

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE
PER LA PRESA IN CARICO IN CURE PALLIATIVE**

PROPONENTE

☐ MMG ☐ PLS ☐ MCA ☐ Ospedale/Struttura residenziale (specificare).....
☐ Altro (specificare)..... ☐ Struttura resid extraosped ☐ Utente/familiare.....
 Data richiesta:..... Data ricezione richiesta:..... Data colloquio

DATI ASSISTITO

Cognome Nome ☐ Uomo ☐ Donna
 Nascita data/...../..... Luogo Cittadinanza.....
 Codice Fiscale Cod. Invalidità.....
 Indirizzo (domicilio) N°COMUNE
 Tel. fisso tel. Cellulare
 Altri Recapiti: nome/parentela Cell
 MMG/PLS Nome Tel./recapito

Situazione familiare: vive solo/sola ☐ Si ☐ No
 Persona di riferimento Relazione con il paziente
 Telefono Email.....
 Note.....
 Comorbilità:.....

DIAGNOSI (effettuata in data:/...../.....): ☐ oncologica ☐ non oncologica

Specificare:.....

Comorbilità:.....

SINTOMI

☐ Dolore controllato ☐ si ☐ no -NRS (da 0 a 10)	☐ Astenia
☐ Dispnea controllata ☐ si ☐ no	☐ Disfagia ☐ parziale ☐ assoluta
☐ Emorragia controllata ☐ si ☐ no	☐ Febbre
☐ Delirium controllato ☐ si ☐ no	☐ Ulcere da pressione
☐ Nausea/vomito controllato ☐ si ☐ no	☐ Altro
☐ Stato di coscienza ☐ normale ☐ ansia/agitazione ☐ depressione ☐ confusione episodica ☐ confusione costante ☐ torpore ☐ coma	Deambulazione: ☐ autonomo ☐ con aiuto ☐ impossibile (allettato)

CONDIZIONI PATOLOGICHE E RELATIVI PRESIDI SANITARI DI SUPPORTO

☐ Catetere vescicale	☐ Nutrizione parenterale
☐ Catetere Venoso Centrale	☐ Drenaggi
☐ Tracheostomia	☐ Medicazioni complesse
☐ Enterocolostomia	☐ Allettamento
☐ Ureterocutaneostomia	☐ Altro.....
☐ Nutrizione enterale	☐ Altro.....

TERAPIE IN ATTO:

.....

.....

.....

.....

GRADO DI CONSAPEVOLEZZA DEL PAZIENTE

Conosce la diagnosi: ☐ del tutto o quasi ☐ parzialmente ☐ vagamente ☐ per niente ☐ non valutabile
Conosce la prognosi: ☐ con ragionevole precisione ☐ vagamente ☐ per niente ☐ non valutabile
Note:.....

GRADO DI CONSAPEVOLEZZA DELLA/E PERSONA/E DI RIFERIMENTO

Conosce la diagnosi: ☐ del tutto o quasi ☐ parzialmente ☐ vagamente ☐ per niente ☐ non valutabile
Conosce la prognosi: ☐ con ragionevole precisione ☐ vagamente ☐ per niente ☐ non valutabile
Note:.....

SETTING ASSISTENZA ritenuto opportuno dal proponente

- ☐ Domiciliare ☐ Residenziale ☐ Semi residenziale (DH) ☐ Ambulatoriale MAC ☐ Sollievo
- ☐ Segnalazione preventiva

