Lorenzi</i>
Silvia Manea	Direttore UOC Cure Primarie Distretto OVEST	<i>Silvia Manea</i>
Milani Nicola	Psicologo Hospice Vicenza e "Curare a Casa"	<i>Nicola Milani</i>
Pietro Manno	Direttore UOC Cure Palliative	<i>Pietro Manno</i>
Francesco Rossi	Dirigente medico UOC Cure Palliative	<i>Francesco Rossi</i>
Giovanni Scanelli	Direttore UOC Medicina Generale I Vicenza	<i>Giovanni Scanelli</i>
Angela Toffolatti	Medico di Assistenza Primaria	<i>Angela Toffolatti</i>
Antonietta Vinobianco	Assistente Sociale Distretto OVEST	<i>Antonietta Vinobianco</i>
Marco Visentin	Associazione "Curare a casa"	<i>Marco Visentin</i>
Marilena Zanetello	Direttore f.f. del Distretto Socio Sanitario EST	<i>Marilena Zanetello</i>

## 9. RESPONSABILE DI PROCESSO (PROCESS OWNER)

## 10. ELENCO DEI DOCUMENTI

Tabelle sinottiche

Allegato 1: Segnalazione per convocazione UVMD e inserimento in un programma di cure palliative

Allegato 2: Segnalazione per cure simultanee

Allegato 3: Verbale di incontro Multidisciplinare

Allegato 4: Lettera informativa al MAP per inserimento in un programma di cure simultanee

Allegato 5: Strumenti per la valutazione dei bisogni

Allegato 6: scheda di richiesta di inserimento in Hospice



## 11. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, "Il progetto Teseo-Arianna: studio osservazionale sull'applicazione di un modello integrato di cure palliative domiciliari nell'ambito della rete locale di assistenza a favore di persone con patologie evolutive con limitata aspettativa di vita", 2012
2. Anjali Mullick, et al., "An introduction to advance care planning in practice", BMJ 2013; 347:f6064 (Publicato il 21.10.2013)
3. Babarro A., Mochales-Astray J. et al. "The association between in-patient death, utilization of hospital resources and availability of palliative home care for cancer patients", Pall. Medicine 2012;27:68-75
4. Bacon J., Canadian Hospice Palliative Care Association, "The Palliative approach: improving care for Canadians with life-limiting illnesses" <http://www.hpcintegration.ca/media/38753/TWF-palliative-approach-report-English-final2.pdf>
5. Bentur N., Resnizky S. et al. "Utilization and cost of services in the last 6 months of life of patients with cancer – with and without Home Hospice Care", Am. J. of Hospice and Palliative Medicine 2013; 00:1-3
6. Bouhassira D, Lanteri-Minet M, Attal N et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain 2008 Jun;136(3):380-7.
7. British Renal Society, [www.britishrenal.org](http://www.britishrenal.org) (ultimo accesso settembre 2014)
8. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ et al. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care 1991;7:6-9.
9. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ et al. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care 1991;7:6-9.
10. Cancian M., "Dall'assistenza domiciliare integrata alle cure palliative in cinque mosse", Società Italiana di Medicina Generale (Simg)
11. Consiglio direttivo SIAARTI, "Grandi insufficienze d'organo "end stage": cure intensive o cure palliative? \_ Documento condiviso per una pianificazione delle scelte di cura", 22 aprile 2013
12. Documento AIOM-SICP "Cure Palliative Precoci e Simultanee". 2015
13. Documento SIAARTI: Grandi Insufficienze d'Organe "End Stage"
14. Ferrell BR et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol 34, 2016. DOI:10.1200/JCO.2016.70.1474
15. Global Atlas of Palliative Care at the end of life – WPCA e WHO 2014
16. Gold Standards Framework, <http://www.goldstandardsframework.org.uk/> (ultimo accesso settembre 2014)
17. Gomes B, Calanzani N., Curiale V., McCrone P., Higginson I.J., "Effectiveness and cost effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers", Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6, PMID: 23744578
18. Gómez-Batiste x. et al. "Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study" Palliative Medicine 2014; 28(4).
19. H.Ten Have, R. Janssens "Palliative care in Europe" IOS Press 2001
20. Howell D., Marshall D. et al., "A Shared Care Model Pilot for Palliative Home Care in A Rural Area: Impact on Symptoms, Distress, and Place of Death", J Pain Symptom Manage 2011;42:60-75.
21. Hui D. et al. Indicators of integration of oncology and palliative care programs: an international

- consensus. *Ann Oncol* 26: 1953–59, 2015.
22. Johnson A.P., Abernathy T. et al., "Resource utilisation and costs of palliative cancer care in an interdisciplinary health care model", *Palliative Medicine* 2009; 23: 448–459
  23. Jones R. et al "General Practitioner with special clinical interests: a cross-sectional survey" *British Journal of General Practice* 2002;52: 833-834.
  24. Likert R. Technique for the measure of attitudes. *Arch Psycho* 1932;22:140.
  25. Maria Rosa Conte, et al.: "Scompenso cardiaco: gestione medico infermieristica in un'area piemontese caratterizzata da estrema dispersione territoriale. Risultati a quattro anni", *Ital Heart J Suppl* 2005; 6 (12): 812-820
  26. Meuser T, Pietruck C, Radbruch L et al. Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines: a longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology. *Pain* 2001;93:247-57.
  27. National Comprehensive Cancer Network (NCCN:) Guidelines versione 1.2014
  28. National End of Life Care Programme, "Making the case for change. Electronic Palliative Care Co-ordination Systems", ultima revisione Ottobre 2012
  29. National End of Life Care Programme, Frameworks for Implementation:
  30. National quality form, "Endorsement summary: Multiple Chronic Conditions Measurement Framework", Maggio 2012, <http://www.qualityforum.org/qps/> (ultimo accesso settembre 2014)
  31. NECPAL CCOMS ICO TOOL Version 1.0. The Quality Observatory – WHO Collaborating Centre for Public Health Palliative Care Programmes Catalan Institute of Oncology. November 2011
  32. NHS End of life care Programme, Archiviato ma disponibile all'URL: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130718121128/http://endoflifecare.nhs.uk>
  33. Paul A.G. and Christian T.S., "Palliative medicine review: prognostication", 2008, *J Palliat Med*; 11 (1): 84- 103
  34. Pelayo – Alvarez M., Perez – Hoyos S., Agra – Varela Y., Reliability and concurrent validity of the Palliative Outcome Scale, the Rotterdam Symptom Checklist, and the Brief Pain Inventory. 2013 *J Palliat Med*, J Aug; 16(8):867-74. doi: 10.1089/jpm.2012.0625. Epub 2013 Jun 28. PMID: 23808642
  35. Pericás J.M., Aibar J., Soler N., López-Soto A., Sanclemente-Ansó C., Bosch X. "Should alternatives to conventional hospitalisation be promoted in an era of financial constraint?", 2013; 43 (6): 602–615, PMID: 23590593
  36. Quinn T.J., Langhorne P., Stott D.J., "Barthel index for stroke trials: development, properties and application", 2011, 42:1146-51
  37. Quinn T.J., McArthur K., Ellis G., Stott D.J., "Functional assessment in older people", 2011, *BMJ*; 343:d468. ISSN: 0959-535X
  38. Richard Sullivan et al , "Delivering affordable cancer care in high-income countries", *Lancet Oncol* 2011; 12: 933–80, [http://www.academia.edu/1003349/Delivering\\_affordable\\_cancer\\_care\\_in\\_high-income\\_countries\\_a\\_Lancet\\_Oncology\\_Commission](http://www.academia.edu/1003349/Delivering_affordable_cancer_care_in_high-income_countries_a_Lancet_Oncology_Commission)
  39. Roth AJ, Komblith AB, Batel-Copel L. et al: Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: A pilot study. *Cancer* 1998;82:1904-1908.
  40. Royal College of Physicians, "Future hospital principles, vision, recommendations and commitments to patients", September 2013
  41. Scapì E, Maltoni M, Miceli R et al. Survival prediction for terminally ill cancer patients: revision of the palliative prognostic score with incorporation of delirium. *Oncologist* 2011; 16: 1793-1799.
  42. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:91-6.

43. Shepperd S., Wee B. et al. "Hospital at home: home-based end-of-life care" Cochrane Database of systematic reviews 2011, Issue 7, PMID: 21735440
44. Sieber CC. Nutritional screening tools- how does the MNA compare? J Nutr Health Aging 2006;10:488-92.
45. Sistema Epidemiologico Regione Veneto, "L'assistenza ospedaliera nel fine vita oncologico in Veneto", Novembre 2012
46. Temel J.S., Greer J.A. et al. "Early Palliative Care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer" N.E.J.M. 2010;363:733-742
47. Temel J.S., Greer JA, Muzikansky A, et al. "Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer." N. Engl.J.Med 2010;363:733-42.
48. The GSF Prognostic Indicator Guidance"- The National GSF Centre's guidance for clinicians to support earlier recognition of patients nearing the end of life (2011).
49. Thomas.K et al., The Gold Standards Framework Centre In End of Life Care CIC, "The GSF Prognostic Indicator Guidance .The National GSF Centre's guidance for clinicians to support earlier recognition of patients nearing the end of life - Prognostic Indicator Guidance (PIG)", Ottobre 2011, [www.goldstandardsframework.org.uk](http://www.goldstandardsframework.org.uk)
50. Timothy E. Quill, et al., "Generalist plus Specialist Palliative Care - Creating a More Sustainable Model", New England Journal of Medicine 368; 1173-1175, 28.03.2013
51. WHO. Technical Report Series 804, Geneva Cancer Pain Relief and Palliative Care. (1) 1990.
52. Wilson E. et al. "Community palliative care development: evaluating the role and impact of a general practitioner with a special interest in palliative care" Palliative Medicine 2007;21: 527-535.
53. Yoong J, Park E.L, et al. "Early palliative care in advanced lung cancer. A qualitative study" JAMA Jan. 2013
54. Zagonel V. et al. Position paper of the Italian Association of Medical Oncology on early palliative care in oncology practice (Simultaneous Care). Tumori 103: 9-14, 2017.

