

ASL VITERBO	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE	REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 22/04/25	MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	Pag. 1 a 48 e allegati

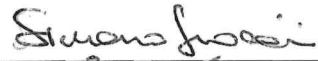
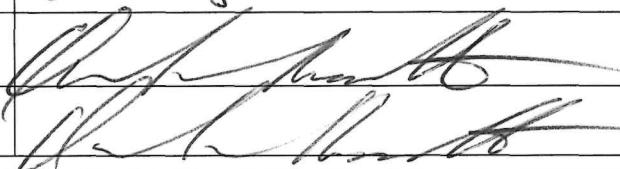
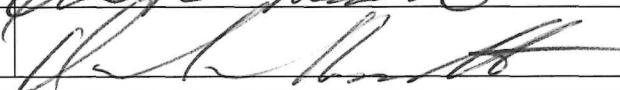
ASL VITERBO
RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE
MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI
NELLE CURE PALLIATIVE

ELENCO EDIZIONI/REVISIONI			
Revisione	Data	Edizione 1	Data 22/04/25
Revisione	Data	Edizione	
Revisione	Data	Edizione	

Copia controllata (soggetta ad aggiornamento)

Razionale e descrizione revisioni successive

Revisione 1

ELENCO EMISSIONE/APPROVAZIONE	
Redatto	
Giovanni Siena	
Morucci Marco	
Magnino Antonella	
D'Ignazio Lorena	
Mecarocci Danilo	
Supporto metodologico e coaching	
Simona Giacomini	
Valutata da	
Risk manager aziendale – Dr. Rizzotto Antonio	
Approvata	
Direttore Sanitario Aziendale – Dr. Rizzotto Antonio	

DISTRIBUZIONE		
Distribuito in forma	<input type="checkbox"/> cartacea	<input checked="" type="checkbox"/> informatica
Distribuzione interna	Componenti della Rete Locale di Cure Palliative	
Distribuzione esterna	Componenti della Rete Locale di Cure Palliative	
Lista di distribuzione a cura di	Coordinatore RLCP	

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 22/04/25	MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	Pag. 2 a 48 e allegati

INDICE

1. SCOPO	2
2. CAMPO DI APPLICAZIONE E TARGET DI RIFERIMENTO	3
3. DIFFUSIONE E REVISIONE	3
4. ELENCO PROCEDURE E ISTRUZIONI OPERATIVE	4
5. FASE DI RISK ASSESSMENT	3
6. OBIETTIVI	4
7. LINEE GUIDA E BIBLIOGRAFIA	5

ELENCO PROCEDURE

PO 01/25 MOCP GESTIONE DEL DELIRIUM	7
PO 02/25 MOCP GESTIONE DELLA DISPNEA	10
PO 03/25 MOCP GESTIONE DEL DOLORE	12
PO 04/25 MOCP GESTIONE DELLA NAUSEA E DEL VOMITO	18
PO 05/25 MOCP GESTIONE DELL'OCCLUSIONE INTESTINALE	21
PO 06/25 MOCP GESTIONE DELLA SEDAZIONE PALLIATIVA	22
PO 07/25 MOCP GESTIONE DELLA TOSSE	32
PO 08/25 MOCP GESTIONE DELLE EMOTRASFUSIONI	34
PO 09/25 MOCP GESTIONE DEL LUTTO	37
PO 10/25 MOCP FASI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE E MODELLI DI COMUNICAZIONE	40
 Allegati	48

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO Pag. 3 a 48 e allegati
---	--	--

1. SCOPO

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) ha come obiettivo prioritario quello di garantire standard di cura e assistenza omogenei nei diversi nodi erogativi, nel rispetto delle migliori evidenze scientifiche adattate alle caratteristiche del caso e nel rispetto della volontà della persona.

Il presente manuale raccoglie le indicazioni operative per la gestione delle principali problematiche clinico-assistenziali del malato terminale al fine di uniformare i comportamenti dei professionisti e fornire un supporto nella scelta del percorso clinico assistenziale e terapeutico più appropriato al caso.

Il presente manuale raccoglie le indicazioni operative che ogni nodo della rete dovrà applicare alla propria attività clinico assistenziale sulla base del contesto, delle condizioni e della volontà della persona e della valutazione effettuata dal team esperto nelle cure palliative.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE E TARGET DI RIFERIMENTO

Le cure palliative si rivolgono ai pazienti in fase terminale di malattia, affetti da patologie evolutive e irreversibili, definiti dai seguenti criteri contemporaneamente presenti:

- criterio terapeutico: assenza, esaurimento o inopportunità di trattamenti terapeutici specifici
- criterio sintomatico: presenza di sintomi invalidanti che comportino un deterioramento delle condizioni di vita
- criterio evolutivo: rapida evolutività della malattia con imminenza della morte.

Le disposizioni contenute nel presente documento devono essere applicate e fatte applicare in tutte le attività aziendali e in tutti i nodi della rete che concorrono al raggiungimento degli obiettivi della RLCP.

Le azioni indicate riguardano tutte le figure professionali coinvolte nel processo clinico assistenziale ma anche il caregiver e il malato stesso che devono essere messi a conoscenza del piano di cura proposto e devono prestare il proprio consenso ai trattamenti.

3. DIFFUSIONE E REVISIONE

La revisione e/o integrazione delle procedure sarà effettuata a cura del gruppo di lavoro ogni tre anni e comunque quando necessario, in considerazione dell'eventuale emanazione di linee guida aggiornate. Il catalogo potrà arricchirsi nel tempo di ulteriori procedure o istruzioni operative; al fine per rendere riconoscibili futuri documenti si procede con l'identificazione delle Procedure e delle Istruzioni secondo la seguente codifica e numerazione:

- Procedura Operativa n. /anno seguito dalla sigla del manuale (Manuale Operativo Cure Palliative MOCP)
 - o P.O. n.01/25 M.O.C.P.
 - o I.O. n.01 P.O. n.01/25 M.O.C.P.

Alcune di queste procedure sono attuabili anche in altri contesti di cura aziendali.

Le procedure secondo quanto previsto dal SGQ vanno diffuse a tutti gli operatori interessati e inserite nella lista di distribuzione e aggiornamento che va mantenuta a cura di ogni articolazione organizzativa e gestita dal RSGQ – AO.

4. FASE DI RISK ASSESSMENT

Sulla base di quanto previsto nel documento di Gestione del rischio clinico nell'ambito della RLCP si individuano le raccomandazioni di cui tenere conto nella fase di risk assessment delle seguenti procedure:

- corretta identificazione del paziente
- consenso e dissenso informato
- gestione documentazione sanitaria
- comunicare un evento avverso

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO Pag. 4 a 48 e allegati
--	--	--

- prevenzione e gestione delle cadute
- rischio infettivo
- uso sicuro dei farmaci
- sicurezza trasfusionale
- superamento della contenzione
- controllo del dolore e cure palliative
- partecipazione del malato e della famiglia alla gestione del rischio.

5. OBIETTIVI

Le cure palliative sono un insieme di trattamenti terapeutici rivolti ai malati inguaribili. Queste cure non vengono erogate allo scopo di incidere in modo significativo sulla progressione della malattia ma piuttosto hanno l'obiettivo di garantire alla persona malata la miglior qualità della vita possibile.

Il raggiungimento di tale obiettivo è possibile coniugando:

- terapie farmacologiche (sommistrate da medici palliativisti e infermieri),
- interventi di carattere relazionale,
- azioni volte a mantenere le autonomie funzionali,
- azioni che garantiscono dignità all'individuo.

L'approccio è multidisciplinare e mira ad una presa in carico globale del paziente e della famiglia.

Con il termine "medicina palliativa" si focalizza l'attenzione sugli aspetti più strettamente clinici, legati alle terapie volte al controllo i sintomi.

È quindi fondamentale, nella medicina palliativa, la conoscenza e la formazione continua rispetto l'utilizzo dei farmaci contro il dolore e per il contrasto di altri sintomi connessi alle patologie inguaribili.

Le équipe sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, da aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale.

Tutti gli operatori che entrano a far parte dell'équipe condividono un progetto terapeutico il cui obiettivo non consiste più nella guarigione, ma nella cura, nella presa in carico della persona malata, rispondendo al bisogno primario di contenimento dei disturbi fisici così come delle problematicità emotive e sociali.

6. ELENCO PROCEDURE E ISTRUZIONI OPERATIVE

- PO 01/25 MOCP Gestione del delirium
- PO 02/25 MOCP Gestione della dispnea
- PO 03/25 MOCP Gestione del dolore
- PO 04/25 MOCP Gestione della nausea e del vomito
- PO 05/25 MOCP Gestione dell'occlusione intestinale
- PO 06/25 MOCP Gestione della sedazione palliativa
- PO 07/25 MOCP Gestione della tosse
- PO 08/25 MOCP Gestione delle emotrasfusioni
- PO 09/25 MOCP Gestione del lutto
- PO 10/25 MOCP Fasi e strumenti di valutazione e modelli di comunicazione

GLOSSARIO	
RLCP	RETE LOCALE CURE PALLIATIVE
AO	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA, OSSIA OGNI NODO DELLA RLCP
NC	NON CONFORMITÀ
SGQ	SISTEMA GESTIONE QUALITÀ
RSGQ - AO	RESPONSABILE QUALITÀ ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA
CP	CURE PALLIATIVE

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 22/04/25	MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	Pag. 5 a 48 e allegati

7. LINEE GUIDA E BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- A. Caraceni e altri. Manuale di Medicina e cure palliative- Pubblicazione Novembre 2024
- Linne Guida SICP-SIAARTI sulla Sedazione Palliativa nell'adulto.
- SICP Gestione della dispnea in cure palliative- Irene Salvetti, UOC Cure Palliative, AULSS 9 Scaligera – Verona - Pubblicato il 31/01/2023
- Viola R, et al. Support Care Cancer 2008; 16: 329--337 Dy MS, et al . J Clin Oncol 2008; 26:3886--895
- Ben-Aharon I, et al. J Clin Oncol 2008; 14: 2396--2404 Mallick I, et al . Lung Cancer 2007; 55(3): 313--8 Vickers AJ, et al. BMC Pall Med 2005; 4:5--11
- Thomas JR, von Gunten CF. J Support Oncol 2003; 1: 23--34 Ripamonti
- Hui D, e altri Management of dispnea in advance cancer; asco Guideline , J clin oncol. 2021 Apr. 20; 39 (12): 1389-1411
- Mercadante S, Villari P, Ferrera P, Casuccio A, Fulfaro F. Rapid titration with intravenous morphine for severe cancer pain and immediate oral conversion. Cancer. 2002 Jul 1;95(1):203-8.
- Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, Ripamonti CI; ESMO Guidelines Committee. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2018 Oct;29 Suppl 4:iv166-iv191.
- Porzio G "Il Dolore, l'Oncologo e il Basket" Il Pensiero Scientifico ed.2019
- CDavis M, Hui D, Davies A, Ripamonti C, Capela A, DeFeo G, Del Fabbro E, Bruera E. MASCC antiemetics in advanced cancer updated guideline. Support Care Cancer. 2021 Dec;29(12):8097-8107.
- Walsh D, Davis M, Ripamonti C, Bruera E, Davies A, Molassiotis A. 2016 Updated MASCC/ESMO consensus recommendations: Management of nausea and vomiting in advanced cancer. Support Care Cancer. 2017 Jan;25(1):333-340.
- Malec M, Shega JW. Management of Gastrointestinal Symptoms (Nausea, Anorexia and Cachexia, Constipation) in Advanced Illness. Med Clin North Am. 2020 May;104(3):439-454.
- Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, Higginson IJ. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. J Clin Oncol. 2020 Mar 20;38(9):905-914
- Hui D, De La Rosa A, Wilson A, et al. Neuroleptic strategies for terminal agitation in patients with cancer and delirium at an acute palliative care unit: a single-centre, double-blind, parallel-group, randomised trial. Lancet Oncol. 2020;21(7):989-998.
- Hui D, Frisbee-Hume S, Wilson A, Dibaj SS, Nguyen T, De La Cruz M, Walker P, Zhukovsky DS, Delgado-Guay M, Vidal M, Epner D, Reddy A, Tanco K, Williams J, Hall S, Liu D, Hess K, Amin S, Breitbart W, Bruera E. Effect of Lorazepam With Haloperidol vs Haloperidol Alone on Agitated Delirium in Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2017 Sep 19;318(11):1047-1056.
- Hui D, Dev R, Bruera E. Neuroleptics in the management of delirium in patients with advanced cancer. Curr Opin Support Palliat Care. 2016 Dec;10(4):316-323.
- Farrar JT, et al Anesthesiology 2010; 112:1464 –72 McCarberg BH. Pain Med 2007; 8 Suppl 1:S8-S13
- Ripamonti C, et al. Supp Care Cancer 2007; 15: 339-342 Slatkin NE, et al. Supp Oncol 2007; 5: 327-334
- Mercadante S, et al. Cancer 2002; 94:832-39
- Mercadante S. Eur J Pain 2007 ;11(8):823-30
- Dy SM, et al. J Clin Oncol 2008; 26: 3879-85
- Knudsen AK, et al. Palliat Med 2009; 23: 295–308 Fainsinger RL, et al. Support care cancer 2008; 16:547–555
- Caraceni A, et al. J Pain Symptom Manage 2002; 23: 239–255. Mercadante S, et al. Cancer 2002; 94: 832–839.
- Morice AH, Shanks G. Pharmacology of cough in palliative care. Curr Opin Support Palliat Care. 2017 Sep;11(3):147-151. Pan CX, Palathra BC, Leo-To WF. Management of Respiratory Symptoms in Those with Serious Illness. Med Clin North Am. 2020 May;104(3):455-470.
- Razzak R, Waldfogel JM, Doberman DJ, Feliciano JL, Smith TJ. Gabapentin for Cough in Cancer. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2017 Sep-Dec;31(3-4):195-197.
- Santini D, Armento G, Giusti R, Ferrara M, Moro C, Fulfaro F, Bossi P, Arena F, Ripamonti CI; ESMO Guidelines Committee. Management of orphan symptoms: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis and treatment. ESMO Open. 2020 Nov;5(6):e000933.
- Mercadante S. Support Care Cancer 1998; 6:482–485
- Davis MP, et al. J Pain Symptom Manage 2010; 39: 756---67
- Perkins P, Dorman S. Cochrane Database Syst Rev 2009; (""): CD006271
- Stephenson J, Davies A. Supp Care Cancer 2006; 14:348---5
- Kennett A, et al. Supp Care Cancer 2005; 13:715---21
- Molassiotis A, et al. Complement Ther Med 2007 ;15 :3---12 Naeim A, et al. J Clin Oncol 2008 ; 26 : 3903---10
- Glare PA, et al. Drugs 2008 ; 68 (18) : 2575---90

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 22/04/25	MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	Pag. 6 a 48 e allegati

- Porzio G, et al. Support Care Cancer. 2010 Sep 25. [Epub ahead of print]
- Naeim A, et al. J Clin Oncol 2008 ; 26 : 3903-10 Mercadante S, et al. J Pain Symptom Manage 2007; 33(2): 217--23
- Easson A. J Supp Oncol 2007; 5(2): 81--82 Mercadante S. J Supp Oncol 2006; 4(2): 83--84
- Klave PA. Chest 2007; 129: 147--153S
- Ripamonti C, Fusco F. Supp Care Cancer 2002; 10:204--16 Homsi J, et al. Support Care Cancer 2001; 9: 565--7
- Mercadante S, Porzio G. Octreotide for malignant bowel obstruction: twenty years after. Crit Rev Oncol Hematol. 2012 Sep;83(3):388-92.
- Walsh D, Davis M, Ripamonti C, Bruera E, Davies A, Molassiotis A. 2016 Updated MASCC/ESMO consensus recommendations: Management of nausea and vomiting in advanced cancer. Support Care Cancer. 2017 Jan;25(1):333-340.
- Porzio G, Aielli F, Verna L, Galletti B, Shoja E Razavi G, Ficarella C. Can malignant bowel obstruction in advanced cancer patients be treated at home? Support Care Cancer. 2011 Mar;19(3):431-3.
- Berger J, Lester P, Rodrigues L. Medical Therapy of Malignant Bowel Obstruction With Octreotide, Dexamethasone, and Metoclopramide. Am J Hosp Palliat Care. 2016 May;33(4):407-10.
- Hsu K, Prommer E, Murphy MC, Lankarani-Fard A. Pharmacologic Management of Malignant Bowel Obstruction: When Surgery Is Not an Option. J Hosp Med. 2019 Jun 1;14(6):367-373.
- Moroni et al., Il modello organizzativo in cure palliative Rivista italiana di cure palliative 2019; 21: 248-252
- Società Italiana di Cure Palliative (SICP) Dall'individuazione precoce dei bisogni di cure palliative nel paziente adulto, al piano di cura personalizzato Proposta di criteri condivisi per la Rete Regionale Toscana di Cure Palliative per l'adulto, 2021
- Rapporti ISTISAN 24/24, Manuale di valutazione della comunicazione nelle cure palliative. Gruppo CARE (Comunicazione, Accoglienza, Rispetto, Empatia) Cure Palliative 2024, vii, 58 p.
- Documento "Il Bisogno di Cure Palliative" e "Complessità e cure palliative" Gruppo di lavoro SICP-FCP Complessità e Reti di cure palliative, 2019.
- Moroni et al., Il modello organizzativo in cure palliative Rivista italiana di cure palliative 2019; 21: 248-252;
- Società Italiana di Cure Palliative (SICP) Dall'individuazione precoce dei bisogni di cure palliative nel paziente adulto, al piano di cura personalizzato Proposta di criteri condivisi per la Rete Regionale Toscana di Cure Palliative per l'adulto, 2021;
- Rapporti ISTISAN 24/24, Manuale di valutazione della comunicazione nelle cure palliative. Gruppo CARE (Comunicazione, Accoglienza, Rispetto, Empatia) Cure Palliative 2024, vii, 58 p.;
- Rapporto sullo stato di attuazione della legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, 2015-2017;
- Documento congiunto sul fine vita dell'anziano in residenza sanitaria assistenziale, a cura di Società Italiana di Gerontologia e Geriatria e Società Italiana di Cure Palliative, Edizione 1 - Anno 2024
- Le cure palliative nel malato internistico: focus sulle malattie croniche 2022 in fase avanzata, Documento di consenso intersocietario SICP- FADOI, Edizione 1 - Anno 2022
- Cure palliative e IFeC, Documento di consenso FNOPI e SICP, Edizione 1 – anno 2023.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p> <p>Edizione 1 del 22/04/25</p>	<p>RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE</p> <p>MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Pag. 7 a 48 e allegati</p>
---	---	--

MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICI IN CURE PALLIATIVE

PO 01/25 MOCP GESTIONE DEL DELIRIUM

Definizione

Sindrome neurocognitiva molto complessa molto comune nei pazienti in fase avanzata di malattia. Il quadro nel 30-50 % dei casi risulta reversibile ma nella condizione di terminalità di malattia è spesso irreversibile (Delirium Terminale).

Si manifesta con disturbi nella memoria, difficoltà di attenzione e del pensiero, ed è spesso accompagnato da agitazione, allucinazioni o pensieri incoerenti.

CRITERI DIAGNOSTICI

Secondo il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*

A: Alterazione dell'attenzione e della consapevolezza

- Ridotta capacità di concentrarsi, mantenere l'attenzione, o di rispondere in modo adeguato agli stimoli.
- Disattenzione o difficoltà a focalizzarsi su un compito o conversazione.

B: Insorgenza acuta e fluttuante

- I sintomi si sviluppano in modo rapido (ore o giorni).
- I sintomi variano nel tempo e possono migliorare o peggiorare durante il giorno.

C: Alterazione cognitiva

- Disorientamento, perdita di memoria, difficoltà nel pensare in modo chiaro o linguaggio incoerente.
- Può esserci un indebolimento delle capacità di giudizio e/o una riduzione delle funzioni cognitive globali.

D: Non spiegabile meglio da una condizione preesistente

- Il delirium non è meglio spiegato da una demenza preesistente o da un'altra condizione cronica.

E: Evidenza di una causa sottostante

- Il delirium può essere associato a un'altra condizione medica, a una intossicazione o a una sospensione di una sostanza (come un farmaco).
- Può essere correlato a infezioni, squilibri metabolici o a patologie neurologiche.

CLASSIFICAZIONE

- **Delirium iperattivo**
 - Pazienti agitati, irritabili con possibile comportamento psicotico.
- **Delirium iporeattivo (o sottotonico)**
 - Pazienti letargici, con scarsa reattività agli stimoli.
- **Delirium misto**
 - Sintomi iperattivi e iporeattivi.

EZIOPATOGENESI

1. Disfunzione Neurochimica

- **Alterazioni nei sistemi neurotrasmettitoriali**

- La disfunzione nel senso di uno sbilanciamento di neurotrasmettitori come la dopamina, l'acetilcolina, il glutammato e la serotonina è stata implicata nel delirium per la compromissione della funzione cerebrale.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO Pag. 8 a 48 e allegati
---	--	--

- **Acetilcolina**
 - La carenza è uno degli aspetti più importanti del delirium in quanto l'attività colinergica è stata associata disfunzioni cognitive.
- **Dopamina**
 - Un aumento della dopamina, spesso indotto da farmaci o stress nel delirium iperattivo.

2. Fattori Metabolici, Sistemici, farmacologici

- **Disfunzione organica acuta**
 - Insufficienza renale, insufficienza epatica, disidratazione, ipossia e squilibri elettrolitici (es. iponatriemia/iperkaliemia) possono scatenare un episodio di delirium.
- **Infiammazione**
 - La risposta infiammatoria sistemica, e la produzione di citochine infiammatorie (come IL-6 e TNF- α) può alterare la funzione cerebrale
- **Farmaci**
 - Anticolinergici, sedativi, ansiolitici, oppioidi, antipsicotici, e alcuni antibiotici aumentano il rischio di delirium, mentre farmaci come benzodiazepine e sedativi possono precipitare il delirium.

3. Fattori Ambientali e Psicologici

- **Stress acuto e cambiamenti ambientali**
 - Ricovero ospedaliero, degenza in ambienti sconosciuti, immobilità o cambiamento dei ritmi circadiani contribuiscono al delirium
- **Privazione o disturbi del sonno**

4. Fattori Preesistenti

- **Vulnerabilità individuale**
 - Demenza, malattie cerebrovascolari, o disturbi neuropsichiatrici
- **Fattori genetici**

5. Alterazioni del Flusso Cerebrale e metastasi o tumori

- **Ipoxia**
- **Alterazioni del flusso sanguigno cerebrale**

GESTIONE

Identificazione e trattamento delle cause reversibili

- **Fattori metabolici**
 - disidratazione, ipossia, iperglicemia/ipoglicemia, squilibri elettrolitici.
- **Farmaci**
 - oppioidi, benzodiazepine, corticosteroidi, anticolinergici.
- **Infezioni**
 - polmoniti, infezioni urinarie
- **Dolore mal controllato**
 - il dolore non trattato può peggiorare il delirium.

