ATS
Data: 03/04/2017 14:31:44, NP/2017/0030185

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Sanluri

Direzione Area Socio Sanitaria Locale

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP/2017/30185 del 03/04/2017 ore 14.31
Mittente : ASSL Sanluri DIREZIONE ASSL
Assegnatario : ATS - DIREZIONE AZIENDALE
Classifica : 1.2.1. Fascicolo : 62 del 2017

Al Direttore Generale
dell'Azienda per la Tutela della Salute
Via Cattalochino, 11 .
07100 SASSARI

Oggetto: Progetto potenziamento cure domiciliari integrate – DGR 10/22 del 21.02.2017.

Con riferimento alla nota del Direttore del Servizio Promozione Reti di Cura dell'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e Assistenza Sociale, prot. n. 6583 del 07.03.201725, si trasmette in allegato il progetto di potenziamento delle cure domiciliari integrate di cui alla D.G.R. n. 10/22 del 21.02.2017.

Distinti saluti.

Il Direttore dell'Area Socio Sanitaria Locale
Dr. Antonio Onnis

Il Resp. Cure Domiciliari Integrate: Dr.ssa S. Cadoni
Il Direttore del Distretto di Guspini: Dr. A. Casadio
Il Direttore del Distretto di Sanluri: Dr.ssa A. Melis

www.atssardegna.it
www.aslsanluri.it

Direzione Area Socio Sanitaria Locale
via Ungaretti, 9
09025 Sanluri
Tel. 070 9384335
asl6sanluri@pec.it

Segreteria Direzione
Via Ungaretti, 9
09025 Sanluri
Tel. 070 9384324 - 325 - 335
segreteria.direzione@aslsanluri.it

ASLSanluri

PROGETTO DI POTENZIAMENTO DELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE DI 3 LIVELLO E PALLIATIVE ANNO 2017 (DGR 10/22 del 21/02/2017)

PREMESSA

Le Cure Domiciliari Integrate (CDI) comprendono interventi di assistenza sanitaria e sociale che prevedono trattamenti medici, infermieristici, farmacologici, riabilitativi ed abilitativo-educativi prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di "fragilità", con patologie in atto o esiti delle stesse, finalizzati a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Il Servizio di Cure Domiciliari Integrate (C.D.I.), già attivo nella nostra ASL da Maggio 2000, ha avuto negli anni un progressivo sviluppo con un aumento del numero di assistiti (95 Pz. nel 2001;1016 nel 2016). Nello specifico nell'anno 2016, per i 1016 pazienti inseriti in CDI sono stati predisposti 1.192 Piani Assistenziali, determinando così 1.192 **Casi Trattati** (casi trattati = n. Piani Assistenziali derivanti da Valutazione Multidimensionale).

Sin da Febbraio 2008 tutte le segnalazioni di bisogni complessi provenienti dagli utenti, dai Medici di Medicina Generale, dai Servizi Sociali Comunali, dall'Ospedale, passano attraverso i Punti Unici d'Accesso (PUA) dei Distretti Socio Sanitari di Guspini e Sanluri.

La segnalazione viene poi inviata alla Unità di Valutazione Territoriale (UVT), per la valutazione multidimensionale (attraverso l'utilizzo delle Scale di valutazione e delle professionalità presenti) e la definizione del Percorso Assistenziale più appropriato con definizione del Progetto Personalizzato. Nei casi di Progetti personalizzati a pazienti ultrasessantacinquenni portatori di bisogno complesso, alla redazione del Progetto dovrà partecipare personalmente l'Assistente Sociale del Comune di residenza al fine di predisporre interventi integrati.

Sulla base del Progetto personalizzato elaborato dall'UVT, l'Unità Operativa Distrettuale CDI in collaborazione con i Servizi Sociali Comunali, realizza il Piano Attuativo Interventi Integrato (PAI); esso contiene la tipologia degli interventi (sanitari erogati dall'ATS e socio assistenziali erogati dai Comuni), la loro durata, la durata del Piano, il profilo di cura e gli obiettivi.