QUADRO CLINICO GENERALE: GRAVITÀ, STABILITÀ E INSTABILITÀ		
MALNUTRIZIONE E/O DENUTRIZIONE Marcatori nutrizionali, almeno uno dei seguenti negli ultimi 6 mesi: ○ SEVERITÀ: albumina serica < 2.5 g/dl non correlato a eventi acuti ○ PROGRESSIONE: perdita peso > 10% ○ PERCEZIONE CLINICA di un deterioramento nutrizionale (persistente, intenso/grave, progressivo, irreversibile) non correlato a condizioni concomitanti	☐ SI	☐ NO
MARCATORI FUNZIONALI , almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi: ○ SEVERITÀ: dipendenza funzionale grave e persistente (Barthel<25, ECOG>2 o Karnofsky<50%) ○ PROGRESSIONE: perdita di 2 o più funzioni ADL nonostante un adeguato intervento terapeutico ○ PERCEZIONE CLINICA di un deterioramento funzionale (persistente, intenso/grave, progressivo, irreversibile) non legato a condizioni intercorrenti	☐ SI	☐ NO
ALTRI MARCATORI DI SEVERITÀ E FRAGILITÀ ESTREMA , almeno due dei seguenti, negli ultimi 6 mesi: ○ Ulcere da decubito croniche (III-IV grado) ○ Infezioni ricorrenti (>1) ○ Stato confusionale acuto (delirium) ○ Disfagia persistente ○ Cadute (>2) ○ Disturbi del sonno ○ Dispnea ○ Dolore ○ Disturbi gastro enterici ○ Astenia	☐ SI	☐ NO
STRESS EMOTIVO CON SINTOMI PSICOLOGICI (persistenti, intensi/grave, progressivi) non correlato a condizioni intercorrenti acute	☐ SI	☐ NO
ULTERIORI FATTORI DI UTILIZZO DI RISORSE. Una qualsiasi delle seguenti: ○ 2 o più ricoveri urgenti (non programmati) in ospedale o strutture di cura specializzate per malattie croniche nell'ultimo anno ○ Necessità di cure complesse/intense continua, sia in istituto di cura che a domicilio	☐ SI	☐ NO
CONTESTO SOCIALE DIFFICILE	☐ SI	☐ NO
COMORBIDITÀ ≥ PATOLOGIE CONCOMITANTI	☐ SI	☐ NO

**Delle pagine seguenti, compilare SEMPRE il riquadro della
PATOLOGIA PREVALENTE per la quale si chiede la presa in
carico**

VALUTAZIONE BISOGNO CURE PALLIATIVE
(Sub allegato E DGR N.XI/1046/2018)

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÈ IL BISOGNO NEL MALATO ONCOLOGICO			
1.DOMANDA SORPRENDENTE			
Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	☐ SI	☐ NO	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
Volontà rispetto al percorso di cura del paziente e del care giver/familiare	☐ SI	☐ NO	
Ritieni appropriato un percorso di cure palliative	☐ SI	☐ NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI NEOPLASIA (presenza di UNO o più dei seguenti criteri)			
diagnosi di neoplasia metastatica (stadio IV, stadio III in alcuni casi: neoplasia polmone, pancreas, 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)	☐ SI	☐ NO	
Deterioramento funzionale rilevante (Palliative Performance Status (PPS) <50%)	☐ SI	☐ NO	
Sintomi disturbanti, persistenti e scarsamente controllati nonostante l'ottimizzazione del trattamento specifico	☐ SI	☐ NO	
4. PROGNOSI STIMATA	☐ < 30 gg	☐ < 3 mesi	☐ >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÈ IL BISOGNO NEL MALATO CARDIOLOGICO			
1.DOMANDA SORPRENDENTE			
Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	☐ SI	☐ NO	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
Volontà rispetto al percorso di cura del paziente e del care giver/familiare	☐ SI	☐ NO	
Ritieni appropriato un percorso di cure palliative	☐ SI	☐ NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI MALATTIE CARDIACHE (presenza di DUE o più dei seguenti criteri)			
o Insufficienza cardiaca NYHA stadio III o IV, malattia grave o malattia coronarica non operabile	☐ SI	☐ NO	
o Dispnea a riposo o per sforzi minimi	☐ SI	☐ NO	
o Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e ben tollerato	☐ SI	☐ NO	
o In caso si disponga di Ecocardiografia: frazione eiezione < 30% o ipertensione polmonare severa (Press. Polmonare>60 mmHg)	☐ SI	☐ NO	
o Insufficienza renale (FG< 30%)	☐ SI	☐ NO	
o Ricoveri ospedalieri con sintomi di scompenso cardiaco/cardiopatia ischemica (>3/ultimo anno)	☐ SI	☐ NO	
4. PROGNOSI STIMATA	☐ < 30 gg	☐ < 3 mesi	☐ >3 mesi

