

**Fondazione Don Stefano Palla ONLUS**24014 Piazza Brembana (BG) - Via Monte Sole, 2 – Tel. 0345/82.434 –
Fax. 0345/82.268 – P.IVA 02221610161 – www.donpalla.org**STRUMENTO DI VALUTAZIONE DEL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE (BCP)
PER L'IDENTIFICAZIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE IN FASE AVANZATA
CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE
Sub allegato E DGR n. XI/1046/201**

QUADRO CLINICO GENERALE: GRAVITA', STABILITÀ E INSTABILITÀ		
MALNUTRIZIONE E/O DENUTRIZIONE Marcatori Nutrizionali, almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi: <ul style="list-style-type: none"> • Severità: albumina serica < 2,5g/dl non correlato a eventi acuti • Progressione: perdita di peso > 10% • Percezione clinica di un deterioramento nutrizionale (persistente, intenso/grave, progressivo, irreversibile) non correlato a condizioni concomitanti 	SÌ	NO
MARCATORI FUNZIONALI , almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi: <ul style="list-style-type: none"> • Severità: dipendenza funzionale grave e persistente (Barthel <25, ECOG>2 o Karnofsky<50%) • Progressione: perdita di 2 o più funzioni ADL nonostante un adeguato intervento Terapeutico • Percezione clinica di un deterioramento funzionale (persistente intenso/grave, progressivo, irreversibile) non legato a condizioni intercorrenti 	SÌ	NO
ALTRI MARCATORI DI SEVERITÀ E FRAGILITÀ ESTREMA , almeno 2 dei seguenti negli ultimi 6 mesi : <ul style="list-style-type: none"> • Ulcere da decubito croniche (III-IV grado) • Infezioni ricorrenti (>1) • Stato confusionale acuto (delirium) • Disfagia persistente • Cadute (>2) • Disturbi del sonno • Dispnea • Dolore • Disturbi gastroenterici • Astenia 	SÌ	NO
STRESS EMOTIVO con sintomi psicologici (persistenti, intensi/grave, progressivi) non correlato a condizioni intercorrenti acute	SÌ	NO
ULTERIORI FATTORI DI UTILIZZO DI RISORSE. Una qualsiasi delle seguenti: <ul style="list-style-type: none"> • 2 o più ricoveri urgenti (non programmati) in ospedale o strutture di cura specializzate per malattie croniche, nell'ultimo anno • Necessità di cure complesse/intense continue, sia in un istituto di cura che al domicilio 	SÌ	NO
CONTESTO SOCIALE DIFFICILE	SÌ	NO
COMORBIDITÀ ≥ 2 patologie concomitanti	SÌ	NO

Cognome e nome assistito

Data.....Compilante (qualifica)..... Firma:.....

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO ONCOLOGICO			
1. DOMANDA SORPRENDETE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	NO	SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	SÌ	NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	SÌ	NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI NEOPLASIA (presenza di UNO o più dei seguenti criteri)			
<ul style="list-style-type: none"> Diagnosi di neoplasia metastatica (stadio IV, stadio III in alcuni casi: neoplasie polmone, pancreas ed esofago) che presenti scarsa risposta o controindicazione a trattamento specifico, rapida progressione durante il trattamento o metastasi in organi vitali (SNC, fegato, grave disseminazione polmonare) 	SÌ	NO	
<ul style="list-style-type: none"> Deterioramento funzionale rilevante (Palliative Performance Status (PPS) <50%) 	SÌ	NO	
<ul style="list-style-type: none"> Sintomi disturbanti, persistenti e scarsamente controllati nonostante l'ottimizzazione del trattamento specifico 	SÌ	NO	
4. PROGnosi STIMATA	<30 giorni	<3 mesi	>3 mesi

Cognome e nome assistito

Data.....Compilante (qualifica)..... Firma:.....

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CON MALATTIA RESPIRATORIA CRONICA OSTRUTTIVA			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	NO	SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	SÌ	NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	SÌ	NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA (presenza di due o più dei seguenti criteri)			
• Dispnea a riposo o per sforzi minimi tra le riacutizzazioni di malattia	SÌ	NO	
• Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e tollerato	SÌ	NO	
• Nel caso si disponga dei test respiratori , criteri di ostruzione severa: FEV1 <30% o criteri di deficit restrittivo severo: CV forzata <40%, DLCO <40%.	SÌ	NO	
• Nel caso si disponga di emogasanalisi arteriosa : presenza dei criteri per l'ossigenoterapia domiciliare o trattamento già in corso	SÌ	NO	
• Insufficienza cardiaca sintomatica	SÌ	NO	
• Ricoveri ospedalieri ricorrenti (>3 in 12 mesi per riacutizzazioni bronchitiche)	SÌ	NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<30 giorni	<3 mesi	>3 mesi

Cognome e nome assistito

Data.....Compilante (qualifica)..... Firma:.....

