



CURE

PALLIATIVE & IFeC



2023



FNOPI



SICP

ISBN 9788894519952

Gennaio 2023 | Copyright FNOPI | www.fnopi.it

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

GRUPPO DI LAVORO

Nicola Draoli *Comitato Centrale FNOPI*
Stefano Moscato *Comitato Centrale FNOPI*
Michela Piredda *Professore Associato, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Unità di
Ricerca Scienze infermieristiche, Università Campus Bio-Medico di Roma*

Rita Marson *Componente Consiglio Direttivo SICP*
Daniela D'Angelo *Membro comitato scientifico SICP*
Michela Guarda *Membro Cooptato SICP*

Peer review:

Ginetto Menarello *Presidente AIFeC (Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità)*

Indice

Premessa.....	5
Le cure palliative.....	5
<i>Il riconoscimento dei pazienti con bisogni di cure palliative.....</i>	<i>6</i>
<i>La complessità dei bisogni in cure palliative.....</i>	<i>7</i>
L'organizzazione delle cure palliative	10
<i>I livelli di assistenza nell'ambito delle cure palliative.....</i>	<i>10</i>
L'IFeC e le cure palliative.....	12
<i>L'IFeC e gli strumenti per l'identificazione dei pazienti con bisogni di cure palliative.....</i>	<i>12</i>
<i>La valutazione della complessità dei bisogni di cure palliative.....</i>	<i>13</i>
Bibliografia	15

Premessa

Il documento, redatto da FNOPI e SICP vuole fornire all'Infermiere di famiglia e comunità (IFeC), che è il professionista responsabile dell'assistenza infermieristica in ambito familiare e di comunità, (1) una serie di strumenti utili per intercettare tempestivamente i bisogni di cure palliative e fungere da raccordo con i diversi percorsi di cure palliative.

Infatti, l'IFeC è il primo riferimento domiciliare per l'assistenza delle persone e dei caregiver e, di concerto con l'equipe curante e attraverso il coinvolgimento dell' Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM) nella stesura del Progetto Assistenziale personalizzato (PAP), può rilevare e intercettare precocemente i bisogni di cure palliative (che non devono arrivare alla fine del percorso) e indirizzare l'utente verso percorsi più appropriati.

Le cure palliative

La transizione demografica e i cambiamenti epidemiologici in atto, legati al progressivo e crescente invecchiamento della popolazione, stanno determinando un forte incremento dell'incidenza delle patologie croniche degenerative. Il panorama del 21° secolo si caratterizza per una redistribuzione demografica senza precedenti in cui entro 2050, la popolazione di anziani tenderà a raddoppiare, passando dal 11% al 22% della popolazione totale e l'aumento sarà più evidente nei Paesi in via di sviluppo (2,3). Nei Paesi ad alto reddito, il 69-82% della popolazione ha bisogno di Cure Palliative (CP) prima della morte. Le persone con demenza e cancro rappresentano la maggior parte della crescita di questo bisogno (4,5).

L'invecchiamento della popolazione ha implicazioni evidenti sulla domanda di cura e sulla necessità assistenziale degli anziani che spesso convivono con patologie croniche e invalidanti per molto tempo(6). In tale panorama, risulta fondamentale saper riconoscere il momento in cui si passa da una fase di relativa stabilità a un andamento instabile che progredirà inevitabilmente verso la morte. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che oltre 56,8 milioni di persone nel mondo necessitino di cure palliative. La maggioranza (61,1 %) sono adulti di età superiore ai 50 anni e almeno il 7% sono bambini. Circa 31 milioni necessiterebbero di cure palliative non nel fine vita (8). Queste stime dell'OMS definiscono con chiarezza le dimensioni di un bisogno rilevante e in crescita, non limitando le cure palliative all'assistenza dei soli malati da cancro in fase avanzata.

In Italia, si stima che il fabbisogno di cure palliative nella popolazione adulta sia di circa 1 – 1,4%, mentre l'incidenza nell'ultimo periodo di vita è di 293.000 pazienti/anno, di questi il 60% con

patologie croniche degenerative non oncologiche e il 40% con cancro. L'incidenza dei pazienti con bisogni di cure palliative nel loro ultimo periodo di vita, rispetto al numero totale di morti/anno è del 72-80% del totale (9,10).