VALUTAZIONE BISOGNO CURE PALLIATIVE
(Sub allegato E DGR N.XI/1046/2018)

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÈ IL BISOGNO NEL MALATO COLPITO DA STROKE			
1.DOMANDA SORPRENDENTE			
Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	☐ SI	☐ NO	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
Volontà rispetto al percorso di cura del paziente e del care giver/familiare	☐ SI	☐ NO	
Ritieni appropriato un percorso di cure palliative	☐ SI	☐ NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI STROKE (presenza di UNO o più dei seguenti criteri)			
○ Durante la fase acuta e subacuta (<3 mesi post stroke): stato vegetativo persistente e di minima coscienza >3 gg	☐ SI	☐ NO	
○ Durante la fase acuta e subacuta (>3 mesi post-stroke): complicanze mediche ripetute (polmonite ab ingestis nonostante misure anti disfagia), pielonefriti (>1), febbre ricorrente nonostante terapia antibiotica (febbre persistente dopo 7 gg di terapia)	☐ SI	☐ NO	
○ Antibiotico terapia per più di 7 giorni, lesioni da decubito persistenti in stadio III-IV o demenza severa post-stroke	☐ SI	☐ NO	
4. PROGNOSI STIMATA	☐ < 30 gg	☐ < 3 mesi	☐ >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÈ IL BISOGNO NEL MALATO CON MALATTIA RESPIRATORIA CRONICA OSTRUTTIVA			
1.DOMANDA SORPRENDENTE			
Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	☐ SI	☐ NO	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
Volontà rispetto al percorso di cura del paziente e del care giver/familiare	☐ SI	☐ NO	
Ritieni appropriato un percorso di cure palliative	☐ SI	☐ NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA (presenza di DUE o più dei seguenti criteri)			
○ Dispnea a riposo o per sforzi minimi tra le riacutizzazioni di malattia	☐ SI	☐ NO	
○ Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e ben tollerato	☐ SI	☐ NO	
○ Nel caso si disponga di test respiratori, criteri di ostruzione severa FEV1<30% o criteri di deficit restrittivo severo CV forzata<40%, DLCO<40%	☐ SI	☐ NO	
○ Insufficienza cardiaca sintomatica	☐ SI	☐ NO	
○ Ricoveri ospedalieri ricorrenti (>3 in 12 mesi per riacutizzazioni bronchitiche)	☐ SI	☐ NO	
4. PROGNOSI STIMATA	☐ < 30 gg	☐ < 3 mesi	☐ >3 mesi

VALUTAZIONE BISOGNO CURE PALLIATIVE
(Sub allegato E DGR N.XI/1046/2018)