Approccio non farmacologico

- **Creare un ambiente tranquillo e rassicurante**
 - ridurre i rumori, garantire un'illuminazione adeguata, mantenere la presenza di oggetti familiari.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 22/04/25		Pag. 9 a 48 e allegati

- **Favorire il ritmo sonno-veglia**
 - evitare stimoli notturni e promuovere la luce naturale durante il giorno.
- **Coinvolgere i familiari**
 - la loro presenza può avere un effetto calmante.
- **Riorientamento costante**
 - spiegare con calma il contesto al paziente, usare orologi e calendari visibili.

Terapia farmacologica

- **Antipsicotici**
 - **Aloperidolo fiale (I scelta)**
 - **Induzione** 2.5 mg ev o sc - se necesario ulteriori 2.5 mg ev o sc
 - **Mantenimento** 5-10 mg in infusione continua ev / sc nelle 24 h

Dosaggio massimo: 15 mg /24 h

- **Clorpromazina fiale**
 - Può essere utilizzata in aggiunta (anche nello stesso infusor) se non adeguata risposta ad aloperidolo. Si può utilizzare un dosaggio di 25-50 mg sc ogni 6-8 ore
- **Altri antipsicotici utilizzabili** per os
 - **Quetiapina cp** (25-100 mg/die) → utile nei pazienti con disturbi del sonno.
 - **Olanzapina cp** (2,5-5 mg/die)
- **Benzodiazepine:**
 - **Lorazepam** (0,5-2 mg ogni 4-6 ore).

*Nel caso di paziente refrattario alla terapia e con una aspettativa di vita estremamente ridotta si deve prendere in considerazione la **Sedazione palliativa**.*

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p> <p>Edizione 1 del 22/04/25</p>	<p>RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE</p> <p>MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Pag. 10 a 48 e allegati</p>
---	---	---

MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICI IN CURE PALLIATIVE

PO 02/25 MOCP GESTIONE DELLA DISPNEA

Definizione

Sensazione sgradevole di mancanza di respiro con sensazione di peggioramento della sua condizione clinica accompagnandosi a forti stati di ansia e paura di soffocamento

Prevalenza della dispnea nelle malattie cronico-degenerative e nelle neoplasie

Patologia	Percentuale di prevalenza
Neoplasie	16-77
BPCO	56-98
Scompenso Cardiaco	18-88
Insufficienza Renale	11-82
Demenza	12-52
AIDS	43-62
Sclerosi Multipla	81-88
Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)	26

Valutazione

- Intensità del sintomo
- Impatto sulle attività quotidiane o sul sonno
- Presenza altri sintomi (agitazione)
- Se sono presenti altri sintomi (agitazione)
- Modalità di variazione nel tempo
- Presenza o meno di fattori che accentuano e leniscono il sintomo
- Presenza o meno di episodi di riacutizzazione (dispnea episodica)

Trattamento

- **Tentare, ove possibile, la rimozione della causa; intervento** proporzionato alla condizione clinica del paziente e alla sua prognosi

Cause	Ipotesi di trattamento
Decondizionamento da mancanza di esercizio	FKT respiratoria
Infezioni - Polmoniti	Antibioticoterapia
BPCO	Broncodilatatori, Steroidi
Fibrosi Polmonare	Steroidi, eventuali terapie specifiche
Linfangite carcinomatosa	Steroidi
Ostruzione Neoplastica delle vie respiratorie	Trattamento RT, terapie specifiche
Versamento Pleurico	Toracentesi "di sollievo"
Sindrome della Vena Cava Superiore	Steroidi, RT
Scompenso Cardiaco	Diuretici, digitale, Beta Bloccanti, Ace Inibitori
Ascite	Paracentesi
Anemia	Supporto trasfusionale nei casi di non terminalità stretta
Cachessia	Supporto nutrizionale
Ansia, disagio sociale	Supporto psicosociale

- **Valutare se in atto o meno terapia con oppioidi**

- **Prevedere terapia rescue per dispnea episodica**

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO Pag. 11 a 48 e allegati
---	--	---

- **Terapia**

- **Ossigenoterapia**

- utilizzo di bassi flussi con verifica dell'eventuale beneficio sul sintomo nel breve-medio periodo. O2 terapia solo se presente ipossia: iniziare con 3 l/min → rivalutare dopo 15 minuti eventualmente modificare il flusso Obiettivo: mantenere la SpO2 > 90%

- **Steroidi** non somministrare di routine

- **Desametasone** (1 scelta; dose di attacco 8 mg/die). Appena ottenuto un buon controllo ridurre il dosaggio al minimo efficace e per il tempo più breve possibile

ATTENZIONE A EVENTUALE IMMUNOTERAPIA nei pazienti in simultaneous care

- **Benzodiazepine**

- da utilizzare solo se importante stato ansioso e di agitazione

- **Diazepam**

- 5-10 mg/h per os fino ad ottenere l'effetto desiderato; la dose efficace verrà in seguito somministrata ogni 8 ore

- **Lorazepam**

- 0,5-1 mg/h per os fino ad ottenere l'effetto desiderato; la dose efficace verrà in seguito somministrata ogni 6 ore

- **Oppioidi**

- Prima scelta Morfina cloridrato sia per via orale/parenterale. La morfina va ad agire sulla frequenza cardio-respiratoria con miglioramento sul controllo del sintomo e la minore percezione dello stesso da parte del paziente.

- **paziente è già in terapia con oppiaceo**

- Rotazione verso morfina o aggiunta di morfina a pronto rilascio a orari fissi e sua titolazione (di solito si utilizza un dosaggio pari al 25 % rispetto alla dose totale di oppiaceo in atto)

- **Paziente Naïve**

- Titolazione con morfina a pronto rilascio (per esempio morfina gocce 2 gtt ogni 4 ore e 4 gtt al bed-time) poi passare, ove possibile, a morfina a lento rilascio con previsione di dosi rescue di morfina a rilascio immediato

*Qualora i trattamenti messi in atto, non consentano il controllo dello stato di sofferenza derivante dalla dispnea, considerare il ricorso alla **sedazione palliativa**.*

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICI IN CURE PALLIATIVE

PO 03/25 MOCP GESTIONE DEL DOLORE

Valutazione Iniziale

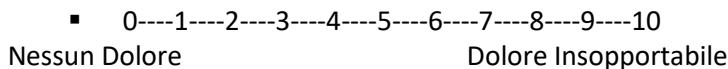
- Colloquio con il paziente e valutazione sintomi
 - Intensità del dolore
 - Caratteristiche del dolore e in particolare se continuo o meno
 - Ricerca segni e sintomi di dolore evocato
 - Presenza di DEI ed eventuali eventi scatenanti
 - Sede e distribuzione/irradiazione del dolore
 - Ricerca eventuali alterazioni del trofismo della cute e/o delle mucose e degli annessi cutanei e muscolari
 - Ricerca alterazioni sistema sensoriale:
 - allodinia,
 - ipoestesia tattile, termica o dolorifica.
 - Sintomi associati
 - Durata del dolore e sue variazioni durante il giorno e la notte
 - Interferenza con le attività quotidiane
 - Aspetti qualitativi del dolore percepito
 - Impressione del paziente in merito all' efficacia o meno dei trattamenti in corso per il dolore

Scale di Valutazione del dolore

- ### ○ Scale Analogiche visive (VAS)



- ## ○ Scale di Valutazione Numerica (NRS)



- ## ○ Scala Verbale (VRS)

- NO dolore – Lieve – Moderato – Forte – Insopportabile

- **Scale facciali (FPS)** utilizzabili per esempio nei bambini.



 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p> <p>Edizione 1 del 22/04/25</p>	<p>RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE</p> <p>MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Pag. 13 a 48 e allegati</p>
---	---	---

Tipologie di dolore

- **Dolore Nocicettivo**
 - dolore viscerale
 - dolore somatico
- **Dolore Neuropatico:** legato a danno a livello sistema somatosensoriale.
 - Attenta anamnesi volta alla valutazione di sintomi (formicolii, parestesie, sensazione di caldo o freddo ...)
 - Esame obiettivo con utilizzo ad esempio di test di sensibilità cutanea
 - Utilizzo di questionari come il DN4

DOMANDA 1: il dolore presenta una o più delle seguenti caratteristiche?

	SI	NO
1. Bruciante/urente	1	1
2. Sensazione di freddo doloroso	1	1
3. Scariche elettriche	1	1

DOMANDA 2: il dolore è associato, nella stessa area, a uno o più dei seguenti sintomi?

	SI	NO
4. Formicolio	1	1
5. Punture di spillo	1	1
6. Intorpidimento?	1	1
7. Sensazione di prurito	1	1

DOMANDA 3: il dolore è localizzato in un territorio dove l'esame obiettivo evidenzia:

	SI	NO
8. Ipoestesia al tatto	1	1
9. Ipoestesia alla puntura	1	1

DOMANDA 4: il dolore è provocato o accentuato da:

	SI	NO
10 Sfioramento della pelle	1	1

SI = 1 punto

NO = 0 punti

Punteggio del paziente: /10

Questionario DN4

- **Dolore Nociplastico**
- **Dolore Misto**

Dolore Episodico Intenso (DEI)

- Intensità
- Frequenza degli episodi
- Durata di ogni episodio
- Tipo di dolore
- Eventuali fattori scatenanti
- Terapia antalgica in corso

Farmaci utilizzabili nell' approccio terapeutico al dolore:

- **Oppioidi**
 - **Morfina**
 - Oppioide di riferimento
 - Formulazioni
 - orale a rilascio immediato
 - orale a rilascio prolungato

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO Pag. 14 a 48 e allegati
---	--	---

- fiale per uso sotto cute, ev, im. epidurale, intratecale, rettale
- **Ossicodone**
 - Formulazioni in commercio
 - Ossicodone/Paracetamolo (rilascio Immediato)
 - Ossicodone a rilascio Prolungato
 - Ossicodone/Naloxone (rilascio prolungato)
- **Codeina**
 - Formulazioni in commercio
 - Codeina/Paracetamolo compresse o compresse effervescenti
- **Fentanil**
 - In Cure Palliative utilizzato sotto forma di
 - cerotti transdermici (Fentanil TTS)
 - formulazioni orodispersibili o transmucosali
- **Tramadol**
 - Formulazioni
 - compresse a rilascio immediato
 - compresse a rilascio immediato
 - gocce
 - fiale uso ev /im /sc
- **Idromorfone**
 - Può essere somministrato per via orale, parenterale, e spinale
 - In ambito palliativo utilizzato come compresse a rilascio prolungato
- **Tapentadol**
 - Formulazioni
 - compresse a rilascio prolungato
- **Bruprenorfina**
 - Farmaco di prima scelta in caso di pazienti con insufficienza renale
 - Formulazioni
 - cerotti transdermici
- **Paracetamolo e FANS**
 - **Paracetamolo**
 - Formulazioni
 - sciroppo (utile per esempio nei pazienti con PEG)
 - compresse
 - compresse orodispersibili
 - compresse effervescenti,
 - formulazione ev.
 - **FANS**
 - Formulazioni
 - Fiale per uso parenterale/ev
 - orale.

Dose Massima 3000 mg nelle 24 h Intervallo di somministrazione non meno di 6 - 8 h

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO Pag. 15 a 48 e allegati
--	--	---

- Principi attivi maggiormente utilizzati
 - *Ibuprofene*,
 - *Ketorolac*
 - *Diclofenac*
 - *Colecoxib*,
 - *Naprosene sodico*
- **Farmaci Adiuvanti**
 - **Antidepressivi**
 - **Antiepilettici**
 - **Gabapentinoidi**
 - **Steroidi**
 - **Bifosfonati**
 - Utilizzabili a scopo palliativo nelle metastasi ossee a scopo antalgico
 - Principi attivi maggiormente utilizzati
 - **Acido Zoledronico:**
 - Significativamente più efficace sul dolore rispetto ad altri bifosfonati
 - Utilizzato per infusione ev (4 mg) abbastanza veloce (circa 30 minuti)
 - Può essere somministrato in regime ambulatoriale (anche a domicilio) con sicurezza
 - Infusione a cadenza mensile
 - Utile, oltre che nel dolore, anche per il trattamento dell'ipercalcemia
 - Si associa generalmente supplementazione con Vitamina D

NB : Rischio di osteonecrosi della mandibola. Valutare sempre se già eseguito in passato (nella fase attiva di malattia e numero di infusioni eseguite. Ove possibile, va eseguita valutazione odontoiatrica e eventuale bonifica dentaria

- **Denosumab**
 - Gli studi maggiori rispetto a questa molecola sono verso le metastasi di tumore solido
 - Si somministra per via sotto cute (120 mg)
 - Agisce stimolando la formazione di nuovo osso e rappresenta l'opzione migliore per i pazienti con problemi renali. Come per i bisfosfonati anche il denosumab possono essere assunto per un periodo di tempo limitato
 - effetti collaterali.
 - iper-colesterolemia,
 - infezioni vesicali,
 - ipocalcemia,
 - infezioni
 - dermatiti, eczema
 - osteonecrosi della mandibola/mascella
- **Cannabinoidi**
 - utilizzabili in molti settori quali ad esempio

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO Pag. 16 a 48 e allegati
---	--	---

- patologie associate a spasticità come le para e tetraplegie.
- patologie da danno spinale
- SLA
- M. di Parkinson
- Corea Di Huntington
- Sclerosi Multipla
- Emicrania
- Dolore neuropatico
- Dolore oncologico
- S. Arto Fantasma
- Fibromialgia
- Anoressia e Cachessia

TITOLAZIONE

NRS > uguale 7 Pazienti ≤ 70 aa; con funzionalità epatica o renale nella norma:

- **Titolazione rapida di morfina endovenosa**

- Step 1: Premedicazione con Metoclopramide 1 mg/kg e.v. in infusione lenta + Ondansetron 4 mg i.v.
- Step 2: Morfina 1 fiala portata a 10 cc di sol. Fisiol.(quindi in ogni ml di soluzione 1 mg di morfina) infondere 2 ml (2 mg) e.v. ogni 5 minuti fino ad ottenere una buona analgesia (riduzione del 50%) o alla comparsa di effetti collaterali di entità severa.
- Step 3: Considerare la dose totale utilizzata come quella efficace per il controllo del dolore per 4 ore. Per ottenere la dose giornaliera di oppioidi moltiplicare la quantità di morfina somministrata per 6.
- Step 4: Sostituire la morfina e.v. con oppioidi a lento rilascio (Morfina a rilascio prolungato, fentanil transdermico, ossicodone, ecc.) in dosi equianalgesiche secondo i fattori di conversione delle tabelle di equianalgesia.

NRS > uguale 7 Pazienti > 70 aa con alterazioni della funzionalità epatica o renale:

- **Titolazione con morfina orale a rilascio immediato**

- Morfina 2,5 mg ogni 4 ore in pazienti naïve
- Morfina pari al 25% in più della dose giornaliera di oppioidi forti precedentemente assunta (1 dose ogni 4 ore).
 - Trattamento preventivo dei possibili effetti collaterali:
 - Metoclopramide scir (Plasil) 10 cc x3/die
 - Macrogol (Movicol) 3 bust /die

NRS 5-6

- **Titolazione con morfina orale a rilascio immediato**

- Morfina 2,5 mg ogni 4 ore in pazienti naïve
- Morfina 10 mg ogni 4 ore in pazienti già trattati con oppioidi deboli
- Morfina pari al 25% in più della dose giornaliera di oppioidi forti precedentemente assunta.
 - Trattamento preventivo dei possibili effetti collaterali:
 - Metoclopramide scir (Plasil) 10 cc x3/die

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO Pag. 17 a 48 e allegati
--	--	---

- Macrogol (Movicol) 3 bust/die

Una volta eseguita la titolazione se possibile passare a Oppioide a rilascio lento che verrà scelto in base alle caratteristiche del dolore, della funzionalità renale ed epatica e alla compliance farmacologica del paziente e dei caregivers.

Trattamento Dolore Episodico Intenso (DEI)

- **Fentanyl orosolubile**

- Iniziare con Fentanyl orosolubile 100 mcg
- Se entro 15 minuti dall'inizio della somministrazione di una singola compressa non si ottiene un'adeguata analgesia usare una seconda compressa di pari concentrazione.
- Se il trattamento di un episodio di DEI richiede più di una compressa, per i successivi episodi si deve considerare un aumento del dosaggio pari al totale della dose risultata necessaria per trattare il precedente episodio

- **Morfina**

- 1/6 della dose giornaliera di oppioidi. A tale scopo posso utilizzare
 - Morfina e.v. in ambiente ospedaliero (Attenzione ai fattori di conversione !!!),
 - Morfina sotto cute
 - Morfina orale a rapida azione prima scelta se praticabile

Tenere sempre presente gli effetti collaterali che andranno prevenuti (terapia per nausea e vomito - mantenere adeguata idratazione - terapia per stipsi).

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 22/04/25	Pag. 18 a 48 e allegati	

MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICI IN CURE PALLIATIVE

PO 04/25 MOCP GESTIONE DELLA NAUSEA E DEL VOMITO

Premessa

Alla nausea e vomito si associano spesso altri fenomeni ascrivibili a iperattività del sistema nervoso autonomo come per esempio salivazione intensa, pallore cutaneo, sudorazione, alterazioni del ritmo cardiaco.

Valutazione

- Intensità (scala ESAS)
- Impatto sulla qualità di vita con scale quali ad esempio IPOS
- Presenza fattori scatenanti come ad esempio
 - Farmaci
 - Movimenti
 - recenti chemioterapie e/o radioterapie
- Frequenza e timing degli episodi
- Frequenza dell' alvo
- Presenza di stipsi
 - Utilizzo di macrogol, senna, lattulosio ecc. alle dosi abituali se presente o per sua prevenzione; nei casi non rispondenti trattamento con cistere evacuativo
- Ricerca cause
 - occlusione intestinale
 - metastasi cerebrali
 - insufficienza renale
 - ipercalcemia
 - iponatriemia
 - farmaci
- Presenza Sintomi concomitanti
 - anoressia
 - xerostomia
 - ansia
 - depressione
 - dolore addominale
 - dispepsia
 - disfagia
- Concomitante terapia con Oppioidi: ruotare gli oppioidi o la via di somministrazione (non sospendere!)

Nell 80 % dei pazienti in fase avanzata di malattia la presenza di nausea /vomito è legata a 5 cause principali (VOMIT)

- **Vestibolari**
- **Ostruzione Intestinale**
- **Disturbi della Motilità**
- **Infezione, infiammazione**
- **Tossiche (Biochimiche, da farmaci)**

Trattamento

- In prima istanza trattare le cause reversibili ove possibile (correggere il correggibile)
- Individualizzare il trattamento considerando le opzioni di gestione in funzione di diagnosi, comorbidità, farmaci, stile di vita e preferenze del paziente
- Stabilire aspettative realistiche

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 Pag. 19 a 48 e allegati
---	--	--

- Educare il paziente
- Valutare regolarmente l'efficacia degli interventi

Farmaci antiemetici utilizzabili con relativo meccanismo d'azione, vie di somministrazione e dosaggio raccomandato

Farmaco	Meccanismo d'azione	Via somministrazione e dosaggio	Vie alternative somministrazione e dosaggio
Aloperidolo *	D2-antagonista	Per os : 1-2 mg ogni 6-8 h	im/sc: 2-10 mg/die anche infusione sc
Clorpromazina	Antidopaminergico H1-antagonista Anticolinergico	Per os : 12.5-50 mg ogni 6-8 h	im/rettale: 25-50 mg ogni 6-8 h
Desametasone *	Antiprostaglandinico	Per Os : 2-8 mg ogni 4-12 h	ev/im/sc: 2-8 mg ogni 4-12 h anche infusione sc
Domperidone	D2-antagonista	Per os 10-20 mg ogni 6-8 h	
Idrobromuro loscina	Anticolinergico Antimuscarinico	SC : 0.3 mg ogni 6-8 h	
Lorazepam	GABAergico	Per os : 0.5-2 mg ogni 8-12 h	ev: 1-4 mg ogni 8-12 h
Metoclopramide *	D2-antagonista 5-HT4 agonista colinergico	Per os 10-15 mg ogni 6 h	ev/sc 10-20 mg ogni 6h
Octreotide *	Analogo della somatostatina	SC: 100-200 microgrammi ogni 8 h	
Ondasetron **	5-HT3 antagonista	Per os : 8 mg ogni 8-12 h	ev: 8 mg ogni 6-8 h
Proclorperazina	D2-antagonista H1-antagonista	Per os : 5-20 mg ogni 6 h	im/ev: 10-20 mg ogni 6-8 h rettale: 50 -100 mg ogni 6-8 h
Prometazina	D2-antagonista 5-HT2 antagonista H1-antagonista anticolinergico	Per os 12.5 – 25 mg ogni 8 h	ev/im: 25-50 mg/die rettale: 25-50 mg
Scopolamina	anticolinergico	TTs: 1500 microgrammi ogni 72 h	

*farmaci inseriti nella legge 648/96 (sezione farmaci off-label in cure palliative) per la gestione di nausea e vomito

** altri anti 5-HT3 (per esempio granisetron e tropisetron) hanno attività recettoriale comparabile

Farmaci di prima scelta

- Metoclopramide
- Aloperidolo
- Antistaminici.