Le cure palliative, sin dalla loro nascita sono state incentrate sul trattamento dei pazienti oncologici, mentre negli ultimi anni si registra un ampliamento anche per diagnosi non oncologiche (10,11,12), quali malattie cardiovascolari (38,47%), malattia polmonare ostruttiva cronica (10,26%), HIV/AIDS (5,71%), diabete mellito (4,59%), malattia renale (2,02%), Alzheimer e altre demenze (1,65%), cirrosi epatica (0,70%) e malattia di Parkinson (0,48%) (8).

La World Health Assembly (2021) ha dichiarato che le cure palliative sono una responsabilità etica dei sistemi sanitari e una componente chiave della copertura sanitaria universale (13).

Le cure palliative storicamente venivano, purtroppo, attivate tardivamente (nelle ultime settimane o addirittura giorni) di vita mentre oggi sono più correttamente accessibili al malato e alle famiglie lungo tutto il decorso della malattia e nella fase del lutto. Il Center to Advance Palliative Care (2015) le ha definite infatti *“cure mediche specializzate per le persone affette da malattie gravi[...] focalizzate sul fornire ai pazienti sollievo dai sintomi, dal dolore e dal peso di una grave malattia – qualunque sia la diagnosi. L'obiettivo è quello di migliorare la qualità della vita sia del paziente che della sua famiglia. Le cure palliative sono erogate da un team di medici, infermieri e altri specialisti che lavorano insieme agli altri medici che seguono il paziente per garantire la migliore qualità dell'assistenza. Sono appropriate per qualsiasi età e in qualsiasi fase di una malattia grave e possono essere fornite contemporaneamente al trattamento curativo”* (14). Questa definizione afferma che le cure palliative sono cure mediche specializzate per ogni patologia e sono erogabili contemporaneamente al trattamento curativo.

L'art. 2 della L. 38/2010 “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” (15) , prima legge organica sulle cure palliative nel nostro Paese, sottolinea che esse siano l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta non risponde più ai trattamenti specifici. Le cure palliative considerano anche la dimensione soggettiva della sofferenza e identificano nella relazione di cura lo strumento più efficace per aiutare il paziente a vivere quanto più attivamente possibile fino alla fine.

Il riconoscimento dei pazienti con bisogni di cure palliative

Il riconoscimento precoce delle persone con bisogni di cure palliative, non necessariamente coincidente con le cure specialistiche, può permettere di affiancare cure palliative di base ai

trattamenti della patologia. Esso permette un intervento tempestivo per anticipare e rispondere ai bisogni, e controllare i sintomi in maniera efficace e di supportare una comunicazione efficace con il malato ed i suoi cari. In accordo con la letteratura scientifica, l'OMS nel 2014 (16) afferma che il riconoscimento precoce dei bisogni di cure palliative offre la possibilità di:

- ✓ **ottimizzare** la qualità di vita, attraverso la presa in carico integrata per la gestione dei sintomi fisici e dei bisogni psicologici, spirituali e sociali del malato e della famiglia;
- ✓ **comunicare** la prognosi e fornire il supporto necessario, affrontando le problematiche conseguenti;
- ✓ **accompagnare** il processo di accettazione graduale dell'inguaribilità;
- ✓ **pianificare** le scelte future.

La complessità dei bisogni in cure palliative

Nel corso della malattia possono insorgere situazioni cliniche complesse, anche prima di avvicinarsi al fine vita, che richiedono risorse specializzate. L'identificazione precoce e accurata di tali situazioni è essenziale (17, 18). Le esigenze sanitarie dei pazienti e delle loro famiglie dovrebbero essere affrontate con un modello basato sull'assistenza condivisa. In altre parole, i differenti livelli di assistenza sanitaria dovrebbero essere integrati e coordinati (19, 20). Comprendere la complessità dei bisogni di cura può aiutare a distinguere i pazienti che necessitano di cure palliative specialistiche, da coloro che possono essere gestiti da cure palliative di base o primarie (20). Al servizio sanitario, la valutazione del mix di casi particolari, può consentire una migliore allocazione delle risorse economiche (21).

