

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. _____ del _____

OGGETTO: "Presa d'atto della Procedura organizzativa: Funzionamento della Rete Locale di Cure Palliative - PO RLCP 01 Rev.0 DEL 07/04/2025 -"

STRUTTURA PROPONENTE: AREA GOVERNO DELLA RETE - UOC COMMITTENZA

Centro di Costo: DL03 L'Estensore: ALESSANDRO ANTICOLI Il presente Atto non contiene dati sensibili

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento	UOC COMMITTENZA	AREA GOVERNO DELLA RETE
Dott.ssa CATERINA MAGNANI	Dott.ssa RITA LUCCHETTI	Dott.ssa RITA LUCCHETTI
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

L'Atto non comporta impegno di spesa

Parere del Direttore Amministrativo Dr. Francesco Quagliariello		
Favorevole	<input type="text"/>	(con motivazioni allegate al presente atto) Non favorevole <input type="text"/>

Parere del Direttore Sanitario Dr. Gennaro D'Agostino		
Favorevole	<input type="text"/>	(con motivazioni allegate al presente atto) Non favorevole <input type="text"/>

Il presente provvedimento si compone di n.47 pagine di cui n. 42 pagine di allegati	Il Direttore Generale Dr. Giuseppe Quintavalle	<input type="text"/>
---	--	----------------------

IL DIRETTORE UOC COMMITTENZA

VISTA la deliberazione del Commissario Straordinario n. 1 del 1° gennaio 2016, con la quale si è provveduto a prendere atto dell'avvenuta istituzione dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 a far data dal 1° gennaio 2016, come previsto dalla legge regionale n. 17 del 31.12.2015 e dal DCA n. 606 del 30.12.2015;

VISTO il Decreto del Presidente della Regione Lazio 10 gennaio 2025, n. T00006 con il quale è stato nominato Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1, il dott. Giuseppe Quintavalle;

VISTO l'atto di autonomia Aziendale, approvato con Deliberazione n. 1153 del 17/12/2019, recepito con DCA U00020 del 27/01/2020 e pubblicato sul BURL del 30/01/2020 n. 9 con il quale, tra l'altro, è stata istituita l'Area Governo della Rete di cui fa parte la UOC Committenza

RICHIAMATA la Deliberazione n. 179 del 27/2/2020 avente ad oggetto *"Atto aziendale della ASL ROMA 1 approvato con atto deliberativo n. 1153 del 17/12/2019 – Presa d'atto dell'esito positivo del procedimento di verifica regionale – Attuazione del nuovo modello organizzativo"* la quale prevede l'attivazione del sopra citato Dipartimento e delle UU.OO.CC. nello stesso ricomprese;

VISTA la Deliberazione n. 138 del 25/02/2025 avente ad oggetto: *"Sistema aziendale di deleghe e conseguente individuazione delle competenze nell'adozione degli atti amministrativi"* con la quale, tra l'altro, sono state individuate le competenze nell'adozione degli atti amministrativi;

VISTO che la Legge 15 marzo 2010, n. 38 recante *"Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"*, ed in particolare l'art. 5, comma 3 ha previsto che, su proposta del Ministero della Salute, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, mediante intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, vengano definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e di terapia del dolore domiciliari presenti in ciascuna Regione, al fine di definire la rete per le cure palliative e la rete per la terapia del dolore;

CONSIDERATO che:

- con l'Accordo Conferenza Stato Regioni n. 239 del 16 dicembre 2010, sono state approvate le *"Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore, finalizzato a garantire l'assistenza palliativa e la terapia del dolore in modo omogeneo e a pari livello di qualità in tutto il Paese"*;
- con l'Accordo Conferenza Stato Regioni n. 152 del 25 luglio 2012 sono stati definiti *"i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore"*;
- con l'Accordo Conferenza Stato Regioni n. 87 del 10 luglio 2014, sono individuate le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché le strutture sanitarie, ospedaliere, territoriali e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore;
- con l'Accordo Conferenza Stato n.118 del 27 luglio 2020 - Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento *"Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38"* - sono definiti gli elementi caratterizzanti la Rete Regionale e Locale di Cure palliative;

VISTO che il DM n. 77 del 23 maggio 2022 *"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"* definisce la rete delle cure palliative *"costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice"* specificando che *"le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia"*;

CONSIDERATE:

- la Determinazione n. G00128 del 8 gennaio 2025, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - M6C1 1.2.2.1 Centrali Operative Territoriali - Approvazione dei documenti descrittivi dei flussi operativi e relativi flow chart dei processi regionali del Piattaforma informatica "Transitional Care" che descrive il modello operativo del flusso di Transitional care nel setting delle Cure Palliative;
- la Determinazione Regionale n. G03911 del 31 marzo 2025 che definisce il Rinnovo e l'aggiornamento del Gruppo di Lavoro "Coordinamento regionale della Rete di Cure Palliative in applicazione della Legge 38/2010 e del DCA n. U00360/2016 per la definizione e monitoraggio delle linee di indirizzo per l'organizzazione della Rete di Cure Palliative dell'adulto e della Rete della Terapia del dolore e Cure Palliative in età pediatrica", istituito con Determinazione del 15 dicembre 2023, n. G16920;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 360 del 16 novembre 2016 "Indirizzi per l'implementazione della Rete Locale di Cure Palliative" con cui è stato richiesto a tutte le Aziende Sanitarie Locali un Piano di Implementazione della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP);

VISTE:

- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 214 del 21/04/2022 "Disposizioni in ambito delle cure palliative e terapia del dolore" che recepisce l'Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 103/CSR del 9 luglio 2020 e gli Accordi Stato-Regioni, Rep Atti n. 118/CSR e 119/CSR del 27 luglio 2020 e Rep. Atti n. 30/CSR del 25 marzo 2021.
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 976 del 28 dicembre 2023 – Adozione del Piano di programmazione dell'Assistenza territoriale 2024-2026 - che nel prevedere il rafforzamento della governance distrettuale, individua precisi obiettivi e relative azioni per il potenziamento e l'accreditamento delle Reti di cure palliative nel Lazio;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 8 marzo 2024, n. 129 "Piano Regionale di potenziamento delle Reti di Cure Palliative (adulto e pediatrica) anno 2024" che definisce l'obiettivo di sviluppare un'organizzazione mirata ai bisogni del paziente, sempre più flessibile e pronta ad adattarsi alle necessità mutevoli della persona con bisogni di Cure Palliative e dei suoi familiari;

CONSIDERATA la deliberazione del Commissario Straordinario n. 1674 del 24/12/2024 con la quale è avvenuta la Presa d'atto della "Integrazione e modifica della Deliberazione del Direttore Generale n. 1087 del 28.11.2017 e contestuale rideterminazione del Coordinamento della Rete Locale di Cure Palliative della ASL Roma 1 - Attuazione DGR 214 del 21/04/2022 "Disposizioni in ambito delle cure palliative e terapia del dolore. Recepimento dell'Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 103/CSR del 9 luglio 2020 e degli Accordi Stato-Regioni, Rep Atti n. 118/CSR e 119/CSR del 27 luglio 2020 e Rep. Atti n. 30/CSR del 25 marzo 2021." e il successivo Protocollo Aziendale n. 42666 del 11/03/2025 con il quale è stato redatto, verificato ed approvato a maggioranza dal Coordinamento Aziendale della rete Locale di Cure Palliative il Regolamento di funzionamento del Coordinamento Aziendale RLCP;

CONSIDERATE:

- la procedura operativa aziendale per i processi di Transitional Care PG SQRM 29 Rev. 0 del 20/11/2023 che definisce le modalità operative aziendali dei processi di Transitional Care;
- la procedura operativa aziendale 0 ADO PRO 38 rev 0 del 06/09/2024 "Gestione delle UVM Ospedaliere dei presidi a gestione diretta della ASL Roma 1 – San Filippo Neri e Santo Spirito" che definisce le modalità operative della UVM-H per il percorso Hospice domiciliare e residenziale;
- la procedura operativa aziendale 0 ADO PRO 41 "Il percorso di fine vita in ospedale" Rev 0 del 20/01/2025 che definisce le linee di indirizzo per la gestione del fine vita in ospedale;

CONSIDERATA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 50 del 6 febbraio 2025 "L.r. n. 4/2003 e successive modifiche - R.r. n. 20/2019. Adozione dei requisiti di accreditamento delle Reti Locali delle Cure Palliative (RLCP), ai sensi della Legge 15 marzo 2010, n. 38" che riporta nell'Allegato 1 i requisiti di accreditamento delle Reti Locali di Cure Palliative della Regione Lazio tra cui:

- la presenza di procedure organizzative e cliniche per uniformare le modalità di presa in carico e di conduzione delle cure palliative nonché per garantire la continuità assistenziale nel passaggio ospedale-territorio e tra diversi livelli assistenziali nell'ambito della RLCP
- l'applicazione delle linee guida e/o delle indicazioni delle società scientifiche di riferimento per quanto riguarda le indicazioni per l'accesso alle Cure Palliative del paziente oncologico, pneumologico, cardiologico, neurologico e geriatrico in coerenza con le indicazioni regionali;
- l'utilizzo degli strumenti per l'identificazione precoce, la valutazione dei bisogni, la definizione del PAI, la continuità delle cure e il monitoraggio durante il percorso nella RLCP

RITENUTO OPPORTUNO di dover provvedere alla stesura di una Procedura Organizzativa di Funzionamento della rete Locale di Cure Palliative di ASL Roma 1, elaborata sulla base dei criteri di accreditamento della RLCP

ATTESO che il presente provvedimento non produce costi e pertanto non prevede impegno di spesa

ATTESTATO che il presente provvedimento a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

PROPONE

Per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

- di prendere atto della Procedura "PROCEDURA ORGANIZZATIVA: FUNZIONAMENTO DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE " **PO RLCP 01** Rev 0 DEL 07/04/2025, che:
 - definisce le modalità organizzative della Rete Locale di Cure Palliative della ASL Roma 1 per favorire il miglioramento della qualità di vita dei pazienti residenti ASL Roma 1, con bisogni di Cure Palliative;
 - definisce le modalità di utilizzo degli strumenti per l'identificazione precoce, per la valutazione dei bisogni e del piano di assistenza, per la continuità delle cure ed il monitoraggio, durante il percorso nella RLCP;
 - definisce le modalità di utilizzo delle linee guida e/o delle indicazioni delle società scientifiche di riferimento per quanto riguarda le indicazioni per l'accesso alle CP del paziente oncologico, pneumologico, cardiologico, neurologico e geriatrico in coerenza con le indicazioni regionali;
 - definisce le modalità di integrazione tra diversi livelli assistenziali nell'ambito della RLCP (*transitional care*)
- di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio on line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69, nel rispetto comunque della normativa sulla protezione dei dati personali e autorizzare il competente servizio aziendale ad oscurare eventuali dati non necessari rispetto alla finalità di pubblicazione."

Il Responsabile del procedimento

Coordinatore della RLCP
Dr.ssa Caterina Magnani

Il Direttore
UOC Committenza

Dr.ssa Rita Lucchetti

Il Direttore
Area Governo della Rete

Dr.ssa Rita Lucchetti

IL DIRETTORE GENERALE

In Virtù dei poteri previsti:

- dall'art. 3 del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii;
- dall'art. 8 della L.R. n. 18/1994 e ss.mm.ii;

nonché delle funzioni e dei poteri conferitigli con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00006 del 10 gennaio 2025;

Letta la proposta di delibera sopra riportata presentata dal Dirigente Responsabile dell'Unità in frontespizio indicata;

Preso atto che il Direttore della Struttura proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;



DELIBERA


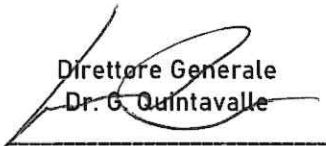
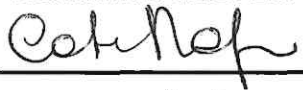

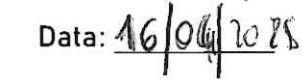
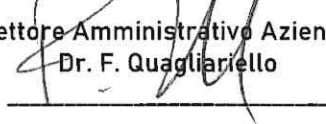
di adottare la proposta di deliberazione avente per oggetto "Presa d'atto della Procedura organizzativa: Funzionamento della Rete Locale di Cure Palliative – **PO RLCP 01** Rev.0 DEL 07/04/2025 -" e conseguentemente, per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

- di prendere atto della Procedura "PROCEDURA ORGANIZZATIVA: FUNZIONAMENTO DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE" – PO RLCP 01 Rev.0 DEL 07/04/2025 che:
 - definisce le modalità organizzative della Rete Locale di Cure Palliative della ASL Roma 1 per favorire il miglioramento della qualità di vita dei pazienti residenti ASL Roma 1, con bisogni di Cure Palliative;
 - definisce le modalità di utilizzo degli strumenti per l'identificazione precoce, per la valutazione dei bisogni e del piano di assistenza, per la continuità delle cure ed il monitoraggio, durante il percorso nella RLCP;
 - definisce le modalità di utilizzo delle linee guida e/o delle indicazioni delle società scientifiche di riferimento per quanto riguarda le indicazioni per l'accesso alle CP del paziente oncologico, pneumologico, cardiologico, neurologico e geriatrico in coerenza con le indicazioni regionali;
 - definisce le modalità di integrazione tra diversi livelli assistenziali nell'ambito della RLCP (*transitional care*)
- di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio on line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69, nel rispetto comunque della normativa sulla protezione dei dati personali e autorizzare il competente servizio aziendale ad oscurare eventuali dati non necessari rispetto alla finalità di pubblicazione."