In caso di bisogno urgente viene allertata l'Unità Operativa Distrettuale Cure Domiciliari (UOD), per la valutazione e la definizione di un Piano Assistenziale provvisorio degli Interventi che viene poi inviato alla UVT e sostituito successivamente dal PAI definitivo.

Ciascun Distretto ha una sua Unità Operativa distrettuale costituita da un Medico di Distretto, un Coordinatore Infermieristico e un Assistente amministrativo; le due UOD operano con obiettivi comuni e utilizzando strumenti e strategie condivise in spazi dedicati alla pianificazione e alla programmazione delle attività del Servizio (incontri d'équipe mensili).

Dal 2016 si è data attuazione al Progetto di potenziamento delle Cure Domiciliari. Nello specifico sono state inserite figure professionali con formazione specifica nel settore: 1 Psicologo-Psicoterapeuta, 1 Psiconcologo, 1 Assistente Sociale, tre Infermieri professionali, 2 Oncologi, 1 Fisiatra, 1 Geriatra, 1 Ematologo, 1 anestesista. Questo ha permesso: il miglioramento di alcune criticità come la scarsa integrazione con i Servizi Sociali Comunali, la riduzione dei ricoveri inappropriati, la riduzione del carico emotivo e assistenziale dei familiari derivante dal vissuto psicologico della malattia, l'incremento dell'offerta assistenziale e il monitoraggio delle prestazioni soprattutto per le aree critiche .

In particolare la presenza costante dello Psicologo all'interno dell'Equipe Cure Domiciliari e al PUA ha permesso di migliorare e qualificare maggiormente il processo di presa in carico e della valutazione multidimensionale. L'attivazione della presa in carico per la gestione del vissuto di malattia e del lutto può avvenire con modalità e tempi diversi: durante la valutazione al PUA, durante l'UVT o nel periodo di presa in carico in Cure Domiciliari Integrate, su richiesta del paziente e di un suo familiare, su richiesta del MMG o del Servizio Sociale comunale; gli interventi vengono definiti in base al contratto terapeutico iniziale e possono effettuarsi a cadenza settimanale o quindicinale, si svolgono prevalentemente a domicilio.

L'attivazione nel Distretto di Guspini, della figura dell'Assistente Sociale all'interno dell'Equipe; ha permesso di migliorare i processi di comunicazione e integrazione con i Servizi Sociali dei comuni.

L'incremento negli anni del numero dei casi trattati con patologie oncologiche e cronico degenerative come l'alta incidenza delle SLA nel nostro territorio, di pazienti nelle fasi terminali della vita o comunque con quadri clinici non emendabili, impone necessariamente l'esigenza di potenziare e riorganizzare gli interventi dedicati ai pazienti inseriti in CDI di terzo livello e allargare l'offerta alle Cure Palliativa Domiciliare.

Le CDI rappresentano, attualmente, l'ambito nel quale sono state collocate le Cure Palliative.

Le Cure Palliative sono l'insieme di interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici.

L'obiettivo principale è quello di agevolare la permanenza dei pazienti presso il proprio domicilio, garantendo ad essi e alle loro famiglie la più alta qualità di vita possibile e assicurare una forma di assistenza finalizzata al controllo del dolore e degli altri sintomi, improntata al rispetto della dignità, dei valori umani, spirituali e sociali di ciascuno di essi e al sostegno psicologico e sociale del malato e dei suoi familiari.

In questo contesto Il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) risulta particolarmente importante, perché nella gran parte dei casi è proprio a lui che il paziente si rivolge alla comparsa dei primi sintomi della malattia e dell'esperienza dolorosa. Il MMG rimane poi il referente primario del paziente durante tutto il decorso della patologia supportato da una equipe specifica (eqipe Cure Palliative Domiciliari).

I Medici di famiglia che operano nel territorio sono direttamente coinvolti nei piani di assistenza al fine di migliorare l'attività assistenziale dei loro malati.

L'attivazione delle Cure Palliative Domiciliari, che si ispira al principio della presa in carico globale, prevede una Equipe di Cure Palliative domiciliari con elevato livello di competenza specialistica.

