

NECPAL CCOMS-ICO®
(Necesidades Paliativas - Bisogni di Cure Palliative)

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

1. LA DOMANDA SORPRENDENTE - Una domanda intuitiva che considera in modo integrato comorbidità, aspetti sociali e altri fattori.

Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	☐ NO	☐ si
---	-----------------------------	-----------------------------

2. SCELTA/RICHIESTA O BISOGNO¹ - esaminare se alcune risposte alle seguenti domande sono affermative.

Scelta/Richiesta: Il paziente con malattia in fase avanzata o il suo principale caregiver hanno richiesto un approccio palliativo, in modo esplicito o implicito? Propongono una limitazione o rifiutano trattamenti specifici con finalità curative?	☐ SÌ	☐ no
Bisogni: Ritieni che questo paziente richieda in questo momento cure palliative o un trattamento con approccio palliativo?	☐ SÌ	☐ no

3. INDICATORI CLINICI GENERALI DI GRAVITA' E PROGRESSIONE - valuta l'eventuale presenza dei seguenti criteri di gravità e fragilità estrema.

Marcatori Nutrizionali , almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi : - Severità : albumina serica < 2,5g/dl non correlato a eventi acuti - Progressione: perdita di peso > 10% - Percezione clinica di un deterioramento nutrizionale (persistente, intenso/grave, progressivo, irreversibile) non correlato a condizioni concomitanti	☐ SÌ	☐ 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	☐ SÌ	☐ no
Altri marcatori di severità e fragilità estrema , almeno 2 dei seguenti negli ultimi 6 mesi : - Ulcere da decubito croniche (III-IV grado) - Infezioni ricorrenti (>1) - Stato confusionale acuto (delirium) - Disfagia persistente - Cadute (>2)	☐ SÌ	☐ no
Presenza di stress emotivo con sintomi psicologici (persistenti, intensi/grave, progressivi) non correlato a condizioni intercorrenti acute	☐ SÌ	☐ 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 continue, sia in un istituto di cura che al domicilio	☐ SÌ	☐ no
Comorbidità ≥ 2 patologie concomitanti	☐ SÌ	☐ no

4. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE PER PATOLOGIA - esplora la presenza di criteri oggettivi di prognosi infausta per le seguenti patologie:

Cancro (è sufficiente la presenza di un criterio)	☐ SÌ	☐ no
- 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 di organi vitali (SNC, fegato, grave disseminazione polmonare) - Deterioramento funzionale rilevante (Palliative Performance Status (PPS) <50%) - Sintomi disturbanti, persistenti e scarsamente controllati nonostante l'ottimizzazione del trattamento specifico		

¹ Nel contesto mediterraneo/latino, dove l'autonomia del malato stesso è meno manifesta che in quello anglosassone/nord europeo, è frequente che la famiglia e/o i membri dell'équipe possano richiedere una rimodulazione/sospensione delle terapie attive e/o misure palliative.

MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA (presenza di due o più dei seguenti criteri)	☐ Sì	☐ no
○ Dispnea a riposo o per sforzi minimi tra le riacutizzazioni di malattia ○ Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e tollerato ○ Nel caso si disponga dei test respiratori , criteri di ostruzione severa: FEV1 <30% o criteri di deficit restrittivo severo: CV forzata <40%, DLCO <40%. ○ Nel caso si disponga di emogasanalisi arteriosa : presenza dei criteri per l'ossigenoterapia domiciliare o trattamento già in corso ○ Insufficienza cardiaca sintomatica ○ Ricoveri ospedalieri ricorrenti (>3 in 12 mesi per riacutizzazioni bronchitiche)		

MALATTIE CARDIACHE (presenza di due o più dei seguenti criteri)	☐ Sì	☐ no
○ Insufficienza cardiaca NYHA stadio III o IV, malattia valvolare grave o malattia coronarica non operabile ○ Dispnea a riposo o per sforzi minimi. ○ Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e ben tollerato ○ In caso si disponga di Ecocardiografia: frazione di eiezione gravemente ridotta (< 30%) o ipertensione polmonare severa (Pressione polmonare > 60 mmHg) ○ Insufficienza renale (FG <30%) ○ Ricoveri ospedalieri con sintomi di scompenso cardiaco /cardiopatia ischemica (> 3 nell'ultimo anno)		

MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE (1) Stroke (richiede la presenza di un solo criterio)	☐ Sì	☐ no
○ Durante la fase acuta e subacuta (< 3 mesi post-stroke) : stato vegetativo persistente o di minima coscienza > 3 giorni ○ 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 antibioticoterapia per più di 7 giorni), lesioni da decubito persistenti in stadio III-IV o demenza severa post-stroke		

MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE (2): SLA E MALATTIE DEL MOTONEURONE, SCLEROSI MULTIPLA E PARKINSON (presenza di due o più dei seguenti criteri)	☐ Sì	☐ no
○ Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante terapia ottimale ○ Sintomi complessi e di difficile controllo ○ Disturbi del linguaggio con progressiva difficoltà a comunicare ○ Disfagia progressiva ○ Polmonite da aspirazione ricorrente, dispnea o insufficienza respiratoria		

MALATTIA EPATICA CRONICA GRAVE (richiede la presenza di un solo criterio)	☐ Sì	☐ no
○ 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 ○ Carcinoma epatocellulare: presente in stadio C o D (Barcellona Clinic Liver Cancer)		

MALATTIA RENALE CRONICA GRAVE (richiede la presenza di un solo criterio)	☐ Sì	☐ no
○ Insufficienza renale grave (FG < 15) in pazienti per i quali il trattamento sostitutivo o il trapianto sono controindicati		

DEMENZA (presenza di due o più dei seguenti criteri)	☐ Sì	☐ no
○ 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 Assesment Staging Test) ○ 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. ○ Utilizzo di Risorse : ricoveri ripetuti (> 3 in 12 mesi, per processi intercorrenti: polmonite da aspirazione, pielonefrite, setticemia,etc. che causino deterioramento funzionale e/o cognitivo)		

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE
(FACSIMILE DELLA SCHEDA VISUALIZZABILE NELLA PIATTAFORMA REGIONALE SIAT - APPLICATIVO HOSPICE)

Protocollo _____ data _____

1. Dati Anagrafici

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____ M ☐ F ☐

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

DOMICILIATO IN VIA/P.ZZA _____ CAP _____

RESIDENZA (se diversa dal domicilio) _____

ASL DI RESIDENZA _____ DISTRETTO _____ Tel _____

Tel. cellulare _____ EMAIL _____

La richiesta è per:

Hospice residenziale ☐

Unità di Cure Palliative domiciliare (UCP) ☐

Obiettivi di cura : controllo dei sintomi ☐ supporto alla famiglia ☐

Provenienza della Richiesta

Data della richiesta di presa in carico _____

IL PAZIENTE ATTUALMENTE SI TROVA: ☐ a domicilio ☐ in ospedale ☐ altro (specificare) _____

Richiesta proveniente da: ☐ Struttura sanitaria ☐ MMG ☐ Medico Specialista

Tipo struttura di provenienza

Ospedale/Reparto _____

Medico referente del caso/telefono _____

Richiedente (Firma e Timbro del Medico) _____ Codice prescrittore _____

Informativa preliminare

Il malato è consapevole della diagnosi? ☐ SI ☐ NO ☐ Parzialmente
Il malato è consapevole della prognosi? ☐ SI ☐ NO ☐ Parzialmente
Il malato è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato? ☐ SI ☐ NO ☐ Parzialmente

Il familiare è consapevole della diagnosi? ☐ SI ☐ NO ☐ Parzialmente
Il familiare è consapevole della prognosi? ☐ SI ☐ NO ☐ Parzialmente
Il familiare è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato? ☐ SI ☐ NO ☐ Parzialmente

Il Paziente e/o Familiare sono stati chiaramente informati che è stata fatta la domanda di assistenza per l'UCP domiciliare o per l'hospice residenziale? ☐ SI ☐ NO ☐ Parzialmente

Il Paziente e/o Familiare acconsentono e sottoscrivono? ☐ SI ☐ NO

Firma del paziente o del familiare di riferimento _____

2.Strutture di Ricovero (segnalare fino a un massimo di 4 strutture di preferenza del paziente e famiglia)

	Struttura	Note
1		
2		
3		
4		

3.Scheda Medica**Patologia principale** ☐ **oncologica** ☐ **non oncologica**

Specificare la patologia _____ (codice ICD9-CM) _____

Specificare la recidiva _____ (codice ICD9-CM) _____

Specificare eventuali metastasi _____ (codice ICD9-CM) _____

Infezioni in atto? (se si specificare) ☐ NO ☐ SI _____Il paziente è in trattamento con finalità palliative? ☐ NO ☐ SI (se si specificare quale tipo e durata)

TIPO _____ Farmaci _____

Precedenti trattamenti attuati:☐ Chirurgia ☐ Chemioterapia ☐ Radioterapia ☐ Nessuno ☐ Altro _____**Terapia in atto**