In caso di non risposta a farmaci di prima linea sostituzione o aggiunta di farmaci di seconda linea come

- Anticolinergici
- Desametasone
- Altri neurolettici

Nel caso di metastatizzazione cerebrale utilizzo di cortisonici ed eventuale trattamento radioterapico.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 22/04/25		Pag. 20 a 48 e allegati

Scala di valutazione Edmonton Symptom Assessment System - ESAS

Dolore (ho male)	Non ho dolore	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Il peggior dolore possibile
Stanchezza (mi sento senza energie)	Non sono stanco	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggior stanchezza possibile
Nausea (ho fastidio e vomito)	Non ho nausea	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggior nausea possibile
Depressione (mi sento triste)	Non sono depresso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggior depressione possibile
Ansia (sono nervoso)	Non sono ansioso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggior ansia possibile
Sonnolenza (mi sento assonnato)	Non sono assonnato	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore sonnolenza possibile
Mancanza di appetito (non riesco a mangiare)	Ho appetito	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Non mangio nulla
Malessere (come ti senti in generale)	Mi sento benissimo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mi sento il peggio possibile
Difficoltà a respirare (come ti senti in generale)	Respiro bene	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Massima difficoltà a respirare
Altro (ho altri sintomi)	Non ho altri sintomi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior sintomo possibile

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p> <p>Edizione 1 del 22/04/25</p>	<p>RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE</p> <p>MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Pag. 21 a 48 e allegati</p>
---	---	---

MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICI IN CURE PALLIATIVE

PO 05/25 MOCP GESTIONE DELL'OCCLUSIONE INTESTINALE

Premessa

Le neoplasie maggiormente correlate a complicanza di occlusione intestinale sono la neoplasia dell'ovaio e del colon. Può essere meccanica (estrinseca, intrinseca, o intramurale) o funzionale.

Valutazione

- Presenza di
 - Ileo meccanico
 - ostruzione del lume, infiltrazione/compressione estrinseca
 - ileo paralitico
 - peritonite, uso di oppioidi e/o anticolinergici, ipopotassiemia, ipercalcemia, disidratazione, neuropatia da infiltrazione retroperitoneale o del midollo spinale
- Presenza di sintomi (dolore, nausea, vomito)
- Ostruzione completa o parziale
- Aspettativa-di vita del paziente (PaPSScore)
- Controindicazione all'approccio chirurgico
 - estensione di malattia, età avanzata, recente laparotomia, ascite, carcinosi peritoneale, metastasi sintomatiche, malnutrizione, precedente radioterapia addominale

Linee di indirizzo terapeutico:

Approccio conservativo (antisecretivi/antiemetici/analgesici):

- **Octreotide**
 - ⊖ 0.3 mg in infusione continua s.c. in 24 ore se non controllo aumentare fino a 0,6-0,9 mg in 24 ore
 - in alternativa alla infusione continua 01 mg sc tre volte al giorno
- **Metoclopramide**
 - In aggiunta alla octreotide: 60 mg/24 h (compatibili con la morfina nelle infusioni continue)
- **Morfina s.c.**(la dose deve essere valutata in base all'eventuale terapia antalgica precedente)
- **Liquidi** (se presente disidratazione e/o per correggere più agevolmente eventuali alterazioni elettrolitiche. Non eccedere con i liquidi, max 1000 cc in 24 ore)
- **Desametasone** 16 mg e.v.

In caso di non risposta:

- **Aloperidolo 5 mg in infusione continua s.c.** (compatibile con Metoclopramide, morfina ed octreotide nell'infusione continua)
- **Scopolamina Butilbromuro (Buscopan)**
 - 10 µg/h in infusione continua s.c. in caso di dolore non ben controllato con gli oppioidi (il farmaco è compatibile con l'alooperidolo, la morfina e l'octreotide nelle infusioni continue)
 - Alternativa: 1 fl (20 mg/ml) per via im o s.c.
- **Sondino naso gastrico** (se presente vomito intenso e intrattabile. Misura temporanea!)

*In caso di non miglioramento-risposta andrà presa in considerazione **sedazione palliativa**.*

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO Pag. 22 a 48 e allegati
--	--	---

MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICI IN CURE PALLIATIVE

PO 06/25 MOCP GESTIONE DELLA SEDAZIONE PALLIATIVA

DEFINIZIONE

La Sedazione Palliativa (SP) è una procedura terapeutica mirata a controllare sintomi refrattari che insorgono nella fase avanzata o terminale di malattia o dalla sospensione di trattamenti di sostegno vitale. Secondo l'European Association for Palliative Care (EAPC) la SP va considerata come un'importante e necessaria terapia da attuare in malati selezionati e affetti da sofferenze refrattarie con le corrette indicazioni e modalità.

TIPOLOGIE

- Moderata/superficiale**
 - quando non toglie completamente la coscienza
- Profonda**
 - quando arriva all'annullamento della coscienza (sedazione palliativa di fine vita)
- Temporanea o di sollievo**
 - prevede la somministrazione temporanea di sedativi e va utilizzata quando i sintomi sono potenzialmente reversibili o quando è opportuno rivalutare l'indicazione o meno alla sedazione.
- Intermittente**
 - temporanea, ripetuta nel tempo, che consente alla persona di avere dei periodi di tempo in cui non è sedata e di valutare se il sintomo è permanentemente refrattario.
- Continua**
 - prevede la somministrazione continua di sedativi e viene generalmente attuata partendo dal minimo dosaggio efficace e modulandolo in modo proporzionale al livello della sedazione necessario al controllo della sofferenza. La SP continua viene attuata fino al decesso naturale della persona malata.
- D'emergenza**
 - si attua nei cosiddetti "eventi catastrofici" acuti, refrattari a trattamenti e causa di morte imminente, quali emorragie massive (soprattutto se a carico delle vie digestive e respiratorie) e distress respiratorio ingravescente, stato di shock irreversibile.

BENEFICI ATTESI

- Adeguato trattamento delle sofferenze refrattarie ai tradizionali trattamenti dei sintomi in fase avanzata o terminale di tutte le malattie
- Adeguata prevenzione e trattamento delle sofferenze correlate alla sospensione dei trattamenti, anche di sostegno vitale, per rifiuto del malato o per loro sproporzionalità
- Incremento della copertura dei bisogni dei malati in fase avanzata o terminale di malattia in tutti i setting di cura, ospedalieri e territoriali

AMBITI DI APPLICAZIONE DELLA SEDAZIONE PALLITIVA (SP)

Il ricorso alla SP avviene per il controllo delle sofferenze causate da sintomi refrattari che insorgono nella fase avanzata o terminale della vita o nella sospensione di trattamenti di sostegno vitale sia di pazienti con patologia neoplastica che non neoplastica.

Dei pazienti non neoplastici sono caratterizzati dalla comparsa di sintomi refrattari soprattutto quelli con patologie

- dell'apparato respiratorio (ad es. BPCO)
- dell'Apparato cardio-circolatorio (ad es. scompenso cardiaco)
- della funzione epatica (ad es. cirrosi),
- renali (ad es. insufficienza renale cronica)

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO Pag. 23 a 48 e allegati
--	--	---

- dell'omeostasi metabolica (ad es. complicanze diabetiche multiorgano),
- infettive o post infettive (COVID, AIDS, ecc.)
- della funzione cognitiva (ad es. demenze).

Di particolare impatto e complessità gestionale sono i sintomi refrattari dei malati affetti da patologie neuro-muscolari

- sclerosi laterale amiotrofica
- sclerosi multipla
- distrofie muscolari
- morbo di Parkinson

Sintomi refrattari e condizioni cliniche per le quali viene più frequentemente posta indicazione di SP sono:

- Dispnea
- Delirium
- Distress psico-esistenziale
- Emorragie intrattabili
- Nausea-vomito incoercibili
- Dolore
- Stato di male epilettico.

FASI DELLA SEDAZIONE PALLIATIVA

- induzione
- mantenimento

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

- **Bolo**
 - Somministrazione di un farmaco per via parenterale in un unico atto che può essere della durata di qualche secondo o, comunque, di norma non superiore a qualche decina di secondi, in modo da raggiungere una concentrazione efficace
- **Boli refratti (ripetuti)**
 - Somministrazione di boli caratterizzata dalla discontinuità temporale (minuti, ore) fino al controllo della sofferenza; nella modalità ad orari fissi il farmaco in bolo viene somministrato nelle 24 ore ad orari definiti dal medico in base alle caratteristiche farmacologiche dalla risposta clinica del paziente
- **Bolo rescue**
 - Somministrazione estemporanea di un farmaco ad una dose predefinita per ripristinare il controllo della sofferenza in corso di terapia continua
- **Infusione continua**
 - Somministrazione continuativa di farmaco che andrebbe attuata, ove possibile in base al setting e al grado di urgenza, con un sistema di controllo della velocità di infusione

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO SISTEMA SANITARIO REGIONALE	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE Edizione 1 del 22/04/25 MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO Pag. 24 a 48 e allegati
---	---	---

TABELLE SOMMINISTRAZIONE FARMACI

MIDAZOLAM⁽¹⁾					
INDUZIONE					
Bolo^(a)		Bolo refratto (ripetuto)^(b)		Infusione Continua^(d)	
dosi medie^(e)	inizio azione	dosi medie^(e)	intervallo	dosi medie^(e)	dosi medie di incremento^{(e),2}
0,5-5 mg EV 0,01-0,1 mg/kg	2-5 minuti EV	0,5-1 mg EV	1 minuto EV	0,2-5 mg/ora SC/EV	0,7 mg/ora
0,5-5 mg SC 0,01-0,1 mg/kg	10-15 minuti SC	2,5-5 mg SC	5-10 minuti SC	0,02-0,1 mg/Kg/ora	
MANTENIMENTO					
Infusione Continua^(d)		Bolo ripetuto ad orari fissi		Bolo Rescue^(c)	
dosi medie^{(e), (f), (3)}	dosi medie^(e)	intervallo	dosi medie^(e)	inizio azione	
0,5-10 mg/ora SC/EV ⁽⁴⁾ 0,03-0,2 mg/kg/ora	5-7,5 mg SC/EV	4 ore	1-5 mg SC/EV (max 10 mg)	1-5 minuti EV 10-15 minuti SC	

LORAZEPAM⁽⁵⁾					
INDUZIONE					
Bolo^(a)		Bolo refratto (ripetuto)^(b)			
dosi medie^(e)	inizio azione⁽⁵⁾	dosi medie^{(e),(6)}	Intervallo		
0,5-2 mg EV 0,03 mg/Kg	3-5 minuti EV	1-4 mg SC/EV	5 minuti EV		
0,5-4 mg SC 0,03 mg/Kg	5-10 minuti SC		10 minuti SC		
MANTENIMENTO					
Infusione Continua^(d)		Bolo ripetuto ad orari fissi		Bolo Rescue^(c)	
dosi medie^{(e), (7)}	dosi medie^{(e), (6)}	intervallo	dosi medie^(e)	inizio azione⁽⁶⁾	
0,15-4 mg/ora SC/EV	1-4 mg SC/EV	4 ore	50-75% dose start ⁽⁸⁾	3-5 minuti EV 5-10 minuti SC	

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p>	<p>RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
Edizione 1 del 22/04/25	MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	Pag. 25 a 48 e allegati

DIAZEPAM⁽⁸⁾

INDUZIONE

Bolo ^(a)	
dosi medie^(e)	inizio azione⁽⁹⁾
5-10 mg EV (IM) 0,1-0,2 mg/Kg	1-5 minuti EV 20-30 minuti IM

MANTENIMENTO

Infusione Continua ^{(d), (10)}	Bolo ripetuto ad orari fissi		Bolo Rescue ^(c)	
dosi medie ^(e)	dosi medie ^{(e), (9)}	intervallo	dosi medie ^(e)	inizio azione ⁽⁹⁾
0,02-0,05 mg/Kg/ora EV	2,4-20 mg EV (IM) 0,04-0,35/Kg mg EV	8 ore	50-75% dose start ⁽⁶⁾	1-5 minuti 20-30 minuti (IM)

ALOPERIDOLIO⁽²¹⁾

DOSE INIZIALE

Bolo ^{(a), (22)}	Infusione Continua ^{(d), (21, 22)}	
dosi medie ^(e)	dosi medie ^(e)	inizio azione ⁽²³⁾
0,5-2 mg (EV) 2-5 mg SC/IM	2-10 minuti 10-20 minuti	(EV) SC
		0,2-4 mg/ora SC (EV)

MANTENIMENTO

Infusione Continua ^{(d), (21, 22)}	Bolo ripetuto ad orari fissi ^(21, 22)		Bolo Rescue ^{(e), (21, 22)}	
dosi medie ^{(e), (f)}	dosi medie ^(e)	intervallo	dosi medie ^{(e), (22, 23)}	inizio azione
0,25-0,5 mg/ora SC (EV)	0,5-2 mg (EV) 1-2 mg SC	6-12 ore 2-4 ore	2 mg SC (EV)	2-10 minuti (EV) 10-20 minuti SC

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO SISTEMA SANITARIO REGIONALE	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE Edizione 1 del 22/04/25	 REGIONE LAZIO Pag. 26 a 48 e allegati
---	--	---

MORFINA⁽²⁶⁾

DOSE INIZIALE

Bolo^(a)		Bolo e refratto (ripetuto)^(b)		Infusione Continua^(d)	
dosi medie^(e) (27, 28)	inizio azione	dosi medie^(e) (27, 28)	intervallo	dosi medie^(e, 29)	dosi medie di incremento^(e)
5-20 mg SC/EV 0,05-0,3 mg/Kg	1-3 minuti EV 5-15 minuti SC	5-10 mg SC/EV	3-5 minuti EV 10-15 minuti SC	20-60 mg/24 ore SC/EV 0,05-0,3 mg/Kg/ora	30-50% dose 24 ore

MANTENIMENTO

Infusione Continua^(d)	Bolo ripetuto ad orari fissi		Bolo Rescue^{(e, (27, 28)}	
dosi medie^{(e, (29)}	dosi medie^{(e, (27, 28)}	intervallo	dosi medie^(e)	inizio azione
20-60 mg/24 ore SC/EV 0,05-0,1 mg/Kg/ora	5-10 mg SC/EV	4-6 ore	5-20 mg SC/EV 0,05-0,3 mg/Kg	1-3 minuti EV 5-15 minuti SC

Alternative:

PROMAZINA⁽¹¹⁾

INDUZIONE

Bolo^{(a) (12)}				Infusione Continua^(d)	
dosi medie^(e)	inizio azione			dosi medie^(e)	dosi medie di incremento^(e)
25 mg EV 10-50 mg IM	5-10 minuti EV 10-20 minuti IM			3-8 mg/ora EV	2-5 mg/ora

MANTENIMENTO

Infusione Continua^(d)	Bolo ripetuto ad orari fissi		Bolo Rescue^(e)	
dosi medie^(e, f)	dosi medie^(e)	intervallo	dosi medie^(e)	inizio azione
1-12,5 mg/ora EV	5-25 mg EV/IM	4-8 ore	50% dose di induzione ^(e)	5-10 minuti EV 10-20 minuti IM

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p>	<p>RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
Edizione 1 del 22/04/25	MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	Pag. 27 a 48 e allegati

CLORPROMAZINA ⁽¹³⁾

INDUZIONE

Bolo ^(a) ⁽¹⁴⁾		Infusione Continua ^(d)	
dosi medie ^(e)	inizio azione	dosi medie ^(e)	dosi medie di incremento ^(e)
	5-10 minuti		
25 mg EV	EV	3-8 mg/ora EV	2-5 mg/ora

10-50 mg IM 10-20 minuti IM

MANTENIMENTO

Infusione Continua ^(d)	Bolo ripetuto ad orari fissi		Bolo Rescue ^(c)	
dosi medie ^(e, f)	dosi medie ^(e)	intervallo	dosi medie ^(e)	inizio azione
1-12,5 mg/ora EV	5-25 mg EV/IM	4-8 ore	50% dose di induzione ^(f)	5-10 minuti EV 10-20 minuti IM

FENOBARBITAL ⁽¹⁵⁾

INDUZIONE

Bolo ^(a)	
dosi medie ^(e, 16)	inizio azione
10-300 mg SC/EV/IM	5 minuti EV
1-5 mg/Kg	20-60 minuti IM

MANTENIMENTO

Infusione Continua ^{(d), (17)}	Bolo Rescue ^(c)	
dosi medie ^(e, f)	dosi medie ^(e, 16)	inizio azione
30-120 mg/ora SC/EV	10-300 mg SC/EV/IM	5 minuti EV
0,5-2 mg/Kg/ora SC/EV	1-5 mg/Kg	20-60 minuti SC/IM

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p>	<p>RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
Edizione 1 del 22/04/25	MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	Pag. 28 a 48 e allegati

PROPOFOL⁽¹⁸⁾

INDUZIONE

Bolo ^{(a), (19)}		Infusione Continua ^(d)	
dosi medie ^(e)	inizio azione	dosi medie ^(e)	dosi medie di incremento ^(e)
10-50 mg EV 0,25-1 mg/Kg EV	30-120 secondi	0,5-1 mg/Kg/ora EV 10-50 mcg/Kg/min	0,5 mg/Kg/ora 5-10 mcg/Kg/minuto ogni 20 minuti

MANTENIMENTO

Infusione Continua ^(d)	Bolo ripetuto ad orari fissi		Bolo Rescue ^{(c), (19)}	
dosi medie ^(e)	dosi medie ^(e)	intervallo	dosi medie ^(e)	inizio azione
0,5-2 mg/Kg/ora EV 15-75 mcg/Kg/minuto	0,5mg/Kg EV 5-10 mcg/Kg	10 minuti	40-50 mg EV	30-120 secondi

DEXMEDETOMIDINA⁽²⁰⁾

INDUZIONE

Infusione Continua ^(d)	
dosi medie ^(e)	dosi medie di incremento ^(e)
0,15-0,7 mcg/Kg/ora EV 1 mcg/Kg in 10 minuti	0,5-1 mcg/Kg/ora EV

MANTENIMENTO

Infusione Continua ^(d)
dosi medie ^(e)
0,5-1,4 mcg/Kg/ora EV incremento 0,5-1 mcg/Kg/ora EV ogni 30-60 minuti

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO SISTEMA SANITARIO REGIONALE	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 22/04/25		Pag. 29 a 48 e allegati

DROPERIDOLO⁽²⁴⁾

INDUZIONE

Bolo^(a)	
dosi medie^(e)	inizio azione
0,625-5 mg EV	3-10 minuti
2,5-5 mg IM	EV/IM

MANTENIMENTO

Infusione Continua^(d)		Bolo Rescue^(c)	
dosi medie^{(e, f), (25)}		dosi medie^(e)	
2,5-10 mg/24h EV		0,625-5 mg EV/IM	
		3-10 minuti EV/IM	

FENTANYL⁽³⁰⁾

DOSE INIZIALE

Bolo^(a)		Bolo refratto (ripetuto)^(b)		Infusione Continua^(d)	
dosi medie^{(e), (31, 32)}	inizio azione	dosi medie^{(e), (31, 32)}	intervallo	dosi medie^{(e), (33)}	dosi medie di incremento^(e)
25-100 mcg SC/EV 0,3-1,5 mcg/Kg	2-5 minuti EV	25-100 mcg SC/EV 0,3-1,5 mcg/Kg	3-5 minuti	1-10 mcg/Kg/ora SC/EV	25-100 mcg SC/EV 0,3-1,5 mcg/Kg

MANTENIMENTO

Infusione Continua^(d)		Bolo ripetuto ad orari fissi		Bolo Rescue^{(c), (31, 32)}	
dosi medie^{(e), (33)}	inizio azione	dosi medie^{(e), (31, 32)}	intervallo	dosi medie^(e)	inizio azione
1-10 mcg/Kg/ora SC/EV		25-100 mcg SC/EV 0,3-1,5 mcg/Kg	2 ore	25-100 mcg SC/EV 0,3-1,5 mcg/Kg	2-5 minuti EV

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 22/04/25	MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	Pag. 30 a 48 e allegati