Nello specifico essa è composta da un nucleo base (équipe cure domiciliari Integrate) a cui si aggiungono :

- Medico Specialista (Oncologo, Anestesista, Geriatra, ematologo, altro) con specifiche competenze ed esperienze nel campo delle cure palliative;
- Infermiere con specifiche competenze ed esperienze nel campo delle cure palliative;
- Psicologo;

Il percorso assistenziale per le Cure Palliative Domiciliari è lo stesso previsto per le Cure Domiciliari Integrate e si articola nelle seguenti fasi:

- la segnalazione
- la valutazione preliminare
- la valutazione multidimensionale del bisogno
- la presa in carico
- la definizione del Piano Attuativo degli Interventi (PAI)
- la verifica
- la conclusione

Per le modalità di **segnalazione** si fa specifico riferimento al Percorso organizzativo PUA/UVT.

La modulistica è specificamente integrata da:

- Proposta inserimento in Cure Palliative (Allegato 1)
- Check list clinico assistenziale (Allegato 2)

La valutazione preliminare per l'inserimento in Cure Palliative Domiciliari, è fatta dal PUA/UVT attraverso figure professionali qualificate.

Al PUA /UVT spetta il compito di valutare la presenza dei criteri di eleggibilità alla assistenza in Cure Palliative domiciliari:

- presenza di neoplasia o altra malattia in fase evolutiva irreversibile (criterio diagnostico);
- assenza o esaurimento di trattamenti elettivi specifici - chirurgici, chemioterapici e/o radioterapici (criterio terapeutico);
- sopravvivenza stimata non superiore a 1 anno (criterio prognostico);
- riduzione delle performance con indice di Karnofsky = o <50 (criterio funzionale).
- famiglia o rete di sostegno informale presente e garante della presenza vicino al paziente;
- idoneità logistico-strutturale del domicilio;
- impossibilità ad utilizzare le strutture sanitarie ambulatoriali o espresso desiderio del paziente a restare al proprio domicilio.

All'Unità Operativa Distrettuale delle Cure Domiciliari Integrate (U.O.C.D.I) compete la gestione tecnica e organizzativa delle attività assistenziali, coadiuvata dall'Equipe di Cure Palliative domiciliari.

All'interno del PAI Integrato saranno previsti due livelli di interventi:

- **interventi di base** erogati dal Medico di Medicina generale, dagli operatori della Unità operativa Cure Domiciliari Integrate del Distretto sociosanitario e Interventi erogati dal Comune; si tratta di interventi programmati sui 7 giorni settimanali. Il medico di medicina generale è il responsabile clinico del caso;
- **interventi di competenza dell'Equipe di Cure palliative domiciliari** che comprendono prestazioni domiciliari di cure palliative ad elevata intensità assistenziale. Sono previsti almeno 1- 2 interventi alla settimana per paziente da parte dell'Equipe di Cure palliative domiciliari (Medico e/o Infermiere esperto in Cure palliative, psicologo). Sarà inoltre garantita la pronta disponibilità medica nelle ore notturne e nei giorni festivi, attraverso il coinvolgimento dei Medici di Continuità assistenziale.

Matrice delle Responsabilità nel passaggio Ospedale-Territorio

Azione	Tempo	Motivazione	Responsabilità
Segnalazione	4 giorni prima della dimissione	Inserimento in Cure Palliative	Medico di Reparto Referente del caso
Valutazione preliminare e convocazione UVT	Entro 3 giorni dalla segnalazione	Verifica criteri di eleggibilità e Valutazione Multidimensionale	PUA e UVT
Progetto Personalizzato	Entro 1 giorno dalla convocazione	Individuazione del Percorso di cura appropriato	UVT
Piano Attuativo Integrato degli Interventi (PAI)	Entro 2 giorni dalla UVT	Individuazione Piano degli Interventi domiciliari	Equipe (UVM) Cure Domiciliari- Servizi Sociali Comune di Residenza
I° Accesso Equipe Palliativa	Entro 2-4 giorni dalla stesura del PAI	Individuazione Piano Assistenziale Palliativo (PAP)	Equipe Specialistica Palliativa (Medico e Infermiere)