## 12. TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE

01/01/2024

**(ALLEGATO 1) SEGNALAZIONE PER CONVOCAZIONE UVMD  
E INSERIMENTO IN UN PROGRAMMA DI CURE PALLIATIVE**

Nome e Cognome:			
Nato/a:		il:	
Residente a:		in via:	
Caregiver:		Grado parentela:	Tel:
Medico proponente: <input type="checkbox"/> MAP <input type="checkbox"/> Amb. Ospedale <input type="checkbox"/> ALTRO:			
Nome Medico Ospedaliero:		UOC:	
Nome MAP/PLS:			Tel:
Patologia prevalente	<input type="checkbox"/> Oncologica	Primitivo:	Data diagnosi:
	<input type="checkbox"/> Non oncologica	Specificare:	Data diagnosi:
Attesa di vita presunta: <input type="checkbox"/> < 1 mese <input type="checkbox"/> < 3 mesi <input type="checkbox"/> < 6 mesi <input type="checkbox"/> > 6 mesi			
Consapevolezza di prognosi del paziente: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Vaga <input type="checkbox"/> Nessuna			
Consapevolezza di prognosi dei famigliari: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Vaga <input type="checkbox"/> Nessuna			
NECPAL CCOMS – ICO TOOL: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo			

Problematiche clinico assistenziali prevalenti

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Motivazioni sintetiche per le quali si richiede la convocazione di UVMD

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Operatori che si propone di coinvolgere per la UVMD, oltre a MMG, Palliativista e Infermiere ADI

---



---



---

Allegati: NECPAL CCOMS – ICO TOOL e Scheda SVAMA sanitaria

Data	Timbro e Firma
------	----------------

identificazione di pazienti con elevata probabilità di decesso entro 12 mesi

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

1. La "DOMANDA SORPRENDENTE" – integra comorbidità, fattori sociali e altri fattori		
Saresti sorpreso se questo paziente dovesse morire nei prossimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
2. SCELTA / RICHIESTA O BISOGNO		
Il paziente con malattia avanzata o il caregiver ha richiesto, in maniera esplicita o implicita, trattamenti palliativi/di sollievo? Suggestisce limitazioni allo sforzo terapeutico o rifiuta trattamenti curativi o altri specifici trattamenti?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ritieni che il paziente necessiti in questo momento di cure palliative o trattamento palliativo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3. INDICATORI GENERALI DI GRAVITA' E PROGRESSIONE CLINICA		
Marcatori nutrizionali negli ultimi 6 mesi (almeno uno dei seguenti): <input type="checkbox"/> Albumina sierica < 2,5 g/dL, non relativa a episodi acuti di scompenso <input type="checkbox"/> Progressiva perdita di peso > 10% <input type="checkbox"/> Percezione clinica di declino nutrizionale non relativa a condizioni concomitanti	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Marcatori funzionali negli ultimi 6 mesi (almeno uno dei seguenti): <input type="checkbox"/> Grave dipendenza funzionale (Barthel < 25, ECOG > 2, Karnofsky < 50%) <input type="checkbox"/> Progressiva perdita di 2 o più attività di vita quotidiane (ADL), nonostante adeguato intervento terapeutico <input type="checkbox"/> Percezione clinica di declino funzionale non relativa a condizioni concomitanti	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Altri marcatori di gravità e estrema fragilità negli ultimi 6 mesi (almeno due dei seguenti): <input type="checkbox"/> Ulcera da decubito persistente (stadio III-IV) <input type="checkbox"/> Infezioni ricorrenti (> 1) <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Cadute (> 2)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Fattori aggiuntivi sull'uso delle risorse (almeno uno dei seguenti): <input type="checkbox"/> 2 o più ricoveri ospedalieri urgenti a causa di malattie croniche, nel corso degli ultimi 6 mesi <input type="checkbox"/> Bisogno di assistenza continua complessa/intensa, presso strutture o al domicilio	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Comorbidità: ≥ 2 malattie concomitanti	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4. INDICATORI SPECIFICI DI GRAVITA' CLINICA E PROGRESSIONI DI MALATTIA		
Neoplasia (richiede la presenza di almeno un criterio): <input type="checkbox"/> Pazienti con diagnosi confermata di cancro metastatico (Stadio IV) che presentano bassa risposta o controindicazioni ad uno specifico trattamento oncologico, compromissione di organi vitali (SNC, fegato, polmone, ecc) <input type="checkbox"/> Significativo deterioramento funzionale (Karnofsky < 50%) <input type="checkbox"/> Persistenza di sintomi stressanti nonostante il trattamento ottimale della condizioni di base	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
BPCO (richiede la presenza di almeno due criteri): <input type="checkbox"/> Dispnea a riposo o al minimo sforzo tra le riacutizzazioni <input type="checkbox"/> Sintomi fisici o psicologici complessi nonostante adeguato intervento terapeutico <input type="checkbox"/> Malattia grave con: FEV1 < 30% e/o CVF > 40% / DLCO < 40% <input type="checkbox"/> Criteri di eleggibilità all'emogasanalisi arteriosa per O <sub>2</sub> TDLT <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco sintomatico <input type="checkbox"/> 3 o più ricoveri in ospedale negli ultimi 12 mesi a causa di esacerbazioni	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Malattie cardiache croniche (richiede la presenza di almeno due criteri): <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca – NYHA – di stadio III o IV, valvulopatia grave o malattia coronarica inoperabile <input type="checkbox"/> Dispnea a riposo o al minimo sforzo <input type="checkbox"/> FE < 30% o ipertensione polmonare > 60mmHg <input type="checkbox"/> Insufficienza renale (FG < 30 ml/min) <input type="checkbox"/> 3 o più ricoveri in ospedale negli ultimi 12 mesi a causa di esacerbazioni	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Malattie neurologiche croniche – SLA, Sclerosi Multipla e Parkinson (richiede la presenza di almeno due criteri): <input type="checkbox"/> Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante terapia ottimale <input type="checkbox"/> Sintomi complessi e difficili da gestire <input type="checkbox"/> Problemi di linguaggio con aumento della difficoltà nella comunicazione <input type="checkbox"/> Disfagia progressiva <input type="checkbox"/> Polmonite da aspirazione ricorrente, dispnea o insufficienza respiratoria	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Malattia cronica renale con grave insufficienza renale (FG < 15 ml/min) in paziente per cui è controindicato il trattamento sostitutivo o il trapianto	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Malattia cronica del fegato (richiede la presenza di almeno un criterio): <input type="checkbox"/> Cirrosi stadio Child C, MELD-Na score > 30 o con una o più delle seguenti complicanze: ascite non responsiva ai diuretici, sindrome epato-renale o sanguinamento del tratto gastrointestinale superiore causato da ipertensione portale con risposta negativa al trattamento farmacologico ed endoscopico e con controindicazioni a trapianto e TIPS <input type="checkbox"/> Presenza concomitante di epatocarcinoma in stadio avanzato	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Demenza (richiede la presenza di almeno due criteri): <input type="checkbox"/> Criteri di gravità: incapace di vestirsi, lavarsi e mangiare senza assistenza (GDS/FAST 6c) o peggiore <input type="checkbox"/> Criteri di progressione: perdita di due o più attività di vita quotidiana (ADL) negli ultimi 6 mesi, difficoltà alla deglutizione, rifiuto di mangiare in pazienti che non ricevono nutrizione enterale o parenterale <input type="checkbox"/> 3 o più ricoveri in ospedale negli ultimi 12 mesi a causa di processi concomitanti (polmonite ab ingestis, pielonefrite, sepsi) che causano declino funzionale e/o cognitivo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Positivo se: risposta NO alla Domanda Sorprendente (1) e risposta SI a uno o più degli altri indicatori (2-3-4)

## S.V.A.M.A. VALUTAZIONE SANITARIA

NOME:

|\_|\_|\_|\_|

DATA DI NASCITA: |\_|\_|\_|\_|

SEDE DI VALUTAZIONE:

|\_|\_|\_|\_|

DATA: |\_|\_|\_|\_|

## CENNI ANAMNESTICI - PROBLEMI CRONICI IN ATTO


## TRATTAMENTI IN ATTO:


## ASSISTENZA INFERMIERISTICA

	no	si
Diabete insulinodipendente	0	5
Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico (≥75 mg. Furosemide pro die), alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	0	10
Cirrosi scompensata e altre forme di ascite con necessità come sopra elencate	0	10
Tracheostomia	0	5
Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al dì)	0	5
Sondino naso-gastrico, gastrostomia (PEG)	0	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale o terapia infusione quotidiana	0	10
Catetere vescicale	0	5
Ano artificiale e/o ureterostomia	0	5
Nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine o terapia antalgica con oppioidi che richiede adeguamento della posologia	0	10
Ulcere distrofiche agli arti e/o altre lesione della cute chirurgiche, traumatiche, oncologiche	0	5
<b>TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b>	VIP	

## SENSORIO E COMUNICAZIONE

### LINGUAGGIO (COMPRESIONE)

0 = normale	2 = comprensione non valutabile
1 = comprende solo frasi semplici	3 = non comprende

### LINGUAGGIO (PRODUZIONE)

0 = parla normalmente	2 = si comprendono solo parole isolate
1 = linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero	3 = non si esprime

### UDITO (eventualmente con protesi)

0 = normale	2 = grave deficit non correggibile
1 = deficit, ma udito adeguato alle necessità personali	3 = sordità completa

### VISTA (eventualmente con occhiali)

0 = normale	2 = grave deficit non correggibile
1 = deficit, ma vista adeguata alle necessità personali	3 = cecità e bisogno di assistenza

## CODIFICA PATOLOGIE - estratto ICPC

**INDICARE FINO A 3 PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**  
(da utilizzare a cura del medico curante oppure in sede di UVMD)