Note alle tabelle sopra riportate

- (a) Bolo:** Somministrazione di un farmaco per via parenterale in un unico atto che puo essere della durata di qualche secondo o, comunque, di norma non superiore a qualche decina di secondi, in modo da raggiungere una concentrazione efficace
- (b) Boli refratti (ripetuti):** Somministrazione di boli caratterizzata dalla discontinuita temporale (minuti, ore) fino al controllo della sofferenza; nella modalita ad orari fissi il farmaco in bolo viene somministrato nelle 24 ore ad orari definiti dal medico in base alle caratteristiche farmacologiche dalla risposta clinica del paziente (somministrazione ad orari fissi)
- (c) Bolo rescue:** Somministrazione estemporanea di un farmaco ad una dose predefinita per ripristinare il controllo della sofferenza in corso di terapia continua
- (d) Infusione continua:** Somministrazione continuativa di farmaco che andrebbe attuata, ove possibile in base al setting e al grado di urgenza, con un sistema di controllo della velocità di infusione (es. flussimetro, sistemi infusionali a flusso controllato)
- (e) Dosaggi:** I valori riportati come dosi medie sono da intendersi come dosi comunemente somministrate e riportate in letteratura. Le dosi riportate come "minime-massime" non devono intendersi come valori assoluti o range tra valore "minimo e massimo" ma come "dosi medie-minime e dosi medie-massime" desunte dalla letteratura analizzata
- (f) Dati citati** I valori non sono supportati dalla letteratura analizzata ma desunti dalla pratica clinica
- (g) Inizio azione** Inizio dell'azione farmacologica riportata come dato medio dalla letteratura analizzata
- (h) Intervallo** Intervallo temporale fra due somministrazioni successive
- (1) benzodiazepina a rapido effetto e breve emivita:** riguardo al rapporto dose-effetto viene descritta un'ampia variabilita interindividuale e un potenziale rischio di tachifilassi.
- (2) le dosi riportate in tabella sono da ritenersi indicative e, come tali, suscettibili di adeguamenti sul singolo paziente in base alla valutazione continua delle condizioni cliniche; l'adeguamento del dosaggio puo essere effettuato sia incrementando la velocità di infusione sia effettuando uno o piu boli refratti**
- (3) in caso di inefficacia la letteratura riporta le seguenti possibili incrementi di dose:** 50-70% della dose in uso oppure 0,5-2,5 mg/ora ogni 20 minuti
- (4) in mancanza di efficacia, la letteratura suggerisce di incrementare la dose e/o di introdurre un farmaco sintomatico (es. oppiaceo, neurolettico) oppure di valutare l'integrazione nello schema terapeutico di un secondo farmaco ad azione sedativa oppure la sostituzione del midazolam con un altro sedativo, in particolare se la dose di midazolam in infusione continua e ≥ 20 mg/ora.**
- (5) benzodiazepina con inizio di azione terapeutica più lento e con maggiori difficoltà di titolazione nel breve periodo rispetto al midazolam.** La letteratura riporta una buona maneggevolezza nell'utilizzo in boli refratti e una bassa variabilita interindividuale. A differenza del midazolam la letteratura non riporta modalità di induzione con la modalità in "infusione continua". L'equivalenza posologica tra lorazepam e midazolam viene valutata in un rapporto compreso tra 1:1 e 1:2
- (6) riguardo alla somministrazione con la modalità del bolo EV, in scheda tecnica e riportata necessita di infondere lentamente (2 mg/minuto)**
- (7) la modalità in infusione continua (sia nella fase di induzione sia in quella di mantenimento) andrebbe attuata, tenendo conto del setting assistenziale e del livello di urgenza/emergenza nel quale ci si trova ad operare, ove possibile utilizzando sistemi di controllo della velocità di infusione (es. flussimetro, sistemi infusionali a flusso controllato)**
- (8) benzodiazepina a rapido effetto ma a lunga emivita (in relazione alla sintesi di metaboliti attivi):** viene descritta come facilmente titolabile ma con ampia variabilità interindividuale nel rapporto dose-effetto. Risulta stabile in diluizioni di almeno 5 mg/40 ml. Non indicato per via sottocutanea. L'equivalenza posologica tra diazepam e midazolam viene valutata in un rapporto 2,5:1. Sono da evitare set da infusione contenenti PVC
- (9) riguardo alla modalità di somministrazione in bolo EV, in scheda tecnica e riportata la necessità di infondere lentamente il farmaco alla dose/tempo di 5 mg/minuto**
- (10) pur essendo utilizzato nella prassi clinica comune, in letteratura non ne viene descritto l'uso in infusione continua**
- (11) neurolettico fenotiazinico che puo essere utilizzato in aggiunta ad una benzodiazepina per il controllo dell'agitazione psicomotoria/delirium in corso di SP**
- (12) riguardo al bolo EV, in scheda tecnica riportata necessità di infondere lentamente (non specificata velocità)**
- (13) neurolettico fenotiazinico che puo essere utilizzato in integrazione ad una benzodiazepina per il controllo dell'agitazione psicomotoria/delirium in corso di SP**
- (14) riguardo alla somministrazione in bolo EV, in scheda tecnica riportata necessità di infondere "lentamente" (non essendo però specificata con dati numerici la velocità che definisce la "lentezza" rispetto alla velocità "normale")**
- (15) barbiturico a lunga emivita:** nella fase di induzione la modalità di infusione continua non è indicata a causa del rischio di accumulo. La somministrazione SC non è riportata in scheda tecnica; la somministrazione EV a rischio di depressione respiratoria.
- (16) il bolo puo essere incrementato del 10% ove necessario**
- (17) a causa del pH alcalino somministrare in via separata rispetto alla maggior parte dei farmaci di uso comune nelle cure palliative**
- (18) anestetico ad uso endovenoso caratterizzato da un'azione rapida e di breve durata; ha un effetto sedativo sinergico con il midazolam; puo richiedere frequenti rimodulazioni posologiche.** Concentrazione di utilizzo: 4 mg/ml; viene consigliato di sostituire la soluzione ogni 12 ore.
- (19) il bolo va somministrato, di norma, in 30 secondi ed è ripetibile dopo 3 minuti al 50% della dose iniziale**
- (20) sedativo ad uso endovenoso da somministrare con dispositivo infusivo a velocità controllata (e descritta in alcuni casi report la somministrazione sottocutanea).** Le fiale da 100 mcg/ml sono da diluire alla concentrazione di 4-8 mcg/ml. Non è indicata la somministrazione in bolo a causa dei rischi di bradicardia, ipotensione e aritmie. Pur essendo utilizzato nella prassi clinica di Terapia Intensiva anche nella SP, la scheda tecnica non ne riporta attualmente l'indicazione
- (21) neurolettico butirrofenonico da mantenere/aggiungere a benzodiazepina o altro farmaco sedativo in caso di agitazione psicomotoria/delirium o nausea**
- (22) nella scheda tecnica è controindicato l'uso endovenoso a causa del rischio di aritmie ventricolari anche se la letteratura analizzata ne riporta l'utilizzo nella SP; la determina AIFA del 22/11/2018 (GU anno 159, Serie Generale n° 281) ne consente l'uso per via sottocutanea; il dosaggio massimo è riferito a case report**
- (23) il bolo è ripetibile ogni 60 minuti fino ad ottenimento dell' effetto desiderato**
- (24) neurolettico butirrofenonico da mantenere o integrare alla benzodiazepina o ad altro farmaco sedativo in caso di agitazione psicomotoria/delirium o nausea; in scheda tecnica è autorizzato l'uso endovenoso. L'emivita del droperidolo è di 2-3 ore verso le 15-40 ore dell'alooperidolo; inoltre, la dose terapeutica equivalente di droperidolo è circa 2 volte quella dell'alooperidolo**
- (25) le dosi riguardanti la modalità in infusione endovenosa continua fanno riferimento a citazioni aneddotiche in letteratura**
- (26) oppiaceo da mantenere oppure da associare sempre alla benzodiazepina o ad altro farmaco sedativo nella SP. Non esiste una dose tetto predefinita: la dose massima è individualizzata nel singolo paziente in relazione al raggiungimento di un adeguato controllo della sofferenza.**

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 22/04/25	MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	Pag. 31 a 48 e allegati

(27) la dose del bolo varia a seconda che il paziente sia opioid- naive o abbia già in corso una terapia con oppiacei di II o III scalino, secondo la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; nei pazienti già in trattamento con oppiacei la dose del bolo di morfina deve essere proporzionata alla dose impostata sulle 24 ore (10-20%)

(28) deve essere attuato un monitoraggio dell'efficacia della dose somministrata in bolo (unico o refratto) nel periodo immediatamente successivo alla somministrazione (minuti/ore) in quanto il paziente potrebbe avere bisogno di una o più dosi rescue

(29) la dose varia a seconda che il paziente sia opioid- naive o abbia già in corso una terapia con oppiacei di II o III scalino; nei pazienti già in trattamento con oppiacei la dose di morfina deve essere proporzionata al suddetto trattamento facendo riferimento alle tabelle di conversione disponibili in letteratura

(30) oppiaceo da mantenere oppure da associare sempre alla benzodiazepina o ad altro farmaco sedativo nella SP qualora il setting di intervento e la situazione di emergenza/urgenza lo facciano preferibile alla morfina. Non esiste una dose tetto predefinita: la dose massima è individualizzata nel singolo paziente in relazione al raggiungimento del livello di Sedazione in grado di controllare il sintomo refrattario

(31) la dose del bolo varia a seconda che il paziente sia opioid- naive o abbia già in corso una terapia con oppiacei di II o III scalino, secondo la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; nei pazienti già in trattamento con oppiacei la dose del bolo di fentanyl deve essere proporzionata alla dose impostata sulle 24 ore (di norma tra il 10-20%).

(32) deve essere attuato un monitoraggio dell'efficacia della dose in bolo (unico o refratto) nel periodo immediatamente successivo alla somministrazione (minuti/ore) in quanto il paziente potrebbe avere necessità di una o più dosi rescue in caso di mancata risposta terapeutica.

(33) la dose varia a seconda che il paziente sia opioid- naive o abbia già in corso una terapia con oppiacei di II o III scalino; nei pazienti già in trattamento con oppiacei la dose di fentanyl va proporzionata al suddetto trattamento facendo riferimento alle tabelle di conversione disponibili in letteratura.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO Pag. 32 a 48 e allegati
--	---	---

MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICI IN CURE PALLIATIVE PO 07/25 MOCP GESTIONE DELLA TOSSE
--

Premessa

La tosse può avere una funzione benefica in corso di malattia, ma talvolta diventa un sintomo estremamente invalidante soprattutto nelle malattie non eradicabili.

La tosse può essere classificata in

- Acuta < 3 settimane
- Subacuta tra 3 e 8 settimane
- Cronica > 8 settimane
- Tossi con escreato (umida)
- Tossi senza escreato (stizzosa)

Nella valutazione del paziente bisognerà:

- Valutare Intensità (analogo visivo, scala numerica o scala verbale)
- Identificare la causa (neoplasia, flogosi, edema polmonare, asma/broncospasmo, fistola esofago/tracheale, tosse iatrogena come ad esempio nella terapia con ACE inibitori)
- Valutare le caratteristiche della tosse (secca, produttiva)
- Valutare se presente Interferenza con il sonno e le attività quotidiane

Protocolli di trattamento:

- Intervento sulle eventuali cause (scompenso cardiaco, polmonite ecc.)
- Interventi non farmacologici
 - Modulazione della temperatura ambientale e dell'umidità
 - Astensione da sostanze irritanti come per esempio il fumo di sigaretta

Trattamento farmacologico con scopo palliativo

• *Trattamento in relazione alla tipologia di tosse:*

- **Tossi produttiva**
 - Aiutare il paziente a espettorare durante il giorno
 - **Fluidificanti**
 - **Bromexina** o similari per os
 - Bromexina 8 ml x3/die
 - Ambroxolo Sciroppo 5/10 ml x3/die
 - **Ambroxol** o similari per aerosol:
 - Ambroxolo Aerosol 2/3 ml x2/die

Evitare farmaci che sopprimono la tosse (possibile una somministrazione serale per facilitarne il riposo notturno)

• **Pazienti terminali o incapaci di espettorare**

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO Pag. 33 a 48 e allegati
---	--	---

- *sopprimere la tosse (Oppioidi + Scopolamina butilbromuro 20/40 mg per ridurre le secrezioni)*

- **Morfina:**

- Paziente già in trattamento con oppiacei
 - Aggiungere al bed-time, morfina a rilascio immediato in misura di circa 1/6 della dose totale di oppiacei in atto e poi titolare
- Paziente Naïve
 - Morfina a pronto rilascio in misura di 2-3 gtt oggi 4 ore + 4 gtt al bed-time; eventuale rimodulazione in relazione alla risposta
- Trattamento in caso in caso di non risposta a fluidificanti e morfina
 - Gabapentin (dosaggio di partenza 100 mg x 3 e poi rimodulazione)
 - Nei casi più lievi, si può tentare l'uso iniziale di codeina o N-Butilbromuro di Joscina (Buscopan) sia per os che in fiale
 - Nei casi di agitazione può essere utile l'uso di Diazepam gtt

- **Tosse secca**

- Paziente già in terapia con morfina
 - aumento del 25 % del dosaggio di base e successiva rimodulazione
- Paziente già in terapia con altri oppiacei
 - Rotazione vs morfina a dosi equianalgesiche e successiva titolazione (Inserire dosi di morfina a rilascio immediato per os o sc a orari fissi e titolazione)
- Paziente naïve
 - Morfina a rilascio immediato per os a basse dosi ogni 4-6 ore (5 mg per os) e titolazione in base alla risposta.
 - Dosi rescue: 2,5 mg s.c.
 - Ottenuto il controllo del sintomo passare, eventualmente, a morfina a lento rilascio
- Trattamento episodi acuti
 - Morfina a pronto rilascio (1/6 della dose totale giornaliera e se paziente naïve titolazione con morfina gocce 2 -3 gtt
- Trattamento se agitazione
 - aggiungere diazepam 10 gtt
- Paziente non rispondente a Morfina
 - aggiungere Gabapentin (partendo da 100 mg x 3 volte die)

Molti pazienti sono trattati con aloperidolo, questo farmaco può ridurre l'efficacia di alcuni antitussigeni. Considerare questo aspetto in caso di tosse resistente.

*In caso di non adeguato controllo del sintomo valutare **sedazione palliativa**.*

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 Pag. 34 a 48 e allegati
---	---	--

MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICI IN CURE PALLIATIVE

PO 08/25 MOCP GESTIONE DELLE EMOTRASFUSIONI

Introduzione

La trasfusione è uno dei trattamenti che possono essere utilizzati per alleviare i sintomi correlati ad anemia e/o piastrinopenia nelle patologie oncoematologiche o disordini coagulativi nei pazienti in fase avanzata di malattia. Il supporto trasfusionale è uno dei dilemmi con i quali un'équipe assistenziale di cure palliative può confrontarsi e rappresenta non solo un problema clinico, ma anche organizzativo ed etico. L'anemia e la piastrinopenia sono condizioni estremamente frequenti e presenti prevalentemente nei pazienti ematologici. Il paziente ematologico è inoltre "abituato" a considerare la trasfusione come un supporto terapeutico di routine al pari di ogni altra terapia infusionale.

Anemia

L'anemia è la citopenia più frequente, riguardando all'incirca il 70 per cento dei pazienti in cure palliative (in 40 per cento dei casi si tratta di anemia moderata-severa). Le cause di anemizzazione possono essere le più disparate predite ematiche, infiammazione cronica, malnutrizione e infiltrazione midollare neoplastica. I tentativi di correzione dell'anemia devono tenere conto dell'aspettativa di vita del paziente e della sintomatologia ascrivibile all'anemia: va, infatti, tenuto presente che le terapie sostitutive dell'anemia carenziale, quali ferro, folati e vitamina B12, hanno tempi di latenza di almeno 4-6 settimane, mentre l'utilizzo dell'eritropoietina può essere considerato solo in alcune condizioni quali le mielodisplasie o nelle nefropatie croniche, ma non è efficace né raccomandato nei pazienti in fase avanzata di malattia con anemia non associata a chemioterapia. L'interdipendenza tra anemia, fatigues e dispnea non è lineare: mentre la corrispondenza tra valori di emoglobina (Hb) e sintomi è dimostrata per i pazienti in fase precoce di malattia oncologica e che ricevono trattamenti attivi, non si può dire altrettanto per i pazienti a fine vita. Il sollievo da questi sintomi non si ottiene automaticamente con la correzione dell'anemia attraverso la trasfusione: l'anemia è, infatti, presente soltanto in 20 per cento dei pazienti oncologici con dispnea, la fatigues è presente in >80 per cento di coloro che ricevono cure palliative e la dispnea in 70 per cento. La popolazione di pazienti in cure palliative sottoposti a emotrasfusione varia, attualmente, tra 5 e 17,5 per cento. La correzione dell'anemia attraverso la trasfusione consente un rapido aumento dei valori ematici e apporta beneficio sintomatologico in 30-70 per cento dei pazienti a essa sottoposti. Tale beneficio, che non dipende dai valori emoglobinici pretrasfusionali, né dall'età del paziente o dall'intensità dei sintomi pretrasfusionali, compare dopo circa 24-48 ore dalla trasfusione e si mantiene mediamente per 2-3 settimane.

Piastrinopenia

La piastrinopenia in fase avanzata di malattia è dovuta principalmente a insufficienza midollare (incompleta ripresa dopo chemio o radioterapia o infiltrazione neoplastica) e ad alterazioni coagulative (coagulazione intravasale disseminata - CID -, porpora trombotica trombocitopenica, anticorpi antiplastrine per interferenza-deregolazione immunitaria). Una delle più temibili complicanze di un quadro di Piastrinopenia sono i quadri emorragici. Le emorragie, in presenza di piastrinopenia e interferenze coagulative, coinvolgono all'incirca un 10 per cento dei pazienti oncologici in fase avanzata di malattia e rappresentano uno degli eventi con maggiore impatto emotivo su paziente e caregiver, soprattutto nel setting domiciliare: la prevenzione, attuabile anche attraverso la trasfusione di concentrati piastrinici, per valori 10.000/ μ l piastrine (PLT) è argomento molto discusso alla luce dell'equa distribuzione e della disponibilità di emocomponenti. Nel mondo anglosassone le indicazioni sono stringenti e la trasfusione di piastrine è prevista soltanto per sanguinamenti gravi, che creano distress al paziente (per esempio, emorragie delle alte vie aeree).

Trasfusioni in ambito di Palliazione

La terapia di supporto trasfusionale può essere erogata sia a domicilio che in struttura. Il setting residenziale è di certo più agevole per l'équipe. Il setting domiciliare, è considerato sicuro e confortevole per paziente e famiglia ma richiede un maggiore impiego di risorse in termini di personale-tempo-costi. In ambito di Cure

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO Pag. 35 a 48 e allegati
---	--	---

Palliative, proprio per la tipologia di paziente, il ricorso alla terapia di tipo trasfusionale non può seguire le "regole" e le "indicazioni" adottate per i pazienti in fase attiva di malattia.

Le attuali indicazioni al supporto trasfusionale in pazienti in fase attiva di malattia

- Trasfusione di Emazie Filtrate quando valori di Hb prossimi a 8 gr/dl in pazienti non cardiopatici.
- Trasfusione di Emazie Filtrate quando valori di Hb prossimi 9 gr/dl se paziente affetto da patologie di carattere cardiologico non ischemico
- Trasfusione di Emazie Filtrate quando valori di Hb prossimi a 10 gr/dl se paziente con patologia cardiaca ischemica in atto o pregressa
- Trasfusione di PLT se conta delle PLT minore o uguale a 10000/mm³
- Trasfusione di PLT se conta compresa tra le 10000 e le 20000/mm³ se presenza di sintomi emorragici o febbre

Per i pazienti in cure palliative, basandosi esclusivamente su criteri predefiniti, non è necessario procedere a trasfusione tout-court in relazione ai semplici valori Hb o PLT comunemente considerati come cut-off, ma il beneficio clinico per quel paziente in quel determinato momento della storia di malattia. Quindi non esistono linee guida in merito, ma indicazioni-raccomandazioni in merito alla gestione considerando le caratteristiche del paziente, la sua presumibile aspettativa residua di vita, gli eventuali benefici che la pratica trasfusionale può portare alla qualità di vita residua, le sue aspettative e quelle della famiglia.

Raccomandazioni

In caso di pazienti con evidenza di quadro anemico, fermo restando le valutazioni sopra esposte si procederà secondo i seguenti step

• **Pazienti in Simultaneous Care**

- Procedere secondo le attuali linee guida relative ai pazienti in fase attiva di malattia e quindi con i cut-off sopra riportati
- Indagare sideropenia e deficit vitaminici (B12 e folati) e avvio di eventuale supplementazione dei fattori deficitari; valutare funzionalità renale
- Indagare eventuale anemia emolitica con controllo reticolociti, bilirubina totale e frazionata, GOT, GPT, eventualmente con test di coombs diretto e indiretto
- In merito all' uso di Eritropietina limitare l'uso secondo le linee guida e in popolazioni ristrette
 - mielodisplasie, pazienti con insufficienza renale e con dimostrato beneficio, Chemioterapia in atto
- Valutare il paziente per eventuali sanguinamenti in atto
- In caso di piastrinopenia valutare eziologia (tossicità da CHT, piastrinopenia su base autoimmune, infiltrazione midollare, patologie da consumo) e procedere a supporto trasfusionale con Pool di PLT secondo i cut-off indicati per i pazienti in fase attiva

• **Pazienti in Cure Palliative (domiciliare/residenziale)**

- Indagare sideropenia e deficit vitaminici (B12 e folati) e avvio di eventuale supplementazione dei fattori deficitari; valutare funzionalità renale
- Indagare eventuale anemia emolitica con controllo reticolociti, bilirubina totale e frazionata, GOT, GPT, e eventuale supporto con steroidi a dosaggi immunosoppressivo
- In merito all' uso di Eritropoietina limitarne l'uso secondo le linee guida e in popolazioni ristrette
 - mielodisplasie, pazienti con insufficienza renale e con dimostrato beneficio con una prognosi di almeno 4-6 settimane.
- Trasfondere emazie concentrate per valori inferiori ai target comunemente impiegati di 8 g/dl (9-10 g/dl per i pazienti cardiopatici): quando il valore di Hb scende sotto 7 g/dl, considerare la possibilità di trasfusione, al fine di ottenere valori target tra 7 e 9 g/dl. Valutare bene, in relazione

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 22/04/25	MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	Pag. 36 a 48 e allegati

alle condizioni generali del paziente, il numero di sacche da trasfondere per evitare rischi di sovraccarico circolatorio.

- In presenza di anemizzazione causata da sanguinamento cronico (localizzazioni di malattia, lesioni neoplastiche sanguinanti e infiltrazione midollare), utilizzare terapie locali e parenterali (acido tranexamico, vitamina K e octreotide) ed evitare utilizzo di antinfiammatori non steroidei.
- In presenza di piastrinopenia eseguire,
 - ove praticabile, controllo emocromo con processazione dello stesso non appena prelevato per escludere il fenomeno dell'aggregazione delle PLT in vitro (pseudo piastrinopenia)
 - Controllare AP, PTT, fibrinogeno, AT III, per valutare eventuale patologia da consumo (CID). Essendo il paziente in fase avanzata/terminale di malattia evitare l'utilizzo di plasma.
 - Trasfondere PLT (Pool di PLT) soltanto in caso di sanguinamento che provoca discomfort al paziente e che non è gestibile con altri mezzi.

Nei pazienti in terapia anticoagulante o antiaggregante cronica (per cardiopatia valvolare, fibrillazione atriale e pregressi episodi trombotici), in presenza di anemizzazione e/o piastrinopenia, rivalutare settimanalmente l'appropriatezza della terapia in termini di rischio/beneficio, programmando la sospensione se il contributo alle perdite ematiche ne supera il vantaggio clinico profilattico. In particolare sospendere la terapia anticoagulante o antiaggregante (salvo casi eccezionali) se PLT < 5000/mm3.

Sospensione del supporto trasfusionale

Sospendere il supporto trasfusionale, in quanto intervento futile e sproporzionato in caso di:

- Refrattarietà trasfusionale e gravi reazioni trasfusionali
- Assenza di beneficio sui sintomi o procedura troppo gravosa per il paziente
- Prognosi stimata estremamente ridotta (< 2- 3 settimane).

Conclusioni

È sempre opportuno condurre una valutazione individuale che prenda in considerazione preferenze del paziente, parametri clinici, aspetti organizzativi e disponibilità di risorse e metta in campo tutti i possibili correttivi alternativi, al fine di selezionare quella minoranza di pazienti da sottoporre a emotrasfusione: soltanto così il ricorso alla trasfusione di emocomponenti in cure palliative può risultare efficace nel controllo dei sintomi ed eticamente sostenibile.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p> <p>Edizione 1 del 22/04/25</p>	<p>RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE</p> <p>MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Pag. 37 a 48 e allegati</p>
---	---	---

MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICI IN CURE PALLIATIVE

PO 09/25 MOCP GESTIONE DEL LUTTO

Razionale

Nell'ambito delle cure palliative, sarà importante differenziare quelle situazioni in cui il lutto si costituisce come processo che porta gradualmente all'elaborazione della perdita (lutto fisiologico) rispetto a quelle in cui, invece, il processo di elaborazione si blocca e si complica, assumendo le valenze di una condizione clinica complicata.

Scopo e obiettivi

L'assessment nell'ambito della valutazione multidimensionale permetterà allo Psicologo di identificare precocemente quegli individui a rischio di lutto complicato che possono beneficiare di **interventi precoci di supporto psicosociale**, questo con l'obiettivo di ridurre l'impatto di quei fattori di rischio modificabili e di ridurre, conseguentemente, il rischio di insorgenza di complicazioni nel percorso di elaborazione del lutto.