La Formazione nelle Cure Palliative

Sono stati già previsti n. 2 Corsi di formazione specifica sulle Cure palliative e sulle Demenze dell'anziano rivolte agli operatori del Distretto (Medici, Infermieri, Terapisti della riabilitazione, Amministrativi), Medici Specialisti, Assistenti Sociali dei Comuni:

1. Una Finestra sulle Cure Palliative (21-22 marzo 2017);
2. Per non dimenticare chi dimentica (1°edizione 28-29 marzo 2017), (2° edizione 18-19 aprile 2017), (3° edizione 27-28 aprile 2017).

Ulteriori corsi verranno programmati nella logica dell'elaborazione di un percorso formativo che veda coinvolti tutti i protagonisti della Rete Assistenziale compresi Medici di Medicina Generale e Pediatri Libera Scelta, Medici Ospedalieri, Medici di Continuità Assistenziale.

Allegati

- Allegato 1: Proposta di inserimento in Cure Palliative
- Allegato 2: Check list clinico assistenziale

OBIETTIVI GENERALI

- Assistere i malati affetti da patologie croniche trattabili a domicilio, mantenendoli nella propria abitazione e garantendo risposte appropriate rispetto alla complessità dei bisogni di salute emergenti.
- Rafforzare e strutturare gli interventi di assistenza ai pazienti inseriti nel terzo livello assistenziale CDI e Cure Palliative garantendo la precoce presa in carico e la continuità assistenziale.
- Favorire il raggiungimento e il mantenimento della migliore qualità di vita, dando supporto psicologico , formativo ed educativo ai malati e alle loro famiglie.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Garantire ai pazienti la precoce presa in carico globale, a domicilio, in raccordo con i Medici di Medicina Generale, con i reparti ospedalieri e i Servizi Sociali territoriali;
- Garantire la continuità assistenziale, diagnostica e terapeutica ai pazienti con complessità assistenziale elevata dopo la dimissione ospedaliera o da altre strutture residenziali attraverso percorsi facilitati.
- Garantire interventi specialistici programmati ed urgenti da parte di personale medico specialista di comprovata esperienza;
- Garantire interventi infermieristici e riabilitativi programmati da parte di personale di comprovata esperienza;
- Facilitare l'accesso alla erogazione di presidi ed ausili utili ad alleggerire il carico assistenziale, o necessari per interventi finalizzati al recupero delle capacità residue ;
- Monitorare i processi assistenziali e terapeutici e valutarne i risultati all'interno di un percorso di qualità.

DESTINATARI DEGLI INTERVENTI

Persone che presentano bisogni ad elevato grado di complessità e con criticità specifiche, inseriti in CDI di terzo livello e Cure Domiciliari Palliative:

- Assistiti con patologie e/o pluripatologie gravi prevalentemente neurologiche, muscolari, polmonari che necessitano di interventi continui e di apparecchiature ad alto contenuto tecnologico e soprattutto di ventilazione polmonare meccanicamente assistita sia di tipo invasivo che non invasivo (SLA, Sclerosi Multipla in fase avanzata, B.P.C.O. ecc.)
- assistiti con varie patologie che necessitano di nutrizione artificiale, sia di tipo enterale che parenterale
- assistiti con patologie oncologiche in fase avanzata che necessitano di terapie nutrizionali e trattamento del dolore neoplastico con la gestione di cateteri venosi centrali o anche cateteri peridurali.
- assistiti con patologie ematologiche in fase avanzata o terminale che richiedono per la sopravvivenza terapie trasfusionali.

UNITA' OPERATIVE COINVOLTE

UO Cure Domiciliari Integrate
Distretto Socio sanitario di Guspini
Distretto Socio sanitario di Sanluri
Servizi e reparti del Presidio Ospedaliero di San Gavino
Servizi Sociali dei Comuni degli ambiti PLUS

TIPOLOGIE D' INTERVENTO

Si tratta di interventi programmati o a carattere di urgenza, erogabili su 7 giorni e nell'arco delle 24 ore attraverso il supporto dei Medici di Continuità Assistenziale. Comprendono prestazioni medico specialistiche, infermieristiche, nutrizionali, riabilitative fisioterapiche e logopediche, psicologiche e sociali.