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÈ IL BISOGNO NEL MALATO CON DEMENZA			
1.DOMANDA SORPRENDENTE			
Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	☐ SI	☐ NO	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
Volontà rispetto al percorso di cura del paziente e del care giver/familiare	☐ SI	☐ NO	
Ritieni appropriato un percorso di cure palliative	☐ SI	☐ NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DEMENZA (presenza di DUE o più dei seguenti criteri)			
○ Criteri di gravità: incapacità vestirsi, lavarsi o mangiare senza assistenza (GDS/FAST 6c); incontinenza doppia (GDS/FAST 6e) o incapacità di comunicare in maniera appropriata, 6 o meno parole intelleggibili (GDS/FAST 7) (Global Deterioration Scale/Function Assessment Staging Test)	☐ SI	☐ NO	
○ 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 parenterale o enterale	☐ SI	☐ NO	
○ Utilizzo di Risorse: ricoveri ripetuti (>3 in 12 mesi), per processi intercorrenti: polmonite da aspirazione, pielonefrite	☐ SI	☐ NO	
○ Setticiemia, etc (che causino deterioramento funzionale e/o cognitivo)	☐ SI	☐ NO	
4. PROGNOSI STIMATA	☐ < 30 gg	☐ < 3 mesi	☐ >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÈ IL BISOGNO NEL MALATO NEUROLOGICO CRONICO			
1.DOMANDA SORPRENDENTE			
Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	☐ SI	☐ NO	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
Volontà rispetto al percorso di cura del paziente e del care giver/familiare	☐ SI	☐ NO	
Ritieni appropriato un percorso di cure palliative	☐ SI	☐ NO	
volontà espressa da parte del malato (Sng/peg/pe)	☐ SI	☐ NO	
volontà espressa da parte del malato: ventilazione non invasiva	☐ SI	☐ NO	
volontà espressa da parte del malato: ventilazione invasiva/tracheo	☐ SI	☐ NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE: SLA E MALATTIE DEL MOTONEURONE, SCLEROSI MULTIPLA E PARKINSON (presenza di DUE o più dei seguenti criteri)			
○ Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante terapia ottimale	☐ SI	☐ NO	
○ Sintomi complessi di difficile controllo	☐ SI	☐ NO	
○ Disturbi del linguaggio con progressiva difficoltà a comunicare	☐ SI	☐ NO	
○ Disfagia progressiva	☐ SI	☐ NO	
○ Polmonite da aspirazione ricorrente, dispnea o insufficienza respiratoria	☐ SI	☐ NO	
4. PROGNOSI STIMATA	☐ < 30 gg	☐ < 3 mesi	☐ >3 mesi

VALUTAZIONE BISOGNO CURE PALLIATIVE
(Sub allegato E DGR N.XI/1046/2018)

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÈ IL BISOGNO NEL MALATO NEFROPATICO GRAVE			
1.DOMANDA SORPRENDENTE			
Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	☐ SI	☐ NO	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
Volontà rispetto al percorso di cura del paziente e del care giver/familiare	☐ SI	☐ NO	
Volontà espressa dal paziente e dal care giver/familiari: prosecuzione dialisi	☐ SI	☐ NO	
Ritieni appropriato un percorso di cure palliative	☐ SI	☐ NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI MALATTIA RENALE CRONICA (presenza di UN SOLO criterio)			
Insufficienza renale grave (FG<15) in pazienti per i quali il trattamento sostitutivo o il trapianto sono controindicati	☐ SI	☐ NO	
4. PROGNOSI STIMATA	☐ < 30 gg	☐ < 3 mesi	☐ >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÈ IL BISOGNO NEL MALATO EPATOPATICO CRONICO GRAVE			
1.DOMANDA SORPRENDENTE			
Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	☐ SI	☐ NO	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
Volontà rispetto al percorso di cura del paziente e del care giver/familiare	☐ SI	☐ NO	
Ritieni appropriato un percorso di cure palliative	☐ SI	☐ NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA EPATICA CRONICA GRAVE (presenza di UNO o più dei seguenti criteri)			
○ 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 epato-renale o emorragia digestiva da alta ipertensione portale con fallimento del trattamento farmacologico ed endoscopico e assenza di indicazioni per trapianto o TIPS	☐ SI	☐ NO	
○ Carcinoma epatocellulare presente in stadio C o D (<i>Barcellona Clinic Liver Cancer</i>)	☐ SI	☐ NO	
4. PROGNOSI STIMATA	☐ < 30 gg	☐ < 3 mesi	☐ >3 mesi

Luogo, Data

Firma