

Regione
Lombardia**STRUMENTO DI SCREENING DEL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE (S-BCP)**

COGNOME E NOME PAZIENTE _____ CODICE FISCALE _____

IL PAZIENTE SI TROVA ☐ A DOMICILIO ☐ IN OSPEDALE ☐ IN RSA/RSD ☐ ALTRO SETTING (specificare) _____**PATOLOGIA PREVALENTE**
☐ NEOPLASIA ☐ CARDIOPATIA ☐ EPATOPATIA ☐ NEFROPATIA ☐ DEMENZA ☐ STROKE NEUROLOGICO
☐ NEURODEGENERATIVA ☐ PNEUMOPATIA ☐ ALTRA/E CONDIZIONE PATOLOGICA (specificare): _____
1. DOMANDA SORPRENDENTE**SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?****NO****SI***Nota: continuare la compilazione indipendentemente dalla risposta positiva o negativa alla Domanda Sorprendente***2. CRITERI GENERALI DI GRAVITÀ E INSTABILITÀ DEL QUADRO CLINICO***Nota: la risposta positiva ad almeno uno dei seguenti elementi indirizza l'identificazione del Bisogno di Cure Palliative (BCP)*

DEFICIT NUTRIZIONALE NEGLI ULTIMI 6 MESI - deterioramento nutrizionale persistente, intenso/grave, progressivo, irreversibile e/o perdita di peso >10% non correlati a condizioni concomitanti	SI	NO
DEFICIT FUNZIONALE NEGLI ULTIMI 6 MESI - deterioramento funzionale persistente, grave, progressivo, irreversibile non legato a condizioni intercorrenti (es: scala Barthel < 25, scala ECOG >2, KPS o PPS <50%, perdita ≥2 ADL)	SI	NO
CRITERI DI AGGRAVAMENTO GENERALE NEGLI ULTIMI 6 MESI - lesioni da pressione III-IV stadio, cadute a terra, infezioni ricorrenti, disfagia persistente - sintomi psicofisici persistenti, gravi e progressivi non correlati a condizioni intercorrenti acute (es.: dispnea, dolore, disturbi gastroenterici, stato confusionale acuto, disturbi del sonno, astenia, ansia/distress)	SI	NO
FATTORI CORRELATI A UTILIZZO DI RISORSE - ≥2 ricoveri ospedalieri non programmati/urgenti nell'ultimo anno - necessità di cure complesse in regime di ricovero o a domicilio - fragilità del contesto socio-familiare ed economico	SI	NO
PATOLOGIE CONCOMITANTI - ≥2 comorbidità clinicamente rilevanti	SI	NO

3. CRITERI SPECIFICI DI PATOLOGIA*La risposta positiva ad uno o più dei seguenti criteri indirizza l'identificazione di un BCP. Compilare solo il Box della Patologia Prevalente***3.1 PATOLOGIA ONCOLOGICA**

☐	neoplasia in fase avanzata o metastatica
☐	scarsa risposta, controindicazione o rifiuto della persona malata al trattamento oncologico
☐	paziente oncoematologico: malattia a esordio prognosticamente sfavorevole, malattia refrattaria a linee avanzate di trattamento, progressione nonostante trapianto, citopenie refrattarie a terapia di supporto trasfusionale

3.2 PATOLOGIA CARDIACA

☐	insufficienza cardiaca NYHA stadio III o IV, malattia valvolare grave non operabile, malattia coronarica non rivascolarizzabile
☐	>3 ricoveri ospedalieri nell'ultimo anno con sintomi di scompenso cardiaco /cardiopatia ischemica
☐	dispnea a riposo e/o per sforzi minimi
☐	frequenti interventi appropriati di defibrillatore cardiaco impiantabile
☐	assenza di indicazione, fallimento o rifiuto della persona malata al trapianto cardiaco

3.3 PATOLOGIA EPATICA

☐	cirrosi avanzata con una o più delle seguenti complicanze: ascite refrattaria, sindrome epatorenale, encefalopatia epatica, emorragia digestiva
☐	assenza di indicazione, fallimento o rifiuto della persona malata al trapianto/TIPS

3.4 PATOLOGIA RENALE

☐	insufficienza renale stadio IV o V in paziente non candidabile o che rifiuti trapianto/dialisi
☐	sospensione o riduzione della dialisi su base volontaria del paziente o per scelta clinica
☐	grave deterioramento cognitivo non reversibile
☐	scarsa tolleranza al trattamento dialitico su base emodinamica o per instabilità clinica o neuropsichica
☐	patologia concomitante a prognosi infausta (es.: neoplastica, vascolare, respiratoria, cardiologica, neurologica, psichiatrica)