Gli interventi possono essere divisi in tre macro categorie:

1. PRESTAZIONI RELATIVE ALL' ATTIVITA' CLINICA DI TIPO VALUTATIVO/ DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO

- visite Programmate del Medico di Medicina Generale
- monitoraggio clinico e sorveglianza dei parametri vitali
- prelievo ematico venoso
- prelievo ematico arterioso per emogasanalisi
- prelievo ematico da sangue capillare
- ECG
- esecuzione altre indagini bio-umorali routinarie (es.urine, bronco-aspirato, esami colturali vari ecc.)
- terapia iniettiva I.M. - S.C. –E.V.
- terapia infusionale
- emotrasfusione
- assistenza/gestione pompa infusionale
- gestione ventilazione meccanica
- gestione tracheostomia
- gestione PEG- SNG
- gestione catetere vescicale
- medicazioni semplici e complesse
- rieducazione motoria/ respiratoria/ neurologica
- rieducazione del linguaggio
- Consulenza specialistica Rianimatoria-Anestesiologica per la sorveglianza della terapia ventilatoria e per il trattamento antalgico e per la prescrizione dei presidi di competenza
- consulenza specialistica Oncologica per il controllo della stabilità clinica, dello stato nutrizionale ed eventualmente del trattamento antalgico
- consulenza specialistica Ematologica per il programma trasfusionale e le eventuali trasfusioni di emocomponenti
- consulenza specialistica Fisiatrica per il controllo e l'adattamento del programma riabilitativo e la prescrizione degli ausili e presidi riabilitativi
- consulenza specialistica Chirurgica la gestione e periodica sostituzione delle sonde gastrostomiche per la sorveglianza, prevenzione e l'eventuale trattamento delle lesioni da decubito o ulcerazioni trofiche
- consulenza specialistica Neurologica
- consulenza Specialistica Urologica
- visita specialistica Psichiatrica per una valutazione delle psicopatologie associate, delle componenti psichiche del dolore; interventi psicofarmacologici sulle psicopatologie concomitanti alla malattia tumorale, valutazione e trattamento di eventuali disturbi del sonno
- visita Psicologica per pianificare un percorso clinico di supporto alla malattia

2. PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' EDUCATIVO/RELAZIONALE/AMBIENTALE

- Educazione del caregiver alla attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.), all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente, alla gestione dei farmaci, e di eventuali dispositivi necessari alla somministrazione delle terapie
- applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
- igiene a persone allettate o con lesioni cutanee, bagno assistito
- valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
- istruzione del paziente o del caregiver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale
- educazione del caregiver alla bronco aspirazione
- counseling sociale con paziente, famiglia e caregiver
- promozione,elaborazione e attivazione delle progettualità regionali e nazionali specifiche
- attivazione della rete sociale e istituzionale (Servizi Sociali Territoriali)
- valutazione socio-ambientale e del contesto abitativo del paziente
- pianificare momenti anche quotidiani dedicati al confronto e al lavoro di équipe
- promozione degli interventi socio-assistenziali finalizzati a permettere il rientro del paziente dalle strutture sanitarie al domicilio.

3. PRESTAZIONI PSICOLOGICHE

- Supporto psicologico e supervisione delle equipe
- supporto psicologico per il paziente
- supporto psicologico per la famiglia
- visita di cordoglio - Supporto al lutto
- attività di ricerca clinica

Si precisa che le prestazioni specialistiche verranno garantite da operatori appartenenti alle Unità Operative del Presidio Ospedaliero di San Gavino e ai Servizi Specialistici Territoriali, con prestazione d'opera e relativa retribuzione al di fuori dell'orario di servizio regolarmente prestato presso la struttura di appartenenza, o da specialisti dedicati con contratto libero-professionale o dipendente a tempo determinato..