La diagnosi di "complessità" dei bisogni richiede, attraverso una valutazione multidimensionale e multiprofessionale, di identificare una serie di elementi che permettano di classificare la condizione specifica del paziente (22). Per questo obiettivo, la scienza della complessità in medicina ci può essere di aiuto: essa coinvolge lo studio delle interazioni dinamiche fra bisogni individuali e collettivi di una popolazione, considera la difficoltà di prendere decisioni difficili avendo a disposizione informazioni non sufficienti, tiene conto della variabilità nel tempo e delle incertezze nei risultati ottenuti dai singoli interventi terapeutici (23).

La complessità nelle cure palliative è definita in correlazione a due tipologie di elementi: quelli relativi alla condizione del paziente e della sua famiglia, che richiedono una valutazione multidimensionale da parte dell'équipe multiprofessionale e quelli relativi agli scenari nei quali si svolge l'intervento, che comprendono i sistemi professionali e sanitari e le comunità (24).

Negli ultimi anni, sono stati intrapresi vari studi per affrontare il problema della complessità in CP. Alcuni hanno adottato un approccio più teorico (18,19,20), mentre altri hanno proposto criteri operativi per la valutazione della complessità e del coordinamento delle risorse (25,26).

In letteratura i livelli di complessità sono stati così classificati (26, 27):

1. **pazienti a bassa complessità** per cui sono sufficienti le competenze di professionisti non specializzati in cure palliative. Richiedono un approccio palliativo nell'ambito del contesto di cura che già li ha in carico.
2. **pazienti a complessità intermedia** per cui i bisogni di cura vanno oltre le competenze e la formazione di un team non specializzato in cure palliative. In questo caso è indicato il modello delle cure condivise tra specialisti e non specialisti in cure palliative che offrono consulenza.
3. **pazienti a complessità elevata** per cui è necessario l'intervento diretto delle cure specialistiche.

Uno studio pubblicato nel 2018 (28) esplora la definizione della complessità dei bisogni di pazienti in fase avanzata di malattia, da parte di professionisti che operano in 3 contesti di cura differenti (ospedale, cure primarie e hospice). La complessità può emergere dalla molteplicità dei bisogni, ossia dall'interazione tra bisogni intrinseci al paziente ed estrinseci (ossia legati all'ambiente); dalla presenza di bisogni multipli all'interno di uno stesso dominio (fisico, psicologico, sociale); dalle presenza di barriere comunicative, oppure dalla mancanza di esperienza e di sicurezza da parte dei professionisti che si prendono cura dei pazienti nel fine vita in ambiti diversi da quello delle cure palliative specialistiche.

La letteratura scientifica, inoltre, condivide come la definizione della "complessità" possa essere maggiormente critica nei pazienti con patologie cronico-degenerative, non oncologiche, per via della fluttuazione delle traiettorie di malattia che rendono la valutazione dei bisogni ancora più difficilmente standardizzabile (20).

Articoli recenti di Pask et al.(27) e Hodiamont et al.(18), si sono concentrati sul concetto base della complessità per considerare quali pazienti vengono visualizzati come complessi e quali fattori lo possano determinare.

La complessità dei bisogni assistenziali è il risultato di molti aspetti della situazione del paziente: sintomi, capacità funzionale, ambiente di cura, supporto sociale, accesso ai servizi e la capacità per i loro fornitori di assistenza formale e informale di impegnarsi nella cura (18). Inoltre, la famiglia e i

caregiver sono influenzati dalle condizioni del paziente essendo entrambi fornitori e destinatari delle cure (27). È importante sottolineare che la complessità non è una condizione statica, è in evoluzione nel tempo, in risposta alle perturbazioni della malattia, dell'ambiente e delle reti di supporto in cui è inserito il paziente (27,29).

Hodiamont et al.(18) hanno proposto un modello per la complessità delle cure palliative per valutare questi determinanti come fattori di adattamento all'interno dei seguenti sistemi: il sistema paziente, il sistema sociale, sistema dell'équipe di cura e ambiente (Figura 1).