Il Direttore della Struttura proponente provvederà all'attuazione della presente deliberazione curandone altresì la relativa trasmissione agli uffici/organismi rispettivamente interessati.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Giuseppe Quintavalle

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	REGIONE LAZIO ASL ROMA 1 AREA GOVERNO DELLA RETE RETE LOCALE CURE PALLIATIVE		 REGIONE LAZIO	
	PROCEDURA ORGANIZZATIVA: FUNZIONAMENTO DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE		Rev. 0 del	PAG. 1 DI 41
			PO RLCP 01	

REV.	DATA	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
Rev. 0	07/04/2025	GdL	Dr.ssa Rita Lucchetti Direttore Area Governo della Rete 	 Direttore Generale Dr. G. Quintavalle
			Dr.ssa Caterina Magnani Coordinatore della RLCP 	Direttore Sanitario Aziendale Dr. G. D'Agostino 
			Data: 16/04/2025 	Direttore Amministrativo Aziendale Dr. F. Quagliarello 

Gruppo di Lavoro

Dr.ssa Caterina Magnani, Coordinatore della RLCP, Unità di Cure Palliative Aziendali
 Dott.ssa Cristina Borghesi, Infermiera referente-Case Manager Unità di Cure Palliative Aziendali
 Dr.ssa Sara Cicchetti, Dirigente Medico Unità di Cure Palliative Aziendali
 Dr.ssa Patrizia Latorre, Oncologo Palliativista Distretto 14 e Unità di Cure Palliative Aziendali
 Dott.ssa Michela Marzella, Infermiera Unità di Cure Palliative Aziendali
 Dott.ssa Stefania Greghini, F.O. Risk Management - UOC Risk Management
 Dott.ssa Isabella Vanzolini, Infermiera COT-A
 Dr.ssa Michela Broccolo, Dirigente Medico UOC ARO
 Dr. Mario Bosco, Direttore Area Anestesiologica
 Dr.ssa Mimma Raffaele, Direttore UOSD Oncologia Presidio Cassia S. Andrea
 Dr.ssa Antonella Sgrambiglia, Dirigente Medico, Anestesia e Rianimazione Ospedale San Filippo Neri
 Dr.ssa Anna Giberti, Dirigente Medico, Anestesia e Rianimazione Ospedale Santo Spirito
 Dr.ssa Elisa Gullino, Direttore Distretto 1
 Dr. Camillo Giulio De Gregorio, Direttore Distretto 2
 Dr.ssa Maria Ester De Caris, Direttore Distretto 3
 Dr.ssa Donatella Biliotti, Direttore Distretto 13
 Dr. Claudio Consoli, Direttore Distretto 14
 Dr. Fabio De Angelis, Direttore Distretto 15
 Dr.ssa Maria Segneri Direttore UOS Accessi Vascolari e Terapia del Dolore SFN
 Dott.ssa Maria Concetta Pecora, F.O. di Coordinamento UOS Terapia del Dolore e Servizio Accessi Vascolari SFN
 Dr.ssa Adriana Lazzinnaro, Dirigente Farmacista, Ospedale Santo Spirito
 Dr.ssa Silvia Caldarini, Direttore ff UOC Farmacia Territoriale e di Prossimità
 Dr. Carlo Turci, Direttore UOC Assistenza Infermieristica e Ostetrica
 Dr.ssa Giovanna Carluccio, Direzione Generale
 Dr.ssa Patrizia Domenica Sposato, Direzione Generale

INDICE

1. INTRODUZIONE	3
2. SCOPO E OBIETTIVI	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	4
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	4
5. RESPONSABILITÀ	6
6. MODALITÀ OPERATIVE	7
6.1. Identificazione precoce e valutazione dei bisogni di CP	7
6.2. Unità Valutativa di Cure Palliative	8
6.3 Unità Valutativa di Cure Palliative negli Ospedali a gestione diretta	9
6.4 Criteri di eleggibilità alle Cure Palliative Specialistiche (CPS)	9
6.5 Transitional Care verso le Cure Palliative	12
6.6 Le Cure Palliative Specialistiche nella RLCP: presa in carico, definizione e monitoraggio del PAI, caratteristiche di erogazione dei servizi	13
6.7 Rivalutazione dei Bisogni di CP e transitional care tra setting territoriali (interconnessione CP-COT-ADI-MMG)	16
6.8 CP precoci in ambulatorio	17
6.9 Interconnessione con altre Reti Aziendali	18
7. INDICATORI *	20
8. MODIFICHE O INTEGRAZIONI	22
9. RIFERIMENTI	23
ALLEGATI	24

1. INTRODUZIONE

La Legge 38/2010 definisce le Cure Palliative (CP) 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 International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC), nel 2020, propone una definizione rinnovata ed ampliata delle cure palliative basata sul consenso di esperti (Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition, 2020): si tratta di “cura olistica di individui di ogni età con gravi sofferenze correlate alla salute, dovute alla patologia avanzata, in particolare di coloro che si avvicinano alla fine della vita”. Secondo la IAHPC “le CP includono la prevenzione, la diagnosi precoce, la valutazione globale e la gestione dei problemi fisici, tra cui il dolore e altri sintomi di sofferenza, disagio psicologico, sofferenza spirituale e bisogni sociali. Forniscono il supporto per aiutare i pazienti a vivere più pienamente possibile fino alla morte, facilitando una comunicazione efficace, aiutando loro e le loro famiglie a determinare obiettivi di cura. Sono applicabili lungo tutto il decorso della malattia, in base ai bisogni del paziente. Vengono fornite anche in combinazione con terapie che intervengono sulla malattia ogniqualvolta necessario. Possono influenzare positivamente il decorso della malattia. Non intendono affrettare né posticipare la morte, affermano la vita e riconoscono il morire come un processo naturale. Forniscono il supporto alla famiglia e ai caregiver durante la malattia del paziente, e durante il loro lutto. Vengono somministrate nel riconoscimento e nel rispetto dei valori culturali e del credo del paziente e della famiglia”.

Il DM 77/2022 integra il concetto di CP alla luce della transizione epidemiologica e dell'evoluzione normativa. “Le CP sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia oncologica e/o cronico-degenerativa, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale, alleviando i sintomi e favorendo un adeguato percorso di comunicazione e di pianificazione anticipata e condivisa delle cure.”

Secondo la normativa vigente, la rete locale delle Cure Palliative (RLCP) è costituita dall'aggregazione funzionale e integrata delle attività di CP erogate sul territorio aziendale nei diversi setting assistenziali:

- **Ospedale:** attraverso équipe di CP che, nell'ambito dell'Unità di Cure Palliative Aziendale (UCPA) erogano consulenze, facilitando l'attivazione dei percorsi di CP per garantire la continuità ospedale-territorio e supportando i clinici di reparto nelle strategie per la rimodulazione e la ridefinizione degli obiettivi terapeutici, compresa la Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC);
- **Domicilio:** attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con équipe assistenziali multiprofessionali dedicate (Unità di Cure Palliative domiciliari - UCPdom), in integrazione con il medico di medicina generale (MMG) per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7;
- **Hospice:** con équipe assistenziali multiprofessionali specializzate e dedicate;
- **Ambulatorio:** attraverso équipe dedicate e specificatamente formate in CP che offrono CP precoci e simultanee.

Attualmente nella RLCP della ASL Roma I le CP specialistiche, in regime residenziale e

domiciliare, sono erogate dai soggetti privati accreditati che, insieme alle strutture aziendali, fanno parte della Rete Locale delle CP della ASL, istituita con Deliberazione del Direttore Generale n. 1087 del 28 novembre 2017 e aggiornata con Delibera del CS 1674 del 24/12/2024. Sono operative le UVM-H con il medico anestesista-palliativista negli ospedali a gestione diretta. È implementato un ambulatorio di Palliative Simultaneous Care presso il Presidio Cassia-Sant'Andrea, nell'ambito della UOSD di Oncologia ed è in fase di implementazione un ambulatorio multiprofessionale di Cure Palliative presso il Poliambulatorio di Via Luzzatti. Le Cure Palliative Specialistiche, attraverso l'Unità di Cure Palliative Aziendale (UCPA), sono in stretta interconnessione con l'ADI, con le Centrali Operative Territoriali Distrettuali, con la COT-A, con i TOH, con i PUA e con i MMG. La funzione principale della rete, attraverso i suoi nodi, è quella di accogliere e valutare il bisogno di cure palliative del paziente e della sua famiglia, definire il percorso di cura, individuando il setting assistenziale più adeguato in relazione allo sviluppo della malattia e garantire l'assistenza e la continuità di cura.

1. SCOPO E OBIETTIVI

Scopo

Scopo della presente procedura è descrivere l'organizzazione funzionale della RLCP quale modalità idonea ed adeguata ad assicurare la migliore qualità di vita dei pazienti residenti nella ASL Roma 1, con bisogni di Cure Palliative.

Obiettivi

Obiettivi della presente procedura sono:

- Descrizione del modello organizzativo delle Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) della ASL Roma 1 e delle modalità di accesso ai diversi nodi della rete;
- Definizione delle modalità di utilizzo degli strumenti per l'identificazione precoce, per la valutazione dei bisogni e del piano di assistenza, per la continuità delle cure ed il monitoraggio, durante il percorso nella RLCP;
- Definizione delle modalità di utilizzo delle linee guida e/o delle indicazioni delle società scientifiche di riferimento per quanto riguarda le indicazioni per l'accesso alle CP del paziente oncologico, pneumologico, cardiologico, neurologico e geriatrico in coerenza con le indicazioni regionali;
- Descrizione della *transitional care* e delle modalità di integrazione tra diversi livelli assistenziali nell'ambito della RLCP.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il campo di applicazione della presente procedura è rappresentato dai nodi della RLCP dove sono assistiti pazienti con residenza sul territorio della ASL Roma 1 e che presentano bisogni di cure palliative. Tali pazienti, trovandosi in stato di bisogno socio-sanitario complesso, richiedono interventi di assistenza e cura e sono aventi titolo, secondo le disposizioni normative vigenti, all'accesso ai nodi della RLCP.

3. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

ADI: Assistenza Domiciliare integrata. È un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

CIA: Coefficiente di Intensità Assistenziale. È un indicatore che misura il rapporto tra giornate effettive di assistenza (GeA) e giornate di cura (GdC) relative al periodo di presa in carico.

COT-D: Centrale Operativa Territoriale-Distrettuale. È un modello organizzativo che svolge a livello distrettuale una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali.

COT-A: Centrale Operativa Territoriale – Aziendale. È un modello organizzativo che svolge a livello interdistrettuale, interaziendale ed interregionale una funzione di coordinamento della presa in carico della persona, attivazione e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting di cure.

CP: Cure Palliative. 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.

Domanda Sorprendente: saresti sorpreso se questo malato morisse nei prossimi 12 mesi?

IFeC: Infermiere di Famiglia e Comunità. È la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona.

KPS: Karnofsky Performance Scale. La scala di Karnofsky è una scala di valutazione delle condizioni generali del paziente attraverso la valutazione di tre parametri: la limitazione dell'attività, la cura di sé e l'autodeterminazione.

NAD: la Nutrizione Artificiale Domiciliare è un trattamento domiciliare che consente la nutrizione artificiale delle persone che si trovano in condizione di impossibilità ad alimentarsi in modo fisiologico. La Nutrizione Artificiale avviene attraverso due modalità: Nutrizione Parenterale Domiciliare (NPD) e Nutrizione Enterale Domiciliare (NED); la scelta viene effettuata in base alle condizioni cliniche e all'organizzazione socio-familiare della persona assistita. La NAD richiede una valutazione clinica individuale di ogni singolo caso che avviene in base alle Linee Guida adottate, nel caso particolare quelle fornite dalla Società Italiana di Nutrizione Enterale e Parenterale (SINPE). Uno dei principali criteri di eleggibilità alla domiciliarizzazione è che il recupero nutrizionale sia in grado di migliorare la qualità di vita e la condizione clinica senza implicare rischi maggiori.

NecPal: Necesidades Paliativas. È uno strumento di valutazione quali-quantitativo, multifattoriale, non dicotomico utilizzato per l'identificazione dei bisogni di Cure Palliative.

NRS: Numerical Rating Scale. È una scala unidimensionale a 11 punti che valuta l'intensità del dolore nell'adulto.

PAI: Progetto di Assistenza Individuale. È il documento di sintesi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno, con l'intento di formulare e attuare un progetto di cura e assistenza personalizzato che possa

favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per la persona malata.

PUA: Punto Unico di Accesso. È il punto unico di accesso che nasce dalla collaborazione tra Distretto e Municipio per accogliere, agevolare e semplificare il primo accesso ai cittadini, svolgendo un'azione di filtro per utilizzare al meglio le risorse condivise offerte dal Servizio Sanitario Locale e da Roma Capitale.