Farmaco	Dettagli terapia

Altre patologie rilevanti

codice ICD9-CM	Descrizione

Schede di valutazione**Indice di Karnofsky**

☐ 100	Paziente in salute	☐ 50	Paziente che richiede frequenti cure mediche e può stare alzato per più del 50% della giornata
☐ 90	Paziente con segni e sintomi di malattia tali da permettere un'attività lavorativa normale	☐ 40	Paziente inabile richiede cure continue, allettato per più del 50% del giorno
☐ 80	Paziente che svolge un'attività normale ma con fatica	☐ 30	Paziente con indicazione a ricovero ospedaliero o ospedalizzazione a domicilio; supporto domiciliare intenso
☐ 70	Paziente incapace di lavorare ma può badare a sé stesso	☐ 20	Paziente con gravi compromissioni di funzione di organo (una o più) irreversibili
☐ 60	Paziente incapace di lavorare e richiede assistenza per camminare	☐ 10	Paziente moribondo

Indice del dolore (Indicare l'intensità del dolore secondo la scala NRS)

	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 ☐	10 ☐
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

Sede del dolore (specificare)

Sintomi principali (barrare le caselle se compaiono i sintomi indicati)

☐ Agitazione	☐ Angoscia	☐ Anoressia	☐ Ansia
☐ Astenia/Fatica	☐ Cefalea	☐ Confusione	☐ Delirium
☐ Depressione	☐ Diarrea	☐ Disfagia	☐ Dispepsia
☐ Dispnea	☐ Edemi	☐ Emorragia	☐ Febbre
☐ Insonnia	☐ Mucosite	☐ Prurito	☐ Sopore
☐ Stipsi	☐ Sudorazione	☐ Tosse	☐ Tremori/Mioclonie
☐ Vertigini	☐ Vomito/Nausea	☐ Xerostomia	☐ Altro
Altre problematiche	☐ Alcolismo	☐ Tossicodipendenza	☐ Problemi psichiatrici

Problematiche assistenziali

Nutrizione artificiale	Parenterale	Periferica ☐	Catetere venoso centrale	SI ☐	NO ☐
		Centrale ☐			
		Nessuna ☐			
	Enterale	SNG ☐	Stomie	SI ☐	NO ☐
		PEJ ☐	Drenaggi	SI ☐	NO ☐
		PEG ☐		SI ☐	NO ☐
		Nessuna ☐	Medicazioni	SI ☐	NO ☐
Ossigeno terapia	Al bisogno ☐	Lesioni da pressione	SI ☐	NO ☐	
	Continuativa ☐				
	Nessuna ☐	Terapia trasfusionale	SI ☐	NO ☐	
Ventilazione meccanica a lungo termine	Invasiva ☐	Altro	SI ☐	NO ☐	
	Non invasiva ☐	(specificare)			
	Nessuna ☐				

Previsione clinica di sopravvivenza

Molto breve < 7 giorni ☐	Breve < 30 giorni ☐	Media < 90 giorni ☐	Lunga > 90 < 180 giorni ☐
---	--	--	--

4. Dati del/dei Familiari di riferimento

Cognome _____	Nome _____
Relazione con il paziente (indicare se coniuge, figlio, o altro familiare) _____	
Indirizzo _____	
Telefoni fisso e cellulare _____	
Altre persone di sostegno _____	

Situazione sociale

Convivente con malattie invalidanti	☐ NO ☐ SI	Minori a carico	☐ NO ☐ SI
Convivente con problemi psichiatrici	☐ NO ☐ SI	Persona sola	☐ NO ☐ SI
Convivente alcolista	☐ NO ☐ SI	Problematiche familiari sociali	☐ NO ☐ SI
Convivente tossicodipendente	☐ NO ☐ SI	Abitazione non idonea	☐ NO ☐ SI

Ruolo dei familiari

☐ costante e attivo ☐ parzialmente attivo ☐ occasionale, su richiesta ☐ inconsistente

5. Piano Assistenziale Individuale (barrare i bisogni individuati al momento della richiesta)

- | | |
|--|--|
| ☐ Controllo del dolore | ☐ Controllo sintomi psicocomportamentali (angoscia, agitazione, delirium, etc...) |
| ☐ Controllo dispnea | ☐ Controllo sintomi gastroenterici (nausea, vomito, subocclusione, etc...) |
| ☐ Medicazioni complesse | ☐ Gestione fistole, masse ulcerate, stomie, drenaggi, vaste lesioni cutanee etc.. |
| ☐ Supporto trasfusionale | ☐ Sedazione terminale |
| ☐ Ascolto/supporto al paziente e famiglia | ☐ Accudimento del paziente per autonomia ridotta o assente |
| ☐ Altro (specificare) _____ | |

Scheda informativa sulla privacy ed autocertificazione (DCA 431/2012)

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali desideriamo informarla che i dati personali e anagrafici da Lei forniti formano oggetto di trattamento da parte di questo servizio.