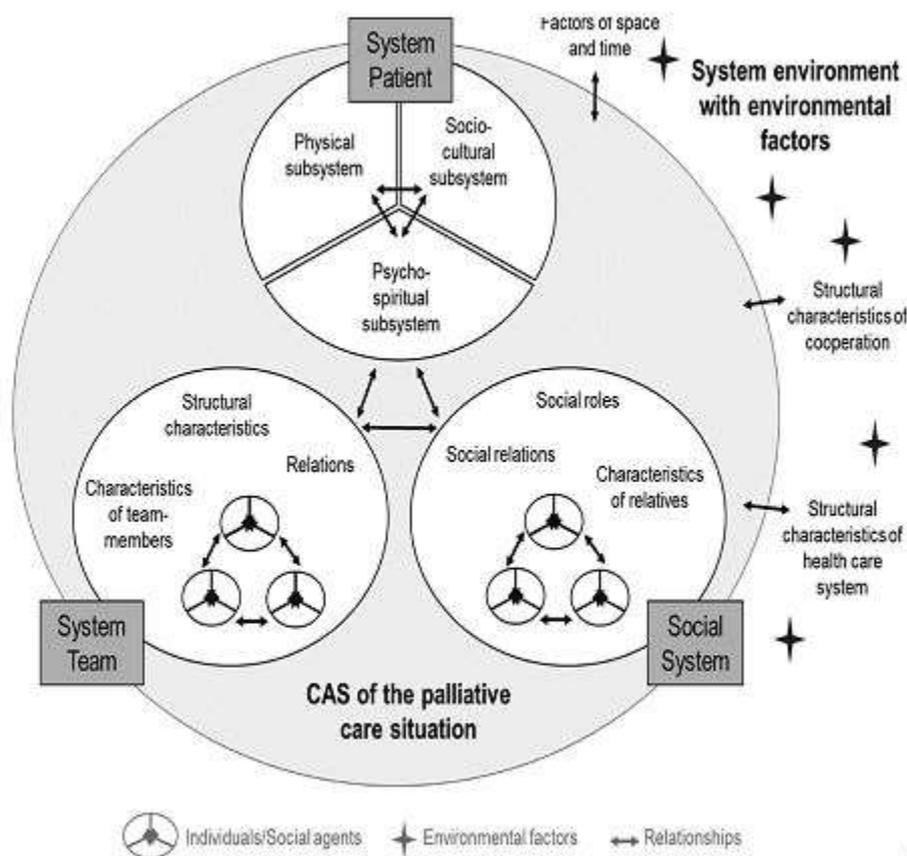


Figura 1. – Il modello della complessità.

L'organizzazione delle cure palliative

La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in Hospice. L'erogazione dell'assistenza è assicurata:

- ✓ ***nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera*** da un'equipe di cure palliative;
- ✓ ***nell'ambito ambulatoriale da equipe dedicate*** e specificatamente formate in cure palliative;
- ✓ ***a domicilio del paziente*** - attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD) - da un'equipe assistenziale multi professionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7;
- ✓ ***all'interno delle strutture residenziali e degli Hospice*** di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti (30).

I livelli di assistenza nell'ambito delle cure palliative

Nel DPCM 12 gennaio 2017 di definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) (31), sono state caratterizzate le cure palliative e la terapia del dolore, con un approccio orientato alla presa in carico e al percorso di cura, distinguendo gli interventi per livelli di complessità ed intensità assistenziale.

In particolare, sono stati definiti i seguenti livelli di assistenza nell'ambito delle reti di cure palliative e delle reti di terapia del dolore:

- ***art. 15 Assistenza specialistica ambulatoriale;*** con il relativo nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui all'Allegato 4, che prevede, per la prima volta, le visite multidisciplinari per le cure palliative e per la terapia del dolore, inclusa la stesura del Piano di assistenza individuale (PAI) e le visite di controllo per la rivalutazione del PAI.
- ***art. 21 Percorsi assistenziali integrati;*** è garantito l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona attraverso la valutazione multidimensionale dei

bisogni (VMD), sotto il profilo clinico, funzionale e sociale e la predisposizione di un Piano di assistenza individuale (PAI). L'approccio per percorso rappresenta un'importante novità, con la VMD che concorre a identificare il malato con bisogni complessi. Questi principi hanno una specifica rilevanza per le cure palliative e per la terapia del dolore. In particolare, le cure palliative confermate dai LEA in questa cornice escono dall'orizzonte temporale dell'end stage, estendendo il loro ambito di applicazione alle fasi precoci della malattia inguaribile a evoluzione sfavorevole.