3.5 STROKE NEUROLOGICO	
☐	in fase acuta e subacuta (< 3 mesi): stato vegetativo persistente o di minima coscienza >3 giorni
☐	in fase cronica (> 3 mesi): complicanze mediche ripetute (es. polmonite ab ingestis), pielonefriti, febbre ricorrente
☐	demenza severa post stroke

3.6 PATOLOGIA NEURODEGENERATIVA (es. SLA, SM, Parkinson)	
☐	progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva nonostante terapia ottimale
☐	disturbi del linguaggio con progressiva difficoltà a comunicare
☐	disfagia progressiva
☐	infezioni ricorrenti (es.: polmonite ab ingestis)
☐	dispnea o insufficienza respiratoria
☐	volontà espresse dal malato di rifiuto di SNG/PEG, ventilazione non invasiva/invasiva

3.7 DEMENZA	
☐	incapacità a vestirsi, lavarsi o mangiare senza assistenza
☐	disfagia o rifiuto del cibo in pazienti che non riceveranno nutrizione artificiale
☐	incontinenza doppia
☐	incapacità di comunicare in maniera appropriata
☐	>3 ospedalizzazioni in un anno per acuzie (es., polmoniti ab ingestis, pielonefriti, sepsi)

3.8 PATOLOGIA RESPIRATORIA	
☐	dispnea a riposo/sforzi minimi intercorrenti tra le riacutizzazioni
☐	insufficienza cardiaca sintomatica concomitante
☐	almeno 3 ricoveri per riacutizzazione in ultimi 12 mesi
☐	dipendenza da ossigenoterapia long-term
☐	Insufficienza cardiaca sintomatica concomitante
☐	test respiratori indicativi per ostruzione severa (FEV1 <30%) o deficit restrittivo (CVF <40%, DLCO <40%)
☐	assenza di indicazione, fallimento o rifiuto della persona malata al trapianto polmonare

3.9 MISCELLANEA DI ALTRE CONDIZIONI PATOLOGICHE CHE INDICANO UN BISOGNO DI CURE PALLIATIVE	
Si riportano di seguito una serie di condizioni patologiche acute/subacute che possono determinare un BCP: - ischemie, occlusioni, fistole, perforazioni intestinali non trattabili chirurgicamente - ischemie critiche/gangrene non operabili per rischio/appropriatezza o rifiuto del malato - insufficienza multiorgano - sepsi complicate (es.: recidivanti, da germi multiresistenti), shock settico refrattario con insufficienza multiorgano - acuzie refrattarie ai trattamenti in paziente fragile/complesso - epilessie multifarmaco-resistenti - fragilità multifattoriale di grado severo (es.: marasma senile) - politraumi/traumi cranici - altro (specificare: _____)	
☐	Condizione patologica grave e non suscettibile di terapia medica e/o chirurgica

4. PROGNOSI PRESUNTA				
☐ inferiore a 1 mese	☐ tra 1 e 3 mesi	☐ tra 3 e 6 mesi	☐ tra 6 e 12 mesi	☐ non stimabile
Se indicata la prognosi, pur non rappresentando un dato scientificamente certo, può basarsi su:				
☐ valutaz clinica	☐ scala PIP	☐ scala PPI	☐ scala PPS	☐ scala PaP score
☐ scala PIPS score	☐ altro (specificare _____)			

5. LA VISIONE DEL PERCORSO CLINICO-ASSISTENZIALE E LE SCELTE				
1	IN QUALITA' DI PROFESSIONISTA SANITARIO ritengo appropriata la segnalazione per un Percorso di Cure Palliative in quanto il paziente è affetto da malattia inguaribile in progressione	SI	NO	
2	IL PAZIENTE concorda sulla segnalazione per un Percorso di Cure Palliative ?	SI	NO	N.R.*
* N.R. – Non Rilevabile perché _____				
3	IL CAREGIVER FAMILIARE/NON FAMILIARE DI RIFERIMENTO concorda sulla segnalazione per un Percorso di Cure Palliative ?	SI	NO	
Note: a) nel caso di 3 risposte positive il sanitario invia la presente Scheda "S-BCP" insieme alla Scheda " Modulo di Segnalazione (MS-CP) " alla Rete Locale di Cure Palliative; b) nel caso di sola risposta negativa da parte del caregiver il sanitario invia entrambe le Schede alla Rete Locale di Cure Palliative per una successiva valutazione Specialistica sulla opportunità della presa in carico del paziente				

MEDICO: ☐ MMG/MAP ☐ Medico ospedaliero ☐ Medico RSA/RSD ☐ Medico AREU ☐ Medico 116/117

INFERMIERE: ☐ Ospedale ☐ RSA/RSD ☐ IFeC ☐ C-Dom (ADI) ☐ Casa Comunità ☐ Altro (specificare) _____

ALTRO PROFESSIONISTA ☐ specificare: _____

Data ____/____/____ Cognome/Nome compilatore _____ Firma _____