

# **INDICAZIONI OPERATIVE PER L'IMPIEGO DEI DUE STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL BISOGNO (BCP) E DELLA COMPLESSITÀ IN CURE PALLIATIVE (CCP)**

## **PREMESSA**

Con le "Regole di gestione del servizio sociosanitario 2019" allegato alla DGR n. XI/1046 del 17 dicembre 2018, sono stati approvati gli opportuni strumenti atti a garantire la valutazione del bisogno e l'appropriatezza della cura in modo omogeneo sul territorio regionale nell'ambito delle Cure Palliative (sub allegati E e F). L'implementazione di tali strumenti è obbligatoria a partire dal 1° gennaio 2019 da parte di tutti gli Erogatori accreditati in cure palliative operanti nella Rete Regionale delle Cure Palliative (RRCP) di cui alle DGR n. X/4610/2012, DGR n. X/5918/2016 e successive circolari applicative.

Oltre a rappresentare un valido ausilio per tutti i soggetti erogatori di Cure Palliative operanti nelle Reti Locali di Cure Palliative (RLCP), articolazioni della RRCP, gli strumenti costituiranno un utile supporto per le ATS nella valutazione della coerenza tra il Piano di Assistenza Individuale-PAI e l'evoluzione del quadro clinico: attraverso l'analisi del PAI potranno quindi essere valutati la complessità clinico assistenziale e la coerenza con gli effettivi accessi per ciascuna figura professionale e con i provvedimenti clinico assistenziali assunti dall'equipe curante nel tempo.

Dal punto di vista del paradigma di cura, il mero calcolo del CIA viene integrato con un condiviso e comune metodo riferito alla valutazione degli effettivi bisogni del malato e della sua famiglia, in un circuito virtuoso in equilibrio tra complessità dei bisogni rilevati, complessità degli interventi clinico-assistenziali da garantire e complessità erogativa.

L'introduzione di questi strumenti anticipa l'avvio della sperimentazione prevista dalla DGR n. X/7600/2017. Tale sperimentazione avrà lo scopo di affinare gli strumenti ora introdotti al fine di definire un punteggio totale correlato al livello di intensità attraverso l'utilizzo della CHES di InterRai PC e la CHES lite di CA, che misurano la stabilità o instabilità clinica in modo oggettivo e si sono dimostrati in grado di correlare il bisogno con la complessità e l'intensità assistenziale e la prognosi.

## **1. STRUMENTO DI VALUTAZIONE DEL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE (BCP) PER LA SELEZIONE DEI MALATI DA PRENDERE IN CARICO DA PARTE DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE (RLCP) – SUBALLEGATO F DELLA DGR N. XI/1046/2018**

### **1.1 Finalità dello Strumento BCP**

L'utilizzo di uno strumento di valutazione comune a tutti gli erogatori garantisce un approccio dinamico e proattivo indispensabile per rispondere a bisogni di malati e familiari, (estremamente mutevoli nel tempo da un punto di vista sia qualitativo che quantitativo) con ricadute positive su tutto il sistema di cura. Lo strumento, derivato dal NecPal, è pensato per valutare il bisogno di Cure Palliative del malato che viene inviato ad uno dei Nodi della Rete per la valutazione di appropriatezza alla presa in carico nella RLCP, in continuità con i percorsi definiti dalla DGR n. IX/4610/2012 e n. X/5918/2016.

L'utilizzo di uno strumento comune a tutti i professionisti costituisce utile ausilio di interfaccia tra i professionisti di tutte le branche specialistiche che hanno in cura un paziente e gli operatori della Rete CP per pervenire ad una migliore identificazione dei pazienti che esprimano bisogni di CP.

Lo strumento è valido ausilio per i professionisti sanitari (Medici e Infermieri) con duplice finalità:

1. da parte dei soggetti erogatori di Cure Palliative operanti nella **RLCP, deve essere utilizzato per identificare e/o confermare l'indicazione alla presa in carico del malato** nella RLCP.
2. da parte dei medici specialisti di tutte le branche cliniche, i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS), Infermieri di famiglia, Case manager, **se ne raccomanda l'uso per valutare il bisogno di Cure Palliative e segnalare il malato agli erogatori della RLCP.**

Lo strumento è stato ideato anche per intercettare il bisogno dei malati in modo tempestivo, alla comparsa dei primi bisogni specifici, al fine di evitare la segnalazione del malato alla RLCP in fase molto avanzata e con breve attesa di vita. Il suo utilizzo consentirà alla RLCP di erogare Cure Palliative sempre più appropriate anche rispetto ai diversi setting di cura specifici.