#### MALATTIE GENERALI

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A07 Coma                                       | <input type="checkbox"/> A86 Effetti tossici da altre sostanze          |
| <input type="checkbox"/> A00 <b>Sindrome ipocinetica</b>                | <input type="checkbox"/> A87 Complicanza chirurgia / trattamento medico |
| <input type="checkbox"/> A79 Carcinomatosi (sede primitiva sconosciuta) | <input type="checkbox"/> A89 Conseguenze applicazione protesi           |
| <input type="checkbox"/> A80 Incidente / lesione traumatica NSA         | <input type="checkbox"/> A90 Anomalie multiple congenite                |
| <input type="checkbox"/> A81 Politraumatismo / lesioni interne          | <input type="checkbox"/> <b>A97 Assenza di malattia</b>                 |
| <input type="checkbox"/> A82 Effetti tardivi di un trauma               | <input type="checkbox"/> A99 Altre malattie generali / non spec         |
| <input type="checkbox"/> A84 Avvelenamento da sostanza medicinale       |   |

#### SANGUE / LINFATICI / MILZA

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> B71 Linfadenite cronica / non specifica | <input type="checkbox"/> <b>B80 Anemia da carenza di ferro</b>          |
| <input type="checkbox"/> <b>B72 Morbo di Hodgkin</b>             | <input type="checkbox"/> B81 Anemia perniciosa / da carenza folati      |
| <input type="checkbox"/> <b>B73 Leucemia</b>                     | <input type="checkbox"/> B83 Porpora / difetti coagulazione / piastrine |
| <input type="checkbox"/> B74 Altre neoplasie maligne             | <input type="checkbox"/> B87 Splenomegalia                              |
| <input type="checkbox"/> B75 Neoplasie benigne / non spec        | <input type="checkbox"/> B90 Infezione da HIV (AIDS / ARC)              |
| <input type="checkbox"/> B78 Anemie emolitiche ereditarie        | <input type="checkbox"/> B99 Altra malattia sangue / linfatici / milza  |
| <input type="checkbox"/> B79 Altre anomalie congenite            |   |

#### SISTEMA DIGERENTE

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>D17 Incontinenza intestinale</b>        | <input type="checkbox"/> D87 Disturbi funzione gastrica               |
| <input type="checkbox"/> D70 Diarrea infettiva / dissenteria        | <input type="checkbox"/> D88 Appendicite                              |
| <input type="checkbox"/> D72 Epatite virale                         | <input type="checkbox"/> D89 Ernia inguinale                          |
| <input type="checkbox"/> <b>D74 Neoplasie maligne stomaco</b>       | <input type="checkbox"/> D90 Ernia diaframmatica / dello hiatus       |
| <input type="checkbox"/> <b>D75 Neoplasie maligne colon / retto</b> | <input type="checkbox"/> D91 Altre ernie addominali                   |
| <input type="checkbox"/> D76 Neoplasie maligne pancreas             | <input type="checkbox"/> D92 Malattia diverticolare                   |
| <input type="checkbox"/> D77 Altre neoplasie maligne / non spec     | <input type="checkbox"/> D93 Sindrome del colon irritabile            |
| <input type="checkbox"/> D81 Anomalie congenite                     | <input type="checkbox"/> D94 Enterite cronica / colite ulcerosa       |
| <input type="checkbox"/> D82 Malattie di denti / gengive            | <input type="checkbox"/> D95 Ragade anale / ascesso perianale         |
| <input type="checkbox"/> D83 Malattie di bocca / lingua / labbra    | <input type="checkbox"/> D96 Epatomegalia                             |
| <input type="checkbox"/> D84 Malattie dell'esofago                  | <input type="checkbox"/> <b>D97 Cirrosi / altre malattie epatiche</b> |
| <input type="checkbox"/> D85 Ulcera duodenale                       | <input type="checkbox"/> D98 Colecistite / colelitiasi                |
| <input type="checkbox"/> D86 Altre ulcere peptiche                  | <input type="checkbox"/> D99 Altre malattie sistema digerente         |

#### OCCHIO

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> F74 Neoplasie occhio / annessi       | <input type="checkbox"/> F91 Errori di rifrazione                  |
| <input type="checkbox"/> F81 Altre anomalie oculari congenite | <input type="checkbox"/> <b>F92 Cataratta</b>                      |
| <input type="checkbox"/> F82 Distacco di retina               | <input type="checkbox"/> F93 Glaucoma                              |
| <input type="checkbox"/> F83 Retinopatia                      | <input type="checkbox"/> <b>F94 Tutti i gradi / tipi di cecità</b> |
| <input type="checkbox"/> F84 Degenerazione della macula       | <input type="checkbox"/> F99 Altre malattie oculari                |
| <input type="checkbox"/> F85 Ulcera corneale (incl. erpetica) |  |

**ORECCHIO**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> H03 Tintinnio / ronzio / tinnito            | <input type="checkbox"/> H83 Otosclerosi                         |
| <input type="checkbox"/> H74 Otite cronica, altre infezioni orecchio | <input type="checkbox"/> H84 Presbiacusia                        |
| <input type="checkbox"/> H75 Neoplasie dell'orecchio                 | <input type="checkbox"/> <b>H86 Tutti i gradi di sordità NSA</b> |
| <input type="checkbox"/> H77 Perforazione membrana del timpano       | <input type="checkbox"/> H99 Altre malattie orecchio / mastoide  |
| <input type="checkbox"/> <b>H82 Sindrome vertiginosa</b>             |  |

**SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> K71 Febbre reumatica / cardiopatia                  | <input type="checkbox"/> K86 Iperensione non complicata                             |
| <input type="checkbox"/> K73 Anomalie congenite cuore / sistema circolatorio | <input type="checkbox"/> <b>K87 Iperensione coinvolgente organi bersaglio</b>       |
| <input type="checkbox"/> K74 Angina pectoris                                 | <input type="checkbox"/> K88 Ipotensione posturale                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>K75 Infarto miocardico acuto</b>                 | <input type="checkbox"/> K89 Ischemia cerebrale transitoria                         |
| <input type="checkbox"/> K76 Altre cardiopatie ischemiche / croniche         | <input type="checkbox"/> <b>K90 Colpo / accidente cerebrovascolare</b>              |
| <input type="checkbox"/> <b>K77 Insufficienza cardiaca</b>                   | <input type="checkbox"/> K91 Aterosclerosi escl cuore / cervello                    |
| <input type="checkbox"/> K78 Fibrillazione atriale / flutter                 | <input type="checkbox"/> K92 Altre ostruzioni arteriose / mal vascolari periferiche |
| <input type="checkbox"/> K79 Tachicardia parossistica                        | <input type="checkbox"/> K93 Embolia polmonare                                      |
| <input type="checkbox"/> K80 Battiti ectopici tutti i tipi                   | <input type="checkbox"/> K94 Flebite / tromboflebite                                |
| <input type="checkbox"/> K82 Cuore polmonare cronico                         | <input type="checkbox"/> K95 Vene varicose delle gambe (escl S97)                   |
| <input type="checkbox"/> K83 Malattia valvolare cuore non reumatica NSA      | <input type="checkbox"/> K99 Altre malattie sistema circolatorio                    |
| <input type="checkbox"/> K84 Altre malattie del cuore                        |   |

**SISTEMA MUSCOLOSCHIELETRICO**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> L70 Infezioni                                    | <input type="checkbox"/> L83 Sindromi colonna cervicale                    |
| <input type="checkbox"/> L71 Neoplasia                                    | <input type="checkbox"/> L84 Osteoartrosi colonna                          |
| <input type="checkbox"/> <b>L72 Frattura radio / ulna</b>                 | <input type="checkbox"/> L85 Deformità acquisite della colonna             |
| <input type="checkbox"/> <b>L73 Frattura tibia / fibula</b>               | <input type="checkbox"/> L86 Lesione disc lombare / irradiazione           |
| <input type="checkbox"/> <b>L74 Frattura ossa mano / piede</b>            | <input type="checkbox"/> <b>L88 Artrite reumatoide / condizioni affini</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>L75 Frattura femore</b>                       | <input type="checkbox"/> <b>L89 Osteoartrosi dell'anca</b>                 |
| <input type="checkbox"/> <b>L76 Altra frattura</b>                        | <input type="checkbox"/> <b>L90 Osteoartrosi del ginocchio</b>             |
| <input type="checkbox"/> L77 Distorsione e stiramento caviglia            | <input type="checkbox"/> L91 Altre osteoartrosi                            |
| <input type="checkbox"/> L78 Distorsione e stiramento ginocchio           | <input type="checkbox"/> L92 Sindromi della spalla                         |
| <input type="checkbox"/> L79 Distorsione e stiramento altre articolazioni | <input type="checkbox"/> L95 Osteoporosi                                   |
| <input type="checkbox"/> L80 Lussazione                                   | <input type="checkbox"/> L97 Lesione interna cronica del ginocchi          |
| <input type="checkbox"/> L81 Altre lesioni traumatiche                    | <input type="checkbox"/> L98 Deformità acquisite degli arti                |
| <input type="checkbox"/> L82 Anomalie congenite                           | <input type="checkbox"/> L99 Altre malattie sistema muscoloscheletrico     |

**SISTEMA NERVOSO**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>N17 Vertigine / capogiro (escl H82)</b> | <input type="checkbox"/> N85 Anomalie congenite                   |
| <input type="checkbox"/> N19 Disturbi del linguaggio                | <input type="checkbox"/> <b>N86 Sclerosi multipla</b>             |
| <input type="checkbox"/> N70 Poliomielite / altri enterovirus       | <input type="checkbox"/> <b>N87 Parkinsonismo</b>                 |
| <input type="checkbox"/> N71 Meningite / encefalite                 | <input type="checkbox"/> N88 Epilessia tutti i tipi               |
| <input type="checkbox"/> N72 Tetano                                 | <input type="checkbox"/> N89 Emicrania                            |
| <input type="checkbox"/> N73 Altre infezioni sistema nervoso        | <input type="checkbox"/> N90 Cefalea a grappolo                   |
| <input type="checkbox"/> <b>N74 Neoplasie maligne</b>               | <input type="checkbox"/> N91 Paralisi facciale / paralisi di Bell |
| <input type="checkbox"/> <b>N75 Neoplasie benigne</b>               | <input type="checkbox"/> N92 Nevralgia del trigemino              |
| <input type="checkbox"/> N76 Neoplasie non spec                     | <input type="checkbox"/> N93 Sindrome del tunnel carpale          |
| <input type="checkbox"/> N79 Commozione cerebrale                   | <input type="checkbox"/> N94 Altra nevrite periferica             |
| <input type="checkbox"/> N81 Altre lesioni traumatiche              | <input type="checkbox"/> N99 Altre malattie del sistema nervoso   |