RCP: Richiesta Cure Palliative (Modulo regionale per la richiesta di Cure Palliative – Allegato 1)

SUS: Scheda Unica di Segnalazione per attivazione percorso domiciliare o residenziale per persone non autosufficienti

TC: Transitional Care. Si intende per Transitional Care, l'insieme delle azioni volte a garantire il coordinamento e la continuità delle cure nella fase di passaggio tra setting assistenziali o tra livelli di intensità assistenziale diversa nello stesso setting.

TOH: Team Operativo Ospedaliero. È un modello organizzativo che svolge la funzione di coordinamento intraospedaliero delle transizioni dall'ospedale ad altri setting di cura, facilitando i processi attraverso l'interconnessione con le COT-D e con la COT-A.

UCPA: Unità di Cure Palliative Aziendale

UVM-D: Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale

UVM-H: Unità Di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera

4. RESPONSABILITÀ

Si riporta di seguito la **matrice di responsabilità dei nodi della RLCP**, con riferimento alle principali azioni previste in procedura. Le attività dipendenti, in toto o in parte, dai tempi regionali di implementazione della piattaforma informatica TC e delle relative linee di indirizzo, si riportano con asterisco in apice *.

FUNZIONI ATTIVITA'	UCPA- UVCP	Hospice	UV M-H	UV M-D	TOH	COT-D	COT-A	MMG- PLS	Medico Ospedaliero	Equipe ambulatorio CP	Area del farmaco
Identificazione dei bisogni di CP	R	C	R	R	C	C	I	R	R	R	-
Compilazione della RCP	I	I	I	I	C	I	I	C/R	R	R	-
Valutazione idoneità alle CP	R	I	C	I	I	I	I	I	I	C	-
Presa in carico del paziente in CPS	I	R	I	I	C	C	I*	I*	I	I	-
Erogazione farmaci per Hospice residenziale/domiciliare	-	C	-	-	-	-	-	-	C	-	R
Presa in carico ambulatoriale	R	C	C	C	I	C	I	C	I	R	-
Rivalutazione ogni 90 giorni	R	R		C		C	I*	C	-	-	-
Transitional Care	C	C	C	C	R	R*	R*	C	C	C	-

5. MODALITÀ OPERATIVE

6.1. Identificazione precoce e valutazione dei bisogni di CP

Il riconoscimento precoce dei pazienti con bisogni di cure palliative, che non necessariamente coincide con l'identificazione dei pazienti da affidare alle CP specialistiche, consente di integrare le CP al progetto di cura e assistenza già in atto.

Il riconoscimento appropriato e precoce dei bisogni consente di offrire a tutti i pazienti i benefici delle cure palliative, attraverso la corretta gestione dei sintomi, la rimodulazione della terapia farmacologica, la comunicazione adeguata e la pianificazione anticipata e condivisa delle cure.

Tra gli strumenti europei validati per il riconoscimento dei pazienti con bisogni di cure palliative, si utilizza nell'ambito della RLCP della ASL Roma 1 il NecPal (allegato 2), per sensibilità, specificità, completezza e maneggevolezza.

Si tratta di uno strumento di valutazione quali-quantitativo, multifattoriale, non dicotomico, in cui la domanda sorprendente costituisce un elemento discriminante per l'identificazione dei pazienti con bisogni di cure palliative, così come la contemporanea positività di altri criteri clinici o di laboratorio, secondo i *cut off* e le indicazioni riportate nello strumento stesso. L'obiettivo di utilizzo del NecPAL è supportare i MMG e i clinici non specializzati in cure palliative nell'identificazione dei pazienti con bisogni di CP e non definire i criteri per l'attivazione delle CP specialistiche.

Nel NecPal sono riportati tutti gli indicatori specifici per patologia, di gravità e di progressione, relativi a: cancro, malattia polmonare cronica ostruttiva, malattie cardiache, malattie neurologiche croniche, malattia epatica cronica grave, malattia renale cronica grave e demenza.

Questo strumento non misura il livello di complessità dei bisogni di CP e, al pari degli altri, deve essere utilizzato in associazione ad uno strumento di valutazione della complessità, che possa guidare il medico nella scelta del modello delle cure palliative più appropriato per il singolo paziente.

Per la misurazione della complessità dei bisogni di CP nei pazienti oncologici, si consiglia l'utilizzo del PALCOM, strumento validato nel 2023 (Allegato 3).

Pertanto, il medico ospedaliero/ambulatoriale/MMG/distrettuale, che ritiene possibile la presenza di bisogni di CP, dovrebbe utilizzare in prima battuta la domanda sorprendente. In caso di domanda sorprendente positiva è indicato l'utilizzo del NecPal. Se il NecPal risulta positivo, l'uso del PALCOM nel paziente oncologico e dei criteri specifici per patologia (paragrafo 6.4) supporta il medico nella valutazione del livello di complessità dei bisogni e quindi nella scelta del setting assistenziale.

In caso di indicazione alle Cure Palliative Specialistiche il medico compila il modulo regionale – Richiesta Cure Palliative RCP (Allegato 1) e lo trasmette, tramite il TOH o la COT-D, all'UCPA e contestualmente alla COT-A (DGR 8/1/2025 G00128 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - M6C1 1.2.2.1 Centrali Operative Territoriali - Approvazione dei documenti descrittivi dei flussi operativi e relativi flow chart dei processi regionali del Piattaforma informatica "Transitional Care").

Nelle more dell'implementazione della piattaforma regionale Transitional Care, il modulo

regionale di Richiesta Cure Palliative viene trasmesso direttamente all'UCPA per la valutazione di idoneità.

6.2. Unità Valutativa di Cure Palliative

Per l'accesso alle cure palliative è richiesta la valutazione multidimensionale, la definizione di un Piano di Assistenza Individuale (PAI) e l'integrazione con gli interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale (DCA U0036 del 31.10.2014). La normativa prevede che si possa accedere alla struttura hospice, ma anche all'assistenza domiciliare specialistica, mediante prescrizione del MMG o del medico Specialista SSR del setting/servizio che ha in carico il paziente, previa valutazione da parte dell'Unità Valutativa di CP della ASL di residenza del paziente, anche usufruendo dell'istituto di "delega" alla ASL territorialmente competente in relazione alla sede in cui si trova il paziente, per favorire azioni di presa in carico intraregionali e interaziendali.

Pertanto, la richiesta di Cure Palliative Specialistiche in hospice residenziale o domiciliare per i pazienti residenti ASL Roma 1, può essere avanzata tramite RCP, da:

- Medico Ospedaliero di reparto/PS o ambulatoriale
- MMG/Medico dell'ADI
- Medico di Ambulatorio Territoriale
- Medico di riferimento NEA 116117

Il Medico ospedaliero, anche con il supporto del TOH, oppure i principali attori territoriali coinvolti nell'identificazione di un bisogno di cure palliative (MMG/PLS o medico ambulatoriale/del distretto di riferimento/NEA 116117), elaborano la richiesta (RCP); le TOH/COT-A/COT-D, a secondo della provenienza della richiesta, procedono all'inserimento su piattaforma TC. (Si rimanda ai tempi e alle indicazioni regionali per la modalità di gestione della piattaforma Transitional Care). Nelle more della piena implementazione della piattaforma regionale Transitional Care, il modulo regionale di Richiesta Cure Palliative viene trasmesso all'Unità Valutativa di Cure Palliative Aziendale anche tramite mail dedicata: curepalliative@aslroma1.it.

L'Unità Valutativa di Cure Palliative Aziendale è responsabile della Valutazione Multidimensionale di Cure Palliative. La prima valutazione documentale viene effettuata entro 48 ore dalla ricezione della RCP.

La valutazione di idoneità alle CP specialistiche può esitare in autorizzazione o diniego all'accesso alle cure palliative specialistiche (Flow chart 1).

Autorizzazione

L'Unità Valutativa di Cure Palliative Aziendale:

- autorizza la richiesta di CP a seguito di valutazione documentale e/o attraverso strumenti di valutazione in remoto e/o attraverso visita diretta (allegato 4: Scheda di valutazione diretta per l'accesso alle Cure Palliative)
- trasmette la modulistica, RCP e autorizzazione (allegato 5: modulo esito valutazione CP specialistiche), agli hospice prescelti e indicati nella RCP, per l'inserimento in lista del paziente;
- invia notifica agli attori coinvolti nella presa in carico (Inviante/Centrale Territoriale

di riferimento/TOH)

Si specifica che il paziente/familiare di riferimento, dopo condivisione con il medico richiedente, può indicare qualsiasi hospice/erogatore di CP privato accreditato o pubblico del territorio Regionale (allegato 6: Elenco hospice Regione Lazio). L'hospice con il primo posto disponibile (residenziale o domiciliare), tra le strutture richieste, programma la presa in carico del paziente e notifica la data di presa in carico ai servizi richiedenti.

Diniego

L'Unità Valutativa di Cure Palliative Aziendale:

- a seguito di valutazione documentale e/o attraverso strumenti di valutazione in remoto e/o attraverso visita diretta, esprime parere di non idoneità alle CP specialistiche;
- trasmette il diniego agli attori coinvolti (Inviante/Centrale Territoriale di riferimento/TOH) per la valutazione di altre ipotesi di setting.

Nelle more della piena implementazione della piattaforma regionale TC, l'UCPA monitora i tempi di presa in carico.

6.3 Unità Valutativa di Cure Palliative negli Ospedali a gestione diretta

Il medico dell'UCPA può richiedere l'attivazione dell'UVM-H con palliativista intra-ospedaliero secondo Procedura aziendale 0ADO PRO 38: GESTIONE DELLE UVM OSPEDALIERE DEI PRESIDI A GESTIONE DIRETTA DELLA ASL ROMA 1- rev 0 del 6/9/2024. L'UVM-H effettua la valutazione intra-ospedaliera e ne invia riscontro alla UCPA per autorizzazione o diniego alle CP specialistiche.

Si rimanda alla procedura aziendale sul Percorso di Fine Vita in Ospedale (0ADO PRO 41 "Il Percorso di Fine Vita in Ospedale" – rev 0 9/1/2025) per quanto riguarda i processi decisionali e le modalità operative di identificazione dei bisogni, comunicazione e gestione dei sintomi e della terapia per la gestione del fine vita in ospedale.

6.4 Criteri di eleggibilità alle Cure Palliative Specialistiche (CPS)

I Criteri di eleggibilità alle CPS sono definiti sulla base delle linee guida e/o delle indicazioni delle società scientifiche di riferimento, in ambito oncologico, pneumologico, cardiologico, neurologico e geriatrico. I documenti di riferimento sono:

- Documento intersocietario SIAARTI-SICP 2013 "Grandi insufficienze d'organo 'end stage'"
- Documento intersocietario SICP-SIN 2018 "Le Cure Palliative nel malato neurologico"
- Documento Intersocietario AIPO -SICP 2015. "Cure Palliative e trattamento della dispnea refrattaria nell'insufficienza respiratoria cronica. "
- Documento Intersocietario SICP-SIC 2019 "Documento di consenso sulle cure palliative in ambito cardiologico"
- Documento intersocietario SICP-SIGG 2024 "Documento congiunto sul fine vita dell'anziano in RSA"
- Consensus Conference Promoting excellence in end of life care 2004

- NecPal tool

Criteri generali di eleggibilità alle CP specialistiche (tutti positivi)

1. Stato accertato di presenza di una malattia di base a prognosi infausta in fase di evoluzione inarrestabile
2. Consenso informato e condivisione dell'avvio del percorso di cure palliative da parte del malato, in base al livello di conoscenza e consapevolezza della diagnosi e prognosi di malattia, e del familiare di riferimento
3. Valutazione del possesso dei precedenti requisiti da parte del Medico di Medicina Generale e/o dallo specialista di branca che ha in cura il malato (ad es. oncologo, internista, pneumologo, neurologo, cardiologo, infettivologo, geriatra)
4. Aspettativa di vita < 90 giorni per l'hospice residenziale e < 180 per le cure palliative specialistiche domiciliari
5. $IK \leq 50$

Criteri di fattibilità dell'assistenza di CP specialistiche a domicilio

1. Presenza giornaliera continuativa al domicilio del malato di un caregiver o, almeno, di un familiare dotato di autonomia decisionale e ritenuto adeguato a supportare l'equipe durante il percorso assistenziale domiciliare;
2. Caratteristiche igieniche, logistiche e strutturali del domicilio tali da consentire l'assistenza in sicurezza

CRITERI SPECIFICI PER PATOLOGIA

In relazione alla patologia specifica si utilizzano i seguenti criteri per esplorare la presenza di criteri oggettivi di prognosi infausta, definiti sulla base dell'analisi della letteratura scientifica e delle indicazioni delle società scientifiche di riferimento

DEMENZA

Demenza in fase avanzata se $GDS \geq 6$ + criteri di rapida e inarrestabile evolutività (almeno 2 positivi):

1. LdP III-IV stadio
2. Febbre ricorrente
3. Polmoniti ab ingestis ricorrenti
4. 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.
5. Perdita di peso (10% negli ultimi 6 mesi) o cachessia
6. Delirium
7. Utilizzo di Risorse: ricoveri ripetuti (> 3 in 12 mesi, per processi intercorrenti: polmonite da aspirazione, pielonefrite, setticemia ecc. che causino deterioramento funzionale e/o cognitivo)