Definizioni

Nella fase successiva al decesso della persona malata, subentra la fase del lutto nel suo senso specifico di riposta alla perdita.

Con il termine "lutto", in psicologia, si indica lo stato d'animo che si vive in seguito alla perdita di una persona cara. Elaborare il lutto è fondamentale per poter riprendere a vivere nuovamente con serenità. Questa fase può essere molto dolorosa ed è solitamente caratterizzata da sentimenti quali tristezza, rabbia, colpa o senso di vuoto. Si tratta comunque di un processo fondamentale per evitare che questa situazione possa trasformarsi in lutto patologico e creare un trauma che si ripresenterà nel futuro, causando la comparsa di diversi disturbi.

Target

Il percorso di cura è rivolto a tutti i familiari e caregivers dei pazienti terminali seguiti dall'equipe di Cure Palliative di questa azienda e da tutti i nodi di cure palliative specialistiche.

Criteri di accesso

Per la UOSD di Cure Palliative: accesso diretto dei familiari di pazienti seguiti dal servizio stesso attraverso il percorso concordato con la UOC di psicologia (slot ambulatoriali riservati).

Per le UCP e gli hospice il percorso è previsto nell'ambito delle cure erogate.

Assistenza al lutto

- Identificare le persone che potrebbero aver bisogno di un aiuto professionale prima della morte del paziente, poiché l'efficacia dei servizi di assistenza post-mortem non è provata.
- Incoraggiare i familiari a cercare aiuto se ne hanno bisogno, fornendo informazioni sui livelli normali e anormali di lutto.
- I fattori che influenzano gli esiti negativi del lutto includono:
 - o perdita di un figlio
 - o perdita del coniuge in giovane età
 - o una storia di precedenti perdite e difficoltà di vita
 - o mancanza di preparazione alla perdita
 - o alti livelli di carico del caregiver prima della morte
 - o alti livelli di angoscia e sintomi depressivi prima della morte
 - o conflitto familiare
 - o disagio finanziario e povertà
 - o livelli di istruzione più bassi
- Esaminare il decesso dal punto di vista della famiglia; se ci sono state difficoltà inaspettate, contattare la famiglia nel periodo successivo al decesso.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO Pag. 38 a 48 e allegati
--	--	---

- Non è raccomandato l'invio di routine per il supporto al lutto.

Processo di elaborazione del lutto

Il "lavoro di risignificazione" che avviene durante l'elaborazione del lutto permette di affrontare i cambiamenti che si presentano a seguito della morte dei propri cari e di accettarne, così, la perdita.

Il percorso di supporto sia individuale sia di gruppo, comprende diverse fasi espresse in alcuni modelli di riferimento che si ispirano ad alcun punti/obiettivi:

- Riconoscere la perdita avvenuta, ovvero prendere atto e comprendere il decesso;
- Reagire alla separazione, ovvero sperimentare il dolore, sentire e accettare tutte le reazioni psicologiche alla perdita, identificare e addolorarsi;
- Recuperare e ri-sperimentare, ovvero riesaminare e ricordare il rapporto con il defunto;
- Rinunciare ai vecchi legami;
- Ri-aggiustare, ovvero risolvere eventuali elementi relazionali rimasti in sospeso;
- Re-investire, ovvero adottare un nuovo modo di stare in relazione.

La durata del percorso è variabile da persona a persona.

Tabelle tratte da Rapporti ISTISAN 24/24 - Manuale di valutazione della comunicazione nelle cure palliative

1. Comunicazione con il paziente negli ultimi giorni di vita
2. Comunicazione con i familiari/caregiver negli ultimi giorni di vita
3. Comunicazione con i familiari/caregiver nel percorso del lutto

SCOOPO: Ai pazienti viene garantita un'attenta gestione dei sintomi, un'informazione adeguata che permetta loro di partecipare ai processi decisionali, tenuto conto dei loro bisogni, emozioni e della loro dignità.	
Criteri	Si
L'operatore:	No
1. Favorisce la consapevolezza del paziente rispetto all'avvicinarsi del decesso.	<input type="checkbox"/>
2. Nell'approssimarsi del decesso utilizza con il paziente una comunicazione aperta e leale.	<input type="checkbox"/>
3. Supporta il paziente nei processi decisionali degli ultimi giorni di vita.	<input type="checkbox"/>
4. Chiede al paziente se desidera dire qualcosa ai familiari/caregiver prima del decesso.	<input type="checkbox"/>
5. Sa riconoscere i principali sintomi legati al fine vita (es. dispnea, agitazione psicomotoria, stato confusionale o soporoso) e ne tiene conto nel mantenere la relazione/comunicazione con il paziente.	<input type="checkbox"/>
6. Accoglie e rispetta il dolore e la sofferenza di cui si lamenta il paziente e adotta strategie comunicative utili ad alleviarlo.	<input type="checkbox"/>
7. Comprende e gestisce eventuali reazioni emotive intense del paziente (es. aggressività, pianto, urla, mutismo).	<input type="checkbox"/>
8. Si accerta che il <i>setting</i> assistenziale sia rispettoso della dignità della persona fino all'ultimo istante di vita.	<input type="checkbox"/>
9. Riconosce e pone grande attenzione al bisogno del paziente di non sentirsi abbandonato.	<input type="checkbox"/>

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

SCOPO: I familiari/caregiver che vivono gli ultimi giorni o le ultime ore della vita del paziente ricevono un supporto adeguato alla loro condizione da parte degli operatori coinvolti nel processo di cura.

Criteri	Si	No
L'operatore:		
1. Informa i familiari/caregiver sulla probabile immediatezza del decesso del congiunto, rispondendo alle domande e chiarendo eventuali dubbi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Informa i familiari/caregiver riguardo al controllo dei sintomi e delle sofferenze del paziente, fornendo il supporto necessario ad affrontare l'esperienza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Invita i familiari/caregiver a non escludere persone con cui il paziente ha la volontà di incontrarsi prima di morire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Informa i familiari/caregiver del fatto che in prossimità della morte la comunicazione con il paziente possa cambiare e ridursi per via dell'aggravamento dei sintomi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Incoraggia i familiari/caregiver a mantenere un contatto verbale e/o fisico con il paziente nel rispetto delle sue condizioni psicofisiche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fornisce suggerimenti utili per ottenere una risposta dal paziente e per rispondergli in modo adeguato alle sue condizioni (es. "Il suo coniuge ha pochissime energie, cerchi perciò di fargli domande che richiedono solo di rispondere Si o No").	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Discute con i familiari/caregiver eventuali paure o aspettative riguardanti il momento della morte (es. "Vorrebbe essere presente al momento della morte del suo coniuge?" o "C'è qualcosa che la preoccupa in particolare?").	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. In presenza dei familiari/caregiver, nelle ultime ore di vita del paziente, è in grado di regolare la sua presenza rispettando sia il bisogno di intimità sia il bisogno di supporto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Permette al familiare/caregiver di restare accanto al paziente al momento del decesso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCOPO: I familiari/caregiver vengono sostenuti prima del decesso, e aiutati a riconciliarsi con la perdita.

Criteri	Si	No
L'operatore:		
1. È formato a comunicare nel momento del decesso anche secondo il modello SPIKES (vedi tabella in Appendice).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si accerta che la comunicazione del decesso avvenga in un ambiente confortevole e riservato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Prima di incontrare i familiari/caregiver per la comunicazione del decesso acquisisce indicazioni sul loro status (grado di parentela, eventuale presenza di bambini, anziani, persone con problemi di salute fisica o psichica).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Comunica il decesso ai familiari/caregiver in presenza, riducendo l'utilizzo del telefono, ai soli casi di effettiva necessità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nel comunicare il decesso usa parole semplici, chiare e dirette, senza lasciare spazio a fraintendimenti o confusione (es. non usare espressioni come "è andato, si è spento, è scomparso, ci ha lasciato, ecc.").	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Al momento della comunicazione del decesso, sa riconoscere reazioni emotive intense e sa gestire le eventuali manifestazioni comportamentali (es. aggressività, malore improvviso, ecc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Subito dopo la comunicazione del decesso lascia un tempo adeguato per consentire ai coniugi di vivere in maniera riservata le proprie emozioni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dopo la comunicazione del decesso, rimane disponibile a fornire informazioni o chiarimenti se richiesti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Consente ai familiari/caregiver di restare accanto al proprio coniuge e di partecipare agli interventi necessari per la composizione della salma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Informa i familiari/caregiver sulle procedure legali/amministrative e sulla gestione degli effetti personali del defunto rispettando il loro dolore e la loro sofferenza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Nei momenti successivi al decesso offre uno spazio di ascolto in cui i familiari/caregiver possono esprimere le loro emozioni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Fornisce supporto a bambini, anziani o persone con disabilità nel percorso del lutto, ponendo attenzione particolare alle loro esigenze emotive e di elaborazione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nel periodo successivo al decesso supporta il caregiver nella riorganizzazione e mobilitazione delle risorse personali.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Informa i familiari/caregiver dell'opportunità di un supporto psicologico e dell'esistenza di gruppi di auto-mutuo aiuto dedicati all'elaborazione del lutto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Si rende disponibile ad un eventuale follow-up con i familiari/caregiver nel periodo successivo al lutto (es. dopo un mese o sei mesi) per valutare se sentano la necessità di ulteriori supporti, come consulenze psicologiche o gruppi di sostegno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 Pag. 40 a 48 e allegati
---	--	--

MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICI IN CURE PALLIATIVE
PO 10/25 MOCP FASI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE E MODELLI DI COMUNICAZIONE

Premessa

Lo sviluppo delle cure palliative e l'omogeneizzazione dei servizi erogati all'interno di un piano di cura personalizzato, richiedono un costante monitoraggio sulla qualità dei servizi offerti e la misurazione degli esiti (outcome) relativi agli interventi forniti al paziente e alla sua famiglia.

Fasi della valutazione

1. identificare precocemente i pazienti con bisogni di CP, nei diversi setting assistenziali;
2. diagnosticare la complessità per individuare il livello assistenziale di CP;
3. eseguire una valutazione multidimensionale (VMD) in diversi setting assistenziali;
4. elaborare un Progetto Individuale di Salute/Piano di Assistenza Individualizzato (PAI);
5. stimare una prognosi di sopravvivenza.

Fase 1

Gli strumenti europei attualmente validati per il riconoscimento dei pazienti con bisogni di cure palliative sono:

- Prognostic Indicator Guidance GSF (PIG-GSF)
- Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPECT TM)
- Radboud Indicators for Palliative Care Need (RADPAC)
- ***Necesidades Palliativas (NECPAL CCOMS-ICO© tool)***

Tra questi quello attualmente in uso presso la RLCP è il NECPAL CCOMS-ICO© tool, uno strumento spagnolo elaborato nel 2013 dal gruppo di lavoro dell'Istituto Catalano di Oncologia. Si tratta di uno strumento di valutazione quali-quantitativo, multifattoriale, non dicotomico. Nel NECPAL la domanda sorprendente costituisce un elemento discriminante per l'identificazione dei pazienti con bisogni di CP, così come la contemporanea positività di altri criteri clinici o di laboratorio, propone quindi dei cut-off di positività rispetto all'identificazione dei pazienti con bisogni di CP. L'obiettivo principale dello strumento quello di supportare i MMG e i clinici non specializzati in CP nella identificazione dei pazienti, non quello di definire i criteri per l'intervento di équipe specialistiche poiché non consente di valutare il livello di complessità dei bisogni.

Anche per la valutazione in pronto soccorso si può ricorrere allo strumento Surprising Question (SQ) "Domanda sorprendente" (già integrata nello strumento NECPAL): basandosi su un'impressione clinica generale e su una soggettività del professionista, permette il riconoscimento di bisogni di CP insoddisfatti.

Fase 2, 3 e 4.

La diagnosi di "complessità" richiede, attraverso una valutazione multidimensionale e multiprofessionale, di identificare una serie di elementi che permettano di classificare in termini di complessità la condizione specifica del paziente. La complessità nelle cure palliative è definita in correlazione a due tipologie di elementi: quelli relativi alla condizione del paziente e della sua famiglia, e quelli relativi agli scenari nei quali si svolge l'intervento, che comprendono i sistemi professionali e sanitari e le comunità.

Lo strumento **IDC-Pal ITA** è uno strumento di valutazione della complessità nei pazienti con malattie in fase avanzata e terminale, sviluppato da un gruppo spagnolo. Serve per individuare il livello di complessità di una situazione clinico-assistenziale e per valutare la necessità di un intervento di un servizio specialistico di cure palliative, valuta la complessità di una situazione clinica e assistenziale considerando vari fattori relativi al paziente, alla famiglia e all'organizzazione sanitaria.

Attualmente in ambito ospedaliero nella ASL di Viterbo è in uso il **Blaylock Risk Assessment Screening Score** (Indice di BRASS), uno strumento di screening che identifica all'ammissione in ospedale, i pazienti a rischio di dimissione difficile che può insieme alla "domanda sorprendente" orientare i medici ospedalieri sulla richiesta

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO Pag. 41 a 48 e allegati
--	--	---

di Cure palliative e fornire altresì al medico palliativista indicazioni utili per identificare il setting di dimissione più appropriato. La procedura in vigore sulla Dimissione orientata è funzionale anche ai percorsi di cure palliative.

La costruzione di un piano di cura ed assistenza individuale in cure palliative non può prescindere da una eccellente valutazione dei bisogni del paziente e dei suoi cari attraverso strumenti validati, affidabili e clinicamente adeguati che consentano un efficace assessment dei bisogni e l'identificazione di obiettivi misurabili da inserire nelle pianificazioni assistenziali.

Nel Regno Unito dal 2013, presso il Cicely Saunders Institute di Londra, è nata la Outcome Assessment and Complexity Collaborative Suite of Measures (OACC), composta da strumenti oggi tradotti e validati in Italiano dalla Fondazione FARO di Torino e liberamente disponibili per l'utilizzo.

La suite di strumenti OACC comprende 3 strumenti principali e 3 strumenti accessori:

- ***Strumenti principali:***

Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS), un PROM che è stato recentemente tradotto e validato in italiano, **Australian Karnofsky Performance Status (AKPS)**, la versione australiana adattata per le CP del KPS (3) e la misura della **Fase di malattia** (Phase of Illness).

La sequenza di implementazione suggerita, sulla base della esperienza clinica di utilizzo, prevede al primo step l'implementazione di due strumenti semplici (AKPS e fase di malattia), compilati dallo staff, che richiedono poca formazione specifica e pochissimo tempo di compilazione (il KPS è già previsto nel modulo unico di richiesta Regionale e nel modulo di richiesta di consulenza). L'obiettivo è di giungere ad una condivisione in équipe della fase di malattia nella quale si trova il malato e del suo livello di performance status.

Il KPS è un indice di valutazione funzionale nato in oncologia per misurare l'autonomia di un malato nella vita di tutti i giorni e la sua necessità di cure e di assistenza. In CP è utilizzato in alcuni score prognostici ed anche per l'allocazione delle cure.

Fase di malattia (Phase of illness) aiuta a capire, a prescindere dalla diagnosi principale o al ruolo delle comorbilità, in quale fase della traiettoria di malattia si trovi il malato. Le fasi identificate sono 5: stabile, instabile, deterioramento, morente e morto. Ciascuna fase ha un inizio ed una fine ed è possibile passare da una fase alla successiva anche più volte nel percorso di malattia, con l'eccezione ovviamente dell'ultima. Lo strumento tiene conto di 3 dimensioni fondamentali in CP: il livello dei problemi (sintomi, sofferenza multidimensionale) del paziente; l'efficacia delle strategie palliative in atto; il coping dei familiari del paziente.

Una volta raggiunto questo obiettivo si dovrebbe introdurre la misura di outcome per eccellenza, l'IPOS, uno strumento di valutazione dei principali bisogni e preoccupazioni dei malati. Esplora e misura i sintomi fisici, gli aspetti psicologici e relazionali, quelli esistenziali, il bisogno di informazione e gli aspetti pratici e sociali. È uno strumento veloce da utilizzare, in grado di dare informazioni clinicamente rilevanti e di evidenziare i cambiamenti nel tempo.

Esiste in una versione compilabile dal paziente ed una versione compilabile dallo staff (da adottarsi a seconda delle condizioni del malato) che possono avere un tempo di recall (cioè a quanto tempo prima della compilazione si riferiscono le domande) di 3 oppure 7 giorni; solitamente nei malati ricoverati si suggerisce la versione a 3 giorni, mentre nei malati ambulatoriali, domiciliari o comunque più stabili si consiglia la versione a 7 giorni. La versione paziente dell'IPOS richiede in media 7-10 minuti per la compilazione nella routine clinica.

Inizia con un campo aperto che consente di identificare quali siano stati i problemi o le preoccupazioni del paziente nel periodo di tempo esplorato. Questa componente qualitativa della valutazione dei bisogni è stata messa all'inizio in IPOS per evitare di influenzare i rispondenti.

Seguono le domande che esplorano i seguenti domini:

- valutazione dei bisogni fisici
- valutazione degli aspetti psicologici, relazionali ed esistenziali-spirituali;
- valutazione del bisogno di condivisione, informazione e gli aspetti pratici e sociali.

- ***Strumenti accessori:***

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 22/04/25	MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	Pag. 42 a 48 e allegati

Views on care è un breve questionario nato al St Christopher Hospice di Londra (5) per misurare l'esperienza dei pazienti che abbiano ricevuto le CP in rapporto alla loro qualità di vita (QdV). Consta di quattro domande. La prima misura la QdV del paziente prima di avere ricevuto le CP, la seconda misura l'evoluzione dei principali problemi o preoccupazioni del malato nel corso dell'ultima settimana, la terza l'impatto che le CP hanno avuto sulla sua QdV e l'ultima chiede di definire la QdV al momento della valutazione. È uno strumento di facile e rapida compilazione da parte del paziente.

Zarit Carer Burden (ZCB) è uno strumento validato, utilizzato soprattutto per ragioni di ricerca, che misura il peso che l'assistenza ad un malato genera sul caregiver. Nella versione originale ha 22 item (6) ed è decisamente poco agevole nella pratica clinica. Il gruppo OACC lo ha validato in una versione a 7 item che si compila in pochi minuti e può essere utilizzato per la pianificazione assistenziale. Consente di definire il livello di sovraccarico del caregiver. questo permette, oltre ad identificare il bisogno di CP del caregiver, di pianificare le cure tenendo conto del luogo di cura.

Indice di Barthel è uno strumento di misura utilizzato in ambiente infermieristico per valutare il grado di dipendenza nelle attività del quotidiano (ADL). Già in uso presso le UVMD della ASL di Viterbo, permette di identificare 5 livelli di dipendenza (totale, severa, moderata, lieve, minima). Viene compilata dal personale infermieristico ed OSS e richiede circa 5 minuti. Risulta utile per pianificare le cure in quanto ci permette di evidenziare le aree di aiuto necessario per il paziente e per il caregiver. Raffina la sensibilità dell'AKPS, in quanto permette per esempio di valutare la perdita di autonomia nel tempo anche all'interno delle singole categorie del Karnofsky. Un esempio può essere quello di un paziente con 40% di AKPS, quindi allettato per più del 50% del tempo, che rimane stabile nelle rivalutazioni, ma che per esempio diventa incontinente, e perde la capacità di mangiare da solo. Questo indica una fase di malattia di deterioramento, di conseguenza la necessità di adattare il PRIS/PAL ai nuovi bisogni.

Nelle normative dei SSR italiani si trovano frequentemente i seguenti criteri, atti al ricovero di un paziente in hospice:

1. presenza di malattie progressive e in fase avanzata, in via prioritaria patologie neoplastiche, a rapida evoluzione e prognosi infastidita, per le quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non sia possibile né appropriata;
2. limitata aspettativa di vita presunta (non superiore ai quattro mesi);
3. performance status secondo la scala di Karnofsky (KPS) uguale o inferiore a 50;
4. impossibilità della famiglia ad assistere il malato a domicilio.

A questi strumenti vanno poi affiancate altre **scale di valutazioni specifiche**, già citate in questo manuale, quali la Scala di valutazione **Edmonton Symptom Assessment System** (ESAS) che è uno strumento di valutazione multidimensionale e continua dei sintomi secondo NRS, può essere effettuata direttamente dal paziente, con l'aiuto di un caregiver, una infermiera o un medico, e ripetuta nel tempo in modo da valutare l'impatto dei trattamenti proposti. Ovviamente si associano le scale di misurazione del dolore come indicate nella PO 3/25.

Altro strumento utilizzabile la **Richmond Agitation-Sedation Scale**, modificata per le Cure Palliative (RASS-PAL) per la gestione del delirium.

Come per ogni paziente fragile è poi necessario valutare il rischio di caduta e il rischio di sviluppare lesioni da pressione.

I test ideali per valutare il rischio di caduta devono essere di semplice esecuzione, di breve durata e ripetibili per consentire il follow-up. Tra questi la **Scala di Conley** in ambito di ospedalizzazione/residenzialità ma più accurati risultano essere la **Berg Balance Scale** (BBS) per la valutazione dell'equilibrio, il **Timed Up and Go** (TUG) per la valutazione della mobilità e la **Tinetti Balance** (equilibrio/mobilità).

Il rischio di caduta è significativo, soprattutto a causa dell'età avanzata dei pazienti, delle condizioni mediche e delle limitazioni di mobilità, è essenziale adottare misure preventive per ridurlo e garantire la sicurezza dei pazienti.

Fattori di rischio:

Fattori intrinseci: Età, condizioni mediche, deterioramento cognitivo, problemi di mobilità, farmaci.

Fattori estrinseci: Ambiente, contenzione

Misure preventive:

Valutazione del rischio: Identificare i fattori di rischio per ogni paziente e personalizzare le misure preventive.

Interventi: rendere sicuro l'ambiente, supporto alla mobilità e utilizzo di ausili, educare i pazienti e i familiari.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO Pag. 43 a 48 e allegati
--	--	---

La **Scala di Braden** e la **Scala di Norton** per la valutazione del rischio di lesioni da pressione, la principale differenza risiede nella valutazione del rischio, la prima si concentra principalmente su sei elementi: la percezione sensoriale, l'umidità, l'attività, la mobilità, la nutrizione e l'attrito e la frizione della pelle, la seconda pone maggiore enfasi sullo stato mentale.

Fase 5

Sono in corso di validazione appositi strumenti di valutazione, quelli attualmente validati consentono un uso limitato in particolari contesti. Tra i diversi strumenti validati in italiano, disponibili in letteratura per la valutazione prognostica, il **Palliative Prognostic Index** (PPI), ha tra gli altri il pregio di porre l'attenzione su elementi prevalentemente clinici piuttosto che strumentali, rendendone semplice e rapida la compilazione da parte dell'équipe di assistenza al malato. Permette di effettuare solo una valutazione prognostica del malato oncologico. Il **Palliative Prognostic Score** (Pap Score) anch'esso nato per l'uso in oncologia è stato testato anche su altre casistiche ma è utilizzabile solo in contesti ospedalieri.