Sarà sempre possibile impiegare, accanto alle scale di valutazione inserite nello strumento, eventuali altre scale purché validate e allineabili e coerenti con lo strumento.

Lo strumento costituisce quindi un supporto alla valutazione clinica e alla verifica dei criteri di appropriatezza. Non è uno strumento di pesatura da utilizzare in modo rigido e meccanico né per la valutazione dei criteri di eleggibilità, né per l'identificazione del setting o del livello assistenziale. Qualora però la decisione del clinico fosse difforme rispetto ai risultati di valutazione dello strumento, è necessario che le motivazioni trovino riscontro documentale.

## 1.2 Descrizione dello Strumento BCP

Lo strumento proposto che identifica i bisogni di CP, consta di due parti:

1. **QUADRO CLINICO GENERALE: GRAVITÀ, STABILITÀ E INSTABILITÀ.** Questa parte generale definisce il quadro clinico del paziente, con particolare riferimento ad alcuni campi:
  - a. Stato Nutrizionale;
  - b. Marcatori Funzionali (scale di valutazione specifiche);
  - c. Altri Marcatori di severità e fragilità estrema (come ad esempio cadute, dolore, dispnea ecc.);
  - d. Stress emotivo;
  - e. Ulteriori fattori di consumo di risorse (ad esempio frequenti ricoveri in regime di acuzie);
  - f. Contesto sociale difficile;
  - g. Comorbidità.

### INDICAZIONE 1.

AI FINI DELLA VALUTAZIONE DI OGNI PAZIENTE, LA PARTE GENERALE (**QUADRO CLINICO GENERALE: GRAVITÀ, STABILITÀ E INSTABILITÀ**) DOVRÀ ESSERE SEMPRE COMPILATA ED ESSERE SEMPRE PRESENTE NELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA.

2. **CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE NEL MALATO CON DIVERSE PATOLOGIE.** In questa parte vengono analizzati i marcatori specifici che caratterizzano il malato affetto da patologie diverse in fase evolutiva di malattia e per i diversi quadri clinici:
  - a. Malato Oncologico;
  - b. Malato con malattia respiratoria;
  - c. Malato Cardiologico;

- d. Malato colpito da Stroke;
- e. Malato Neurologico;
- f. Malato Epatopatico;
- g. Malato Nefropatico;
- h. Malato con Demenza.

#### INDICAZIONE 2.

AI FINI DELLA VALUTAZIONE DI OGNI PAZIENTE, LA PARTE SPECIFICA RELATIVA ALLA MALATTIA DI BASE (**CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE NEL MALATO CON DIVERSE PATOLOGIE**), DOVRÀ ESSERE SEMPRE COMPILATA E SEMPRE PRESENTE NELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Ogni sezione per ciascun Quadro Clinico consta di 4 campi. I campi "a" e "d" sono uguali per tutti i quadri, mentre i campi "b" e "c" sono specifici per ciascun Quadro Clinico:

- a. Domanda Sorprendente
- b. Campo delle scelte e della visione clinica e assistenziale
- c. Indicatori clinici specifici di gravità e progressione di malattia
- d. Prognosi stimata

### 1.3 Pesatura dei campi dello Strumento BCP

#### a. Domanda Sorprendente

##### INDICAZIONE 3.

ALLA **DOMANDA SORPRENDENTE**: "Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?"