MALATTIE NEUROLOGICHE: STROKE

1. Durante la fase acuta e subacuta (< 3 mesi post-stroke): stato vegetativo persistente o di minima coscienza > 3 giorni
2. 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
3. Presenza di sintomi non controllati

MALATTIE NEUROLOGICHE: SLA e Malattie del Motoneurone, SM e Parkinson

1. Sono presenti i segni di una severa sofferenza psicologica, sociale, spirituale
2. Il controllo del dolore richiede elevate dosi di analgesici o sono presenti altri sintomi complessi e di difficile controllo
3. Necessità di alimentazione enterale con rifiuto di vie artificiali (PEG, SNG)
4. Dispnea o ipoventilazione con C.V. < 50% con rifiuto di ventilazione meccanica
5. Perdita di funzioni in almeno due distretti corporei
6. È stato effettuato un percorso di Pianificazione Anticipata delle Cure e/o è presente una DAT

SCOMPENSO CARDIACO

Criteri per valutare la rapida e inarrestabile evolutività nei pazienti con Scompenso Cardiaco Terminale (valutazione specialistica cardiologica/internistica) (almeno 2 positivi):

1. NYHA III-IV
2. Dispnea a riposo o per sforzi minimi
3. Malattia coronarica o valvolare severa non suscettibile di trattamento chirurgico o emodinamico, angina refrattaria
4. Ecocardiogramma basale FE < 30%, PAPS > 60 mmHg
5. Associazione con Insufficienza Renale (FG < 30 L/min) e iponatriemia persistente
7. Frequenti ricoveri non programmati per scompenso cardiaco (> 3 negli ultimi 12 mesi)
8. Cachessia

PATOLOGIE NEOPLASTICHE

Criteri per valutare la rapida e inarrestabile evolutività nei pazienti con cancro (valutazione specialistica oncologica/internistica) (tutti positivi)

1. Malattia metastatica o localmente avanzata
2. Progressione di malattia
3. Le condizioni del paziente non consentono di iniziare o continuare trattamenti oncologici attivi specifici oppure la terapia in atto è finalizzata unicamente al controllo dei sintomi

CRITERI DI ELEVATA COMPLESSITA' nel PAZIENTE ONCOLOGICO (PALCOM) (2-3 criteri=complessità intermedia, 4-5 criteri= complessità elevata)

- Presenza di almeno 5 sintomi con NRS \geq 4 (Valutare i seguenti sintomi – ESAS- dolore, astenia, nausea/vomito, depressione, ansia, sonnolenza, dispnea, inappetenza, malessere generale, stipsi, insonnia, agitazione psico-motoria, altro)
- Dolore non controllato (NRS \geq 7), difficile da controllare

- Fattori di rischio socio-assistenziale (assenza caregiver, caregiver con difficoltà importanti – economiche, di salute – altri familiari fragili – bambini, invalidi, malati, tossicodipendenti)
- Conflitti etici/assistenziali
- Barthel Index ≤ 60 o IK ≤ 50

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

Criteri per valutare la rapida e inarrestabile evolutività nei pazienti con Insufficienza respiratoria (valutazione specialistica pneumologica/internistica) (almeno 2 positivi):

1. FEV1 < 30% O cv < 40%
2. Dispnea a riposo
3. Scompenso cardiaco sintomatico associato
4. Nel caso si disponga di EGA: criteri per ossigenoterapia domiciliare o trattamento già in corso
5. Terapia con steroidi per > 6 settimane negli ultimi 6 mesi
6. Cachessia
7. Ricoveri ospedalieri ricorrenti (>3 in 12 mesi per riacutizzazioni bronchitiche)

MALATTIA EPATICA CRONICA GRAVE

1. Cirrosi avanzata Child C (determinato in assenza di complicanze o dopo trattamento ottimale),
2. 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
3. Carcinoma epatocellulare: presente in stadio C o D (Barcellona Clinic Liver Cancer)

MALATTIA RENALE CRONICA GRAVE

Insufficienza renale grave (FG < 15) in pazienti per i quali il trattamento sostitutivo o il trapianto sono controindicati

6.5 Transitional Care verso le Cure Palliative

La Transitional Care costituisce un momento di estrema vulnerabilità per il paziente e per i suoi caregiver. La letteratura mostra come il 20% delle dimissioni ospedaliere dei pazienti con bisogni di CP esita in eventi avversi come nuovi accessi ospedalieri, quadri di acuzie, peggioramento dei sintomi e aumento della mortalità.

Nella fase di transitional care che prevede l'interconnessione tra il setting di provenienza e il setting di presa in carico-Cure Palliative, acquisisce fondamentale importanza la definizione degli attori coinvolti, la modalità di interconnessione tra i nodi della rete e la disponibilità di gestionali interoperabili al fine di garantire la pianificazione della continuità assistenziale sin dalla fase di emergenza del bisogno identificato. In particolare, nel passaggio al setting delle Cure Palliative, è necessario prestare particolare attenzione alla vulnerabilità del paziente e della famiglia correlata alla transizione dal modello "curativo"

a quello “palliativo”.

Nelle more della piena implementazione del Sistema informativo regionale TC, per quanto riguarda la TC dall'Ospedale/servizi territoriali alle Cure Palliative, rimangono in vigore le modalità vigenti. In particolare, la RCP viene trasmessa dal TOH o dalla COT-D direttamente all' UCPA per la valutazione di idoneità e la messa in lista ed il monitoraggio dei tempi di presa in carico. Le COT-D e i TOH rappresentano i punti di facilitazione della TC anche attraverso l'interconnessione con i servizi e professionisti responsabili della continuità di cura.

6.6 Le Cure Palliative Specialistiche nella RLCP: presa in carico, definizione e monitoraggio del PAI, caratteristiche di erogazione dei servizi

Sul territorio della ASL Roma 1 sono presenti quattro strutture private accreditate con il Servizio Sanitario Regionale che effettuano cure palliative specialistiche sia in regime domiciliare che residenziale. Le équipes di cure palliative specialistiche che vi operano, composte in maniera multidisciplinare e multiprofessionale, si occupano della presa in carico completa della persona assistita e della sua famiglia. I professionisti hanno un elevato livello di competenza e sono rappresentati da medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, fisioterapisti, terapisti occupazionali, assistenti spirituali. Le équipes di cure palliative specialistiche afferenti alle quattro strutture accreditate possono operare sia a domicilio del paziente che in struttura residenziale (Hospice).

Accanto all'équipe multiprofessionale e multidisciplinare, operano anche volontari adeguatamente formati; essi offrono sostegno relazionale e sociale al malato e alla sua famiglia e si confrontano sempre con l'équipe curante. La definizione del PAI in Cure Palliative Specialistiche ha l'obiettivo di garantire un approccio centrato sul paziente, che rispetti le sue necessità fisiche, psicologiche, sociali e spirituali, e promuovere la qualità della vita in ogni fase.

Nello specifico, il PAI in cure palliative ha lo scopo di:

- Personalizzare l'assistenza: rispondendo alle esigenze specifiche del paziente, garantendo un trattamento individualizzato in base alla sua condizione clinica e alle sue preferenze;
- Promuovere la qualità della vita: concentrandosi sulla gestione dei sintomi, sul supporto multiprofessionale e sul rispetto delle scelte personali;
- Favorire il supporto familiare coinvolgendo la famiglia nel processo assistenziale, fornendo informazioni, supporto psicologico e educazione sanitaria;
- Favorire la continuità dell'assistenza assicurando che questa non venga interrotta o cambiata senza un adeguato piano di transizione, anche in caso di cambiamenti nel setting;
- Garantire il rispetto delle preferenze del paziente anche in merito alle decisioni riguardo alle sue preferenze terapeutiche e alle disposizioni anticipate di trattamento.

La stesura del PAI è un processo collaborativo che coinvolge il paziente, la sua famiglia e l'équipe di cure palliative. Le modalità di stesura prevedono:

- Inserimento dei dati anagrafici del paziente, dalla data di stesura del PAI e del nome del case manager referente del PAI
- Raccolta di informazioni cliniche:
 - Patologia e comorbidità con indicazione dello stato di avanzamento e della traiettoria evolutiva (KPS e *phase of illness*)
 - Identificazione, tramite ESAS (e PAINAD, se indicato), dei sintomi non controllati (NRS > 1) con indicazione degli obiettivi (target da raggiungere), strategie di intervento e di monitoraggio
 - Alimentazione in atto, O2 terapia, presenza di cateteri e/o drenaggi con indicazione degli obiettivi, strategie di intervento e di monitoraggio
 - Descrizione delle lesioni da pressione o di altra natura (sede, stadio) con indicazione degli obiettivi (target da raggiungere), strategie di intervento e di monitoraggio
- Indicazione di professionisti coinvolti e delle relative attività pianificate con specifica delle tempistiche

Nel PAI devono essere riportati gli obiettivi terapeutici condivisi dall'équipe con il paziente e con il/i familiari di riferimento, specificando obiettivi a breve e lungo termine, soprattutto relativi al controllo del dolore, alla gestione dei sintomi, al supporto psicologico e spirituale, e alla pianificazione del fine vita.

Il monitoraggio del PAI è essenziale per garantire che il piano assistenziale continui a rispondere alle esigenze mutevoli del paziente. Le modalità di monitoraggio comprendono:

- **Valutazioni periodiche:** il piano deve essere aggiornato regolarmente attraverso valutazioni cliniche frequenti, per monitorare i sintomi, le risposte ai trattamenti e lo stato psicologico del paziente.
- **Riunioni di équipe multidisciplinare:** l'équipe di cure palliative (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, ecc.) si riunisce periodicamente per discutere i progressi del paziente, analizzare eventuali cambiamenti nelle sue condizioni e aggiornare il PAI.
- **Feedback da paziente e famiglia:** raccogliere informazioni dirette dal paziente e dalla famiglia riguardo la soddisfazione per il trattamento ricevuto, l'efficacia della gestione dei sintomi e la qualità della comunicazione con il team.
- **Adattamento continuo:** il PAI deve essere un documento dinamico, che si adatta alle nuove esigenze del paziente e alle modifiche del suo stato di salute. Ad esempio, un cambiamento nelle preferenze del paziente o l'insorgenza di nuovi sintomi potrebbe richiedere un aggiornamento del piano.
- **Registro delle modifiche e delle decisioni:** ogni cambiamento nel piano deve essere ben documentato, in modo da garantire trasparenza e continuità assistenziale.

Il PAI, elaborato nel rispetto del CIA previsto ≥ 1 (almeno 1 accesso infermeristico/die e almeno 1 accesso medico/settimana), viene trasmesso dall'Hospice all'UCPA nelle fasi di rivalutazione dei bisogni e su richiesta, quando necessario per il monitoraggio del progetto di Cure Palliative.

Caratteristiche di erogazione delle CP specialistiche negli Hospice accreditati

In ottemperanza alla normativa regionale, nei 4 hospice accreditati della RLCP il rapporto posti letto hospice/posti di CP domiciliari è pari a 1: 4. Sul territorio della ASL Roma 1 le quattro strutture private accreditate con il Servizio Sanitario Regionale che effettuano cure palliative specialistiche sia in regime domiciliare che residenziale sono:

Fondazione Antea

Hospice residenziale	25 posti letto
Cure Palliative Specialistiche domiciliari	100 posti
Sede	P.zza Santa Maria della Pietà, 5 - Pad. 22
Contatti:	Tel. 06 303321 mail: accoglienza@antea.net

San Francesco Caracciolo

Hospice residenziale	21 posti letto
Cure Palliative Specialistiche domiciliari	84 posti
Sede	Viale Tirreno, 200
Contatti:	Tel. 06 8719.5729 mail: accoglienza.caracciolo@korian.it

Sant'Antonio da Padova

Hospice residenziale	25 posti letto
Cure Palliative Specialistiche domiciliari	100 posti
Sede	Via Mecenate, 14
Contatti:	Tel. 06 4872.413-4-5-6 accettazione@santoniodapadova.com

Gemelli Medical Center

Hospice residenziale	30 posti letto
Cure Palliative Specialistiche domiciliari	120 posti
Sede	Via Bogliasco, 33
Contatti:	Tel. 06 3500.169 accettazione@gemellimedicalcenter.it

Hospice residenziale

Gli Hospice sono strutture residenziali caratterizzate da un ambiente ospitale e sereno. Ogni assistito ha la possibilità di avere accanto una persona cara durante l'arco della giornata, salvo limitazioni legate ad attività sanitarie e di assistenza o per il riposo diurno e notturno dei pazienti. L'assistenza socio-sanitaria è presente sulle 24 ore, tutti i giorni della settimana. Il ricovero in Hospice non è effettuato d'urgenza, ma è programmato. Gli Hospice garantiscono assistenza medica e infermieristica e la presenza di operatori tecnici dell'assistenza sette giorni su sette, sulle 24 ore.