AZIONI

- Semplificazione dei rapporti all'interno del Territorio Aziendale tra le strutture sanitarie di ricovero e il servizio CDI
- Sottoscrizione di accordi con i medici specialisti ospedalieri e territoriali operanti in azienda con comprovata esperienza, al fine di garantire la loro attività per interventi programmati e per interventi in urgenza da effettuarsi al di fuori dell'orario di servizio. Sono previsti da 1 a 2 accessi specialistici/sett in base alla criticità della situazione clinica per il paziente di terzo livello o in Cure Domiciliari Palliative.
- Sottoscrizione di contratti esterni libero-professionalie/o potenziamento di accordi con gli infermieri operanti in azienda (con comprovata esperienza),al fine di garantire gli interventi in urgenza ed eventuale istituzione di una pronta disponibilità.

- Facilitazione degli accessi dell'équipe a domicilio del paziente con l'utilizzo di n°due autovetture dedicate.
- Potenziamento dei rapporti con i reparti ospedalieri extra-territoriali maggiormente coinvolti per una puntuale segnalazione della presa in carico tramite l'organizzazione di incontri informativi.
- Campagna di informazione sull'attività del Sevizio CDI, sulle modalità e sui criteri di accesso alle prestazioni e ai programmi di assistenza con il coinvolgimento dei MMG degli specialistie delle organizzazioni private senza scopo di lucro presenti sul nostro territorio.
- Mantenimento e potenziamento dei rapporti con le organizzazioni di Volontariato.
- Dotazione di attrezzature diagnostiche e terapeutiche come Elettrocardiografo portatile, monitor multiparametrico, pompe infusionali di tipo elettronico e di tipo peristaltico, altro.

VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Come indicato nelle linee di indirizzo di cui al DGR n. 10/22 del 21 febbraio 2017 la valutazione dei risultati conseguiti avverrà al 28 febbraio 2018 e si baserà sul raggiungimento del seguente indicatore di risultato per quanto attiene alla quota del 60% dell'importo finanziato:

Accessi specialistici/anno
➢ **1.950**

PIANO DEI COSTI

	n. accessi	Costo Medio Annuale	Costo Totale
Medici Specialisti	1.950	75.000,00	150.000,00
2 Infermieri	1.950	34.000,00	68.000,00
1 Psicologo	1.950	43.000,00	43.000,00
1 Amministrativo	-------	30.000,00	30.000,00
Apparecchiature Sanitarie e Ausili			30.000,00
Formazione			5.000,00
Spese varie			4.000,00
TOTALE			330.000,00

Allegato 1 **PROPOSTA INSERIMENTO CURE PALLIATIVE**

(da inviare via fax: …….. email ……..)

DATI ASSISTITO

Cognome _____ Nome_____

Codice Fiscale_____

CRITERI GENERALI DI ELEGGIBILITA'

- **presenza di neoplasia o altra malattia in fase evolutiva irreversibile (criterio diagnostico)**:

Patologia primitiva……

Metastasi: ☐ epatiche ☐ polmonari ☐ encefaliche ☐ altro

- **assenza o esaurimento di trattamenti elettivi specifici - chirurgici, chemioterapici e/o radioterapici**(criterio terapeutico):

trattamenti effettuati intervento…… data.../.../.....

chemioterapia data sospensione.../.../.....

radioterapia data sospensione.../.../.....

- **sopravvivenza stimata non superiore a 1 anno (criterio prognostico)**
- **riduzione delle performance con indice di Karnofsky = o <50 (criterio funzionale)**

Karnofsky Index	**10%**	**20%**	**30%**	**40%**	**50%**	**60%**	**70%**	**80%**	**90%**	**100%**
K 100%: paziente senza segni né sintomi K 100% : Paziente senza segni né sintomi										
K 90% : Paziente con segni minori										
K 80% : Paziente che svolge attività normale con fatica										
K 70% : Paziente incapace di lavorare, può badare a se stesso										
K 60% : Paziente incapace di lavorare, richiede assistenza occasionale										
K 50% : Paziente che richiede frequenti cure mediche e spesso assistenza										
K 40-30% : Paziente inabile, richiede cure continue										
K 20% : Paziente sempre ricoverato; necessità di supporto										
K 10% : paziente moribondo										

Data ...../...../.....