**3.1** LA RISPOSTA NEGATIVA AVVIA LA VALUTAZIONE

**3.2** LA RISPOSTA POSITIVA ARRESTA LA VALUTAZIONE PERCHÉ ESCLUDE IL BISOGNO A PRIORI

#### b. Campo delle scelte e della visione clinica e assistenziale

##### INDICAZIONE 4.

ALLA DOMANDA: "**Volontà rispetto al percorso di cura del paziente e del care giver/famigliari**" e "**Ritieni opportuno avviare un percorso di Cure Palliative?**":

**4.1** LA RISPOSTA NEGATIVA ARRESTA LA VALUTAZIONE PERCHÉ ESCLUDE L'AVVIO DEL PERCORSO A PRIORI

**4.2** LA RISPOSTA POSITIVA AVVIA LA VALUTAZIONE

**4.3** PER IL **MALATO NEUROLOGICO**, IL CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE È SPECIFICATAMENTE IDEATA PER VALUTARE L'IMPATTO SULLA COMPLESSITÀ RELATIVA AI SUPPORTI NUTRIZIONALI E VENTILATORI: DEVE ESSERE SEMPRE COMPILATO

**4.4** PER IL **MALATO NEFROPATICO** IL CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE È SPECIFICATAMENTE IDEATA PER VALUTARE L'IMPATTO SULLA COMPLESSITÀ RELATIVA AL PROSEGUITO DEL TRATTAMENTO DIALITICO: DEVE ESSERE SEMPRE COMPILATO

#### c. Indicatori clinici specifici di gravità e progressione di malattia

##### INDICAZIONE 5.

**5.1** DEVE ESSERE PRESENTE ALMENO UNA RISPOSTA POSITIVA

**5.2** OVE PREVISTO, DEVONO ESSERE IMPIEGATE LE SCALE DI VALUTAZIONE RIPORTATE

**5.3** SI DEVE FARE RIFERIMENTO AI CRITERI DI VALUTAZIONE RIPORTATI

#### d. Prognosi stimata

##### INDICAZIONE 6.

**6.1** LA PARTE SPECIFICA RELATIVA ALLA **PROGNOSI** DOVRÀ ESSERE SEMPRE COMPILATA (QUANTIFICATA)

**6.2** LA PROGNOSI È MERAMENTE INDICATIVA E NON È DI PER SÉ INDICE DI COMPLESSITÀ CLINICO-ASSISTENZIALE.

**6.3** È COMUNQUE PRESUMIBILE CHE PERCORSI AVVIATI PER PAZIENTI CON PROGNOSI INFERIORE A 30 GIORNI SIANO CARATTERIZZATI DA MAGGIORE COMPLESSITÀ CLINICO ASSISTENZIALE

#### e) Elementi necessari per l'Avvio del percorso di Cure Palliative

##### INDICAZIONE 7.

**DEVONO ESSERE PRESENTI CONTEMPORANEAMENTE QUESTI REQUISITI**

**7.1** DOMANDA SORPRENDENTE: **RISPOSTA NEGATIVA**

**7.2** CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE: **INDICAZIONI 4.1 E 4.2 RISPOSTE POSITIVE**

**7.3 QUADRO CLINICO GENERALE: GRAVITA', STABILITÀ E INSTABILITÀ: ALMENO DUE RISPOSTE POSITIVE**  
**7.4 INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI MALATTIA: ALMENO UNA RISPOSTA POSITIVA**  
**7.5 PROGNOSI STIMATA: SEMPRE QUANTIFICATA**

#### **f) Legenda Intensità assistenziale**

**INDICAZIONE 8.**

**LA "LEGENDA INTENSITA' ASSISTENZIALE" DELL'ALLEGATO SUB-E DELLA DGR XI/1046/2018 COSTITUISCE MERO TITOLO ESEMPLIFICATIVO E FA RIFERIMENTO AL SOLO AVVIO DI CURE PALLIATIVE NEL SETTING DOMICILIARE**

## 2. STRUMENTO DI VALUTAZIONE DELLA COMPLESSITÀ SOCIALE, CLINICA E ASSISTENZIALE (CCP) DEL MALATO IN CURE PALLIATIVE NEL SETTING DOMICILIARE - SUBALLEGATO F DELLA DGR N. XI/1046/2018

### 2.1 Finalità dello Strumento CCP

Lo strumento consente di superare il concetto di CIA come unico indicatore della qualità e dell'appropriatezza delle cure palliative domiciliari. Si è scelto di costruire uno strumento mutuando i campi di analisi da altri strumenti validati, creandone una sintesi semplificata e di facile lettura. Lo strumento ha quindi una duplice finalità:

1. **Ausilio per i professionisti (Medici, Infermieri, Assistenti Sociali) per indagare le diverse aree cardine che caratterizzano specificamente il malato** di cure palliative al fine di identificare i migliori processi di cura e assistenza che devono ruotare intorno ad esso. Lo strumento è finalizzato quindi a migliorare la capacità di valutare il grado di stabilità ed instabilità clinica e psicologica e le risorse sociali, e assistenziali del malato e della famiglia. In particolare, i professionisti documentano, attraverso l'utilizzo dello strumento, la correlazione tra la complessità delle condizioni generali del malato e del contesto socio-famigliare, con la complessità degli interventi e dell'assistenza da programmare (PAI); questo anche in riferimento al numero di accessi del medico palliativista.
2. **Ausilio per le ATS per la valutazione dell'appropriatezza** del percorso di cura in uno dei due livelli previsti, di base o specialistico, analizzando la coerenza tra il Piano di Assistenza Individuale-PAI e l'evoluzione del quadro clinico.

### 2.2 Descrizione dello Strumento CCP

Lo strumento prende in considerazione tre aree specifiche.

1. **BISOGNO SOCIALE (utile ai fini della pesatura)**
2. **BISOGNO CLINICO-ASSISTENZIALE (utile ai fini della pesatura)**
3. **COMPLESSITÀ EROGATIVA – PAI (risultante dalla valutazione delle due aree precedenti)**

<b>INDICAZIONE 9.</b> AI FINI DELLA VALUTAZIONE DI OGNI PAZIENTE, LO STRUMENTO <b>DOVRÀ ESSERE SEMPRE COMPILATO ED ESSERE SEMPRE PRESENTE NELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA</b> , NELLE SEGUENTI SITUAZIONI. <b>9.1 PRIMA VALUTAZIONE E PRESA IN CARICO</b> <b>9.2 MODIFICA DEL PAI PER NECESSITÀ DI PASSARE DA CP DI BASE A CP SPECIALISTICHE</b> <b>9.3 MODIFICA DEL PAI PER NECESSITÀ DI PASSARE DA CP SPECIALISTICHE A CP DI BASE</b>
--

<b>INDICAZIONE 10.</b> NELL'AREA BISOGNI CLINICO-ASSISTENZIALI SONO RIPORTATE SCALE DI VALUTAZIONE VALIDATE. IL PROFESSIONISTA <b>POTRÀ AVVALERSI DI ALTRE SCALE GIÀ IN USO PRESSO LA STRUTTURA, PURCHÉ:</b> <b>10.1 SIANO SCALE VALIDATE</b> <b>10.2 SIANO ALLINEABILI E COERENTI CON LO STRUMENTO</b>
--

<b>INDICAZIONE 11.</b> <b>11.1</b> AI FINI DELLA VALUTAZIONE DI OGNI PAZIENTE, LO STRUMENTO È <b>GRADUATO IN TRE SEZIONI PER GRAVITÀ/INTENSITÀ.</b> <b>11.2</b> AI FINI DELLA PESATURA, VALE IL CODICE COLORE <b>11.3</b> AI FINI DELLA PESATURA, SI VALUTANO LE PRIME DUE AREE: BISOGNO SOCIALE E BISOGNO CLINICO-ASSISTENZIALE. <b>11.4</b> PER I BISOGNI DELLA PRIMA COLONNA SONO DA PREVEDERSI <b>CP DI BASE CON 1 ACCESSO MEDICO OGNI 10 GIORNI</b> <b>11.5</b> LA PRIMA COLONNA (VERDE) IDENTIFICA BISOGNI CON GRAVITÀ/INTENSITÀ CHE NECESSITA DI CURE PALLIATIVE DI BASE <b>11.6</b> LA SECONDA E LA TERZA COLONNA (ROSA) IDENTIFICANO BISOGNI CON GRAVITÀ/INTENSITÀ CHE NECESSITA DI CURE PALLIATIVE SPECIALISTICHE <b>11.7</b> PER I BISOGNI DELLA SECONDA COLONNA SONO DA PREVEDERSI <b>CP SPECIALISTICHE CON 2 ACCESSI MEDICO OGNI 10 GIORNI</b> <b>11.8</b> PER I BISOGNI DELLA TERZA COLONNA SONO DA PREVEDERSI CP SPECIALISTICHE CON <b>più di 2 ACCESSI MEDICO OGNI 10 GIORNI</b>
--