Cure Palliative Specialistiche domiciliari

Le cure palliative domiciliari offrono un modello di presa in carico la cui efficacia ampiamente dimostrata in letteratura attraverso l'impatto significativo sulla qualità della vita e della morte nonché sulla riduzione degli accessi impropri ai servizi di emergenza. La normativa regionale prevede un PAI minimo di 7/7 accessi infermieristici e almeno 1/7 accessi del medico palliativista, oltre alla pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore. Gli interventi erogati nelle cure palliative domiciliari specialistiche, possono comprendere prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche e sociali. Esiste anche una particolare attenzione alla dimensione interiore/spirituale che viene accolta dall' assistente spirituale, membro a tutti gli effetti dell'équipe di cura e assistenza.

Fornitura farmaci e presidi

L'Hospice assicura la fornitura diretta di presidi sanitari (deambulatori, carrozzine, materassi antidecubito, presidi assorbenti, traverse, aste per flebo ecc.). Nei servizi di Cure Palliative sia domiciliari che residenziali è prevista la fornitura diretta dei farmaci da parte della farmacia ospedaliera. L'erogazione dei farmaci di cui al DPR 309/90 e s.m.i è assicurata dalle ASL in cui insiste l'hospice. La prescrizione dei farmaci da parte dei MMG o specialisti dotati di ricettario SSN è prevista esclusivamente in caso di urgenze o di motivata impossibilità da parte della ASL a fornire la terapia. Il Medico Palliativista può attivare l'erogazione dell'ossigeno domiciliare con richiesta alla ASL di residenza dell'assistito (DCA 360/2016). Il servizio NAD della ASL è attivato direttamente dall'hospice attraverso la compilazione del modulo di Proposta di nutrizione artificiale domiciliare (Allegato 7).

6.7 Rivalutazione dei Bisogni di CP e transitional care tra setting territoriali (interconnessione CP-COT-ADI-MMG)

In prossimità della scadenza, almeno 10 giorni prima del termine dell'autorizzazione alle Cure Palliative specialistiche, viene attivato il processo di rivalutazione da parte dell'UCPA. La DGR 8/1/2025 G00128 nella descrizione del modello di TC da implementare attraverso la piattaforma unica regionale prevede un *alert* automatico inoltrato dalla piattaforma TC alla COT-A e all'erogatore del servizio. È previsto che l'Hospice/erogatore trasmetta alla COT-A e contestualmente all'UCPA una relazione clinica aggiornata per effettuare la rivalutazione delle condizioni del paziente (Flow chart 2).

Attualmente, nelle more dell'implementazione della piattaforma informatica regionale TC, la relazione clinica aggiornata deve essere inviata direttamente dall'Hospice/erogatore all'UCPA.

La relazione deve contenere le seguenti informazioni minime:

- Condizioni generali, stadio della malattia principale e delle comorbidità, Phase of illness, IK, ESAS, caratteristiche delle lesioni da pressione (sede e stadio), alimentazione in atto (regolare/*comfort feeding*/NE, NPT), O2 terapia (tempi, flussi e interfaccia), terapia in atto, episodi di acuzie negli ultimi 3 mesi e frequenza delle chiamate al servizio di reperibilità, prognosi, bisogni assistenziali, ultima revisione del PAI.

Per facilitare una maggiore flessibilità del sistema e la conseguente possibilità di cambio setting tempestivo al variare dell'intensità dei bisogni assistenziali, l'hospice/erogatore, sulla base della traiettoria di malattia e della rivalutazione periodica dei bisogni, segnala l'eventuale richiesta di rivalutazione dell'appropriatezza del setting all'UCPA (anche prima del termine dell'autorizzazione, ove indicato) per facilitare l'eventuale passaggio al setting più appropriato.

Tale richiesta deve essere inoltrata dall'hospice all'UCPA con relazione clinica contenente il medesimo set di informazioni minime.

A questo punto possono configurarsi 3 scenari:

1. L'UCPA, sulla base della valutazione documentale/da remoto, condivide la non appropriatezza alla proroga in CP specialistiche e invita l'hospice ad avviare il percorso di comunicazione con la famiglia e a trasmettere la lettera di pre-dimissione (contenente tutte le informazioni minime precedentemente riportate più l'elenco dei presidi forniti) all'UCPA e alla COT-D che attiva il percorso di TC. La TC, gestita dalla COT-D, prevede l'interconnessione con il MMG per la presa in carico del paziente e l'attivazione dell'UVM per ADI o RSA. La SUS per l'attivazione dell'UVM può essere compilata dal medico dell'hospice che ha in carico il paziente o dal MMG.
2. L'UCPA sulla base della valutazione documentale/da remoto ritiene necessario programmare la visita diretta del paziente, presso il domicilio o presso l'hospice residenziale (allegato 8: Modulo visita diretta di monitoraggio CP). Sulla base della visita diretta l'UCPA può prorogare l'assistenza in CP specialistiche (allegato 9: modulo esito valutazione proroga alle CP specialistiche) o avviare la TC ad altro setting, trasmettendo l'esito della rivalutazione, completo della SUS e della lettera di pre-dimissione, alla COT-D per l'interconnessione con il MMG e l'attivazione dell'UVM per il PAI.
3. L'UCPA sulla base della valutazione documentale/da remoto condivide l'appropriatezza delle CP specialistiche e trasmette la proroga assistenziale alla COT-A per invio all'Hospice/erogatore

6.8 CP precoci in ambulatorio

L'ambulatorio di Cure Palliative è il nodo della rete che favorisce la più precoce integrazione multidisciplinare nonché il setting ideale per la pianificazione anticipata dei percorsi di cura, evitando il senso di abbandono e valorizzando le scelte del paziente.

I criteri di accesso alle cure palliative ambulatoriali sono:

- Diagnosi di malattia oncologica o neurodegenerativa o insufficienza d'organo in fase avanzata (vedi criteri specifici per patologia)
- Karnofsky Performance Status (KPS) compreso tra 50 e 80, in presenza di sintomi con bisogni di presa in carico integrata di CP
- Domanda sorprendente positiva (con risposta negativa): saresti sorpreso se questo malato morisse nei prossimi 12 mesi?
- Indicatori generali di peggioramento clinico e/o scelta/richiesta del paziente/medico di avviare le CP precoci
- Patologia/e in fase avanzata con opzioni terapeutiche limitate, anche con trattamenti

specifici ancora in atto

- Difficoltà nel percorso di consapevolezza della prognosi
- Necessità di supporto nella pianificazione condivisa delle cure

L'ambulatorio di Cure Palliative è rivolto a pazienti che hanno un buon grado di autonomia funzionale e motoria, ma che sono affetti da patologie progressive e irreversibili, la cui presa in carico esce dalla prospettiva delle cure finalizzate alla guarigione, ma è necessaria a garantire una qualità di vita il più possibile adeguata, pur nella gravità della malattia.

Lo scopo dell'ambulatorio è quello di accogliere i pazienti autosufficienti per una valutazione specialistica finalizzata a tenere sotto controllo i sintomi della malattia e monitorarne la progressione, oltre che naturalmente gestire il dolore e valutare l'eventuale supporto psicologico per pazienti e familiari.

Le attività della presa in carico ambulatoriale di cure palliative prevedono:

- Valutazione, monitoraggio e gestione dei sintomi somatici e psichici
- Discussione sugli obiettivi di cura, anche attraverso l'esplorazione del livello di consapevolezza della persona malata e dei familiari sulla traiettoria e sulla prognosi della malattia
- Informazione, sostegno e aiuto nelle scelte terapeutiche per la persona malata e nel processo di pianificazione condivisa delle cure
- Identificazione precoce dei pazienti eleggibili alle CP domiciliari o alle CP in HR con espletamento delle procedure di attivazione delle risorse territoriali della RLCP

L'ambulatorio si trova presso il Poliambulatorio di Via Luigi Luzzatti, 8 - 00185 Roma (data prevista di attivazione 08/05/2025)

L'erogazione delle prestazioni ambulatoriali da parte dall'équipe dell'Unità di Cure Palliative Aziendale è programmata per il giovedì dalle ore 9 alle ore 13 anche in modalità televisita.

6.9 Interconnessione con altre Reti Aziendali

La RLCP e il Coordinamento Oncologico Territoriale

La RLCP è interconnessa con il Coordinamento Oncologico Territoriale (Delibera del CS 1132 del 26/09/2024) attraverso la possibilità di interazione diretta con i PACO per l'attivazione delle CP specialistiche. Nell'ambito della Rete è attivo un ambulatorio di Palliative Simultaneous Care presso il Presidio Cassia-Sant'Andrea, UOSD di Oncologia.

L'Ambulatorio Simultaneous Care della UOSD Oncologia Presidio Cassia S Andrea è attivo dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.15 alle ore 14.00

Destinatari:

- Pazienti oncologici nella fase avanzata di malattia, quando l'outcome non è più la sopravvivenza;
- Pazienti oncologici "sintomatici" in trattamento (chemioterapico, immunoterapico e/o terapie target) nei quali è attesa o si è verificata una tossicità correlata al trattamento o alla malattia, che necessino di terapia di supporto;

- Pazienti oncologici con metastasi ossee a rischio di frattura in trattamento chemioterapico;
- Pazienti Anziani "fragili" con Patologia Tumorale;

Il PAI viene stabilito prima o durante il trattamento antitumorale e prevede la possibilità di attivare consulenza del Palliativista, del Nutrizionista e dello psicologo.

Prestazioni

- Gestione Cateteri Venosi Centrali;
- Emotrasfusioni di emazie e/o concentrati piastrinici;
- Terapia del dolore;
- Gestione degli effetti collaterali trattamento relativi;
- Gestione Terapia nutrizionale anche enterale e parenterale;
- Eventuale posizionamento di catetere vescicale.

Risultati attesi

- Migliore controllo della sintomatologia;
- Maggiore adesione al protocollo di trattamento con possibile impatto sulla sopravvivenza;
- Miglioramento della qualità di vita (grado di soddisfazione sia del paziente che del care-giver).
- Riduzione degli accessi in PS definiti impropri (codici bianco/verde);
- Limitazione degli accessi in PS ai casi critici (codice giallo) e conseguente riduzione dei giorni di degenza in ospedale per acuti;
- Accesso precoce ai servizi di cure palliative;
- Facilitazione del percorso nell'ambito della rete,
- Miglioramento dell'aderenza alla cura
- Riduzione della frammentazione delle prestazioni

L'interconnessione del Coordinamento Oncologico Territoriale con la RLCP si esplica anche attraverso l'integrazione delle CP nei PDTA oncologici.

La RLCP e la Rete di Terapia del Dolore/Servizio accessi vascolari

Gli ambulatori e i day hospital di Terapia del dolore della ASL Roma 1, nell'ambito dell'Area Interdipartimentale Anestesiologica, sono implementati presso i presidi ospedalieri a gestione diretta San Filippo Neri, Santo Spirito e Nuovo Regina Margherita.

Le tecniche e le scelte terapeutiche utilizzate prevedono l'uso di terapie farmacologiche, infiltrazioni intraarticolari ecoguidate, blocchi nervosi periferici ecoguidati, elettro-neurostimolazione midollare e periferica, infusione intratecale di farmaci, neurolisi farmacologica, radiofrequenza continua o pulsata delle faccette articolari, radiofrequenza pulsata ginocchio e articolazione della spalla, radiofrequenza articolazione sacroiliaca.

E' presente una sala operatoria dove vengono effettuate procedure di inserimento di cateteri venosi totalmente impiantabili (Port-a-Cath e PICC-port) o di accessi stabili come PICC e Midline.

Gli ambulatori della rete Aziendale della Terapia del dolore, così come il servizio di impianto di accessi vascolari rappresentano il riferimento per la RLCP per la gestione del dolore nei pazienti autosufficienti con patologie dolorose croniche o oncologiche anche non responsive alla terapia farmacologica, nonché per l'impianto di accessi vascolari stabili in pazienti con patrimonio venoso insufficiente.

Le visite per il paziente con dolore da cancro hanno un accesso diretto nel P.O. San Filippo Neri attraverso o agenda esclusiva AN202 o chiamando al numero 06. 60102577 o su invio diretto da parte dell'oncologo in giornata previa impegnativa prodotta dal servizio stesso o dal medico che invia il paziente (prima visita anestesiológica).

Per quel che concerne gli accessi vascolari nei pazienti autosufficienti l'accesso si effettua tramite richiesta alla mail di struttura sav.sfn@aslroma1.it o terapiadeldolore.sfn@aslroma1.it, utilizzando l'apposito modulo presente nella procedura aziendale: "PRO CC-ICA n. 5 PROGRAMMAZIONE-POSIZIONAMENTO-GESTIONE-RIMOZIONE ACCESSI VASCOLARI".

Il Servizio di accessi vascolari e terapia del dolore del P.O. San Filippo Neri osserva i seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle ore 07.30 alle ore 14.00.