- Quali dati trattiamo? I dati identificativi (nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, telefono) e quelli inerenti il suo stato di salute e le sue condizioni sociali, indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia, che ci lega.
- Come raccogliamo i dati, perchè li trattiamo? I dati vengono raccolti attraverso i modelli compilati dal suo medico di fiducia ed anche: direttamente da noi durante la segnalazione e l'accettazione della richiesta, la visita, e talora telefonicamente. Essi vengono raccolti e registrati parzialmente su carta e parzialmente a livello informatico, per le finalità esplicite e legittime connesse all'assistenza richiesta. Ai dati può accedere solo il personale incaricato, nel rispetto delle misure minime di sicurezza previste dal Codice della Privacy.
- E' obbligatorio fornire i dati, cosa accade se non vengono forniti? I dati personali richiesti sono assolutamente necessari per le finalità del servizio, senza di essi non possiamo soddisfare le sue necessità, il rifiuto a fornirli comporterà quindi l'impossibilità di instaurare il rapporto necessario per assisterla.
- A chi possono essere comunicati i dati, quali è l'ambito di diffusione? Nell'ambito delle attività di tipo amministrativo-sanitario si rende spesso necessaria la comunicazione di alcuni dei dati trattati a diversi soggetti quali ad esempio laboratorio analisi, farmacia, Medico Curante, "RSA", hospice, reparti ospedalieri, soggetti accreditati del ruolo sanitario che operano per conto della ASL. Per gli utilizzatori di apparecchi elettro-medicali salvavita (es. ventilatori ed aspiratori) il pianto anti black-out prevede inoltre comunicazione nell'Ente erogatore di energia elettrica, dall'ufficio della protezione civile ed al 118. Nel caso di assistiti che necessitano anche di interventi socio-assistenziali (ambito amministrativo sociale) le comunicazioni possono essere necessarie con i servizi sociali del comune o del consorzio dei comuni del distretto. La ASL ed il comune si impegnano a non comunicare o diffondere alcuna informazione che la riguarda a fini diversi da quelli enunciati. Ovviamente rispondiamo alle intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziarie, collaboriamo nei procedimenti legali ed adempiamo alle disposizioni impartite da Autorità e organi di vigilanza e controllo.
- Quali sono i suoi diritti, come farli valere? Potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, direttamente a noi o alla Direzione Aziendale, in qualsiasi forma (e-mail, fax, lettera). In relazione al trattamento di dati personali Lei ha difatti diritto: A) di indicare i soggetti da escludere nelle fasi di comunicazione B) di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati personali in nostro possesso e come essi vengano utilizzati C) di fare aggiornare, integrare, rettificare o cancellare tali dati, D) di chiedere la sospensione od opporsi al loro trattamento, inviando una richiesta in tal senso, in qualsiasi forma, E) nell'esercizio di tali di dritti può conferire, per iscritto, delega o procura o persone fisiche o ad associazioni.
- Chi tratta materialmente i dati, chi ne è titolare? Ogni professionista della ASL e del Comune secondo le sue personali esigenze svolge la funzione di titolare del trattamento dati.

Acconsento al trattamento esclusivamente ai seguenti soggetti (cancellare quelli che non interessano):

MEDICO FAMIGLIA / MEDICO OSPEDALIERO / OPERATORE PUA / CAD / TSMREE

SERVIZI SOCIALI COMUNE / SERT / DSM / ALTRO

NON AUTORIZZO il personale di questa struttura a comunicare a chiunque notizie sul mio stato di salute ovvero la presenza presso questa struttura.

AUTORIZZO il personale di questa struttura a comunicare notizie sul mio stato di salute ovvero la mia presenza presso questa struttura esclusivamente alle seguenti persone:

Sig. _____ Tel. _____
Sig. _____ Tel. _____

Roma,

Se non è il diretto titolare del diritto allegare autocertificazione.

Firma _____



Dichiarazione sostitutiva della
CERTIFICAZIONE GENERICA (D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 Allegato n.3 al DCA 431/2012)

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.455

Il Sottoscritto _____

nato a _____, il ____/____/____

residente a _____ (prov. _____)

in _____ n° _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n: 445/2000

DICHIARA CHE

L'interessato/a cui si riferisce la segnalazione / richiesta di intervento distrettuale,

Sig. /Sig.ra

_____ nato a _____ il ____/____/____

residente a _____ in _____ n° _____

E' impossibilitato ad esprimere il suo consenso al trattamento dei dati necessari a dare seguito alla segnalazione stessa, trovandosi in un delle seguenti condizioni: impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere e volere.

Il consenso viene pertanto espresso dal sottoscritto, che si trova in una delle seguenti condizioni (cancellare le voci che non interessano):

- esercente legalmente la potestà
- prossimo congiunto
- familiare
- convivente
- altro (specificare): _____

Firma _____

Allegare fotocopia del Documento in corso di validità