## STRUMENTO PER L'IDENTIFICAZIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE IN FASE AVANZATA CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO ONCOLOGICO			
<b>1. DOMANDA SORPRENDENTE</b>			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI NEOPLASIA</b> (presenza di <b>UNO</b> o <b>più</b> dei seguenti criteri)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diagnosi di neoplasia metastatica (stadio IV, stadio III in alcuni casi: neoplasie polmone, pancreas ed esofago ) che presenti scarsa risposta o controindicazione a trattamento specifico, rapida progressione durante il trattamento o metastasi in organi vitali (SNC, fegato, grave disseminazione polmonare)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Deterioramento funzionale rilevante (Palliative Performance Status (PPS) &lt;50%)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sintomi disturbanti, persistenti e scarsamente controllati nonostante l'ottimizzazione del trattamento specifico</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CON MALATTIA RESPIRATORIA CRONICA OSTRUTTIVA			
<b>1. DOMANDA SORPRENDENTE</b>			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA</b> (presenza di <b>due</b> o <b>più</b> dei seguenti criteri)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dispnea a riposo o per sforzi minimi tra le riacutizzazioni di malattia</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e tollerato</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nel caso si disponga dei test respiratori , criteri di ostruzione severa: FEV1 &lt;30% o criteri di deficit restrittivo severo: CV forzata &lt;40%, DLCO &lt;40%.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nel caso si disponga di emogasanalisi arteriosa : presenza dei criteri per l'ossigenoterapia domiciliare o trattamento già in corso</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Insufficienza cardiaca sintomatica</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ricoveri ospedalieri ricorrenti (&gt;3 in 12 mesi per riacutizzazioni bronchitiche)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CARDIOLOGICO			
<b>1. DOMANDA SORPRENDENTE</b>			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIE CARDIACHE</b> (presenza di <b>due o più</b> dei seguenti criteri)			
<input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca NYHA stadio III o IV, malattia valvolare grave o malattia coronarica non operabile	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Dispnea a riposo o per sforzi minimi.	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e ben tollerato	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> In caso si disponga di Ecocardiografia: frazione di eiezione gravemente ridotta (< 30%) o ipertensione polmonare severa (Pressione polmonare > 60 mmHg)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Insufficienza renale (FG <30%)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Ricoveri ospedalieri con sintomi di scompenso cardiaco /cardiopatía ischemica (>3 nell'ultimo anno)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO COLPITO DA STROKE			
<b>1. DOMANDA SORPRENDENTE</b>			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE STROKE</b> (presenza di <b>UNO o più</b> dei seguenti criteri)			
<input type="checkbox"/> Durante la fase acuta e subacuta (< 3 mesi post-stroke) : stato vegetativo persistente o di minima coscienza > 3 giorni	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Durante la fase cronica (> 3 mesi post-stroke): complicanze mediche ripetute (polmonite ab ingestis, nonostante misure antidisfagia), pielonefriti (> 1), febbre ricorrente nonostante terapia antibiotica (febbre persistente dopo 7 giorni di terapia)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Antibiotico terapia per più di 7 giorni, lesioni da decubito persistenti in stadio III-IV o demenza severa post-stroke	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO NEUROLOGICO CRONICO			
<b>1. DOMANDA SORPRENDENTE</b>			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: SNG/PEG/PEJ	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: VENTILAZIONE NON INVASIVA	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: VENTILAZIONE INVASIVA/TRACHEO	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE: SLA E MALATTIE DEL MOTONEURONE, SCLEROSI MULTIPLA E PARKINSON (presenza di due o più dei seguenti criteri)</b>			
<input type="checkbox"/> Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante terapia ottimale	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Sintomi complessi e di difficile controllo	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Disturbi del linguaggio con progressiva difficoltà a comunicare	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Disfagia progressiva	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Polmonite da aspirazione ricorrente, dispnea o insufficienza respiratoria	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>4. PROGNOSE STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO EPATOPATICO CRONICO GRAVE			
<b>1. DOMANDA SORPRENDENTE</b>			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA EPATICA CRONICA GRAVE (richiede la presenza di UNO o più criteri)</b>			
<input type="checkbox"/> Cirrosi avanzata Child C (determinato in assenza di complicanze o dopo trattamento ottimale), MELD-Na score > 30 o con una o più delle seguenti complicanze: ascite refrattaria, sindrome epatorenale o emorragia digestiva alta da ipertensione portale con fallimento del trattamento farmacologico ed endoscopico e assenza di indicazioni per trapianto o TIPS	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Carcinoma epatocellulare: presente in stadio C o D (Barcellona Clinic Liver Cancer)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>4. PROGNOSE STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO NEFROPATICO CRONICO GRAVE			
<b>1. DOMANDA SORPRENDETE</b>			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DAL PAZIENTE E DAL CARE-GIVER/FAMIGLIARI: PROSECUZIONE DIALISI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA RENALE CRONICA GRAVE</b> (richiede la presenza di <b>un solo criterio</b> )			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Insufficienza renale grave (FG &lt; 15) in pazienti per i quali il trattamento sostitutivo o il trapianto sono controindicati</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>4. PROGNOSE STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CON DEMENZA			
<b>1. DOMANDA SORPRENDETE</b>			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DEMENZA</b> (presenza di <b>due o più</b> dei seguenti criteri)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Criteri di gravità: incapacità a vestirsi, lavarsi, o mangiare senza assistenza (GDS/FAST 6c), incontinenza doppia (GDS/FAST 6d-e) o incapacità di comunicare in maniera appropriata, 6 o meno parole intelligibili (GDS/FAST 7) (Global Deterioration Scale/Function Assessment Staging Test)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Criteri di progressione: perdita di 2 o più funzioni ADL negli ultimi 6 mesi nonostante un intervento terapeutico adeguato (non imputabile ad una situazione acuta per processo intercorrente) o presenza di difficoltà alla deglutizione, o rifiuto del cibo, in pazienti che non riceveranno nutrizione enterale o parenterale.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Utilizzo di Risorse: ricoveri ripetuti (&gt; 3 in 12 mesi, per processi intercorrenti: polmonite da aspirazione, pielonefrite,</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Settlicemia, etc. (che causino deterioramento funzionale e/o cognitivo)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>4. PROGNOSE STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