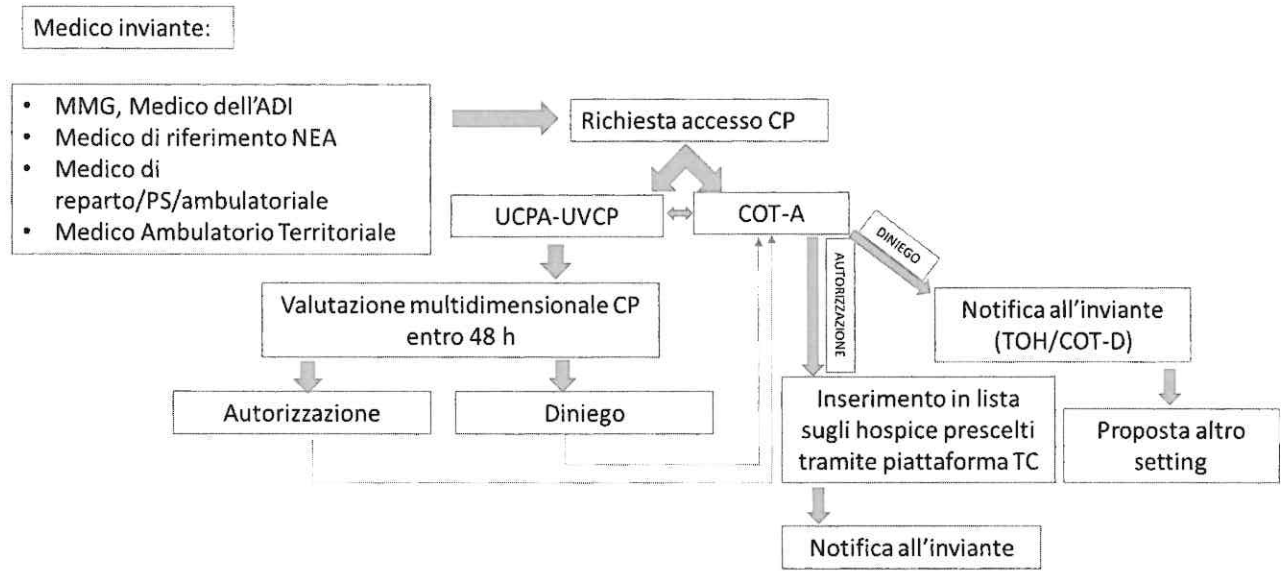
6. INDICATORI *

Descrizione Indicatore	Numeratore /denominatore	Fonte dei dati elaborazione	Frequenza di elaborazione	Standard
Indicatore di struttura	n. di posti letto hospice/standard normativo	Normativa	Annuale	
Indicatore di processo	Data di presa in carico del paziente – data di trasmissione della RCP < 7gg	Piattaforma TC	annuale	≥ 75%
Indicatore di processo	Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è superiore o uguale a 30 giorni / numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica	Piattaforma TC	annuale	≥ 25%
Indicatore di processo	Data di valutazione dell'UVCP/data di trasmissione della RCP < 48 h	Piattaforma TC	annuale	≥ 90%
Indicatore di processo	Malati non oncologici presi in carico in CP/totale dei malati PIC in CP	Piattaforma TC	Annuale	≥ 50%
Indicatore di esito	N. di pz PIC in CP/N di richieste	Piattaforma TC	Annuale	≥ 75 %

*rif a: Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311. DM 43/2007

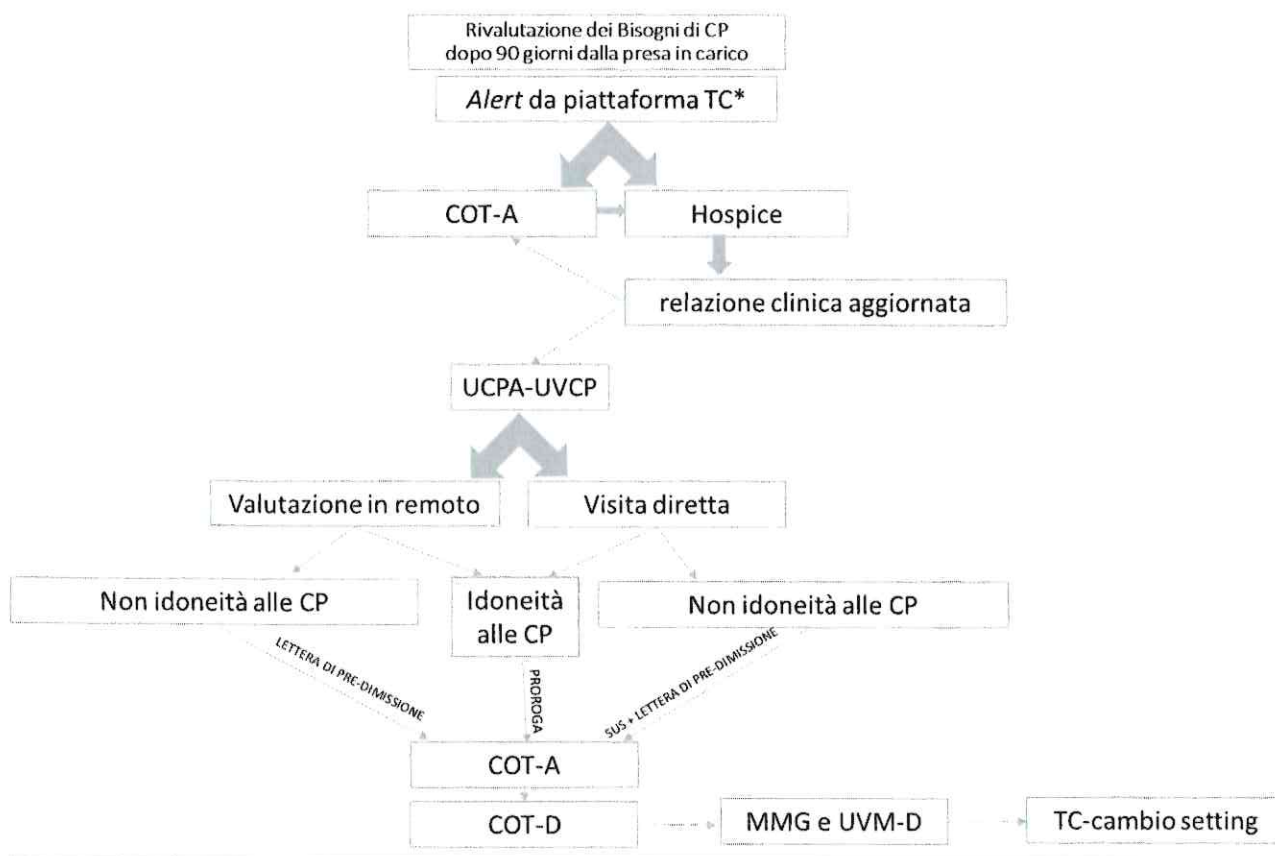
FLOW CHART

Flow chart 1. Unità Valutativa di Cure Palliative* (Paragrafo 6.2)



*Si rimanda ai tempi e alle indicazioni regionali per la modalità di gestione della piattaforma Transitional Care- Cure Palliative. Nelle more della completa implementazione della piattaforma Transitional Care- Cure Palliative, l'UCPA-UVCP trasmette l'autorizzazione o il diniego agli attori coinvolti (paragrafo 6.2)

Flow chart 2. Rivalutazione dei Bisogni di CP e transitional care tra setting territoriali* (Paragrafo 6.7)



*Si rimanda ai tempi e alle indicazioni regionali per la modalità di gestione della piattaforma Transitional Care- Cure Palliative. Nelle more della completa implementazione della piattaforma Transitional Care- Cure Palliative la relazione clinica aggiornata deve essere inviata direttamente dall'Hospice all'UCPA-UVCP almeno 10 giorni prima del termine dell'autorizzazione alle Cure Palliative specialistiche per il seguito di competenza (paragrafo 6.7)

7. MODIFICHE O INTEGRAZIONI

Modifiche e/o integrazioni alla presente procedura saranno approvate dai componenti del tavolo di lavoro e correlate all' implementazione della piattaforma unica regionale TC per le Cure Palliative e alla relativa procedura regionale, attualmente in fase di revisione.

8. RIFERIMENTI

Riferimenti Bibliografici

1. Highet G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. *BMJ Support Palliat Care*. 2014 Sep;4(3):285-90.
2. Hui D, Bruera E. The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Mar;53(3):630-643. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.10.370. Epub 2016 Dec 29.
3. Italian version of the SPICT, link to: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-it/>. Last access 27.09.2019.
4. Martin-Rosello ML, Sanz-Amores MR, Salvador-Comino MR. Instruments to evaluate complexity in end-of-life care. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2018 Dec;12(4):480-488.
5. Tuca A, Gómez-Martínez M, Prat A. Predictive model of complexity in early palliative care: a cohort of advanced cancer patients (PALCOM study). *Support Care Cancer*. 2018 Jan;26(1):241-249.
6. Albert N, Davis M, Young J. Improving the care of patients dying of heart failure. *Cleve Clin J Med* 2002; 69: 321-8)
7. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Utility of the NECPAL CCOMS-ICO® tool and the Surprise Question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with advanced chronic conditions: A cohort study. *Palliat Med*. 2017 Sep;31(8):754-763.
8. Documento intersocietario SIAARTI-SICP 2013 "Grandi insufficienze d'organo 'end stage'"
9. Documento intersocietario SICP-SIN 2018 "Le Cure Palliative nel malato neurologico"
10. Documento Intersocietario AIPO -SICP 2015. "Cure Palliative e trattamento della dispnea refrattaria nell'insufficienza respiratoria cronica. "
11. Documento Intersocietario SICP-SIC 2019 "Documento di consenso sulle cure palliative in ambito cardiologico"
12. Documento intersocietario SICP-SIGG 2024 "Documento congiunto sul fine vita dell'anziano in RSA"
13. Consensus Conference Promoting Excellence in end of Life Care 2004
14. Validation Study of the PALCOM Scale of Complexity of Palliative Care Needs: A Cohort Study in Advanced Cancer Patients).

Riferimenti Normativi

- Deliberazione 8 marzo 2024, n. 129. Piano Regionale di potenziamento delle Reti di Cure Palliative (adulto e pediatrica) anno 2024.
- DM 43/2007. Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.
- Legge n. 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore"
- DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza"

- Accordo Stato-Regioni 16/12/2010 (Rep. Atti n. 239/CSR) sulle "Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore"
- Accordo Stato Regioni n. 118 del 27 luglio 2020
- DM 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale."
- Decreto del Commissario ad Acta del 16 novembre 2016, n. U00360 "Indirizzi per l'implementazione della Rete Locale di Cure Palliative"

Riferimenti Interni

- Procedura aziendale: OADO PRO 38: GESTIONE DELLE UVM OSPEDALIERE DEI PRESIDI A GESTIONE DIRETTA DELLA ASL ROMA 1
- OADO PRO 41 "Il Percorso di Fine Vita in Ospedale" – rev 0 9/1/2025

ALLEGATI

Allegato 1: Modulo Regionale Richiesta Cure Palliative – RCP

Allegato 2: NecPal

Allegato 3: PAL-COM

Allegato 4: Scheda di valutazione diretta per l'accesso alle Cure Palliative

Allegato 5: Modulo esito valutazione CP specialistiche

Allegato 7: Elenco Hospice Regione Lazio

Allegato 8: Modulo visita diretta di monitoraggio CP

Allegato 9: Modulo esito valutazione proroga alle CP

Allegato 1. Modulo Regionale Richiesta Cure Palliative (RCP)



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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
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: <input type="checkbox"/> a domicilio <input type="checkbox"/> in ospedale <input type="checkbox"/> altro (specifica) _____	
Richiesta proveniente da: <input type="checkbox"/> Struttura sanitaria <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il malato è consapevole della prognosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il malato è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il familiare è consapevole della diagnosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il familiare è consapevole della prognosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il familiare è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Parzialmente
Il Paziente e/o Familiare acconsentono e sottoscrivono ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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)

	Strutture	Note
1		
2		
3		
4		

3. Scheda Medica

Patologia principale	<input type="checkbox"/> oncologica	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____		
Il paziente è in trattamento con finalità palliative? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (se si specificare quale tipo e durata)		
TIPO _____	Farmaci _____	
Precedenti trattamenti attuati:		
<input type="checkbox"/> Chirurgia <input type="checkbox"/> Chemioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Altro _____		
Terapia in atto		
Farmaco	Dettagli terapia	
Altre patologie rilevanti		
Codice ICD9-CM	Descrizione	

Schede di valutazione

Indice di Karnofsky

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

<input type="checkbox"/> Agitazione	<input type="checkbox"/> Angoscia	<input type="checkbox"/> Anoressia	<input type="checkbox"/> Ansia
<input type="checkbox"/> Astenia/Fatica	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Confusione	<input type="checkbox"/> Delirium
<input type="checkbox"/> Depressione	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Distagla	<input type="checkbox"/> Dispepsia
<input type="checkbox"/> Dispnea	<input type="checkbox"/> Edemi	<input type="checkbox"/> Emorragia	<input type="checkbox"/> Febbre
<input type="checkbox"/> Insonnia	<input type="checkbox"/> Mucosite	<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Sapore
<input type="checkbox"/> Stipsi	<input type="checkbox"/> Sudorazione	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Tremori/Mioclonie
<input type="checkbox"/> Vertigini	<input type="checkbox"/> Vomito/Nausea	<input type="checkbox"/> Xerostomia	<input type="checkbox"/> Altro
Altre problematiche <input type="checkbox"/> Alcolismo <input type="checkbox"/> Tossicodipendenza <input type="checkbox"/> Problemi psichiatrici			