La **scala ECOG** (Eastern Cooperative Oncology Group) (pubblicato da Oken et al. nel 1982), va da 0 a 5, con 0 che indica la salute perfetta e 5 la morte e una scala molto semplice come strumento prognostico.

Qualità percepita

La qualità percepita nelle cure palliative si riferisce a come il paziente e i suoi familiari valutano l'assistenza ricevuta, considerando fattori come l'efficacia nel sollievo del dolore e dei sintomi e l'attenzione alle loro esigenze e preferenze. Per la valutazione della qualità percepita si utilizzerà un questionario che fa riferimento, in versione semplificata, allo strumento FAMCARE2 (Family Satisfaction with the End-of-Life Care-2), dedicato prevalentemente ai familiari (allegato F).

Nel portale della ASL di Viterbo è attiva una sezione per la RLCP, <https://asl.vt.it/rete-locale-di-cure-palliative>, da cui si può scaricare anche la Carta dei servizi (allegato H) e una sezione specifica per le indagini di customer satisfaction, <https://asl.vt.it/questionari-di-gradiamento>, per accedere al questionario di gradimento on line. Presso i nodi della rete sarà possibile trovare il QR code per accedere al questionario on line oppure la versione cartacea dello stesso (in quel caso i dati saranno inseriti nel sistema dagli operatori individuati dalla struttura stessa, per la ASL di Viterbo saranno gestiti dall'infopoint della COT A, in ogni caso il questionario è in forma anonima. Fermo restando che le strutture accreditate potranno procedere anche con le indagini di soddisfazione dei clienti come previsto dalle singole organizzazioni.

Valutare la qualità percepita dalle persone coinvolte nelle cure palliative è un tema molto complesso e delicato, perché avviene in un particolare momento di fragilità nella vita sia del paziente sia del caregiver, la possibilità di poter in qualsiasi momento accedere al questionario in autonomia riteniamo sia un punto di forza in tema di valutazione della qualità.

Documentazione clinica e consenso informato

Il PRIS semplice definito dai medici palliativisti della UOSD di Cure palliative viene declinato all'interno della cartella informatizzata Smart Digital Clinic e i consensi (trattamento dei dati e delle procedure che verranno poste in essere) vengono raccolti secondo quanto già disposto in ambito aziendale. Il PAI viene redatto in accordo con la UVMD per le cure palliative base (ADI) e comprende il consenso al percorso di cura e la scelta della compagine o della struttura residenziale di cura come da modulistica già in uso.

Compete invece alle strutture accreditate la gestione della documentazione clinica nelle cure palliative specialistiche e i consensi richiesti. In ogni caso il medico che avvia un colloquio informativo con il paziente al fine di consentirgli di prendere una decisione consapevole, sulla base dello specifico atto sanitario previsto raccoglie il consenso informato.

A seguire:

Tabelle tratte da Rapporti ISTISAN 24/24 - Manuale di valutazione della comunicazione nelle cure palliative

1. **Riservatezza e autorizzazione a dare informazioni**
2. **Comunicazione dei dati personali**
3. **Comunicazione nelle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT)**

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p> <p>Edizione 1 del 22/04/25</p>	<p>RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE</p> <p>MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Pag. 44 a 48 e allegati</p>
---	---	---

SCOPO: Vengono rispettati i diritti del paziente alla riservatezza delle informazioni che lo riguardano		
Criteri	Si	No
L'operatore:		
1. Si accerta che i dati personali e quelli relativi alla salute del paziente siano corretti, completi ¹ e aggiornati.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Chiede al paziente i nominativi delle persone (es. familiari/caregiver, medico curante, tutore, altri soggetti) a cui poter fornire informazioni riguardanti il suo stato di salute ² .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si accerta che il paziente abbia firmato il modulo in cui sono esplicitati i dati (nomi, cognomi etc.) delle persone a cui i sanitari possono fornire informazioni sul suo stato di salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Individua per i pazienti fragili un familiare/caregiver e/o un'altra figura che possa fornire informazioni sul paziente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verifica se il paziente ha depositato le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e se le stesse contengano la nomina di un fiduciario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Qualora venga invitato dai familiari/caregiver a non comunicare informazioni al paziente circa le sue condizioni di salute, interviene spiegando che lo deve fare per necessità e obbligo di legge a meno che il paziente non desideri essere informato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Garantisce il rispetto del diritto alla riservatezza e alla libera volontà del paziente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Registra in cartella l'avvenuta espressione del consenso al trattamento dei dati.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nel caso in cui il paziente sia un minore o una persona incapace, viene identificato il genitore/ tutore/ curatore/ fiduciario a cui dare le informazioni e a cui chiedere il consenso per conto del paziente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Le informazioni e i dati relativi allo stato di salute del paziente vengono forniti esclusivamente al diretto interessato o a persone da questi autorizzate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Esistono procedure scritte dirette ad assicurare il rispetto della riservatezza durante la trasmissione delle informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nell'effettuazione del trattamento e nel suo monitoraggio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Le procedure di cui al punto precedente sono applicate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCOPO: Il paziente e il familiare/caregiver ricevono informazioni chiare circa le modalità di raccolta e trattamento dei dati personali forniti		
Criteri	Si	No
L'operatore:		
1. Si accerta che il paziente o il tutore abbia firmato o espresso il consenso esplicito al trattamento dei propri dati personali per le finalità richieste dal piano di cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fornisce l'informazione per iscritto o con mezzi elettronici o, se richiesto dall'interessato, oralmente, purché sia comprovata con altri mezzi l'identità dell'interessato stesso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sottopone al paziente il modulo di consenso utilizzato dalla struttura garantendo all'interessato un'adeguata sicurezza nel trattamento dei dati personali, che sono:		
• trattati in modo lecito, corretto e trasparente nei confronti dell'interessato;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• raccolti e registrati per scopi determinati, esplicativi e legittimi;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono raccolti;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• esatti e, se occorre, aggiornati;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• conservati in modo da consentire l'identificazione dell'interessato solo per il periodo di tempo necessario a raggiungere lo scopo della raccolta e del trattamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Informa il paziente o il tutore circa le seguenti informazioni minime:		
• l'identità e i dati di contatto del Titolare del trattamento;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• i dati di contatto del Data Protection Officer (DPO);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• le finalità del trattamento e la base giuridica;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• i destinatari o le categorie di destinatari dei dati personali;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• l'intenzione del Titolare di trasferire i dati raccolti a un paese terzo;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• il periodo di conservazione dei dati personali raccolti;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• i diritti dell'interessato relativamente ai propri dati (accesso, rettifica, cancellazione, portabilità, limitazione del trattamento);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• il diritto per l'interessato di presentare reclamo all'autorità di controllo;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• le conseguenze del mancato conferimento dei dati personali.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si accerta che il paziente o il tutore abbiano ricevuto un'informativa specifica sulla costituzione e alimentazione del Dossier Sanitario Elettronico (ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

SCOPO: Il paziente viene informato che esiste lo strumento delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento per garantire le sue scelte nell'affrontare specifiche situazioni cliniche in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi.		
Criteri	Si	No
L'operatore:		
1. Si accerta che il paziente sappia cosa sono le DAT e che può scegliere un determinato trattamento medico a fronte di una situazione specifica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si accerta che il paziente sia a conoscenza di come rilasciare le sue DAT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Chiede al paziente o al fiduciario se il paziente ha già sottoscritto le DAT e se le ha depositate nel comune di residenza o sottoscritte da un notaio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Spiega chiaramente il significato delle DAT e l'entrata in vigore delle stesse quando la persona non è più in grado di prendere decisioni in modo autonomo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Spiega che, nel momento in cui il paziente non è in grado di prendere decisioni, le DAT rappresentano un vincolo per il sanitario e la struttura a rispettare le sue volontà.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si accerta che il paziente abbia compreso che le DAT non possono riguardare trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Invita il paziente, se non lo ha ancora fatto, a designare una persona di fiducia che possa rappresentarlo nel caso non sia più in grado di prendere decisioni in merito al suo stato di salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. È sempre opportuno che il medico verifichi che le DAT siano coerenti con i desideri dei pazienti.		
9. È in grado di recuperare le informazioni dalla Banca Dati Nazionale delle DAT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Spiega al paziente che, in assenza di sue volontà, le decisioni in merito alla sua salute competono all'équipe medica che dovrà decidere con appropriatezza clinica, insieme al fiduciario e alla famiglia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Modelli di comunicazione

Esistono diversi modelli e protocolli di comunicazione da utilizzare allo scopo di ottimizzare le abilità comunicative legate all'informazione, al supporto e all'incremento della soddisfazione del paziente e della sua famiglia e caregiver nelle diverse fasi della malattia, in particolare nel fine vita (*Rapporti ISTISAN 24/24 - Manuale di valutazione della comunicazione nelle cure palliative*). Tali modelli, che devono considerarsi non esaustivi e devono tener conto delle questioni psico-socio-culturali della persona e della sua famiglia, costituiscono un percorso nel quale il professionista sanitario ha l'opportunità di analizzare le tappe inerenti a una corretta comunicazione che deve essere in grado di:

- dimostrare empatia e interesse utilizzando il linguaggio sia verbale che non verbale;
- ascoltare e rispondere ai bisogni informativi ed emotivi dei pazienti e delle loro famiglie e caregiver;
- proporre alternative e/o soluzioni accettabili e pertinenti che tengano conto del contesto di vita;
- accertarsi che le informazioni siano state correttamente comprese.

Modello A, B, C e D: aspetti di comunicazione che migliorano la dignità dei pazienti affetti da gravi malattie fisiche

A Attitude	Atteggiamento, ovvero l'esame da parte del medico dei propri atteggiamenti e delle proprie convinzioni nei confronti dei pazienti, compreso porre domande su se stessi (es. come mi sentirei nella situazione di questo paziente? il mio atteggiamento nei confronti del paziente potrebbe essere basato su qualcosa che ha a che fare con mie esperienze, ansie o paure?).
B Behavior	Comportamento, riconoscendo che determinati comportamenti di comunicazione (es. contatto; rispetto; sedersi a una distanza comoda per la conversazione, all'altezza degli occhi del paziente; quando possibile, compiere piccoli atti di gentilezza, come portare al paziente un bicchiere d'acqua) aumentano la fiducia e la connessione tra pazienti e loro curanti.
C Compassion	Compassione, riferita a una profonda consapevolezza della sofferenza di un altro unita al desiderio di alleviarla: può essere trasmessa da qualsiasi forma di comunicazione, parlata o non detta, che mostri un certo riconoscimento delle storie umane che accompagnano la malattia.
D Dialogue	Dialogo, come elemento critico della cura che conserva la dignità, deve riconoscere la personalità al di là della malattia stessa e individuare l'impatto emotivo che accompagna la malattia; dovrebbe essere utilizzato anche per far conoscere al professionista sanitario aspetti della vita del paziente che devono essere appresi per offrire la migliore assistenza possibile.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p> <p>Edizione 1 del 22/04/25</p>	<p>RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE</p> <p>MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Pag. 46 a 48 e allegati</p>
---	---	---

Comunicazione secondo il modello SPIKES

Il Protocollo SPIKES SPIKES è un acronimo formato dalle lettere iniziali dei sei passi fondamentali costitutivi dell'intervento, dall'esplorazione delle conoscenze e delle aspettative della persona fino alla comunicazione della verità rispettando il ritmo e la volontà del paziente (Baile et al. SPIKE. Oncologist. 2000;5(4):302-11).	
STEP	Obiettivi
1. SETTING UP – Preparare il contesto	Prepararsi per il colloquio e disporsi per l'ascolto Costruire la relazione Mettere il paziente a proprio agio Come procedere: Predisporsi all'incontro; Prevedere un tempo senza interruzioni; Chiedersi chi dovrebbe essere presente; Sedersi; Mantenere un contatto visivo; Assicurarsi che il paziente sia pronto
2. PERCEPTION – Capire cosa il paziente sa già	Esplorare la conoscenza e l'idea che la persona ha dei suoi disturbi Valutare le discrepanze nell'informazione Comprendere le aspettative e le preoccupazioni del paziente Chiarire le finalità dell'incontro Chiarire chi desidera che sia presente all'incontro Come procedere: Domande aperte o chiuse; Correggere informazioni sbagliate e fraintendimenti; Affrontare aspettative irrealistiche; Definire il proprio ruolo
3. INVITATION – Invitare il paziente a esprimersi sul desiderio di essere informato	Valutare quante informazioni desidera ricevere il paziente e quando comunicarle Riconoscere che il bisogno di informazioni da parte del paziente può cambiare nel tempo
4. KNOWLEDGE – Condividere le informazioni	Informare in modo graduale Preparare il paziente a ricevere la notizia Personalizzare le informazioni, evitare l'utilizzo di termini gergali Valutare l'effetto di ciò che si sta comunicando Verificare che il paziente abbia compreso Valutare la gradualità delle informazioni da dare (non sempre è necessario dire tutto e subito) Affrontare una questione per volta (es. chiarire le implicazioni della diagnosi prima di affrontare gli effetti del trattamento) Incoraggiare e rispondere a tutte le domande su dubbi o paure
5. EMOTIONS – Dare spazio alle emozioni	Facilitare l'espressione delle emozioni Convalidare le reazioni emotive del paziente Riconoscere le proprie reazioni emotive Aiutare il paziente a ripristinare il controllo della situazione Come procedere: Aspettarsi reazioni emotive ed essere pronti ad accoglierle Rispondere in modo empatico alle reazioni emotive, aprendo una dimensione di ascolto e di accettazione, cercando di comprendere il suo punto di vista, i suoi vissuti e valori Evitare risposte inopportune e false rassicurazioni, piuttosto chiarire le ragioni delle sue emozioni e le modalità per affrontare le paure e le preoccupazioni
6. STRATEGY AND SUMMARY – Pianificare e riassumere	Assicurarsi che esista un piano chiaro e condiviso per il futuro Come procedere: Verificare cosa ha compreso; Offrire opzioni di trattamento e informare sulle terapie; Comprendere eventuali ostacoli e preoccupazioni; Esplicitare il proprio ruolo e rendersi disponibile per eventuali chiarimenti; Fornire materiale informativo

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 22/04/25		Pag. 47 a 48 e allegati

Modello PREPARED per discutere prognosi e aspetti del fine vita

P Prepare	Prepararsi per la discussione, quando possibile: <ul style="list-style-type: none"> ▪ valutare la situazione clinica e stimare la prognosi del paziente nonché i trattamenti più appropriati; ▪ riferirsi agli strumenti prognostici e discutere in merito con altri membri del team multidisciplinare; ▪ assicurare la privacy e un tempo specifico per il colloquio senza che ci siano interruzioni; ▪ prepararsi mentalmente al colloquio; negoziare su chi debba essere presente al colloquio.
R Relate	Relazionarsi alla persona: <ul style="list-style-type: none"> ▪ se è il primo incontro, presentarsi, spiegare il proprio ruolo e sviluppare la relazione; ▪ dimostrare empatia, compassione e interessamento durante l'incontro; considerare fattori culturali e contestuali che possono influenzare le necessità della persona; usare appropriatamente il linguaggio corporeo e ascoltare attivamente.
E Elicit	Far emergere le preferenze della persona: <ul style="list-style-type: none"> ▪ chiarire la comprensione della situazione da parte della persona o del suo caregiver e quanti dettagli vogliono avere prima di dare le nuove informazioni mediche; ▪ far emergere gli obiettivi del paziente, i valori e le convinzioni rilevanti per la discussione; ▪ far emergere le priorità di cura del paziente circa gli attuali e i futuri trattamenti; ▪ esplorare le preoccupazioni e le priorità della famiglia, quando necessario; ▪ riassumere le priorità principali del paziente e della famiglia e verificare di averle capite correttamente.
P Provide	Fornire informazioni in maniera personalizzata e adattata ai bisogni individuali sia del paziente sia della famiglia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ chiedere il permesso di discutere quando necessario; ▪ adattare e seguire il ritmo necessario nel dare le informazioni sulla situazione clinica e sulla prognosi in base all'attuale grado di comprensione della situazione da parte del paziente e della famiglia e il loro desiderio di informazione; ▪ usare un linguaggio chiaro, non con gergo medico e comprensibile; ▪ spiegare l'incertezza, i limiti e la non precisa e totale attendibilità delle informazioni quando si tratta di prognosi; ▪ offrire suggerimenti e raccomandazioni per le cure mediche clinicamente appropriati e in linea con le priorità del paziente.
A Acknowledge	Riconoscere emozioni e preoccupazioni: <ul style="list-style-type: none"> ▪ esplorare e riconoscere le paure e le preoccupazioni del paziente e del caregiver e le loro reazioni emozionali durante la discussione; ▪ rispondere al distress del paziente e del caregiver alla discussione, se necessario, e considerare i loro bisogni di ulteriore supporto; ▪ riconoscere le proprie emozioni; è difficile discutere la prognosi e le questioni legate al fine vita.
R Realistic hope	Dev'essere perseguita una speranza realistica (es. una morte serena, il supporto): <ul style="list-style-type: none"> ▪ essere onesti senza essere diretti o dare più dettagli e informazioni di quanto richiesto; ▪ non dare informazioni false o disorientanti per tentare d'influenzare positivamente la speranza del paziente; ▪ rassicurare il paziente che verranno dati tutto il supporto e le cure necessarie per controllare il dolore e altri sintomi; ▪ esplorare e facilitare obiettivi e desideri realistici e modi di coping giorno per giorno, quando necessario.
E Encourage	Incoraggiare domande e ulteriori punti da discutere: <ul style="list-style-type: none"> ▪ incoraggiare domande e chiarificazioni; essere pronti a ripetere le spiegazioni; ▪ verificare che quanto detto sia stato compreso e che le informazioni date siano quelle che la persona voleva sapere; ▪ lasciar aperta la porta ad altri possibili punti da discutere ulteriormente nel futuro.
D Document	Documentare: <ul style="list-style-type: none"> ▪ assistere il paziente a documentare, se lo ritiene, i suoi desideri per gli interventi futuri; ▪ scrivere un riassunto di quanto è stato discusso.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI NELLE CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO Pag. 48 a 48 e allegati
--	--	---

Il metodo della FAMILY CONFERENCE e la gestione del conflitto.

La Family Conference è un incontro istituzionalizzato, all'interno degli spazi di cura, tra paziente, familiari e équipe curante, con l'intento di condividere l'approccio terapeutico e di stabilire gli obiettivi di trattamento in una situazione che necessita di cure palliative. È durante questo colloquio che vengono discussi iter terapeutici e sondate le aspettative e i valori personali che definiscono la qualità di vita del malato. L'utilizzo della Family Conference nel coordinamento intra e extra ospedaliero permette di ottimizzare gli interventi terapeutici in tutti gli ambiti.

I professionisti sanitari e, dal lato opposto, il paziente hanno ruoli definiti nella relazione di cura, la variabile più complessa da decifrare è quella della famiglia. Anch'essa portatrice di bisogni, chiamata a gestire temi e decisioni rispetto ai quali non ha una preparazione specifica e con un vissuto alle spalle spesso complicato da un lungo percorso di malattia del proprio caro, è costretta in una fase critica ad affrontare questioni spesso latenti da tempo, caricandosi di una responsabilità importante, che può generare conflitti. È bene per tanto avere un colloquio conoscitivo con la famiglia anche senza la presenza del paziente. È importante riconoscere i segnali che indicano l'esistenza di un conflitto la cui risoluzione richiede un impegno da parte di tutte le parti coinvolte con soluzioni mediate che siano accettabili per tutti.