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CARDIOLOGICO			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	NO	SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	SÌ	NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	SÌ	NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIE CARDIACHE (presenza di DUE o più dei seguenti criteri)			
• Insufficienza cardiaca NYHA stadio III o IV, malattia valvolare grave o malattia coronarica non operabile	SÌ	NO	
• Dispnea a riposo o per sforzi minimi.	SÌ	NO	
• Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e bentollerato	SÌ	NO	
• In caso si disponga di Ecocardiografia: frazione di eiezione gravemente ridotta (< 30%) o ipertensione polmonare severa (Pressione polmonare > 60 mmHg)	SÌ	NO	
• Insufficienza renale (FG <30%)	SÌ	NO	
• Ricoveri ospedalieri con sintomi di scompenso cardiaco /cardiopatia ischemica (>3nell'ultimo anno)	SÌ	NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<30 giorni	<3 mesi	>3 mesi

Cognome e nome assistito

Data.....Compilante (qualifica)..... Firma:.....

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO COLPITO DA STROKE			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	NO	SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	SÌ	NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	SÌ	NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE STROKE (presenza di UNO o più dei seguenti criteri)			
• Durante la fase acuta e subacuta (< 3 mesi post-stroke) : stato vegetativo persistente o di minima coscienza > 3 giorni	SÌ	NO	
• 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 7 giorni di terapia)	SÌ	NO	
• Antibioticoterapia per più di 7 giorni, lesioni da decubito persistenti in stadio III-IV o demenza severa post-stroke	SÌ	NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<30 giorni	<3 mesi	>3 mesi

Cognome e nome assistito

Data.....Compilante (qualifica)..... Firma:.....

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO NEUROLOGICO CRONICO			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	NO	SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	SÌ	NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	SÌ	NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: SNG/PEG/PEJ	SÌ	NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: VENTILAZIONE NON INVASIVA	SÌ	NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: VENTILAZIONE INVASIVA/TRACHEO	SÌ	NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE: SLA E MALATTIE DEL MOTONEURONE, SCLEROSI MULTIPLA E PARKINSON (presenza di due o più dei seguenti criteri)			
• Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante terapia ottimale	SÌ	NO	
• Sintomi complessi e di difficile controllo	SÌ	NO	
• Disturbi del linguaggio con progressiva difficoltà a comunicare	SÌ	NO	
• Disfagia progressiva	SÌ	NO	
• Polmonite da aspirazione ricorrente, dispnea o insufficienza respiratoria	SÌ	NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<30 giorni	<3 mesi	>3 mesi

Cognome e nome assistito

Data.....Compilante (qualifica)..... Firma:.....

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO EPATOPATICO CRONICO GRAVE			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	NO	SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	SÌ	NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	SÌ	NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA EPATICA CRONICA GRAVE (richiede la presenza di UNO o più criteri)			
<ul style="list-style-type: none"> Cirrosi avanzata Child C (determinato in assenza di complicanze o dopo trattamento ottimale), MELD-Na score > 30 o con una o più delle seguenti complicanze: ascite refrattaria, sindrome epatorenale o emorragia digestiva alta da ipertensione portale con fallimento del trattamento farmacologico ed endoscopico e assenza di indicazioni per trapianto o TIPS 	SÌ	NO	
<ul style="list-style-type: none"> Carcinoma epatocellulare: presente in stadio C o D (Barcellona Clinic Liver Cancer) 	SÌ	NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<30 giorni	<3 mesi	>3 mesi

Cognome e nome assistito

Data.....Compilante (qualifica)..... Firma:.....

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO NEFROPATICO CRONICO GRAVE			
1. DOMANDA SORPRENDEnte			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	NO	Sì	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	Sì	NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DAL PAZIENTE E DAL CARE-GIVER/FAMIGLIARI: PROSECUZIONE DIALISI	Sì	NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	Sì	NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA RENALE CRONICA GRAVE (richiede la presenza di un solo criterio)			
<ul style="list-style-type: none"> Insufficienza renale grave (FG < 15) in pazienti per i quali il trattamento sostitutivo o il trapianto sono controindicati 	Sì	NO	
4. PROGNOsi STIMATA	<30 giorni	<3 mesi	>3 mesi

Cognome e nome assistito

Data.....Compilante (qualifica)..... Firma:.....

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CON DEMENZA			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	NO	Sì	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	Sì	NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	Sì	NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DEMENZA (presenza di DUE o PIU' dei seguenti criteri)			
<ul style="list-style-type: none"> • Criteri di gravità: incapacità a vestirsi, lavarsi, o mangiare senza assistenza (GDS/FAST 6c), incontinenza doppia (GDS/FAST 6d-e) o incapacità di comunicare in maniera appropriata , 6 o meno parole intelligibili (GDS/FAST 7) (Global Deterioration Scale/Function Assesment Staging Test) 	Sì	NO	
<ul style="list-style-type: none"> • 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 pazientiche non riceveranno nutrizione enterale o parenterale. 	Sì	NO	
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizzo di Risorse: ricoveri ripetuti (> 3 in 12 mesi, per processi intercorrenti: polmonite da aspirazione, pielonefrite, 	Sì	NO	
<ul style="list-style-type: none"> • Settlicemia, etc. (che causino deterioramento funzionale e/o cognitivo) 	Sì	NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<30 giorni	<3 mesi	>3 mesi

Cognome e nome assistito

Data.....Compilante (qualifica)..... Firma:.....