Problematiche assistenziali

Nutrizione artificiale	Parenterale	Periferica <input type="checkbox"/>	Catetere venoso centrale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		Centrale <input type="checkbox"/>			
		Nessuna <input type="checkbox"/>			
	Enterale	SNG <input type="checkbox"/>	Stomie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		PEJ <input type="checkbox"/>			
		PEG <input type="checkbox"/>			
	Nessuna <input type="checkbox"/>	Medicazioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Ossigeno terapia	Al bisogno <input type="checkbox"/>	Lesioni da pressione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	Continuativa <input type="checkbox"/>				
	Nessuna <input type="checkbox"/>				
Ventilazione meccanica a lungo termine	Invasiva <input type="checkbox"/>	Altro (specificare)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	Non invasiva <input type="checkbox"/>				
	Nessuna <input type="checkbox"/>				

Previsione clinica di sopravvivenza

Molto breve < 7 giorni <input type="checkbox"/>	Breve < 30 giorni <input type="checkbox"/>	Media < 90 giorni <input type="checkbox"/>	Lunga > 90 < 180 giorni <input type="checkbox"/>
---	--	--	--

4. Dati del/del Familiari di riferimento

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

Situazione sociale

Convivente con malattie invalidanti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Minori a carico	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Convivente con problemi psichiatrici	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Persona sola	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Convivente alcolista	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Problematiche familiari sociali	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Convivente tossicodipendente	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Abitazione non idonea	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

Ruolo dei familiari

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

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

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

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

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

- 1) 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.
- 2) Come raccogliamo i dati, perché li trattiamo? I dati vengono raccolti attraverso i moduli 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 esplicitate e legittime connesse all'assistenza richiesta. Ai dati può accedere solo il personale incaricato, nel rispetto delle misure di sicurezza adottate per la protezione dei dati.
- 3) 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 elaborare il rapporto necessario per assistenza.
- 4) 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 piano anti black-out prevede inoltre comunicazione nell'Ente erogatore di energia elettrica, dell'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 annunciati. Ovviamente rispondiamo alle istanze e alle ordinanze delle Autorità Giudiziarie, collaboriamo nei procedimenti legali ed adempiamo alle disposizioni impartite da Autorità e organi di vigilanza e controllo.
- 5) Quali sono i suoi diritti, come farli valere? Lei, in quanto "interessato", ha, in ogni momento, la possibilità di esercitare i Suoi diritti (art. 15-21 del Regolamento UE 679/2016) e, in caso di non adeguato o mancato, ha, altresì, il diritto di rivolgersi al Garante per la protezione dei dati personali (art. 77 del Regolamento) o alla competente Autorità Giudiziaria (art. 79 del Regolamento). Per esercitare i suddetti diritti può rivolgersi all'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 (titolare del trattamento) con sede legale in Roma, Via Borgo Santo Spirito 3, i cui dati di contatto sono i seguenti: Pec: protocollo@pec.aslroma1.it; recapito telefonico: 06.86351. I dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati (DPO), denominato anche Data Protection Officer (DPO), sono i seguenti: indirizzo mail: dpo@aslroma1.it; recapito telefonico: 063306-2791-92; 2794; telefax: 0633062792.
- 6) Chi tratta materialmente i dati, chi ne è titolare? Ogni professionista della ASL e del Comune tratta i Suoi dati. Oltre all'Asl Roma 1, il Comune di Roma è titolare del trattamento.

AUTORIZZO il personale di questa struttura a comunicare notizie sul mio stato di salute alle seguenti persone:

Sig. _____ Tel. _____

Sig. _____ Tel. _____

AUTORIZZO il personale a rendere nota la mia presenza presso questa struttura esclusivamente alle seguenti persone:

Sig. _____ Tel. _____

Sig. _____ Tel. _____

Roma, _____

Roma*

* Allegare autocertificazione se chi firma non è il diretto interessato.

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/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____, il ____/____/____

residente a _____ (prov. ____)

Via/P.zza _____ 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

In qualità di¹:

- ☐ esercente la responsabilità genitoriale;
- ☐ persona fiduciaria;
- ☐ esercente la legale rappresentanza;
- ☐ amministratore di sostegno;
- ☐ prossimo congiunto;
- ☐ persona convivente;
- ☐ altro

dell'interessato/a² _____
 (nome) (cognome)

Nato/a a _____, il ____/____/____

residente a _____ (prov. ____)

Via/P.zza _____ n. _____

e che lo stesso/a si trova in una delle seguenti condizioni:

- ☐ impossibilità fisica,
- ☐ incapacità di agire
- ☐ incapacità di intendere o di volere.

Roma, il

Firma _____

Allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità

¹ Barrare la pertinente casella per indicare la qualità del dichiarante in relazione al rapporto con l'interessato.

² Solo se l'interessato, maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, abbia indicato la

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?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> sì
---	-----------------------------	-----------------------------

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?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> no
Bisogni: Ritieni che questo paziente richieda in questo momento cure palliative o un trattamento con approccio palliativo?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> 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 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> no
Marcatori funzionali , almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi: <ul style="list-style-type: none"> 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 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> no
Altri marcatori di severità e fragilità estrema , almeno 2 dei seguenti negli ultimi 6 mesi: <ul style="list-style-type: none"> Ulcere da decubito croniche (III-IV grado) Infezioni ricorrenti (>1) Stato confusionale acuto (delirium) Disfagia persistente Cadute (>2) 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> no
Presenza di stress emotivo con sintomi psicologici (persistenti, intensi/grave, progressivi) non correlato a condizioni intercorrenti acute	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> no
Ulteriori fattori di utilizzo di risorse. Una qualsiasi delle seguenti: <ul style="list-style-type: none"> 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 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> no
Comorbidità ≥ 2 patologie concomitanti	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> no
<ul style="list-style-type: none"> 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)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 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)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 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)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 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)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 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)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 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 (Barcelona Clinic Liver Cancer) 		
MALATTIA RENALE CRONICA GRAVE (richiede la presenza di un solo criterio)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 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)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 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) ◦ 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) 		

Allegato 3: PAL-COM (versione validata e traduzione in lingua italiana)

PALCOM: Complexity Scale of Palliative Care Needs in People with Advanced Cancer	
Would you be surprised if the patient died in the next 12 months? If the answer is no, the PALCOM scale can determine the complexity of palliative care needs and allows managing the intervention of specialized Palliative Care teams.	
1. Is a high symptom burden detected?	Presence of ≥5 chronic symptoms with at least a moderate intensity (Visual Analogue Scale or Numeric Rating Scales ≥4/10) out of 10 systematically recorded symptoms: * Pain * Anorexia * Weakness * Nausea-vomiting * Constipation * Dyspnea or cough * Insomnia * Drowsiness * Anxiety * Sadness * Others...
2. Are there any markers of difficult pain control?	Any of the following characteristics can lead to potentially difficult pain: * Neuropathic pain * Mixed pain (nociceptive and neuropathic) * Breakthrough cancer pain * Pain associated with cognitive impairment * Pain associated with a history of addiction to alcohol or other substances of abuse
3. Is there functional impairment?	Person who requires relevant assistance for activities of daily living. (e.g. Barthel index ≤60 or Karnofsky index ≤50-60%)
4. Any socio-familial risk factors	* Absence of identified caregiver * Caregiver limitations due to advanced age, health problems, or socio-family or economic burdens * Minors or more than one member of the nuclear family who needs support * Risk of severe family burnout. * Other complexity situations (social vulnerability, poverty, domestic violence, addiction of abuse substances...)
5. Any ethical or existential conflict?	* Conflicts related to information (denial, conspiracy silence, ...) * Healthcare team disagreement * Disagreement between patient/family and healthcare team * Loss of meaning in life or existential distress * Desire to advance death, demand for euthanasia or assisted suicide * Spiritual distress. * Others...
Each of these 5 domains is scored dichotomously, 0 absence or 1 presence of any of the variables, the sum, between 0 and 5, is the total score of the PALCOM scale.	
0-1 Low complexity: Basic palliative care is recommended. Referring team to get back in contact if patient becomes more complex. In some cases, timely consultation with specialist palliative care may be needed for a comprehensive assessment or management of difficult isolated symptoms.	
2-3 Medium complexity: Specialised palliative care is systematically recommended (hospital teams, home support teams or palliative care services).	
4-5 High complexity: Intensive specialised palliative care is systematically recommended (teams in the hospital, support teams in the home or palliative care services).	

PALCOM Scala della Complessità dei bisogni di Cure Palliative per persone con cancro in fase avanzata

Saresti sorpreso se il paziente morisse nei prossimi 12 mesi? Se la risposta è no, il PALCOM può determinare la complessità dei bisogni di cure palliative e consentire la gestione degli interventi delle Cure Palliative specialistiche

- È stato rilevato un elevato carico sintomatologico? Presenza di ≥ 5 sintomi cronici con intensità almeno moderata (VAS o NRS ≥ 4/10) su 10 sintomi sistematicamente rilevati:
 - dolore
 - anoressia
 - astenia
 - nausea/vomito
 - stipsi
 - dispnea o tosse
 - insonnia
 - sonnolenza
 - ansia
 - depressione
 - altro
- Ci sono indicatori di difficile controllo del dolore? Ognuna delle seguenti caratteristiche può portare a dolore potenzialmente di difficile controllo:
 - dolore neuropatico
 - dolore misto (nocicettivo e neuropatico)
 - Breakthrough cancer Pain (BTcP)
 - dolore associato a deterioramento cognitivo
 - dolore associato a storia di dipendenza da alcool o di abuso da altre sostanze
- C'è un quadro di deterioramento funzionale?
Persona che richiede assistenza significativa per le ADL (Indice di Barthel ≤ 60 o Indice di Karnofsky ≤ 50-60%)
- C'è un fattore di rischio socio-familiare?
 - Assenza di un caregiver identificato
 - Limiti del caregiver dovuti a età avanzata, problemi di salute o carico elevato socio-familiare o economico
 - Presenza di minori o più di un membro del nucleo familiare che necessita di supporto
 - Rischio di burnout familiare severo
 - Altre situazioni complesse (vulnerabilità sociale, povertà, violenza domestica, dipendenza/abuso di sostanze ecc)
- C'è un conflitto etico o esistenziale?
 - Conflitti correlati alle informazioni (negazione, congiura del silenzio)
 - Disaccordo nell'équipe curante
 - Disaccordo tra paziente/famiglia e équipe curante
 - Perdita del senso della vita o distress esistenziale
 - Desiderio di anticipare la morte, richiesta di eutanasia o di suicidio medicalmente assistito
 - Distress spirituale
 - Altro....

**Ognuno dei 5 domini riceve un punteggio dicotomico: 0 = assenza o 1= presenza di una qualsiasi delle variabili.
La somma, compresa tra 0 e 5, è il punteggio totale del PALCOM**

- 0-1 **Bassa Complessità:** Le cure palliative di base sono raccomandate. È consigliato che il team di riferimento delle CP si rimetta in contatto qualora i pazienti diventino più complessi. In alcuni casi, potrebbe essere necessaria una consultazione tempestiva con specialisti in cure palliative per una valutazione completa o per la gestione di sintomi isolati difficili.
- 2-3 **Media Complessità:** Le cure palliative specialistiche sono sempre raccomandate
- 4-5 **Alta Complessità:** Le cure palliative specialistiche intensive sono sempre raccomandate

Allegato 4: Scheda di valutazione diretta per l'accesso alle Cure Palliative



Via della Solidarietà, 100 - 00158 Roma



Scheda di valutazione diretta per l'accesso alle Cure Palliative

Data _____

Sig./Sig.ra _____

Data e luogo di nascita _____

Via/Piazza _____ Distretto _____

Richiesta del _____ per ☐ HR ☐ CPD

Medico Richiedente _____ IK _____

Diagnosi _____

Comorbidità _____

Coscienza ☐ Vigile e orientato S/T ☐ Vigile e non orientato S/T ☐ Soporoso

Autonomia ☐ Autonomo ☐ Parzialmente dipendente ☐ Totalmente dipendente Mobilità ☐ Si sposta da solo (e/o con ausili) ☐ Si sposta assistito ☐ Non si sposta

Disturbi cognitivo-comportamentali ☐ Assenti ☐ Lievi ☐ Moderati ☐ Gravi

Infezioni in atto ☐ No ☐ Sì (specificare) _____

Chemio/radioterapia palliativa in atto ☐ No ☐ Sì (specificare) _____

SINTOMI Dolore ☐ Assente ☐ Lieve (1-4) ☐ Moderato (5-6) ☐ Severo (7-10)

Tipologia dolore ☐ Nocicettivo somatico ☐ Nocicettivo viscerale ☐ Neuropatico ☐ Misto

Sede dolore _____

PAINAD

	0	1	2
RESPIRO (Indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro alterato alveoli. Breve periodo di iperventilazione	Respiro alterato (iperventilazione, Chemo-Mokas)
VOCALIZZAZIONE	Normale	Occasionale bisbiglio. Subsona espressioni negative	Ripetiti richiami. Lament, Pianto
ESPRESSIONE FACIALE	Serenità o insipienza	Tirato, mesto, contorto	Suavità
LINGUAGGIO DEL CORPO	Relassato	Teso. Movimenti nervosi. Inquietudine	Rigidità. Agitazione. Comportamenti prepotenti. Movimenti all'indietro, a scatti
CONVOLABILITA'	Non necessita di assistenza	Disturbo o movimento da riaccomodare	Incontrollabile, non si distacca o si rilascia