Si allega:

- Allegato A Richiesta consulenza/prima visita
- Allegato B Modulo unico Regionale per richiesta ingresso RLCP
- Allegato C NECPAL
- Allegato D BRASS
- Allegato E IDC- PAL ITA
- Allegato F Questionario qualità percepita
- Allegato G Estratto dal Manuale Operativo del Sistema delle Centrali Operative, percorsi di transitional care, in particolare I.O.03/24 Azioni di supporto ai processi valutativi nelle cure palliative
- Allegato H Carta dei servizi della RLCP e modulo accesso alla compilazione on line

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

RICHIESTA DI CONSULENZA PER:

- Medicina Palliativa**
- Cure Palliative precoci e Simultanee**
- Valutazione Percorso Assistenziale (Unità Valutativa Cure Palliative)**

Paziente Sig./ra _____ nato/a il ____/____/____

Residenza _____

Domicilio se diverso dalla residenza _____

Contatti Telefonici _____

Provenienza

- Ospedale, ricoverato presso UO _____
- RSA (specificare) _____
- Proprio Domicilio _____

Presenza Care Giver SI NO

Dati del Care Giver Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela _____ Altro _____

Contatti telefonici del Care Giver _____

Diagnosi Principale: _____

Stato di malattia : Attiva Cronica Progressione Fase avanzata/terminale

Il paziente sta eseguendo trattamento CHT: SI NO

Se si Specificare farmaci utilizzati _____

Sta eseguendo Radioterapia SI NO

Se si sede _____

Il paziente sta eseguendo trattamento Immunoterapia: SI NO

Se si Specificare _____

Altre patologie rilevanti _____

UOSD Cure Palliative
Responsabile Dott. Giovanni Siena

Dolore SI NO Sede _____

Misurazione del Dolore NRS _____ Scala Verbale _____

Segni e Sintomi Principali

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dispnea | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Febbre | <input type="checkbox"/> Tosse |
| <input type="checkbox"/> Disidratazione | <input type="checkbox"/> Stipsi | <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Disfagia |
| <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Vertigini | <input type="checkbox"/> Insomnia | <input type="checkbox"/> Stato ansioso/depressivo |
| <input type="checkbox"/> Confusione | <input type="checkbox"/> Tremori/miocloni | <input type="checkbox"/> Agitazione Psicomotoria | <input type="checkbox"/> Delirium |
| <input type="checkbox"/> Astenia/fatigue | <input type="checkbox"/> Anoressia/cachessia | <input type="checkbox"/> Stato soporoso | |
| <input type="checkbox"/> Versamento pericardico | <input type="checkbox"/> Versamento ascitico | <input type="checkbox"/> Versamento Pleurico | <input type="checkbox"/> Edemi |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | | | |

<input checked="" type="checkbox"/>	GRADO	ECOG
<input type="checkbox"/>	0	Completamente attivo e in grado di eseguire tutte le attività precedenti alla malattia senza limitazioni
<input type="checkbox"/>	1	Limitato nelle attività fisicamente ardue ma in grado di eseguire lavori leggeri e sedentari
<input type="checkbox"/>	2	Capace di provvedere completamente a se stesso, ma incapace di eseguire attività lavorative di qualsiasi grado. In piedi più del 50 % delle ore di veglia
<input type="checkbox"/>	3	Capace di provvedere a se stesso solo limitatamente. Confinato a letto o in poltrona per più del 50% delle ore di veglia
<input type="checkbox"/>	4	Completamente inabile. Non in grado di provvedere a se stesso. Completamente confinato a letto o in poltrona
<input type="checkbox"/>	5	Decesso

<input checked="" type="checkbox"/>	GRADO	Australian modified Karnofsky Performance Status (aKPS)
<input type="checkbox"/>	100%	Non vengono rilevati disturbi e non ci sono segni di malattia. La persona è in grado di svolgere le normali attività e di lavorare
<input type="checkbox"/>	90%	I sintomi sono lievi ed è possibile per il paziente svolgere le normali attività.
<input type="checkbox"/>	80%	Maggiore evidenza dei sintomi della malattia. Il paziente può svolgere attività con difficoltà
<input type="checkbox"/>	70%	La persona malata è in grado di prendersi cura di sé stessa. Non è però in grado di lavorare e svolgere le normali attività.
<input type="checkbox"/>	60%	Il malato è indipendente rispetto ai bisogni personali ma necessita di assistenza occasionale
<input type="checkbox"/>	50%	Si rende necessario un supporto per le normali attività e il paziente richiede frequenti cure mediche.
<input type="checkbox"/>	40%	Il paziente passa a letto un tempo > del 50% della giornata
<input type="checkbox"/>	30%	Il paziente è quasi totalmente allettato
<input type="checkbox"/>	20%	Il paziente è totalmente allettato e necessita di assistenza continua
<input type="checkbox"/>	10%	Paziente in coma. Prossimo al decesso.
<input type="checkbox"/>	0%	Decesso

Data _____/_____/_____

Richiedente _____

Telefono _____

CONSULENZA DI:

- Medicina Palliativa**
- Cure Palliative precoci e Simultanee**
- Valutazione Percorso Assistenziale (Unità Valutativa Cure Palliative)**

Valutazione

ECOG _____

Akps _____

Stima dei Bisogni assistenziali semplici complessi

Presenza di care-giver sì no parziale

Situazione sociale

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> familiari presenti e assenti problematiche sociali | <input type="checkbox"/> familiari parzialmente presenti |
| <input type="checkbox"/> familiari assenti | <input type="checkbox"/> problematiche sociali e/o familiari |
| | <input type="checkbox"/> presenza di minori o disabili nel nucleo familiare |

Note

Percorso Proposto

Terapia Proposta

Data / /

Il Medico Palliativista _____

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE
 (FACSIMILE DELLA SCHEMA 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 <small>(specificare)</small>
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)

	Struttura	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 palliativa?	<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 alzato 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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

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"/> Disfagia	<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"/> Sopore
<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"/>	Stomie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Enterale	SNG <input type="checkbox"/>			
		PEJ <input type="checkbox"/>	Drenaggi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		PEG <input type="checkbox"/>			
Ossigeno terapia		Nessuna <input type="checkbox"/>	Medicazioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		Al bisogno <input type="checkbox"/>	Lesioni da pressione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		Continuativa <input type="checkbox"/>			
Ventilazione meccanica a lungo termine		Nessuna <input type="checkbox"/>	Terapia trasfusionale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		Invasiva <input type="checkbox"/>	Altro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		Non invasiva <input type="checkbox"/>	(specificare)		
		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/dei 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 informarla 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 modelli compilati dal suo medico di fiducia ed anche: direttamente da noi durante la segnalazione e l'accettazione della richiesta, la visita, e talora telefonicamente. Essi vengono raccolti e registrati parzialmente su carta e parzialmente a livello informatico, per le finalità esplicite e legittime connesse all'assistenza richiesta. Ai dati può accedere solo il personale incaricato, nel rispetto delle misure 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 istaurare il rapporto necessario per assistherla.*
- 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 eletro-medicali salvavita (es. ventilatori ed aspiratori) il piano anti black-out prevede inoltre comunicazione nell'Ente erogatore di energia elettrica, dall'ufficio della protezione civile ed al 118. Nel caso di assistiti che necessitano anche di interventi socio-assistenziali (ambito amministrativo sociale) le comunicazioni possono essere necessarie con i servizi sociali del comune o del consorzio dei comuni del distretto. La ASL ed il comune si impegnano a non comunicare o diffondere alcuna informazione che la riguarda a fini diversi da quelli enunciati. Ovviamente rispondiamo alle intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziaria, 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 (artt. 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: 06.68351. I dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), 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. _____

 Viterbo il _____

Firma*

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

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

Il/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;
- ² persona fiduciaria;
- esercente la legale rappresentanza;
- amministratore di sostegno;
- ³ prossimo congiunto;
- persona convivente;
- ⁴ altro

dell'interessato/a⁵ _____
(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.

Viterbo 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 S.V. quale persona di sua fiducia che ne faccia le veci e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie (art. 4 della L. 219/2017).

³ Manca, se non ai soli effetti della legge penale, una chiara e certa individuazione normativa al riguardo; invero solo l'art. 307 del Codice Penale ne dà una definizione, intendendo per prossimi coniugi i seguenti: gli ascendenti, i discendenti, il coniuge, la parte di un'unione civile tra persone dello stesso sesso, i fratelli, le sorelle, gli affini nello stesso grado, gli zii e i nipoti.

⁴ Es. persona responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato, ecc.

⁵ È la persona a cui si riferisce la segnalazione/richiesta di intervento distrettuale.

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE
 (FACSIMILE DELLA SCHEMA 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 <small>(specificare)</small> _____
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)

	Struttura	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 palliativa?	<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 alzato 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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

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"/> Disfagia	<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"/> Sopore
<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"/>	Stomie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		Nessuna <input type="checkbox"/>	Drenaggi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Enterale	SNG <input type="checkbox"/>	Medicazioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		PEJ <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		PEG <input type="checkbox"/>		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	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	Non invasiva <input type="checkbox"/>	(specificare)			
	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/dei 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 informarla 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 modelli compilati dal suo medico di fiducia ed anche: direttamente da noi durante la segnalazione e l'accettazione della richiesta, la visita, e talora telefonicamente. Essi vengono raccolti e registrati parzialmente su carta e parzialmente a livello informatico, per le finalità esplicite e legittime connesse all'assistenza richiesta. Ai dati può accedere solo il personale incaricato, nel rispetto delle misure 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 istaurare il rapporto necessario per assistherla.*
- 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 eletro-medicali salvavita (es. ventilatori ed aspiratori) il piano anti black-out prevede inoltre comunicazione nell'Ente erogatore di energia elettrica, dall'ufficio della protezione civile ed al 118. Nel caso di assistiti che necessitano anche di interventi socio-assistenziali (ambito amministrativo sociale) le comunicazioni possono essere necessarie con i servizi sociali del comune o del consorzio dei comuni del distretto. La ASL ed il comune si impegnano a non comunicare o diffondere alcuna informazione che la riguarda a fini diversi da quelli enunciati. Ovviamente rispondiamo alle intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziaria, 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 (artt. 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: 06.68351. I dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), 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, _____ Firma*

*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;
- ² persona fiduciaria;
- esercente la legale rappresentanza;
- amministratore di sostegno;
- ³ prossimo congiunto;
- persona convivente;
- ⁴ altro

dell'interessato/a⁵ _____
(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, li

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 S.V. quale persona di sua fiducia che ne faccia le veci e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie (art. 4 della L. 219/2017).

³ Manca, se non ai soli effetti della legge penale, una chiara e certa individuazione normativa al riguardo; invero solo l'art. 307 del Codice Penale ne dà una definizione, intendendo per prossimi coniugi i seguenti: gli ascendenti, i discendenti, il coniuge, la parte di un'unione civile tra persone dello stesso sesso, i fratelli, le sorelle, gli affini nello stesso grado, gli zii e i nipoti.

⁴ Es. persona responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato, ecc.

⁵ È la persona a cui si riferisce la segnalazione/richiesta di intervento distrettuale.

NECPAL CCOMS-ICO TOOL

Paziente : _____ Nato il : _____

1. LA DOMANDA SORPRENDENTE - Una domanda intuitiva che considera in modo integrato comorbidità, aspetti sociali e altri fattori.		
Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	NO	si
2. SCELTA/RICHIESTA O BISOGNO ¹ - 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 curativa ?	SI	no
Bisogni : Ritieni che questo paziente richieda in questo momento cure palliative o un trattamento con approccio palliativo?	SI	no
3. INDICATORI CLINICI GENERALI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE - valuta l'eventuale presenza dei seguenti criteri di gravità e fragilità estrema.		
Marcatori Nutrizionali , almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi : Severità : albumina serica < 2,5g/dl non correlato a eventi acuti Progressione : perdita di peso > 10% Percezione clinica di un deterioramento nutrizionale (persistente, intenso/grave, progressivo, irreversibile) non correlato a condizioni concomitanti	SI	no
Marcatori funzionali , almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi : Severità : dipendenza funzionale grave e persistente (Barthel <25, ECOG>2 o Karnofsky <50%) Progressione : perdita di 2 o più funzioni ADL nonostante un adeguato intervento terapeutico Percezione clinica di un deterioramento funzionale (persistente, intenso/grave, progressivo, irreversibile) non legato a condizioni intercorrenti	SI	no
Altri marcatori di severità e fragilità estrema , almeno 2 dei seguenti negli ultimi 6 mesi : Ulcere da decubito croniche (III-IV grado) Infezioni ricorrenti (>1) Stato confusionale acuto (delirium) Disfagia persistente Cadute (>2)	SI	no
Presenza di stress emotivo con sintomi psicologici (persistenti, intensi/grave, progressivi) non correlato a condizioni intercorrenti acute	SI	no
Ulteriori fattori di utilizzo di risorse. Una qualsiasi delle seguenti: 2 o più ricoveri urgenti (non programmati) in ospedale o strutture di cura specializzate per malattie croniche, nell'ultimo anno Necessità di cure complesse/intense continue, sia in un istituto di cura che a domicilio	SI	no
Comorbidità ≥ 2 patologie concomitanti	SI	no
4. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE PER PATOLOGIA - esplora la presenza di criteri oggettivi di prognosi infastidita per le seguenti patologie:		
Cancro (è sufficiente la presenza di un criterio)	SI	no
Diagnosi di neoplasia metastatica (stadio IV, stadio III in alcuni casi : neoplasie polmone, pancreas ed esofago) che presenti scarsa risposta o controindicazione a trattamento specifico, rapida progressione durante il trattamento o metastasi di organi vitali (SNC, fegato, grave disseminazione polmonare) Deterioramento funzionale rilevante (Palliative Performance Status (PPS) <50%) Sintomi disturbanti, persistenti e scarsamente controllati nonostante l'ottimizzazione del trattamento specifico		

¹Nel contesto mediterraneo/latino, dove l'autonomia del malato 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 palliat

MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA (presenza di due o più dei seguenti criteri)	SI	no
<p>Dispnea a riposo o per sforzi minimi tra le riacutizzazioni di malattia</p> <p>Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e tollerato</p> <p>Nel caso si disponga dei test respiratori , criteri di ostruzione severa: FEV1 <30% o criteri di deficit restrittivo severo: CV forzata <40%, DLCO <40%.</p> <p>Nel caso si disponga di emogasanalisi arteriosa : presenza dei criteri per l'ossigenoterapia domiciliare o trattamento già in corso Insufficienza cardiaca sintomatica</p> <p>Ricoveri ospedalieri ricorrenti (>3 in 12 mesi per riacutizzazioni bronchitiche)</p>		
MALATTIE CARDIACHE (presenza di due o più dei seguenti criteri)	SI	no
<p>Insufficienza cardiaca NYHA stadio III o IV, malattia valvolare grave o malattia coronarica non operabile Dispnea a riposo o per sforzi minimi.</p> <p>Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e ben tollerato</p> <p>In caso si disponga di Ecocardiografia: frazione di eiezione gravemente ridotta (< 30%) o ipertensione polmonare severa (Pressione polmonare > 60 mmHg)</p> <p>Insufficienza renale (FG <30%)</p> <p>Ricoveri ospedalieri con sintomi di scompenso cardiaco /cardiopatia ischemica (> 3 nell'ultimo anno)</p>		
MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE (1) Stroke (richiede la presenza di un solo criterio)	SI	no
<p>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</p>		
MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE (2): SLA E MALATTIE DEL MOTONEURONE, SCLEROSI MULTIPLA E PARKINSON (presenza di due o più dei seguenti criteri)	SI	no
<p>Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante terapia ottimale Sintomi complessi e di difficile controllo</p> <p>Disturbi del linguaggio con progressiva difficoltà a comunicare Disfagia progressiva</p> <p>Polmonite da aspirazione ricorrente, dispnea o insufficienza respiratoria</p>		
MALATTIA EPATICA CRONICA GRAVE (richiede la presenza di un solo criterio)	SI	no
<p>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</p> <p>Carcinoma epatocellulare: presente in stadio C o D (Barcellona Clinic Liver Cancer)</p>		
MALATTIA RENALE CRONICA GRAVE (richiede la presenza di un solo criterio)	SI	no
Insufficienza renale grave (FG < 15) in pazienti per i quali il trattamento sostitutivo o il trapianto sono controindicati		
DEMENZA (presenza di due o più dei seguenti criteri)	SI	no
<p>Criteri di gravità: incapacità a vestirsi, lavarsi, o mangiare senza assistenza (GDS/FAST 6c), incontinenza doppia (GDS/FAST 6d-e) o incapacità di comunicare in maniera appropriata , 6 o meno parole intelligibili (GDS/FAST 7)(Global Deterioration Scale/Function Assesment Staging Test)</p> <p>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.</p> <p>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)</p>		

Blaylock Risk Assessment Screeninig (BRASS index) (BLAYLOCK A., CASON C., 1992)

Valutazione del rischio di problemi post-dimissione ospedaliera (allegato 1)

Nome _____

Luogo e data di nascita _____ / _____ / _____

Caregiver _____

Contatti _____

Diagnosi ammissione _____

UO di ammissione _____

Data ammissione _____ / _____ / _____

Data compilazione _____ / _____ / _____

Dimissione

Destinazione e data _____ / _____ / _____

Esiti della valutazione	
Punteggio	Indice di rischio
0 – 10 rischio basso	Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata.
11 – 19 rischio medio	Soggetti a medio rischio di problemi dopo la dimissione: legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione, ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione.
≥ 20 rischio alto	Soggetti ad alto rischio di problemi dopo la dimissione: perché hanno problemi clinici rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni

Indicatore	Items	Valore	
A. Età (una sola opzione)	55 anni o meno	0	
	56 – 64 anni	1	
	65 – 79 anni	2	
	80 anni e più	3	
B. Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione)	Vive col coniuge	0	
	Vive con la famiglia	1	
	Vive da solo con il sostegno della familiare	2	
	Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti	3	
	Vive solo senza alcun sostegno	4	
	Assistenza domiciliare/residenziale	5	
C. Stato funzionale (ogni opzione valutata)	Autonomo (indipendente in ADL e IADL)	0	
	Dipendente in:	Alimentazione/nutrizione	1
		Igiene/abbigliamento	1
		Andare in bagno	1
		Spostamenti/mobilità	1
		Incontinenza intestinale	1
		Incontinenza urinaria	1
		Preparazione del cibo	1
		Responsabilità nell'uso di medicinali	1
		Capacità di gestire il denaro	1

		Fare acquisti	1	
		Utilizzo di mezzi di trasporto	1	
D. Stato cognitivo (ogni opzione valutata) *sfere: spazio, tempo, luogo e sé	Orientato	0		
	Disorientato in alcune sfere * qualche volta	1		
	Disorientato in alcune sfere * sempre	2		
	Disorientato in tutte le sfere * qualche volta	3		
	Disorientato in tutte le sfere * sempre	4		
	Comatoso	5		
E. Modello comportamentale (ogni opzione valutata)	Appropriato	0		
	Wandering (vagabondaggio)	1		
	Agitato	1		
	Confuso	1		
	Altro:	1		
F. Mobilità (una sola opzione)	Deambula	0		
	Deambula con l'aiuto di ausili	1		
	Deambula con assistenza	2		
	Non deambula	3		
G. Deficit sensoriali (una sola opzione)	Nessuno	0		
	Deficit visivi o uditivi	1		
	Deficit visivi e uditivi	2		
H. Numero di ricoveri pregressi/accessi al Pronto Soccorso (una sola opzione)	Nessuno negli ultimi 3 mesi	0		
	Uno negli ultimi 3 mesi	1		
	Due negli ultimi 3 mesi	2		
	Più di due negli ultimi 3 mesi	3		
I. Numero di problemi clinici attivi (una sola opzione)	Tre problemi clinici	0		
	Da tre a cinque problemi clinici	1		
	Più di cinque problemi clinici	2		
J. Numero farmaci assunti (una sola opzione)	Meno di tre farmaci	0		
	Da tre a cinque farmaci	1		
	Più di cinque farmaci	2		
Totale				

Firma compilatore _____

**IDC-Pal ITA: Strumento diagnostico della complessità in Cure Palliative****Paziente****UOSD CURE PALLIATIVE****Nato il**

		Elementi	LC *	✓
1. Dipendenti dal paziente	1.1. Contesto	1.1a Il paziente è un bambino o un adolescente 1.1b Il paziente è un professionista sanitario 1.1c Ruolo socio-familiare svolto dal paziente 1.1d Il paziente ha una disabilità fisica, mentale o sensoriale precedente 1.1e Il paziente ha problemi di dipendenza, recenti e/o in atto 1.1f Disturbi mentali preesistenti	AC C C C C C	
	1.2. Condizione clinica	1.2a Sintomi di difficile controllo 1.2b Sintomi refrattari 1.2c Condizioni di urgenza in paziente oncologico in fase terminale 1.2d Condizione di fine vita (ultimi giorni) di difficile controllo 1.2e Condizioni cliniche secondarie a progressione neoplastica di difficile gestione 1.2f Scompenso acuto in insufficienza d'organo in paziente non oncologico in fase terminale 1.2g Grave disturbo cognitivo 1.2h Improvviso cambiamento del livello di autonomia funzionale 1.2i Esistenza di comorbidità di difficile controllo 1.2j Sindrome cachessia-anoressia grave 1.2k Gestione clinica difficile per scarsa/assente aderenza terapeutica	AC AC AC AC AC C C C C C C	
	1.3. Condizione psico-emotiva	1.3a Il paziente presenta un rischio di suicidio 1.3b Il paziente richiede di accelerare/anticipare il processo di morte 1.3c Il paziente presenta angoscia esistenziale e/o sofferenza spirituale 1.3d Contrasti nella comunicazione tra paziente e famiglia 1.3e Contrasti nella comunicazione tra paziente e equipe terapeutica 1.3f Il paziente presenta gravi e persistenti difficoltà nell'adattamento emotivo	AC AC AC C C C	
	2. Dipendenti dalla famiglia e dall'ambiente	2.a Assenza o insufficienza del supporto familiare e/o del caregiver 2.b Famiglia e/o caregiver non competenti per l'assistenza 2.c Famiglia disfunzionale 2.d Famiglia non più in grado di rispondere ai bisogni del paziente 2.e Problemi relativi al lutto 2.f Limitazioni strutturali dell'ambiente	AC AC AC AC C AC	
	3. Dipendenti dall'organizzazione sanitaria	3.1a Sedazione palliativa di difficile gestione 3.1b Difficile gestione farmacologica 3.1c Difficile gestione degli interventi 3.1d Limiti nella competenza professionale per affrontare la situazione	AC C C C	
	3.1. Sanitari	3.2a Difficoltà nella gestione di tecniche strumentali e/o materiale specifico a domicilio 3.2b Difficoltà nel coordinamento o nella logistica dell'assistenza	C C	
	3.2. Risorse			

* LC → Livello di complessità C: Elemento di Complessità AC: Elemento di Alta Complessità

Situazione: Non complessa Complessa Altamente ComplessaIntervento di risorse avanzate/specialistiche: Sì NO

Data _____

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE

La preghiamo gentilmente di compilare il presente questionario di gradimento, per esprimere il grado di soddisfazione sull'assistenza e i servizi ricevuti.

Grazie per la collaborazione.

Compilatore: caregiver famigliare paziente

Fascia d'età: 18 – 30 31 – 40 41 – 65 oltre 65

Sesso: F M

Assistenza:

cure palliative precoci e simultanee cure palliative domiciliari cure epalliative residenziali – hospice

	RLCP	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Poco soddisfatto	Insoddisfatto	Molto insoddisfatto
1	Cortesia ed efficienza nei primi contatti					
2	Chiarezza e completezza delle informazioni circa l'organizzazione dell'assistenza					
3	Qualità dell'assistenza medica					
4	Qualità dell'assistenza infermieristica					
5	Adeguatezza delle informazioni sanitarie (completezza e chiarezza)					
6	Sostegno da parte del personale nell'affrontare la malattia					
7	Rispetto della riservatezza personale e della dignità del malato e della famiglia					
8	Rispetto delle scelte del malato					
9	Coinvolgimento nel percorso di cura e nelle scelte terapeutiche					
10	Informazioni ricevute su come gestire i sintomi e la terapia					
11	Controllo e gestione dei sintomi nel periodo di assistenza					
12	Tempestività di risposta da parte del servizio					
13	Cortesia e disponibilità all'ascolto del personale di assistenza					
14	Qualità globale dell'assistenza ricevuta					

	Ambulatorio	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Poco soddisfatto	Insoddisfatto	Molto insoddisfatto
1	Aspetti strutturali (comfort e pulizia)					
2	Rispetto orari appuntamenti					
	Cure palliative domiciliari	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Poco soddisfatto	Insoddisfatto	Molto insoddisfatto
1	Rispetto numero di accessi settimanali e orari appuntamenti					
2	Tempestività nella messa a disposizione di farmaci e presidi					
	Hospice residenziale	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Poco soddisfatto	Insoddisfatto	Molto insoddisfatto
1	Aspetti strutturali (comfort e pulizia)					
2	Orario visite					
3	Qualità vitto e flessibilità pasti					
4	Assistenza nelle attività quotidiana (igiene, mobilizzazione)					

Suggerimenti / Osservazioni

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	MANUALE OPERATIVO SISTEMA CENTRALI OPERATIVE ASL VITERBO PERCORSI TRANSITIONAL CARE	 REGIONE LAZIO
---	--	---

ASL VITERBO
MANUALE OPERATIVO SISTEMA CENTRALI OPERATIVE
PERCORSI DI TRANSITIONAL CARE
M.O.T.C. III° Sezione
CASO D'USO: IL RUOLO DELLE COT NELLE RETE DELLE CURE PALLIATIVE
I.O. 04/24 – PROCESSI VALUTATIVI NELL'AMBITO DELLE CURE PALLIATIVE

Redatta da Gruppo di lavoro come da Deliberazione del Commissario Straordinario N° 256/24 UOSD Terapia del dolore e cure palliative: Dr. Giovanni Siena, Dr. Morucci Marco
Verificata da Direttori UOC distretto A, B, C
<i>Le seguenti procedure operative vengono condivise e sperimentate per poi essere inserite nel MANUALE OPERATIVO SISTEMA CENTRALI OPERATIVE e formalizzate con apposita deliberazione.</i>

Obiettivo:

Il documento si prefigge di concretizzare le azioni già indicate nelle deliberazioni del Commissario Straordinario n. 581/2024 Attivazione Centrali Operative Territoriali e n. 256/2024 Approvazione del documento "Sistema Centrali Operative: articolazione, funzioni e linee operative".