**DISTURBI MENTALI / PSICOLOGICI**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> P13 Encopresi                            | <input type="checkbox"/> P74 Disturbo d'ansia / stato ansioso        |
| <input type="checkbox"/> <b>P15 Abuso cronico di alcool</b>       | <input type="checkbox"/> <b>P75 Disturbo isterico / ipocondriaco</b> |
| <input type="checkbox"/> P17 Abuso di tabacco                     | <input type="checkbox"/> P76 Disturbo depressivo                     |
| <input type="checkbox"/> P18 Abuso di medicinali                  | <input type="checkbox"/> P77 Tentativo di suicidio                   |
| <input type="checkbox"/> P19 Abuso di droghe                      | <input type="checkbox"/> P78 Neurastenia / surmenage                 |
| <input type="checkbox"/> P20 Disturbi di memoria / concentrazione | <input type="checkbox"/> P79 Altro disturbo nevrotico                |
| <input type="checkbox"/> <b>P70 Demenza senile / Alzheimer</b>    | <input type="checkbox"/> P80 Disturbo di personalità                 |
| <input type="checkbox"/> P71 Altra psicosi organica               | <input type="checkbox"/> P85 Ritardo mentale                         |
| <input type="checkbox"/> P72 Schizofrenia tutti i tipi            | <input type="checkbox"/> P98 Altre / non spec psicosi                |
| <input type="checkbox"/> P73 Psicosi affettiva                    | <input type="checkbox"/> P99 Altri disturbi mentali / psicologici    |

**SISTEMA RESPIRATORIO**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> R70 Tubercolosi respiratoria (escl A70)        | <input type="checkbox"/> R85 Altre neoplasie maligne                 |
| <input type="checkbox"/> R80 Influenza(provata)senza polmonite          | <input type="checkbox"/> R89 Anomalie congenite sistema respiratorio |
| <input type="checkbox"/> R81 Polmonite                                  | <input type="checkbox"/> R91 Bronchite cronica / bronchiectasie      |
| <input type="checkbox"/> R82 Tutte le pleuriti (escl R70)               | <input type="checkbox"/> <b>R95 Enfisema / BPCO</b>                  |
| <input type="checkbox"/> R83 Altre infezioni del sistema respiratorio   | <input type="checkbox"/> R96 Asma                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>R84 Neoplasie maligne bronchi / polmone</b> | <input type="checkbox"/> R99 Altra malattia sistema respiratorio     |



**CUTE E ANNESSI**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> S14 Ustioni / scottature                   | <input type="checkbox"/> S84 Impetigine                                  |
| <input type="checkbox"/> S18 Lacerazione / taglio                   | <input type="checkbox"/> S85 Cisti pilonidale / fistola                  |
| <input type="checkbox"/> S19 Altre lesioni traumatiche pelle        | <input type="checkbox"/> S87 Dermatite atopica / eczema                  |
| <input type="checkbox"/> S70 Herpes zoster                          | <input type="checkbox"/> S88 Dermatite da contatto / altro eczema        |
| <input type="checkbox"/> S72 Scabbia ed altre infestazioni da acari | <input type="checkbox"/> S89 Esantema da pannolino                       |
| <input type="checkbox"/> S73 Pediculosi / altre infestazioni pelle  | <input type="checkbox"/> S91 Psoriasi                                    |
| <input type="checkbox"/> S74 Dermatofitosi                          | <input type="checkbox"/> S92 Disidrosi / mal ghiandole sudoripare        |
| <input type="checkbox"/> S75 Moniliasi / candidosi (altre)          | <input type="checkbox"/> S94 Unghia incarnita / altra malattie unghie    |
| <input type="checkbox"/> S76 Altre malattie infettive pelle         | <input type="checkbox"/> S97 Ulcera cronica pelle (incl varicosa)        |
| <input type="checkbox"/> S77 Neoplasie maligne della pelle          | <input type="checkbox"/> S98 Orticaria                                   |
| <input type="checkbox"/> S80 Altre / non spec. neoplasie pelle      | <input type="checkbox"/> S99 Altra malattie pelle / tessuto sottocutaneo |

**SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO E NUTRIZIONE**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> T06 Anoressia nervosa / bulimia      | <input type="checkbox"/> T86 Ipotiroidismo / mixedema                         |
| <input type="checkbox"/> T08 Calo di peso                     | <input type="checkbox"/> T87 Ipoglicemia                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>T11 Disidratazione</b>            | <input type="checkbox"/> <b>T90 Diabete mellito</b>                           |
| <input type="checkbox"/> T71 Neoplasie maligne della tiroide  | <input type="checkbox"/> T91 Carezza vitaminica / altro disturbo nutrizionale |
| <input type="checkbox"/> T73 Altre / non spec neoplasie       | <input type="checkbox"/> T92 Gotta  |
| <input type="checkbox"/> <b>T82 Obesità (BMI &gt;=30)</b>     | <input type="checkbox"/> T93 Disturbi del metabolismo lipidico                |
| <input type="checkbox"/> T83 Sovrappeso (BMI <30)             | <input type="checkbox"/> T99 Altra malattia endocrino metabolica nutrizionale |
| <input type="checkbox"/> T85 Iperitiroidismo / tireotossicosi |   |

**SISTEMA URINARIO**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>U04 Incontinenza urinaria</b>           | <input type="checkbox"/> U79 Altre neoplasie non spec tratto urinario |
| <input type="checkbox"/> U70 Pielonefrite / pielite acuta           | <input type="checkbox"/> U85 Anomalie congenite tratto urinario       |
| <input type="checkbox"/> U71 Cistite / altra infezione urinaria NSA | <input type="checkbox"/> U88 Glomerulonefrite / nefrosi               |
| <input type="checkbox"/> U75 Neoplasie maligne del rene             | <input type="checkbox"/> U95 Calcolo urinario di ogni tipo / sede     |
| <input type="checkbox"/> U76 Neoplasie maligne della vescica        | <input type="checkbox"/> U99 Altra malattia sistema urinario          |

**SISTEMA GENITALE FEMMINILE**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> X75 Neoplasie maligne della cervice            | <input type="checkbox"/> X84 Vaginite / vulvite NSA                    |
| <input type="checkbox"/> <b>X76 Neoplasie maligne della mammella</b>    | <input type="checkbox"/> X87 Prolasso uterovaginale                    |
| <input type="checkbox"/> <b>X77 Altre neoplasie maligne</b>             | <input type="checkbox"/> X99 Altre malattie sistema genitale femminile |
| <input type="checkbox"/> X81 Altre / non spec neoplasie genit femminile |  |

**SISTEMA GENITALE MASCHILE**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Y74 Orchite / epididimite             | <input type="checkbox"/> Y78 Altre neoplasie maligne              |
| <input type="checkbox"/> <b>Y77 Neoplasie maligne prostata</b> | <input type="checkbox"/> Y99 Altra malattie genit masch incl mamm |

**COMPILATORE**

nome:

firma:

**(ALLEGATO 2) SEGNALAZIONE PER CURE SIMULTANEE**

Data richiesta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>D.N.</b>	<b>Recapito</b>
<b>UO di riferimento</b>		<b>Medico referente</b>	
<b>Tipo tumore</b>			
<b>Localizzazioni metastatiche</b>			
<b>Indice di Karnofsky (K-PS)</b>	<input type="checkbox"/> 50-60 <input type="checkbox"/> > 70		
<b>Sintomi associati</b>	<input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Dispnea <input type="checkbox"/> Iporessia <input type="checkbox"/> Calo Ponderale <input type="checkbox"/> Ansia <input type="checkbox"/> Depressione		
<b>Sopravvivenza stimata</b>	<input type="checkbox"/> ≥ 12 mesi <input type="checkbox"/> 6 - 12 mesi <input type="checkbox"/> < 6 mesi		
<b>Tossicità attesa del trattamento</b>	<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> ematologica <input type="checkbox"/> mucosite <input type="checkbox"/> altro _____		
<b>Grado di informazione del paziente</b>	<input type="checkbox"/> Diagnosi <input type="checkbox"/> Condizione di inguaribilità <input type="checkbox"/> Condizione di terminalità		



**ALLEGATO 3 - VERBALE DI INCONTRO MULTIDISCIPLINARE**

**DATA** \_\_\_\_\_

NOME	NATO IL	PATOLOGIA	DECISIONI

REFERENTE	UNITA' OPERATIVA	FIRMA

## **(ALLEGATO 4) LETTERA INFORMATIVA AL MAP PER INSERIMENTO DEL PROPRIO ASSISTITO PRESSO AMBULATORIO CURE SIMULTANEE**

Alla cortese attenzione del dott./dott.ssa \_\_\_\_\_

Gentile collega, ti contattiamo per aggiornarti riguardo il progetto di cura per il tuo assistito/a:

\_\_\_\_\_

Il paziente, dopo valutazione multidisciplinare, è stato inserito in un programma di Cure Palliative Simultanee Oncologiche con accesso presso l'ambulatorio dedicato.

L'attivazione dell'Ambulatorio di Cure Simultanee in seno all'UO di Oncologia consente di valutare i reali bisogni del paziente e di attivare con tempestività il piano di cura da condurre a livello ambulatoriale e/o domiciliare.

La modalità organizzativa delle cure simultanee mira a garantire la presa in carico globale del paziente e della famiglia attraverso l'integrazione delle due équipe, l'UO Oncologica e l'UO Cure Palliative, in una fase in cui sono contestualmente praticate terapie antitumorali finalizzate al controllo della malattia e alla qualità della vita.

In virtù della presa in carico globale del paziente l'accesso all'ambulatorio di Cure Simultanee non pregiudica la possibilità di prestazioni occasionali al domicilio del malato da parte dell'equipe di cura palliative.