QUADRO CLINICO GENERALE: GRAVITA', STABILITÀ E INSTABILITÀ		
<b>MALNUTRIZIONE E/O DENUTRIZIONE</b> Marcatori Nutrizionali, almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Severità:</b> albumina serica &lt; 2,5g/dl non correlato a eventi acuti</li> <li>○ <b>Progressione:</b> perdita di peso &gt; 10%</li> <li>○ <b>Percezione clinica</b> di un deterioramento nutrizionale (persistente, intenso/grave, progressivo, irreversibile) non correlato a condizioni concomitanti</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>MARCATORI FUNZIONALI</b> , almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Severità: dipendenza funzionale grave e persistente (Barthel &lt;25, ECOG&gt;2 o Karnofsky &lt;50%)</li> <li>○ Progressione: perdita di 2 o più funzioni ADL nonostante un adeguato intervento Terapeutico</li> <li>○ Percezione clinica di un deterioramento funzionale (persistente intenso/grave, progressivo, irreversibile) non legato a condizioni intercorrenti</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>ALTRI MARCATORI DI SEVERITÀ E FRAGILITÀ ESTREMA</b> , almeno 2 dei seguenti negli <b>ultimi 6 mesi</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ulcere da decubito croniche (III-IV grado)</li> <li>○ Infezioni ricorrenti (&gt;1)</li> <li>○ Stato confusionale acuto (delirium )</li> <li>○ Disfagia persistente</li> <li>○ Cadute (&gt;2)</li> <li>○ Disturbi del sonno</li> <li>○ Dispnea</li> <li>○ Dolore</li> <li>○ Disturbi gastroenterici</li> <li>○ Astenia</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>STRESS EMOTIVO</b> con sintomi psicologici (persistenti, intensi/grave, progressivi ) non correlato a condizioni intercorrenti acute	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>ULTERIORI FATTORI DI UTILIZZO DI RISORSE.</b> Una qualsiasi delle seguenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2 o più ricoveri urgenti (non programmati) in ospedale o strutture di cura specializzate per malattie croniche, nell'ultimo anno</li> <li>○ Necessità di cure complesse/intense continue, sia in un istituto di cura che al domicilio</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTESTO SOCIALE DIFFICILE</b>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>COMORBIDITÀ</b> ≥ 2 patologie concomitanti	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

