Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia

SCHEDA DI SEGNALAZIONE
PER LA PRESA IN CARICO IN CURE PALLIATIVE

DICP-BS DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE 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) …… Nº …….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

KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS: PUNTEGGIO ……

ATTIVITÀ LAVORATIVA	ATTIVITÀ QUOTIDIANE	CURA PERSONALE	SINTOMI/ SUPPORTO SANITARIO	PUNTEGGIO
Completa	Completa	Completa	Completa	100
Difficoltà lieve	Difficoltà lieve a camminare	Completa	Segni e sintomi minori; Calo ponderale < 5%; Riduzione di energie	90
Difficoltà lieve - grave	Difficoltà lieve – moderata (camminare - guidare)	Difficoltà lieve	Alcuni sintomi; Calo ponderale < 10%; Riduzione moderata di energia	80
Inabile	Difficoltà moderata (si muove prevalentemente in casa)	Difficoltà moderata	Alcuni segni e sintomi (calo grave di energie)	70
	Grave difficoltà a camminare e guidare	Difficoltà moderata - grave	Segni e sintomi maggiori. Grave calo ponderale >10%	60
	Alzato per oltre 50% della giornata	Difficoltà grave	Supporto sanitario frequente Paziente ambulatoriale	50
	A letto per oltre 50% della giornata	Limitata cura di sé	Assistenza sanitaria straordinaria (per frequenza e tipo di intervento)	40
	Inabile	Inabile	Indicato ricovero ospedaliero/domicilio. Supporto sanitario intensivo	30
			Grave compromissione di 1 o più funzioni vitali irreversibile	20
			Rapida progressione processi biologici mortali	10
			Deceduto	0

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

QUADRO CLINICO GENERALE: GRAVITÀ, STABILITÀ E INSTABILITÀ		
MALNUTRIZIONE E/O DENUTRIZIONE Marcatori nutrizionali, almeno uno dei seguenti negli ultimi 6 mesi: o SEVERITÀ: albumina serica < 2.5 g/dl non correlato a eventi acuti o PROGRESSIONE: perdita peso > 10% o 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: o SEVERITÀ: dipendenza funzionale grave e persistente (Barthel<25, ECOG>2 o Karnofsky<50%) o PROGRESSIONE: perdita di 2 o più funzioni ADL nonostante un adeguato intervento terapeutico o 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: o Ulcere da decubito croniche (III-IV grado) o Infezioni ricorrenti (>1) o Stato confusionale acuto (delirium) o Disfagia persistente o Cadute (>2) o Disturbi del sonno o Dispnea o Dolore o Disturbi gastro enterici o 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: o 2 o più ricoveri urgenti (non programmati) in ospedale o strutture di cura specializzate per malattie croniche nell'ultimo anno o 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**

Indicazioni: compilare SEMPRE il primo riquadro (Quadro clinico generale) e dei successivi SOLO il riquadro della patologia prevalente per la quale si chiede la presa in carico

CRITERI ELEGGIBILITÀ DGR IX/4610 DEL 28.12.12

- ❑ malattia di base a prognosi infausta in fase di evoluzione inarrestabile
- ❑ condivisione dell'avvio del percorso di cura da parte del nucleo familiare
- ❑ valutazione delle volontà del malato;
- ❑ valutazione dell'orientamento prevalente del nucleo familiare;
- ❑ presenza o meno di un Care giver attivo al domicilio nelle 24 ore.

CRITERI ESCLUSIONE

- ❑ espressione di una chiara volontà ostativa da parte del malato e/o del nucleo famiglia;
- ❑ giudizio del Case Manager/Care Manager/Referente clinico sulla impossibilità di garantire al domicilio un adeguato livello assistenziale;
- ❑ presenza di evidenti impedimenti logistico-strutturali-igienici alla erogazione delle cure al domicilio.

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 ASSITENZIALE			
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)*			
o Durante la fase acuta e subacuta (<3 mesi post stroke): stato vegetativo persistente e di minima coscienza >3 gg		□ **SI**	□ **NO**
o 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**
o 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)*			
o Dispnea a riposo o per sforzi minimi tra le riacutizzazioni di malattia		□ **SI**	□ **NO**
o Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e ben tollerato		□ **SI**	□ **NO**
o 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**
o Insufficienza cardiaca sintomatica		□ **SI**	□ **NO**
o 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)*			
o 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 intellegibili (GDS/FAST 7) (Global Deterioration Scale/Function Assesment Staging Test)		☐ **SI**	☐ **NO**
o 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**
o Utilizzo di Risorse: ricoveri ripetuti (>3 in 12 mesi), per processi intercorrenti: polmonite da aspirazione, pielonefrite		☐ **SI**	☐ **NO**
o Setticemia, 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)*			
o Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante terapia ottimale		☐ **SI**	☐ **NO**
o Sintomi complessi di difficile controllo		☐ **SI**	☐ **NO**
o Disturbi del linguaggio con progressiva difficoltà a comunicare		☐ **SI**	☐ **NO**
o Disfagia progressiva		☐ **SI**	☐ **NO**
o 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)*			
o 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**
o Carcinoma epatocellulare presente in stadio C o D *(Barcellona Clinic Liver Cancer)*		☐ **SI**	☐ **NO**
4. PROGNOSI STIMATA	☐ **< 30 gg**	☐ **< 3 mesi**	☐ **>3 mesi**

Luogo, Data ....., ... Firma .....