Razionale:

I dati di letteratura sono concordi nel definire che la prevalenza di pazienti con bisogni di cure palliative, nella popolazione dei paesi ad elevato sviluppo economico, è pari a 1-1.4%.

La Legge n.38/2010 definisce principi e norme volte a garantire un'assistenza qualificata e appropriata ai pazienti che necessitano di cure palliative ed ha individuato il modello "a rete" come il modello organizzativo capace di rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia.

Il DCA n.360/2016 individua i nodi della rete (Ospedale, Distretto, Hospice, Unità di Cure Palliative domiciliari di base e specialistiche, RSA o altra struttura residenziale, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e l'Ente locale del relativo territorio).

Le procedure di accreditamento in corso per la rete delle cure palliative vedono la necessità di procedere con la messa a regime dei processi di valutazione e presa in carico sia per le cure simultanee che per le cure palliative.

Obiettivo:

- Supportare le UVO/UVMD nei processi valutativi al fine di ridurre i tempi di attesa per la presa in carico nei setting individuati per la dimissione a causa di valutazioni incongrue o incomplete
- Garantire la presa in carico per gli assistiti che necessitano di simultaneous care e cure palliative con l'accesso al nodo della rete appropriato in base alla complessità clinico assistenziale e la stima di terminalità, nonché tenendo in considerazione il supporto familiare e la rete sociale disponibile
- Favorire in ogni caso il domicilio come primo luogo di cura

Target:

L'intervento si rivolge:

- ai pazienti ricoverati che necessitano interventi di simultaneous care o di palliative care in dimissione
- gli assistiti che necessitano interventi di simultaneous care o di palliative care in dimissione in ambito territoriale

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

DESCRIZIONE DEL PERCORSO IN AMBITO OSPEDALIERO

UUOO (tutti i PO della rete)	<p>Il medico della UUOO che riscontra nell'ambito del percorso clinico assistenziale di un paziente condizioni tali da necessitare un percorso di dimissione concordato con la rete delle cure palliative a garanzia della continuità assistenziale ospedale – territorio dovrà compilare la richiesta corredata dalla scheda di Brass, compilata dal personale infermieristico.</p> <p>La richiesta andrà formulata in tempo utile, come previsto dal percorso di dimissione orientata, per consentire al medico palliativista di poter effettuare una consulenza in presenza o in teleconsulto prima della dimissione.</p> <p>Prima di attivare il percorso andrà richiesto il consenso all'assistito o al caregiver di riferimento.</p> <p>La richiesta così formulata andrà inviata a richiesta.coa@asl.vt.it.</p> <p>In caso di necessità si potrà richiedere</p> <ul style="list-style-type: none">- il supporto del TOH per la gestione della segnalazione,- l'intervento dell'assistente sociale per una valutazione relativa all'ambito di vita e della rete di supporto.
COT A	Alla ricezione della richiesta verifica la correttezza dei dati e la completezza delle informazioni e verifica ulteriori dati della persona per cui è richiesta l'intervento sulla piattaforma in uso (presenza di altri percorsi aperti). Invia la richiesta arricchita da altre informazioni utili alla segreteria della UOSD di Cure palliative.
UOSD CURE PALLIATIVE	Accoglie la richiesta ed organizza eventuale consulenza in presenza o in altra modalità (teleconsulto con il medico di reparto gestore del caso). Definisce il livello assistenziale necessario per la persona: <ul style="list-style-type: none">- presa in carico alla dimissione da parte della UOSD stessa- richiesta per hospice domiciliare- richiesta per hospice residenziale- invio ad altro setting assistenziale. In ogni caso assicura un intervento ponte di concerto con le UCA in attesa che venga attivata la risposta definitiva e raccoglie la scelta della struttura da parte dell'assistito (allegato C) se la destinazione è l'hospice. La UOSD a tale scopo sarà abilitata al Cliges al fine di avere evidenza delle liste d'attesa ed in seguito alla piattaforma Transitional Care regionale quando questa sarà completamente funzionante. Se non presente valutazione sociale e se ritenuta necessaria alla gestione del caso potrà eventualmente richiederla a serviziocial.belcolle@asl.vt.it . Da restituzione della valutazione effettuata alla COT A, richiedendo se necessario l'attivazione delle UCA, e alla UUOO richiedente concordando la data di dimissione.
COT A	Se necessario attiva intervento UCA. Qualora il setting indicato sia diverso la COT A attiva il percorso successivo di rivalutazione. In ogni caso aggiorna la COT D di riferimento sull'esito della pratica.
UUOO	Si rende disponibile per fornire eventuali informazioni integrative al medico palliativista, concordando con lo stesso tempi e modi di dimissione.
COT D	Tiene traccia del percorso del proprio assistito qualora fosse necessaria una rivalutazione della UVMD o un'integrazione a sostegno della UCP di base (ADI o intervento prestazionale). Nel caso dei PO periferici di Tarquinia e Civita Castellana supporta il TOH nelle segnalazioni.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

DESCRIZIONE DEL PERCORSO IN AMBITO TERRITORIALE

MMG	Il medico che riscontra nell'ambito del percorso clinico assistenziale di un assistito condizioni tali da necessitare un percorso di presa in carico da parte dei servizi della ASL procede con la compilazione del modulo unico completando la sezione con la proposta di setting secondo lui più appropriata. La richiesta andrà compilata in tutte le sue parti, incluso il consenso alla valutazione da parte del servizio, al primo contatto telefonico e alla gestione dei dati. Va poi inviata alla mail richiesta.coa@asl.vt.it o in alternativa potrà essere consegnata al PUA di riferimento da parte di un famigliare.
PUA	Il PUA che intercetta eventuali richieste si assicura che le stesse siano complete in ogni parte ed eventualmente chiede integrazioni al MMG inviante. Può procedere con la compilazione della scheda di Brass tramite intervista telefonica. Inoltra poi la richiesta alla COT A (richieste.coa@asl.vt.it).
COT A	Alla ricezione della richiesta verifica la correttezza dei dati e la completezza delle informazioni e verifica ulteriori dati della persona per cui è richiesta l'intervento sulla piattaforma in uso (presenza di altri percorsi aperti). Contatta il caregiver di riferimento o l'assistito è compila tramite intervista telefonica la scheda di BRASS se non già allegata alla richiesta. Invia la richiesta corredata dalla BRASS e arricchita da altre informazioni utili alla segreteria della UOSD di Cure palliative.
UOSD CURE PALLIATIVE	Accoglie la richiesta ed organizza eventuale visita a domicilio o in altra modalità (televisita, teleconsulto con il medico, attivazione delle UCA). Se necessario richiede valutazione sociale facendo riferimento alla COT D. Definisce il livello assistenziale necessario per la persona: <ul style="list-style-type: none">- presa in carico da parte della UOSD stessa- richiesta per hospice domiciliare- richiesta per hospice residenziale- invio ad altro setting assistenziale. In ogni caso assicura un intervento ponte di concerto con le UCA in attesa che venga attivata la risposta definitiva e raccoglie la scelta della struttura da parte dell'assistito se la destinazione finale è l'hospice. La UOSD a tale scopo sarà abilitata al Cliges al fine di avere evidenza delle liste d'attesa ed in seguito ad altra piattaforma regionale quando questa sarà completamente funzionante. Da restituzione della valutazione effettuata alla COT A e al MMG richiedente, richiedendo se necessario l'attivazione delle UCA.
COT A	Se necessario attiva intervento UCA. Qualora il setting indicato sia diverso la COT A attiva il percorso successivo di rivalutazione. In ogni caso aggiorna la COT D di riferimento sull'esito della pratica.
COT D	Tiene traccia del percorso del proprio assistito qualora fosse necessaria una rivalutazione della UVMD o un'integrazione a sostegno della UCP di base (ADI o intervento prestazionale). Nel caso dei PO periferici di Tarquinia e Civita Castellana supporta il TOH nelle segnalazioni.

GESTIONE SEGNALAZIONI PER HOSPICE RESIDENZIALE O DOMICILIARE

In attesa della messa a regime della piattaforma regionale di transitional care verrà utilizzato il sistema CLIGES e quindi le pratiche verranno gestite dalla COT A.

In entrambi i casi la UOSD di cure palliative procederà come segnalante e la COT A come gestore della pratica.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

LA CARTA DEI SERVIZI DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE

La Carta dei Servizi nell'ambito della Rete Locale di Cure Palliative è uno strumento completo di informazione dei servizi offerti, affinché l'utente ed i suoi familiari possano conoscere le modalità per accedervi.

Lo scopo principale è quello di garantire agli utenti il pieno rispetto dei loro diritti e, in quanto pazienti, la massima dignità.

Essere informato correttamente, permette al cittadino una scelta consapevole.

In questa ottica la Carta dei Servizi **rappresenta uno degli strumenti** per affermare **la centralità del cittadino** nel Sistema Socio Sanitario, nella massima trasparenza verso l'utente.

LA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE (RLCP)

La rete locale di cure palliative offre una serie di servizi rivolti a pazienti affetti da malattie inguaribili in fase avanzata che vanno dalle attività ambulatoriali rivolte a pazienti in fase avanzata di malattia ma ancora in grado di accedere alla struttura ospedaliera a forme di assistenza domiciliare o in strutture residenziali.

Il personale che opera nei diversi setting di cura è costituito da medici, psicologi, infermieri e operatori socio-sanitari con consolidata esperienza pluriennale nel campo delle cure palliative e che per tale ambito sono coinvolti annualmente in uno specifico piano di formazione. Le figure del fisioterapista, nutrizionista, dietista e assistente sociale sono assicurate dai Servizi presenti nell’Azienda e attivabili in funzione del Piano di Assistenza Individuale.

QUANDO E COME ACCEDERE ALL’ASSISTENZA DI CURE PALLIATIVE

Quando una malattia diventa “inguaribile” il controllo dei sintomi e il mantenimento della miglior qualità di vita possibile diventano gli obiettivi principali delle cure.

Le cure palliative si pongono questi obiettivi, attraverso un programma assistenziale che si sviluppa prima in un ambiente ambulatoriale per essere poi portato al domicilio del malato. Perché ciò sia possibile è indispensabile che il malato desideri effettivamente essere curato a domicilio e che sia presente un solido nucleo familiare che possa garantire un accudimento continuativo della persona malata.

Per i pazienti con situazioni cliniche e socio-assistenziali più complesse viene offerta la possibilità di assistenza presso le strutture residenziali di Hospice.

In ogni setting il servizio è comunque erogato da operatori esperti in stretta collaborazione con i familiari.

I CRITERI DI ACCESSO

L’assistenza domiciliare di cure palliative e il ricovero in Hospice vengono erogate in modo totalmente gratuito a malati oncologici e non-oncologici non più suscettibili di trattamenti attivi volti alla guarigione della malattia e che, per questo motivo, si trovano ad affrontare le ultime fasi della propria vita.

I criteri clinici di inguaribilità adottati sono quelli definiti da linee guida e raccomandazioni nazionali e internazionali. Per accedere al servizio di cure domiciliari o residenziali è necessario che ci sia una richiesta da parte del Medico di Medicina Generale o dello Specialista che ha in cura la persona.

La domanda verrà presa in carico dall'Unità valutativa di cure palliative che, confrontandosi con il malato, la famiglia e il Medico di Medicina Generale stabilirà il percorso di cure più appropriato alle esigenze della persona.

Qualora il malato sia già in cura presso il centro ambulatoriale di cure palliative saranno i medici del centro ad attivare le cure domiciliari o residenziali.

A seguito dell'attivazione la persona viene inserita in lista d'attesa, ma in ogni caso nel periodo che intercorre tra la segnalazione e l'effettiva attivazione del servizio la Rete locale di cure palliative assicurano in ogni caso il supporto e le cure palliative essenziali.

L'Équipe di Cure Palliative fornisce un programma di presa in carico globale in cui il medico palliativista è responsabile del piano di cure che viene pianificato e concordato, ove necessario, con il Medico di Medicina Generale e lo specialista della patologia cronica.

LA CONDIVISIONE DEL PERCORSO DI CURE

Il primo colloquio con il malato e la sua famiglia o con la persona che il malato individua come suo caregiver di riferimento è un momento prezioso e fondamentale per iniziare a lavorare su obiettivi condivisi.

Concordare obiettivi e piano di cura permette al malato di percepirti all'interno di un percorso di cura unico, pone le basi per una migliore accettazione della malattia e aiuta le persone a non sentirsi abbandonate al termine della propria vita.

Gli operatori delle équipe di cure palliative sono sempre disponibili a confrontarsi con il paziente e i familiari autorizzati attraverso consenso scritto del paziente relativamente allo sviluppo del percorso di assistenza domiciliare.

Il piano di cura riguarda non solo la persona malata ma anche la sua famiglia e si estende ad uno spazio dedicato all'elaborazione dell'esperienza di malattia e di perdita.

L'equipe di cure palliative ha il compito di tenere sotto controllo il dolore e i sintomi quali la dispnea, i disturbi del sonno, la nausea, il vomito e i disturbi intestinali, gli stati di ansia e agitazione e ogni altro malessere e disagio, sia fisico che psichico, causati dal progredire della malattia, dando sostegno al suo nucleo familiare.

L'ORGANIZZAZIONE DELLE CURE AMBULATORIALI

L'accesso all'ambulatorio di cure palliative avviene tramite una prima visita prenotata al CUP o tramite richiesta di consulenza se la persona è ricoverata.

Da quel momento il piano di cura viene concordato e gestito direttamente con l'Equipe della UOSD di cure palliative che programmerà visite di controllo programmate (a domicilio o in ambulatorio), attività di teleassistenza e telemedicina e interventi di supporto (trattamenti farmacologici). L'equipe si potrà avvalere di altri servizi presenti in azienda quali l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e le Unità di Continuità Assistenziale (UCA). La progressione delle condizioni di salute della persona determinerà il passaggio ai setting di cura successivi.

L'ORGANIZZAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI PALLIATIVE SPECIALISTICHE

Ad ogni malato viene assegnato un medico e un infermiere che elaborano un Piano Assistenziale Individuale e attuano il programma di cure più appropriate in funzione dei bisogni del paziente. Altre figure professionali vengono attivate secondo il piano assistenziale individuale. Il momento centrale dell'assistenza è rappresentato dalle visite domiciliari programmate dall'equipe sulla base alle condizioni cliniche del paziente e in funzione dei suoi bisogni. Al di fuori delle attività programmate, è previsto un Servizio di pronta disponibilità H24, medica e infermieristica, per urgenze non altrimenti trattabili. È prevista la fornitura del materiale sanitario necessario alla gestione clinica e la consegna diretta o la prescrizione dei farmaci.

L'ORGANIZZAZIONE DELLE CURE IN HOSPICE

L'Hospice è una struttura residenziale che garantisce un'offerta socio-sanitaria con bassa tecnologia, ma con elevata intensità assistenziale e competenza specifica. Esso si propone come alternativa all'abitazione della persona ogni qualvolta vi siano situazioni non più gestibili a domicilio.

La qualità degli spazi progettati facilita il benessere ambientale e psicologico e favorisce la presenza dei familiari a fianco della persona malata.

DIRITTI DEI PAZIENTI E DEI FAMIGLIARI

Eguaglianza dei diritti dei cittadini

Ognuno ha il diritto di ricevere le cure mediche più appropriate senza discriminazioni di sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche e condizioni sociali.

Imparzialità nell'erogazione del servizio

Verso gli utenti si assume un comportamento obiettivo, imparziale, neutrale.

Continuità nell'erogazione dell'assistenza

I servizi sono erogati con continuità, regolarità e senza interruzioni e con la maggior possibile integrazione fra i livelli ed i percorsi di assistenza e cura centrati sul cittadino/utente.

Diritto di scelta e consenso informato del cittadino

Il cittadino può scegliere la struttura sanitaria che ritiene possa rispondere meglio alle proprie esigenze senza ricevere alcuna pressione al riguardo. La persona, prima di essere sottoposta a procedure mediche o a terapie, ha il diritto di ricevere le notizie necessarie ad esprimere un consenso per una scelta consapevole.

Partecipazione e informazione del cittadino

Diritto del cittadino a partecipare al proprio progetto di cura, ottenendo dalla struttura sanitaria le informazioni relative alle prestazioni erogate e alle modalità di accesso ad esse, e ricevendo comunicazioni complete e comprensibili circa la diagnosi, la cura e la prognosi della sua malattia.

Efficienza ed efficacia del servizio pubblico

Il servizio pubblico deve essere erogato in modo da garantire un ottimale rapporto tra risorse impegnate, attività svolte e risultati.

Rispetto e personalizzazione della cura dei diritti, delle volontà, delle convinzioni.

Ogni persona assistita ha diritto al riconoscimento della sua specificità e a trattamenti differenziati e ha diritto a curarsi senza alterare, oltre il necessario, le proprie abitudini di vita.

Riservatezza delle informazioni

Sono informazioni che riguardano il proprio stato di salute e ogni altra notizia personale siano sottoposte al vincolo della riservatezza secondo la normativa vigente sulla privacy.

La persona e la sua famiglia in qualità di assistiti hanno il dovere

di mantenere un atteggiamento responsabile e corretto verso gli altri, il personale, gli ambienti e le attrezzature. Rispettare il lavoro e la professionalità degli operatori sanitari diviene condizione indispensabile per attuare un corretto programma terapeutico e assistenziale.

Attraverso uno specifico questionario di soddisfazione Le chiederemo di fornirci indicazioni per un miglioramento del Servizio ricevuto.

Il questionario di soddisfazione, compilabile direttamente on line accedendo alla pagina portale della Asl di Viterbo, all'indirizzo **www.asl.vt.it**, nella sezione dedicata della home page “Questionari di gradimento” sarà anonimo e i dati verranno raccolti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Con cadenza periodica i risultati dei questionari di soddisfazione vengono analizzati per verificare la necessità di impostare programmi di miglioramento.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), inoltre, riceve e prende in carico ogni suggerimento o richiesta di miglioramento del servizio, nonché le segnalazioni e i reclami di insoddisfazione che richiedono in modo esplicito o implicito una risposta.

Il modulo per la segnalazione è scaricabile sul portale aziendale **www.asl.vt.it**, nella pagina dedicata “Urp”.

Sedi e Contatti

UOSD CURE PALLIATIVE - Ospedale Santa Rosa – Viterbo

Cure palliative e simultanee (attività programmate in ambulatoriale, a domicilio e in telemedicina, attività di consulenza, unità valutativa di cure palliative)

Centralino 0761 3391

Visita la pagina web: www.asl.vt.it/terapia-del-dolore-e-cure-palliative

CASA DI CURA VILLA ROSA - Provincia italiana Suore Ospedaliere

del Sacro Cuore di Gesù

Hospice Nostra Madre (residenziale e domiciliare)

Viale Francesco Baracca, 21 - 01100 Viterbo

Centralino 0761 33781

Visita la pagina web: www.viterbo.ospedaliere.it/servizi-per-il-paziente/hospice/

Carta dei Servizi: www.viterbo.ospedaliere.it/ufficio-relazioni-con-il-pubblico-urp/

CASA DI CURA NEPI - Gruppo San Raffaele

Hospice – Centro per le cure palliative (residenziale e domiciliare)

Via Cassia Bis Km 37, 01036 Località Umiltà, Nepi VT

Centralino: 0761 5289 Email: info@casadicuranepi.it

Visita la pagina web: www.sanraffaele.it/servizi/hospice-casa-di-cura-nepi/

Carta dei Servizi:

www.sanraffaele.it/wp-content/uploads/2023/11/Nepi_carta_servizi_nov-2023.pdf

CASA DI CURA NUOVA SANTA TERESA - Gruppo Ro. Ri. srl

Hospice Residenziale e Domiciliare

Strada Prov.le Tuscanese, snc 01100 – Viterbo

Centralino 0761 2391 Email: info@nuovasantateresa.it

Visita la pagina web: www.casadicuranuovasantateresa.it/hospice/

Carta dei Servizi:

www.casadicuranuovasantateresa.it/wpcontent/uploads/2023/09/Carta-dei-servizi

**La presente Carta dei Servizi è disponibile sul sito internet
della Asl di Viterbo www.asl.vt.it**



Asl Viterbo social



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
VITERBO



REGIONE
LAZIO

Rete locale di cure palliative Questionario di gradimento

Caro cittadino assistito,

L'Azienda sanitaria locale della provincia di Viterbo è costantemente impegnata a migliorare la qualità dei servizi offerti.

La Sua opinione è per noi molto importante. La invitiamo a partecipare, in **forma anonima**, a un breve questionario di gradimento circa il servizio erogato presso la **Rete locale di cure palliative**.

Le Sue risposte ci aiuteranno a comprendere meglio le esigenze degli utenti e a migliorare l'efficacia e l'efficienza del nostro operato.

La ringraziamo sin da ora per il tempo che vorrà dedicare e per il prezioso contributo alla crescita del nostro servizio.

Per compilare il questionario, basta **visitare il portale della Asl** di Viterbo, all'indirizzo www.asl.vt.it, nella sezione dedicata della home page **“Questionari di gradimento”** (bottone tematico verde)

Oppure basta **inquadrare** con la fotocamera del tuo smartphone il **seguente QR Code**.

È possibile accedere al QR Code **senza installare alcuna applicazione**.



Inquadra il QR Code