IL MEDICO SEGNALATORE

Timbro e firma

Allegato 2

CHECK LIST CLINICO-ASSISTENZIALE ONCOLOGICA

Cognome e Nome:
Codice Fiscale

_____

_____

_____

_____

Diagnosi

Neoplasia primitiva

esofago ☐ stomaco ☐ colon-retto ☐ pancreas ☐ fegato ☐ vie biliari ☐
polmone ☐ pleura ☐
mammella ☐ utero ☐ ovaio ☐ prostata ☐ vescica ☐ rene ☐
sarcoma ☐ melanoma ☐ linfoma ☐ leucemia ☐ testa-collo ☐ cerebrale ☐
tessuti molli ☐ altro ☐_____ ignota☐

Secondarismi noti

ossa ☐ encefalo ☐ polmone ☐ fegato ☐ tessuti molli ☐ linfonodi ☐
peritoneo ☐
pleura ☐ surrene ☐ altro ☐_____ non valutabili ☐

Chemioterapia

non effettuata ☐ in corso ☐ sospesa il _____

Radioterapia

non effettuata ☐ in corso ☐ sospesa il _____

VALUTAZIONE CLINICA

PS ECOG 0 ☐ 1☐ 2 ☐ 3 ☐ 4☐ 5 ☐
STATO COGNITIVO:
vigile-orientato☐ poco vigile-orientato☐ orientato ☐ scarsamente orientato ☐

Portatore dei seguenti presidi medico chirurgici

CVP ☐ CVC TIPO GROSHONG ☐ Port-cath☐ PICC ☐
PEG ☐ Digiunostomia☐ Gastrostomia ☐ Sondino naso gastrico ☐ Colostomia ☐
trachestomia☐ Ureterocutaneostomia☐ Nefrostomia ☐ Catetere epidurale ☐
Catetere vescicale ☐ Catetere spinale ☐ OSSIGENOTERAPIA☐

Sintomi attivi

DOLORE ☐ ASTENIA ☐ NAUSEA ☐ VOMITO ☐ MALESSERE ☐ ANORESSIA ☐ DISFAGIA ☐
ANSIA ☐ DEPRESSIONE☐ SONNOLENZA ☐ INSONNIA ☐ DISPNEA ☐

_____
_____
_____

Altri problematiche attive

- ☐ SINDROME DA ANORESSIA-CACHESSIA
- ☐ PROBLEMATICHE DI CANALIZZAZIONE INTESTINALE
- ☐ CRISI COMIZIALI
- ☐ _____
  _____
  _____

Obiettivo dell'attivazione cure domiciliari:

☐Cure palliative ☐Simultaneous care

PROPOSTA PIANO CURE DOMICILIARI

TERAPIA ENDOVENOSA ☐ NUMERO ACCESSI/SETTIMANALI:_____

☐OLICLINOMEL 1500 ML
☐AMINOACIDI RAMIFICATI 500 CC
☐SOLUZIONE FISIOLOGICA 500 CC
☐_____
☐_____
☐_____
☐_____ _

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

☐ **VALUTAZIONE ONCOLOGICA DOMICILIARE CON FREQUENZA** _____

☐**SUPPORTO PSICOLOGICO** _____

☐ **ULTERIORI CONSULENZE SPECIALISTICHE** _____

☐**MEDICAZIONE** _____

DIPOSITIVO MEDICO CHIRURGICO (SPECIFICARE)_____

MEDICAZIONE PIAGA DA DECUBITO ☐ **LESIONI CUTANEE**☐ **ALTRO** ☐

☐**MONITORAGGIO PARAMETRI EMATOCHIMICI**

- EMOCROMO CON FREQUENZA_____
- COAGULAZIONE CON FREQUENZA_____
- FUNZIONALITA' RENALE, sodio, potassio,calcio CON FREQUENZA_____
- BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA_____
- AST,ALT,ALP, GGT, PCHE, LDH CON FREQUENZA_____
- _____

Il Medico Oncologo proponente