Perfezione

0 = nessun dolore

10 = massimo dolore

Astenia/Fatigue ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____

Agitazione psico-motoria ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____

Anoressia ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____

Ansia ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____

Depressione ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____

Sonnolenza ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____

Insonnia ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____

Malessere ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderato ☐ Severo _____

Delirium ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderato ☐ Severo _____
 Dispnea ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____
 Tosse ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____
 Xerostomia ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____
 Disfagia ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____
 Nausea e Vomito ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderato ☐ Severo _____
 Stipsi: ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____
 Diarrea ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____
 Ittero: ☐ Sì ☐ No Versamento pleurico: ☐ Sì ☐ No Ascite: ☐ Sì ☐ No
 Rettorragia: ☐ Sì ☐ No Melena: ☐ Sì ☐ No Edemi declivi: ☐ Sì ☐ No
 PROBLEMATICHE ASSISTENZIALI Lesioni da pressione: ☐ Assenti ☐ I stadio ☐ II stadio ☐ III stadio ☐ IV stadio
 Sede _____
 Altre lesioni ☐ Neoplastiche ☐ Vascolari ☐ Altro Sede _____
 Nutrizione: ☐ Fisiologica ☐ Enterale con SNG ☐ Enterale con PEG ☐ Parenterale
 Stomie: ☐ Assenti ☐ Colon/Ileo/Digiunostomia ☐ Nefro/Urostomia ☐ Altro _____
 Catetere vescicale: ☐ Sì ☐ No
 CVC/Port/PICC/Midline: ☐ Sì ☐ No
 Ossigenoterapia: ☐ Sì ☐ No
 Ventilazione meccanica ☐ Nessuna ☐ Invasiva _____ ☐ Non invasiva Note:

Esito valutazione ☐ Idoneo alle Cure Palliative Domiciliari ☐ Idoneo alle Cure Palliative Residenziali
☐ Non idoneo alle Cure Palliative, si consiglia attivazione altro setting _____ ☐
 Altro _____

Unità Valutativa Cure Palliative
 (timbro e firma)

Allegato 5: Modulo esito valutazione CP specialistiche



Modulo Esito Valutazione Cure palliative specialistiche

Data _____

Il Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ Cognome il _____ Nome

ASL residenza _____ Distretto sanitario _____

In base alla valutazione della scheda clinica compilata dal Medico Curante
/visita diretta dell'Unità di Cure Palliative Aziendale, viene ritenuto:

☐ IDONEO ALLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

☐ IDONEO ALLE CURE PALLIATIVE RESIDENZIALI

Pertanto, ai sensi della normativa vigente, si autorizza l'accesso presso l'Hospice
accreditato per il quale è stata presentata la richiesta.

Viene ritenuto:

☐ DA RIVALUTARE: _____

☐ NON IDONEO ALLE CURE PALLIATIVE SPECIALISTICHE _____



Unità Valutativa Cure Palliative
(Timbro e firma)

Allegato 6: Elenco Hospice Regione Lazio



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL	Hospice	Indirizzo	Città
ROMA 1	S. Antonio da Padova	Via Mecenate, 14	Roma
	S. Francesco Caracciolo	Viale Tirreno, 200	Roma
	Antea	Piazza Santa Maria della Pietà, 5	Roma
	Gemelli Medical Center	Via Bogliasco, 33	Roma
ROMA 2	Annunziata/la	Via Menopia, 124	Roma
	Medica Group	Via Federico Calabresi, 27	Roma
	San Luca	VIA Teano, 8A	Roma
	Santa Rita	Via Catignano, 2/4	Roma Lunghezza
	Insieme Nella Cura	Via Alvaro Portillo, 15	Roma
	Villa Ardeatina	Via Mentore Magini, 51	Roma
ROMA 3	FSR	Via Alessandro Poerio, 100	Roma
	Merry House	Via G. Beduschi 28	Roma Ostia
	Villa Maria Immacolata	Via Del Casaletto 391/395	Roma
ROMA 4	IHG Campagnano	Via Monte Cuculo 2,4,6	Campagnano
	Carlo Chenis	Via Braccianese Claudia Km 35,500	Civitavecchia
ROMA 5	Il Girasole	Largo Nicola Berloco, 1	Fontenuova
	Italian Hospital Group	Via Tiburtina, 188	Guidonia
	I.N.I. Medicus	Strada Colle Ripoli 16	Tivoli
ROMA 6	San Raffaele	Via Riccia 16	Rocca di Papa
	San Raffaele	Via S. Silvestro 67	Montecompatri
	I.N.I.	Via di S. Anna snc	Grottaferrata
VT	My Life	Via Cassia km 37.000	Nepi (VT)
	Villa Rosa	Viale Francesco Baracca, 21	Viterbo
	Nuova Santa Teresa	Strada Provinciale Tuscanese km1.7	Viterbo
RI	San Francesco	Via Tavola d'Argento, 19	Rieti
LT	Villa Silvana	Viale Europa, 1/3	Aprilia
	San Marco	Viale XXI Aprile, 2	Latina
	Villa Azzurra	Lungomare Matteotti 4	Terracina
	Le Rose	Via Franco Faggiana 1668	Latina
FR	Casa delle Farfalle	Via Ospedale 9/17	Isola del Liri
	Sant'Anna	Via Karl Herold SNC	Cassino
	San Raffaele	Via Gaetano Di Biasio, 1	Cassino

Allegato 7: Modulo di Proposta Nutrizione Artificiale Domiciliare

All'UOS Nutrizione Artificiale
Domiciliare (NAD)
ASL Roma 1
Tel. 0677307405/4520
uo.nad.onrm@aslromal.it

Timbro della struttura proponente
DA CONSEGNARE ENTRO SETTE GIORNI

PROPOSTA DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE

Struttura proponente: _____
Reparto: _____
Tel: _____ Fax: _____

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome: _____ Nome: _____
Luogo e data di nascita: _____ Cod. Fiscale/Regionale _____
Indirizzo di residenza: _____
Tel: _____ ASL di residenza: _____
Indirizzo del domicilio: _____
(specificare se diverso da quello di residenza)

Patologia di base: _____

Altezza: _____ Peso abituale (prima della patologia): _____ Peso attuale (anche solo stimato): _____

INDICAZIONE ALLA NAD:

- | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Neoplasia capo collo | <input type="checkbox"/> | Neoplasia +
marcata anoressia | <input type="checkbox"/> | Mal. Infiamm.
Intestinali | <input type="checkbox"/> | Malattia cronico
degenerativa SNC | <input type="checkbox"/> |
| Neoplasia
esofago/stomaco/duodeno | <input type="checkbox"/> | S. da intestino corto | <input type="checkbox"/> | Enteropatia post-
attinica / postchemio | <input type="checkbox"/> | Anoressia mentale | <input type="checkbox"/> |
| Carcinosi peritoneale | <input type="checkbox"/> | Fistole digestive | <input type="checkbox"/> | Malnutrizione | <input type="checkbox"/> | Discinesia
deglutizione a base
neurologica | <input type="checkbox"/> |

Altro (specificare) _____

ANALISI OBBLIGATORIE¹

Data: _____

Creatininemia		GGT		Calcio	
Glicemia		Fosfatasi alcalina		Fosforo	
Azotemia		Sodio		Hb	
Albuminemia		Potassio		Leucociti	
ALT		Cloro		Linfociti	
AST		Magnesio			

¹
trascrivere i dati.
MOD. 1

Allegare al modulo copia delle analisi oppure

1

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO: _____

ALTRE TERAPIE: _____

PRODOTTO PER NUTRIZIONE ARTIFICIALE UTILIZZATO PRESSO LA STRUTTURA PROPONENTE: _____

(quantità/die): _____

INDICE DI KARNOFSKY: _____

100 Normale. Non ha segni o sintomi di malattia.
90 Capace di attività normale. Lievi sintomi o segni di malattia.
80 Attività normale con sforzo. Alcuni sintomi o segni di malattia.
70 Può accudire a se stesso. Incapace di condurre attività normale o lavoro attivo.
60 Richiede assistenza occasionale, ma è in grado di accudire alla maggior parte delle proprie necessità.
50 Richiede notevole assistenza e frequenti prestazioni mediche.
40 Costretto a letto. Richiede assistenza e cure speciali.
30 In condizioni serie. E' indicata l'ospedalizzazione.
20 In condizioni gravi. E' necessaria l'ospedalizzazione ed un intenso trattamento generale di supporto.
10 In condizioni gravissime. Progressione rapida della malattia.
0 Deceduto.

SE PATOLOGIA NEOPLASTICA

Sede primitiva della neoplasia: _____

Referto istologico: _____

Classificazione TNM: _____

TIPO DI ACCESSO PER LA NAD:

Sonda naso gastrica ☐ Sonda naso-digiunale ☐ PEG ☐ Data posizionamento: _____

Gastrostomia chirurgica ☐ Enterostomia chirurgica ☐ PEJ ☐ _____

Altro (specificare) _____ Ø sonda Ch/Fr: _____

specificare, la marca, il modello e il codice identificativo del dispositivo: _____

Tipo port (totalmente impiantato) ☐ CVC tunnelizzato con porzione extravascolare ☐ Data posizionamento: _____

Altro (specificare) _____

specificare, la marca, il modello e il codice identificativo del dispositivo: _____

Allegato 8: Modulo visita diretta di monitoraggio CP



Modulo visita diretta di monitoraggio CP

Data _____

Sig./Sig.ra _____ Data nascita _____

Cognome

Nome

Via/Piazza _____ Cap _____

Caregiver _____ Tel _____ Cell _____

Erogatore: ☐ Antea ☐ S. Antonio da Padova ☐ S. Francesco Caracciolo ☐ Gemelli Medical Center
☐ Altro Hospice (specificare) _____

Regime assistenziale: ☐ Domiciliare ☐ Residenziale

Data di presa in carico _____

Precedenti valutazioni per accesso/proroga/monitoraggio: ☐ Sì (data) _____ ☐ No

Personale della struttura presente alla valutazione: ☐ Sì ☐ No

Condizioni clinico-assistenziali al momento della valutazione

Diagnosi _____

Comorbidity _____

Metastasi ☐ Sì ☐ No Sede _____

Karnofsky Performance Status _____

Coscienza ☐ Vigile e orientato S/T ☐ Vigile e non orientato S/T ☐ Soporoso

Autonomia ☐ Autonomo ☐ Parzialmente dipendente ☐ Totalmente dipendente

Mobilità ☐ Si sposta da solo (e/o con ausili) ☐ Si sposta assistito ☐ Non si sposta

Disturbi cognitivo-comportamentali ☐ Assenti ☐ Lievi ☐ Moderati ☐ Gravi

Infezioni in atto ☐ No ☐ Sì (specificare) _____

Chemio/radioterapia palliativa in atto ☐ No ☐ Sì (specificare) _____

PROBLEMATICHE ASSISTENZIALI

Lesioni da pressione: ☐ Assenti ☐ I stadio ☐ II stadio ☐ III stadio ☐ IV stadio Sede _____

Altre lesioni ☐ Neoplastiche ☐ Vascolari ☐ Altro Sede _____

Nutrizione: ☐ Fisiologica ☐ Enterale con SNG ☐ Enterale con PEG ☐ Parenterale

Stomie: ☐ Assenti ☐ Colon/Ileo/Digiunostomia ☐ Nefro/Urostomia ☐ Altro _____

Catetere vescicale: ☐ Sì ☐ No

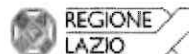
CVC/Port/PICC/Midline: ☐ Sì ☐ No

Ossigenoterapia: ☐ Sì ☐ No

Ventilazione meccanica ☐ Nessuna ☐ Invasiva _____ ☐ Non invasiva

pag. 40 di 41

Allegato 9: Modulo di proroga alle CP



Esito Valutazione Proroga alle Cure palliative specialistiche

Data _____

Il Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ Cognome _____ il _____ Nome _____

ASL residenza _____ Distretto sanitario _____

Preso in carico in data _____ dall'Hospice _____

Attualmente in regime ☐ Residenziale ☐ Domiciliare

In base alla valutazione effettuata su base:

☐ Documentale _____

☐ Documentale + Colloquio Telefonico _____

☐ Diretta _____

viene ritenuto:

<input type="checkbox"/> IDONEO ALLA PROSECUZIONE IN CURE PALLIATIVE DOMICILIARI	<input type="checkbox"/> IDONEO ALLA PROSECUZIONE IN CURE PALLIATIVE RESIDENZIALI
--	---

Per la durata di: ☐ 60 giorni ☐ 90 giorni ☐ _____

Pertanto, ai sensi della normativa vigente, si autorizza la proroga all'assistenza presso l'Hospice accreditato dal quale è stata presentata la richiesta.

Viene ritenuto:

☐ NON IDONEO ALLA PROSECUZIONE DELLE CURE PALLIATIVE _____

Equipe Cure Palliative