Individuare correttamente e tempestivamente i bisogni dei malati consente la pianificazione dell'assistenza, garantendo una migliore qualità di vita, riducendo gli accessi in pronto soccorso e i ricoveri ospedalieri, nonché il ricorso inappropriato a diagnostica invasiva e terapie futili.

Restiamo a disposizione se in futuro, su tua o nostra proposta, sarà necessaria l'attivazione di una Assistenza Domiciliare Integrata.

Cordiali saluti.

**(ALLEGATO 5) STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DEI BISOGNI**
**PALLIATIVE PROGNOSTIC SCORE (PaP)**

Sintomo	Risultato	Score
Dispnea	NO	0
	SI	1
Anoressia	NO	0
	SI	1
I.P.S. Karnofsky	> 20	0
	10-20	2,5
Previsione clinica di sopravvivenza	> 12 settimane	0
	11-12	2
	9-10	2,5
	7-8	2,5
	5-6	4,5
	3-4	6
Conta leucocitaria	4,800-8,500/ml	0
	8,501-11.000	0,5
	>11.000	1,5
Quota linfociti	20-40%	0
	12-19,9%	1
	0-11,9%	2,5
Classi di rischio	Sopravvivenza a 30 giorni	Score
A	>70%	0-5,5
B	30-70%	5,6-11
C	<30%	11,1-17,5

Scarpi E, Maltoni M, Miceli R et al. Survival prediction for terminally ill cancer patients: revision of the palliative prognostic score with incorporation of delirium. *Oncologist* 2011;16:1793-1799.

## KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS (K-PS)

Karnofsky Performance Status (K-PS)

Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG-PS)

ECOG-PS	ATTIVITA' LAVORATIVA	ATTIVITA' QUOTIDIANE	CURA PERSONALE	SINTOMI SUPPORTO SANITARIO	K-PS
0	COMPLETA	COMPLETA	COMPLETA	NESSUNO	100
1	LIEVE DIFFICOLTA'	LIEVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE	COMPLETA	SEGNI/SINTOMI MINORI (*1) +Calo ponderale ≤5% + Calo di energie	90
1	DIFFICOLTA' LIEVE <input type="checkbox"/> GR	DIFFICOLTA' LIEVE CAMMINARE E/O GUIDARE <input type="checkbox"/>	LIEVE DIFFICOLTA'	ALCUNI (*2) SEGNI/SINTOMI ±calo ponderale ≤ 10% Moderata <input type="checkbox"/> ener	80
2	INABILE	DIFFICOLTA' MODERATA (si muove prevalentemente in casa)	MODERATA DIFFICOLTA'	ALCUNI (*3) SEGNI/SINTOMI ± grave <input type="checkbox"/> energia	70
2		GRAVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE E GUIDARE	DIFFICOLTA' MODERATA VE <input type="checkbox"/>	SEGNI/SINTOMI MAGGIORI ± grave calo ponderale	60
3		ALZATO PER PIU' DEL 50% DELLE ORE DIURNE	GRAVE DIFFICOLTA'	SUPPORTO SANITARIO FREQUENTE	50
3		A LETTO PIU' DEL 50% DELLE ORE DIURNE	LIMITATA CURA DI SE	ASSISTENZA SANITARIA STRAORDINARIA (per frequenza e tipo di interventi)	40
3		INABILE	INABILE	Indicazione a ricovero o ospedalizzazione a domicilio. Supporto sanitario molto intenso	30
4				Grave compromissione di una o più funzioni organiche vitali (respiratoria, renale, cardiocircolatoria) irreversibile	20
4				Rapida progressione dei processi biologici mortali	10
4				Morte	0

(\*1): saltuari, non condizionanti supporto terapeutico continuativo;

(\*2): saltuari o costanti condizionanti spesso supporto terapeutico;

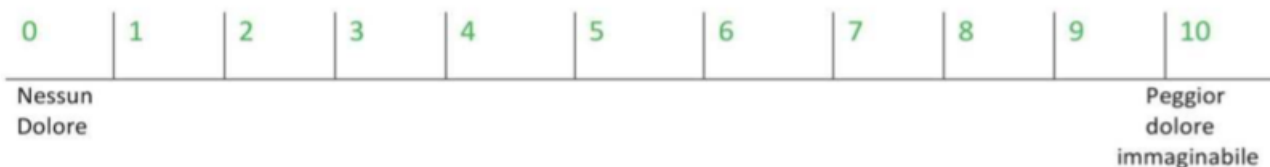
(\*3): costanti, invalidanti condizionanti supporto terapeutico.

Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: MacLeod CM (ed.), Evaluation of chemotherapeutic agents. Columbia Univ. Press. Irvington, NY 1949,191-205.

Verger E, Salamero M, Conill C. Can Karnofsky performance status be transformed to the Eastern Cooperative Oncology Group scoring scale and vice versa? Eur J Cancer 1992;28A(8-9):1328-30.

## NUMERICAL RATING SCALE E VERBAL RATING SCALE

### NUMERICAL RATING SCALE (NRS)



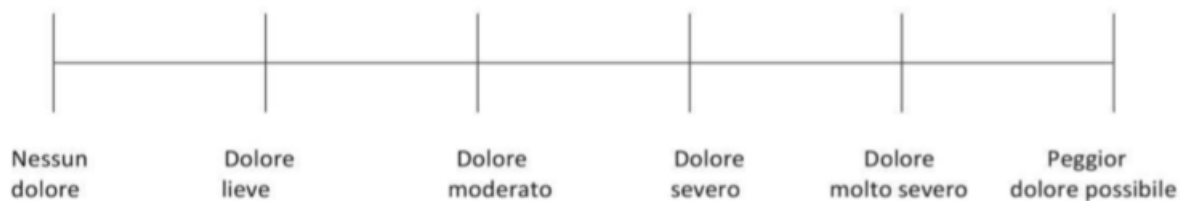
#### Numerical Rating Scale (NRS):

Scala a 11 punti in cui il paziente sceglie un valore che va da 0 (Nessun dolore) a 10 (Peggior dolore immaginabile).

Da 1-3 è considerato dolore lieve, da 4-7 moderato, da 8-10 severo.

Likert R. Technique for the measure of attitudes. Arch Psycho 1932;22:140.

### VERBAL RATING SCALE (VRS)



#### Verbal Rating Scale (VRS):

permette al paziente di descrivere l'intensità del suo dolore da "dolore assente" a "dolore fortissimo".

## DN4 RILEVAZIONE DOLORE NEUROPATICO

DOULEUR NEUROPATHIQUE EN 4 QUESTIONS (DN4)		
Screening tools		
DOMANDA 1: Il dolore presenta una o più delle seguenti caratteristiche?		SI      NO
1	Bruciante/urente	
2	Sensazione di freddo doloroso	
3	Scariche elettriche	
DOMANDA 2 : il dolore è associato, nella stessa area, a uno o più dei seguenti sintomi		
4	Formicolio	SI      NO
5	Sensazione di freddo doloroso	
6	Scariche elettriche	
7	Sensazione di prurito	
DOMANDA 3: il dolore è localizzato in un territorio dove l'esame obiettivo evidenzia		
8	Ipoestesia al tatto	SI      NO
9	Ipoestesia alla puntura	
DOMANDA 4: il dolore è provocato o accentuato da:		
10	Sfioramento della pelle	SI      NO
<p>SI = 1 punto NO= 0 punti Punteggio del paziente: /10</p> <p>Se il punteggio del paziente è uguale o maggiore di 4/10, il test è positivo (sensibilità = 82,9%; specificità = 89,9%)</p>		



## EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SCALE (ESAS)

Data \_\_\_\_\_ Sig/a \_\_\_\_\_

Dolore	Per niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Il peggior dolore possibile
Stanchezza	Per niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore stanchezza possibile
Nausea	Per niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore nausea possibile
Depressione	Per niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore depressione possibile
Ansia	Per niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore ansia possibile
Sonnolenza	Per niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore sonnolenza possibile
Mancanza di appetito	Per niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore inappetenza possibile
Malessere	Per niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Il peggiore malessere possibile
Difficoltà a respirare	Per niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore difficoltà a respirare possibile
Altro	Per niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Il peggiore possibile

Bruera E, Kuehn N, Miller MJ et al. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991;7:6-9.

**EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SCALE (ESAS)**

<b>SCALA PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)</b>			
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Respiro non vocalizzazione</b>	Normale	Respiro a tratti alterato Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato Iperventilazione, Cheyne-Stokes
<b>Vocalizzazione</b>	Normale	Occasionali lamenti	Ripetuti lamenti pianto
<b>Espressione facciale</b>	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta	Smorfie
<b>Linguaggio del corpo</b>	Rilassato	Teso, movimenti nervosi irrequietezza	Rigidità, agitazione ginocchia piegate, movimento afinalistico a scatti

## MINI NUTRIZIONAL ASSESSMENT (MNA) SCREENING

### Mini Nutritional Assessment (MNA) Screening

A Presenta una perdita dell'appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi?

0 = grave riduzione assunzione di cibo; 1 = moderata riduzione assunzione di cibo; 2 = nessuna riduzione assunzione di cibo

B Perdita di peso recente (< 3 mesi)

0 = perdita di peso > 3 Kg; 1 = non sa; 2 = perdita di peso tra 1 e 3 Kg; 3 = nessuna perdita di peso

C Motricità

0 = dal letto alla poltrona; 1 = autonomo a domicilio; 2 = esce di casa

D Nell'arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute o stress psicologici?