LEGENDA INTENSITÀ ASSISTENZIALE				
Livello gravità	Intensità assistenziale richiesta	CIA	MIX PROFESSIONALE	Livello CP SUGGERITO
1 – 2	MEDIO-BASSA	0,2 < CIA < 0,5	Almeno 1 accesso medico ogni 10 giorni	BASE
2 – 3	MEDIO-ALTA	CIA ≥ 0,5	Almeno 2 accessi medico ogni 10 giorni	SPECIALISTICO

## SUB ALLEGATO F

AREE DA INVESTIGARE	ELEMENTI VALUTATIVI		
<b>BISOGNO SOCIALE</b>			
Fatica nella capacità di prendere decisioni quotidiane relative all'assistenza	VARIABILE	ELEVATA	MOLTO ELEVATA
Relazioni familiari complesse	VARIABILE	ELEVATA	MOLTO ELEVATA
Fragilità del caregiver (fisica, psichica, emotiva)	VARIABILE	ELEVATA	MOLTO ELEVATA
<b>BISOGNO CLINICO - ASSISTENZIALE</b>			
<b>INTENSITA'</b>	ASSENTE/LIEVE	MODERATA	FORTE
<b>CONFUSIONE/DELIRO 4-AT</b>	< oppure = 3	> oppure = 4	
<b>DOLORE ESAS/PAINAD</b>	0-3	4-7	8-10
<b>DISPNEA ESAS</b>	0-3	4-7	8-10
<b>INSONNIA ESAS</b>	0-4	5-7	8-10
<b>ASTENIA ESAS</b>	0-4	5-7	8-10
<b>SONNOLENZA ESAS</b>	0-4	5-7	8-10
<b>DISFAGIA</b>	NO	Si	Si
<b>NAUSEA e/o VOMITO ESAS</b>	0-4	5-7	8-10
<b>INAPPETENZA ESAS</b>	0-4	5-7	8-10
<b>DISTRESS PSICOESISTENZIALE EMOTION THERMOMETERS</b>	< oppure =13	14-19	> oppure = 20
<b>LIMITAZIONE AUTONOMIA BARTHEL</b>	> oppure =26	= oppure <25	
<b>RISCHIO LESIONI CUTANEE NORTON</b>	> oppure =18	11-17	< oppure = 10
<b>PROTESI E/O DEVICE PER SUPPORTO VITALE</b>	1	2	> 2
<b>QUADRI CLINICI COMPLESSI AD ELEVATO RISCHIO DI SVILUPPARE COMPLICANZE</b>	NO	Si	Si
<b>DECORSO CLINICO (ES. NECESSITÀ DI VARIAZIONI FREQUENTI DELLA TERAPIA)</b>	NO	Si	Si
<b>PAI</b>			
	<b>CURE PALLIATIVE DI BASE 0,2&lt;CIA &lt; 0,5</b>	<b>CURE PALLIATIVE SPECIALISTICHE CIA ≥ 0,5</b>	
<b>INTENSITÀ ASSISTENZIALE</b>	VARIABILE	ELEVATA	MOLTO ELEVATA
<b>STANDARD MINIMO PER LA FIGURA DEL MEDICO SPECIALISTA CP PER 10 GG DI PIC</b>	1 ACCESSO MEDICO	2 ACCESSI MEDICO	ALMENO 2 ACCESSI MEDICO