0 = si; 2 = no

E Problemi neuropsicologici

0 = demenza o depressione grave; 1 = demenza moderata; 2 = nessun problema

F Indice di massa corporea (IMC = peso/(altezza)<sup>2</sup> in Kg/m<sup>2</sup>)

0 = IMC < 19; 1 = 19 ≤ IMC < 21; 2 = 21 ≤ IMC < 23; 3 = IMC ≥ 23

#### VALUTAZIONE DI SCREENING


12-14 punti: stato nutrizionale normale; 8-11 punti: rischio malnutrizione; 0-7 punti: malnutrito

## HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION S(HADS)CALE

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION S (HADS)CALE			
<b>MI SENTO TESO COME UNA CORDA (A)</b>		<b>HO LA MENTE PIENA DI PREOCCUPAZIONI (A)</b>	
3	la maggior parte del tempo	3	la maggior parte del tempo
2	molte volte	2	molte volte
1	qualche volta oppure occasionalmente	1	talvolta, ma non spesso
0	Mai	0	solo occasionalmente
<b>RIESCO ANCORA A GODERE DELLE COSE CHE MI SONO PIACIUTE (D)</b>		<b>MI SENTO ALLEGRO (D)</b>	
3	sempre	3	per niente
2	non sempre	2	un po'
1	solo qualche volta	1	Abbastanza
0	Mai	0	la maggior parte del tempo
<b>SONO SPAVENTATO DAL FATTO CHE MI POSSA ACCADERE QUALCOSA DI TERRIBILE (A)</b>		<b>RIESCO A STARE TRANQUILLO E A SENTIRMI RILASSATO (A)</b>	
3	sempre, e ciò mi spaventa moltissimo	3	Semopre
2	spesso e ciò mi preoccupa abbastanza	2	Spesso
1	talvolta, ma ciò non mi preoccupa	1	Talvolta
0	per nulla	0	per nulla
<b>RIESCO ANCORA A RIDERE E A VEDERE IL LATO DIVERTENTE DELLE COSE (D)</b>		<b>MI SENTO FIACCO (D)</b>	
3	come sempre	3	quasi sempre
2	ora non molto spesso	2	molto spesso
1	ora raramente	1	Talvolta
0	Mai	0	per nulla

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Br Med J 1986;292:344-348.

## TERMOMETRO DELLO STRESS

<h1>Termometro dello Stress</h1>							
Screening per la misurazione del disagio (Stress)							
Sig./a		Nato/a il			Data		
Istruzioni:							
La preghiamo di cerchiare il numero (da 0 a 10) che meglio descrive la quantità di disagio emotivo che ha provato nell'ultima settimana oggi compreso			La preghiamo di indicare con una crocetta sul SI o sul NO se qualcuno delle seguenti voci è stata un problema o causa di disagio nell'ultima settimana oggi compreso				
		<b>S</b>	<b>N</b>	<b>A. PROBLEMI PRATICI</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>E. PROBLEMI FISICI</b>
		<b>I</b>	<b>O</b>		<b>I</b>	<b>O</b>	
				Problemi nella cura dei figli			Problemi di sonno
				Problemi di alloggio			Dolore
				Problemi economici			Problemi lavarsi/vestirsi
10				Problemi scolastici/lavorativi			Nausea
9				Problemi di trasporto			Senso di fatica/ stanchezza
8							Problemi a muoversi
7				<b>B. PROBLEMI RELAZIONALI</b>			Problemi respiratori
6				Nel rapporto con il partner			Ulcere alla bocca
5				Nel rapporto con i figli			Problemi ad alimentarsi
4				Nel rapporto con gli altri			Difficoltà a digerire
3						Stitichezza	
2			<b>C. PROBLEMI EMOZIONALI</b>			Disturbi a urinare	
1			Depressione			Febbre	
0			Paura			Prurito	
			Nervosismo			Naso chiuso o senso di secchezza	
			Tristezza			Formicolio alle mani o ai piedi	
			Preoccupazione			Senso di gonfiore	
			Perdita di interessi nelle usuali attività			Problemi sessuali	
						Diarrea	
			<b>D. ASPETTI SPIRITUALI</b>			Problemi di memoria	
			Problemi inerenti la propria fede o, in generale riguardo al senso della vita			Problemi su come si vede e come si appare	
			Altro, specificare:				

Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, et al: Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: A pilot study. Cancer 1998;82:1904-1908.

## SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI BISOGNI PSICO SOCIO EDUCATIVI

<b>PROBLEMA</b>	<b>Paziente (Risposta= SI – NO)</b>	<b>Familiare (Risposta= SI – NO)</b>
Difficoltà ad accettare e affrontare i cambiamenti connessi alla malattia e di conseguenza a prendere decisioni in merito all'assistenza (faticano ad accettare riduzione autonomia, aumento intensità assistenziale, interventi farmacologici ...)		
Fatica emotiva espressa in merito alla malattia		
L'operatore osserva una elevata e preoccupante fragilità e sofferenza emotiva a motivo della malattia		
Fatica assistenziale del caregiver		
Alterazione dei comportamenti e delle relazioni a causa della malattia		
Problemi relativi allo stato di informazione di diagnosi/prognosi		
Difficoltà in merito al processo di consapevolezza e accettazione		
Aspettative non realistiche rispetto al percorso di cura		
Contesto relazionale intrafamiliare problematico		
Presenza di persone di supporto all'assistenza		
Incapacità o grave difficoltà a trovare e mantenere persone di supporto		
Ricorrenti ricoveri in strutture sanitarie (ospedale, rsa)		
Ricorso o accesso ai servizi sociali per fragilità sociale		
Presenza di familiari con fragilità (disabilità, disturbi psichici...)		
Presenza di minorenni in stretta relazione con la persona malata		
Problemi di alleanza con l'équipe curante (difficoltà comunicative, conflittualità, sfiducia nel percorso di cura)		

**SCHEDA DI RICHIESTA DI INGRESSO IN HOSPICE** (DGR Veneto n.3318/2008 e 553/2018)

AZIENDA ULSS N. \_\_\_\_ - DISTRETTO \_\_\_\_\_

Nome e Cognome:		Sesso <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina	
Nato/a:		Prov.	il:
Comune di residenza:			Prov.
Indirizzo:			
Codice Fiscale			
Stato civile <input type="checkbox"/> 1 celibe/nubile <input type="checkbox"/> 2 coniugato <input type="checkbox"/> 3 separato <input type="checkbox"/> 4 divorziato <input type="checkbox"/> 5 vedovo <input type="checkbox"/> 6 non dichiarato	Istruzione <input type="checkbox"/> 1 nessuna <input type="checkbox"/> 2 licenza elementare <input type="checkbox"/> 3 licenza media inf. <input type="checkbox"/> 4 licenza media sup. <input type="checkbox"/> 5 dipl. universitario <input type="checkbox"/> 6 laurea <input type="checkbox"/> 7 sconosciuta	Struttura di provenienza <input type="checkbox"/> 1 domicilio dell'assistito, senza cure palliative attive <input type="checkbox"/> 2 domicilio dell'assistito con cure palliative attive <input type="checkbox"/> 3 struttura socio-sanitaria residenziale <input type="checkbox"/> 4 struttura sociale <input type="checkbox"/> 5 struttura ospedaliera (UOC _____) <input type="checkbox"/> 6 struttura di riabilitazione <input type="checkbox"/> 7 altro (specificare)	
Medico Ospedaliero:		UOC:	
MMG/PLS:		Tel:	
Famigliare di riferimento:			
Parentela:		Tel:	

Patologia prevalente:	<input type="checkbox"/> Oncologica	Primitivo:	Data diagnosi:	
		Metastasi:	Data diagnosi:	
		Metastasi:	Data diagnosi:	
	<input type="checkbox"/> Non oncologica	Specificare:	Data diagnosi:	
Attesa di vita presunta: <input type="checkbox"/> < 7 giorni <input type="checkbox"/> > 7 e < 30 giorni <input type="checkbox"/> > 30 giorni				
Grado di consapevolezza del paziente		Diagnosi <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Prognosi <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Hospice <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Grado di consapevolezza dei famigliari		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Supporto psicologico indicato		<input type="checkbox"/> si ( <input type="checkbox"/> paziente <input type="checkbox"/> famigliari) <input type="checkbox"/> no		
Anamnesi patologica remota sintetica e problematiche attuali: _____ _____ _____ _____ _____				
Bisogni da gestire e problematiche prevedibili: _____ _____ _____ _____ _____				
Terapia in corso _____ _____ _____				

**CRITERI VINCOLANTI DI ACCESSO IN HOSPICE**

- Paziente con aspettativa di vita non superiore ai 6 mesi
- Completamento di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia di base
- Esclusione di terapie specifiche volte alla guarigione della patologia di base
- Indice di Karnofsky uguale o inferiore a 50

**CRITERI PRIORITARI DI ACCESSO IN HOSPICE**

1	Inadeguatezza strutturale del domicilio		1 punto	
2	Solitudine del malato		1 punto	
3	Inadeguatezza della famiglia a assistenza continua al domicilio		1 punto	
4	Dolore non controllato		fino a 2 punti	
5	Dispnea non controllata		fino a 2 punti	
6	Problemi	fino a 2 problemi: 3 punti; 3-5 problemi: 4 punti; > 5 problemi: 5 punti		
	Problemi nutrizione/idratazione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Secrezioni orali/bronchiali	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	Subocclusione/occlusione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Trasudati/piaghe/edemi	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	Agitazione/delirio	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Ascite	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	Nausea/vomito	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Turbe elettroliti	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	Disfagia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Turbe metab. glucidico	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	Insonnia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Altro	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
7	Sollievo familiare con impegno a riaccogliere il malato a domicilio		fino a 3 punti	
8	Tracheostomia		fino a 2 punti	
9	Pielostomia		fino a 2 punti	
10	Colonstomia		1 punto	
11	PEG		1 punto	
12	CVC		1 punto	
13	TPN		1 punto	
14	Infusione spinale o peridurale		1 punto	
15	Altro		1 punto	
			<b>TOTALE</b>	

**ALTRE INFORMAZIONI DI PRESA IN CARICO**

Motivo prevalente del ricovero:	<input type="checkbox"/> clinico	<input type="checkbox"/> non clinico
Segno/sintomo clinico non diversamente controllabile (SS1):		
Segno/sintomo clinico non diversamente controllabile (SS1):		
Motivo non clinico alla base della presa in carico (MNC1):		
Motivo non clinico alla base della presa in carico (MNC1):		
Punteggio di Karnofsky:		

**COMPILATORE**

Nome e cognome:	UOC:
Mail:	Tel:
Data di compilazione:	Timbro e firma

---

Idoneità all'ingresso in Hospice a cura del palliativista valutatore	<input type="checkbox"/> Idoneo	<input type="checkbox"/> Non idoneo
Data:	Timbro e firma	



## INFORMAZIONI DA FORNIRE ALL'ASSISTITO E AL SUO FAMILIARE

- L'Hospice è una struttura residenziale, integrata nella rete dei servizi di cure palliative, destinata all'assistenza di malati inguaribili in fase avanzata di malattia o in condizioni di fine vita.
- L'accesso in Hospice è parte di un percorso di cure proposto dal Nucleo di cure palliative congiuntamente al Medico di Medicina Generale, ai sensi della DGR 2989/2000, e avviene dopo aver conseguito il consenso del malato o, qualora l'interessato si trovi in condizioni cognitive compromesse, dei suoi familiari.
- E' opportuno che prima dell'ammissione in Hospice sia definita la durata del ricovero, eventualmente rinnovabile in ragione delle condizioni del malato, al fine di favorire le dimissioni dalla struttura e l'adozione di cure domiciliari.
- Il ricovero in Hospice, in generale, non ha carattere sostitutivo delle cure domiciliari, che sono la modalità di assistenza più accessibile e appropriata rispetto ai desideri e alle condizioni dei malati.
- L'Hospice non supplisce a ricoveri ospedalieri, che vanno offerti qualora si rendessero necessari, né deve essere utilizzato come luogo di trasferimento di malati da strutture ospedaliere o residenziali senza un piano di cure palliative strutturato.
- Nel rispetto dell'autonomia decisionale e del diritto a conoscere le sue condizioni di salute, è opportuno che il paziente, prima dell'ingresso in Hospice, sia informato della sua inguaribilità o condizione di fine vita perché possa comprendere l'assistenza palliativa che gli verrà offerta.
- L'Hospice, benché luogo nel quale si registrano decessi, ordinariamente non deve essere utilizzato come modalità assistenziale continuativa fino alla morte del paziente.
- Il ricovero in Hospice, salvo particolari necessità valutate dal Nucleo di cure palliative, non avviene nella fase agonica e preagonica del decorso clinico del malato.
- Prima dell'ingresso in Hospice, i familiari del malato sono informati:
  - della possibilità di rapidi e improvvisi peggioramenti del congiunto ricoverato;
  - che in caso di peggioramento negli ultimi tempi di vita, non controllabile con le consuete terapie, potrebbe essere attuata una sedazione del malato per evitargli inutili sofferenze.

A titolo esclusivamente esemplificativo e non esaustivo, si riporta di seguito un elenco dei segni/sintomi clinici (Tabella 1) e non clinici (Tabella 2) più frequenti, nell'ambito degli Hospice.

**TABELLA 1**

Segno/Sintomo,	Codifica ICD 9 CM	Segno/Sintomo	Codifica ICD 9 CM
Affezioni pruriginose non specificate (Prurito SAI)	698.9	Dolore Addome di altre sedi specificate	789.09
Alterazione (o perdita) temporanea della coscienza (Confusione)	780.02	Dolore correlato a neoplasia (acuto, cronico)	338.3
Altra e specificata ritenzione urinaria	788.29	Dolore degli arti	729.5
Altra incontinenza urinaria	788.39	Dolore Generalizzato	780.96
Altra Stipsi	564.09	Ecchimosi spontanee	782.7
Altre alterazioni della coscienza (Sonnolenza, sopore, stupore)	780.09	Edema (cute)	782.3
Altre dispnee e anomalie respiratorie	786.09	Ematemesi	578.0
Altro dolore Toracico	786.59	Emoftoe	786.3
Altro intasamento dell'intestino (Subocclusione/Occlusione intestinale)	560.39	Emorragia del retto e dell'ano	569.3
Altro malessere ed affaticamento (Astenia SAI)	780.79	Emorragia non specificata	459.0
Anoressia (Perdita di appetito)	783.0	Incontinenza fecale	787.6
Ascite	789.5	Insomnia non specificata	780.52
Cachessia	799.4	Iperidrosi generalizzata (Sudorazione)	780.8
Cefalea	784.0	Ittero non specificato	782.4
Cervicalgia (Dolore Capo-Collo)	723.1	Melena e rettorragia	578.1
Cianosi	782.5	Movimenti involontari anormali	781.0
Coma	780.01	Nausea (solo)	787.02
Cure palliative	V66.7	Oliguria, anuria	788.5
Delirium da condizioni patologiche classificate altrove	293.0	Rachialgia dorsale (Dolore Rachide)	724.1
Diarrea	787.91	Singhiozzo	786.8
Difficoltà dell'alimentazione ed errori nella somministrazione degli alimenti	783.3	Stati di ansia non specificato (Ansia)	300.00
Dimagrimento anomalo	783.21	Stordimento e capogiro (Vertigini)	780.4
Disfagia	787.2	Tosse	786.2
Dispepsia e altri disturbi specificati della funzione gastrica	536.8	Ulcerazione da decubito (altri siti)	707.09
Disturbi del sonno non specificati	780.50	Vomito (solo)	787.03
Disturbi della secrezione salivare (Xerostomia- Scialorrea)	527.7	Vomito con nausea	787.01
Disturbi della sensibilità cutanea	782.0	Atri segni o sintomi	Codificare con ICD 9 CM
Disturbo distimico (depressione reattiva, scadimento di umore)	300.4		

**TABELLA 2**

Motivo non clinico	Codifica ICD 9 CM
Abitazione inadeguata	V60.1
Altre ragioni per entrare in contatto con i servizi (Scelta del malato come)	V65.8
Assenza del care-giver	V60.4
Persona che vive da solo	V60.3
Problema psicosociale non specificato (sofferenza psicoesistenziale)	V62.9
Ricovero di sollievo temporaneo (famiglia)	V60.5
Altri motivi non clinici	Codificare con ICD 9

TAB 1. IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI PAZIENTI IN FINE VITA

COSA	CHI	COME	QUANDO
Identificare precocemente i pazienti con malattia cronica evolutiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MAP</li> <li>• Specialista ambulatoriale</li> <li>• Medico ospedaliero</li> </ul>	<p>Compilazione dello Strumento NECPAL CCOMS ICO TOOL</p>	<p>In presenza di una o più diagnosi di patologie croniche in stadio avanzato e evolutivo (vedi testo pag. 5)</p>

TAB 2. SEGNALAZIONE ALL'UOCP PER ATTIVAZIONE DEL PROGRAMMA DI CURE PALLIATIVE

COSA	CHI	COME	QUANDO
Attivare il programma di CP per un PAZIENTE DOMICILIARE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MAP</li> <li>• Specialista ambulatoriale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invio all'UO Cure Palliative della Segnalazione per convocazione UVMD (con allegati NECPAL CCOMS – ICO TOLL e SVAMA Sanitaria)</li> </ul>	<p>Al momento dell'identificazione del bisogno di cure palliative</p>
Attivare il programma di CP per un paziente seguito in AMBULATORIO ONCOLOGICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medico oncologo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distretto EST OVEST: invio diretto del paziente all'ambulatorio "Off Therapy"</li> </ul>	<p>Al momento dell'identificazione del bisogno di cure palliative</p>
Attivare il programma di CP per un PAZIENTE OSPEDALIZZATO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medico ospedaliero</li> <li>• Infermiere coordinatore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invio alla COT della Scheda di Dimissione Protetta (con allegata SVAMA Sanitaria) o attivazione attraverso l'operativo Atlante esplicitando la necessità di presa in carico da parte del servizio di Cure Palliative. NB: per il paziente oncologico segnalare la conclusione dei trattamenti oncologici.</li> </ul>	<p>Al momento dell'identificazione del bisogno di cure palliative</p>

TAB 3. SVOLGIMENTO DI UVMD PER LA PRESA IN CARICO E DEFINIZIONE DEL PAI

<b>COSA</b>	<b>CHI</b>	<b>COME</b>	<b>QUANDO</b>
Convocazione di UVMD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UOCP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convocazione dell'UVMD, che si terrà nelle sedi distrettuali di pertinenza in un giorno e orario dedicato o tramite videoconferenza.</li> <li>• Per i pazienti ospedalizzati con bisogni complessi l'UVMD può essere convocata direttamente in ospedale dalla COT</li> </ul>	Entro 3 giorni dalla ricezione della segnalazione. Il tempo di attesa tra convocazione di UVMD ed esecuzione della stessa dovrebbe essere inferiore ai 10 giorni
Predisposizione della documentazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UOCP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raccolta delle informazioni di competenza</li> </ul>	Preferibilmente entro la data di esecuzione della UVMD
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infermiere ADI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compilazione SVAMA cognitivo funzionale</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistente Sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compilazione SVAMA sociale</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicologo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compilazione della scheda dei bisogni psicoeducativi</li> </ul>	
Svolgimento dell'UVMD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dietista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compilazione del Mini Nutritional Assessment - MNA</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palliativista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redazione del verbale quale responsabile di UVMD e partecipazione alla definizione del PAI</li> </ul>	
Svolgimento dell'UVMD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palliativista</li> <li>• MAP</li> <li>• Infermiere ADI</li> <li>• Altri professionisti (su richiesta dell'UOCP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione alla definizione del PAI</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UOCP (amministrativo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il verbale, in cui verrà specificato se il paziente è inserito in cure palliative di BASE o SPECIALISTICHE, viene inviato via mail a tutti i professionisti coinvolti</li> </ul>	
Condivisione del verbale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UOCP (amministrativo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il verbale, in cui verrà specificato se il paziente è inserito in cure palliative di BASE o SPECIALISTICHE, viene inviato via mail a tutti i professionisti coinvolti</li> </ul>	

TAB 4. IDENTIFICAZIONE, SEGNALAZIONE E PRESA IN CARICO IN CURE SIMULTANEE ONCOLOGICHE

COSA	CHI	COME	QUANDO
Identificazione del paziente candidabile a un programma di Cure Simultanee oncologiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oncologo</li> <li>• Radioterapista</li> <li>• Ematologo</li> </ul>	<p>Evidenza dei seguenti criteri di accesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patologia oncologica in fase metastatica, non terminale;</li> <li>• Terapie oncologiche ancora in atto;</li> <li>• PS Karnofsky compreso tra 50-80%;</li> </ul> <p>e almeno uno dei seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenza di sintomi complessi correlati alla neoplasia o ai trattamenti;</li> <li>• Grave distress psicologico;</li> <li>• Pazienti e famigliari in grave difficoltà nel percorso di accettazione e consapevolezza della prognosi, nonostante adeguatamente informati;</li> <li>• Pazienti e famigliari che necessitano di un supporto nella pianificazione del percorso di cura;</li> </ul>	Rivalutazione ad ogni visita per i pazienti con malattia avanzata e inguaribile, ancora in fase di trattamento oncologico
Attivazione del programma di Cure Simultanee oncologiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oncologo</li> <li>• Radioterapista</li> <li>• Ematologo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compilazione della scheda di richiesta e invio della scheda all'infermiere di riferimento dell'UO Oncologia</li> </ul>	Entro 3 giorni dall'identificazione del bisogno
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infermiere (Oncologia ematologia) o</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segnalazione all'UOCP e agli altri professionisti proposti dal medico segnalante del paziente con bisogno di cure simultanee</li> <li>• Convocazione dei professionisti del team presso l'ambulatorio di cure simultanee per valutazione collegiale</li> </ul>	Entro 3 giorni dalla ricezione della segnalazione. Il tempo di attesa tra convocazione ed esecuzione della valutazione collegiale dovrebbe essere inferiore ai 10 giorni
Svolgimento dell'incontro di valutazione collegiale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medico oncologo o Radioterapista o ematologo</li> <li>• Palliativista</li> <li>• Infermiere Onc.</li> <li>• Altri professionisti in funzione dei bisogni del paziente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazione dello stato di malattia oncologica e delle opzioni terapeutiche</li> <li>• Valutazione dei bisogni (controllo dei sintomi, nutrizionali, psicologici, sociali, consapevolezza e aspettative del paziente)</li> <li>• Definizione del percorso di cura più idoneo: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cure Simultanee ambulatoriali;</li> <li>○ Cure Simultanee domiciliari in casi particolarmente complessi o in situazioni di estrema fragilità;</li> </ul> </li> </ul>	

TAB 5. GESTIONE DELLA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI IN CURE PALLIATIVE DI BASE

COSA	CHI	COME	QUANDO
Pianificazione, erogazione e follow up dell'assistenza al paziente	<ul style="list-style-type: none"> <li>MAP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinamento e attuazione del PAI</li> <li>Pianificazione degli accessi, in coordinamento con l'infermiere e secondo necessità dei pazienti</li> <li>Monitoraggio e registrazione dell'andamento clinico-funzionale delle cure</li> </ul>	Entro 4 giorni dall'esecuzione dell'UVMD il paziente deve ricevere la prima visita domiciliare da parte del team di cura
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infermiere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pianificazione degli accessi, in coordinamento con il MAP e secondo necessità dei pazienti</li> <li>Monitoraggio e registrazione dell'andamento clinico-funzionale delle cure</li> </ul>	
Identificazione precoce del cambiamento del profilo di bisogni del paziente/caregiver, per cui è necessaria una presa in carico in cure palliative Specialistiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>MAP</li> <li>Infermiere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>In caso di identificazione di problemi di natura clinico-assistenziale tali da richiedere una modifica del PAI, il MAP invia una nuova scheda di segnalazione all'UOCP (senza NECPAL CCOMS – ICO TOOL e SVAMA sanitaria)</li> <li>La necessità di modifica del PAI può essere suggerita al MAP anche dagli infermieri che hanno in carico il paziente</li> </ul>	In presenza di una o più condizioni variate
Convocazione di UVMD per la revisione del PAI	<ul style="list-style-type: none"> <li>UOCP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Convocazione dell'UVMD, che si terrà nelle sedi distrettuali di pertinenza in un giorno e orario dedicato.</li> <li>In caso di urgenza o cambiamento rapido delle condizioni del paziente, è possibile la presa in carico in cure palliative Specialistiche prima o in assenza dell'UVMD di revisione del PAI</li> </ul>	Entro 3 giorni dalla ricezione della segnalazione. Il tempo di attesa tra convocazione di UVMD ed esecuzione della stessa dovrebbe essere inferiore ai 10 giorni

TAB 6. GESTIONE DELLA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI IN CURE PALLIATIVE SPECIALISTICHE

COSA	CHI	COME	QUANDO
Pianificazione, erogazione e follow up dell'assistenza al paziente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Palliativista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinamento e attuazione del PAI</li> <li>Pianificazione degli accessi, in coordinamento con il MAP e l'infermiere e secondo necessità dei pazienti</li> <li>Monitoraggio e registrazione dell'andamento clinico-funzionale delle cure</li> </ul>	Preferibilmente entro 72 ore dall'esecuzione dell'UVMD il paziente deve ricevere la prima visita domiciliare da parte del team di cura (entro 48 ore dalla dimissione, se paziente ultra 65enne)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infermiere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pianificazione degli accessi, in coordinamento con il palliativista e il MAP e secondo necessità dei pazienti</li> <li>Monitoraggio e registrazione dell'andamento clinico-funzionale delle cure</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>MAP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pianificazione degli accessi, in coordinamento con il palliativista e l'infermiere e secondo necessità dei pazienti</li> <li>Monitoraggio e registrazione dell'andamento clinico-funzionale delle cure</li> </ul>	
Identificazione precoce del cambiamento del profilo di bisogni del paziente/caregiver, per cui è sufficiente una presa in carico in cure palliative di base o sono invece necessari altri professionisti	<ul style="list-style-type: none"> <li>Palliativista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>In caso di variazioni tali da richiedere una modifica del PAI, il palliativista che ha in carico il paziente programma una nuova valutazione multidimensionale se necessaria o registra le modifiche al PAI se non necessaria</li> <li>La necessità di modifica del PAI può essere suggerita al palliativista anche dagli infermieri e dal MAP che hanno in carico il paziente</li> </ul>	In presenza di una o più condizioni variate
Convocazione di UVMD per la revisione del PAI	<ul style="list-style-type: none"> <li>UOCP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Convocazione dell'UVMD, che si terrà nelle sedi distrettuali di pertinenza in un giorno e orario dedicato.</li> </ul>	Entro 3 giorni dalla ricezione della segnalazione. Il tempo di attesa tra convocazione di UVMD ed esecuzione della stessa dovrebbe essere inferiore ai 10 giorni

TAB 7. LA CONTINUITA' DELLA CURA: IL TRASFERIMENTO DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO

COSA	CHI	COME	QUANDO
Attivazione del processo di transizione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UO di degenza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invio della Scheda di Dimissione Protetta alla COT o da operativo Atlante , specificando la necessità di una presa in carico in cure palliative, secondo le modalità e i tempi previsti dal percorso aziendale per le dimissioni protette</li> </ul>	Il prima possibile
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• COT o UOCP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricezione della segnalazione e valutazione della presenza dei criteri minimi per il rientro al domicilio e dei bisogni del paziente</li> <li>• Comunicazione della segnalazione all'UOCP tramite mail. Tale comunicazione funge da richiesta di consulenza, se già non richiesta dall'UO di degenza</li> </ul>	Il prima possibile
Convocazione dell'UVMD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UOCP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se la segnalazione risulta appropriata il palliativista convoca l'UVMD, che si terrà post dimissione nelle sedi distrettuali di pertinenza in un giorno e orario dedicato</li> </ul>	L'UVMD dovrebbe essere eseguita il prima possibile per evitare discontinuità nelle cure.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UOCP</li> <li>• COT</li> <li>• Medico Primarie</li> </ul> <p>Cure</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• se la segnalazione risulta appropriata la COT può convocare l'UVMD direttamente in ospedale prima della dimissione. Sono invitati medico e infermiere di reparto, MAP, palliativista e infermiere territoriale</li> <li>• quando non possibile eseguire l'UVMD in ospedale sarà il palliativista che organizzerà L'UVMD</li> <li>• nei casi complessi in cui si richiedono molti professionisti la regia dell'UVMD sarà a carico delle Cure Primarie</li> </ul>	Prima della dimissione del paziente. Solo in casi particolari, e in accordo con il palliativista, può essere posticipata al post-dimissione
Coordinamento e monitoraggio della transizione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UOCP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio della segnalazione</li> <li>• Monitoraggio della convocazione e svolgimento della UVMD</li> <li>• Monitoraggio e supporto per l'attivazione del programma assistenziale</li> </ul>	Fino a transizione avvenuta



TAB 8. LA CONTINUITA' DELLA CURA: INSERIMENTO DEL PAZIENTE DA OSPEDALE E TERRITORIO IN HOSPICE

COSA	CHI	COME	QUANDO
Attivazione del processo di inserimento in Hospice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UO di degenza</li> <li>• UOCP territoriale</li> <li>• MAP</li> <li>• Struttura Residenziale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invio all'UOCP della "Scheda di accesso in Hospice con i criteri di ammissione". Si segnala che, se possibile, verrà data priorità nell'ingresso ai pazienti territoriali come da indicazioni regionali</li> <li>• Mail hospice: AAAAAAAAAA</li> </ul>	Alla comparsa dei criteri di eleggibilità per l'accesso in hospice
Coordinamento della transizione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UOCP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se il paziente è ospedalizzato il palliativista effettua una consulenza per verificare i criteri di eleggibilità e l'urgenza</li> <li>• Se il paziente non è seguito dall'UOCP a livello territoriale, il MAP può chiedere una consulenza per verificare i criteri di eleggibilità e l'urgenza</li> </ul>	L'UVMD dovrebbe essere eseguita il prima possibile per evitare discontinuità nelle cure, comunque non oltre i 3 giorni
Monitoraggio della transizione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UOCP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio della stato e tempistica della richiesta</li> <li>• Monitoraggio e supporto per l'attivazione del programma assistenziale</li> </ul>	Fino a transizione avvenuta