- *art. 23 Cure palliative domiciliari:* le cure sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e si articolano nei seguenti livelli:
 - **livello base:** costituito da interventi coordinati dal MMG/PLS che garantiscono un approccio palliativo attraverso il controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati in funzione della complessità clinica e del progetto di assistenza individuale;
 - **livello specialistico:** costituito da interventi da parte di équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate alle cure palliative, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare.
- *art. 31 Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita:* Le prestazioni sono erogate da équipe multidisciplinari e multiprofessionali nei Centri specialistici di cure palliative-Hospice che, anche quando operanti all'interno di una struttura ospedaliera, si collocano nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria territoriale.
- *art. 38 Ricovero ordinario per acuti:* le cure palliative e la terapia del dolore sono per la prima volta espressamente citate come prestazioni cliniche, farmaceutiche, strumentali necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico e terapeutico, che devono essere garantite durante l'attività di ricovero ordinario.

L'IFeC e le cure palliative

L'IFeC e gli strumenti per l'identificazione dei pazienti con bisogni di cure palliative

Gli strumenti europei attualmente validati per l'identificazione dei pazienti con bisogni di cure palliative, ma ancora poco utilizzati nella pratica clinica, sono:

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

Le caratteristiche di tali strumenti sono riportati in dettaglio nella revisione sistematica di Maas e colleghi (31). Tra questi, si segnala lo SPICT™, uno strumento breve, di facile utilizzo che è risultato più sensibile e specifico della sola domanda sorprendente (32). Esso è composto da indicatori clinici generali (di deterioramento delle condizioni di salute) e specifici per varie patologie e non prevede l'uso della domanda sorprendente. Lo SPICT™ non ha finalità prognostiche e non esiste un punteggio attribuibile agli indicatori né un cut-off ufficialmente definito, tuttavia, gli studi riportano che nella maggior parte dei pazienti con bisogni di cure palliative sono presenti almeno 2 indicatori generali (33).

Esso è stato recentemente validato nella versione italiana SPICT™-IT con 71 MMG da Casale et al. (34) ed è liberamente disponibile sul sito: www.spict.org.uk/the-spict/spict-it/.

Tali strumenti hanno il fine di supportare i clinici non specializzati in cure palliative nell'identificazione dei pazienti con bisogni di cure palliative e non di definire i criteri per l'intervento di équipe specialistiche. Essi dovrebbero perciò essere utilizzati in associazione a uno strumento di valutazione della complessità dei bisogni che orienti nella scelta del modello delle cure palliative più appropriato per il singolo paziente (approccio palliativo, cure palliative condivise e specialistiche) (33).

La valutazione della complessità dei bisogni di cure palliative

Recentemente sono stati messi a disposizione alcuni strumenti che iniziano a essere utilizzati anche in Italia, con l'obiettivo di individuare i pazienti più appropriati per un intervento da parte di un Servizio specialistico di cure palliative.

Il PALCOM (Predictive Model of Complexity in Palliative Care) (35) è stato validato ed utilizzato in Spagna in pazienti con cancro in fase avanzata. La stratificazione dei pazienti nel livello di complessità viene effettuata verificando la presenza di 5 tipologie di problemi (Tab. 1) ai quali si assegnano le risposte SI = 1, NO = 0 che condizionano il giudizio di complessità (0-1 bassa; 2-3 media; 4-5 alta*) della situazione (33).

Criteri	SI	NO
Il paziente presenta almeno 5 sintomi con NRS ≥ 4		
Il paziente rientra nello stadio di Dolore 2 (poor prognosis) dell'Edmonton Staging System for Cancer Pain (ESSCP)		
Il paziente presenta un indice di Karnofsky $\leq 50\%$		
È presente almeno 1 fattore di rischio socio-familiare		
È presente almeno 1 dilemma esistenziale o etico		
Somma punteggio		

Tabella 1. – Criteri del PALCOM (modificata da Tuca A, et al. 2018).

Legenda:

- 0-1 Bassa complessità - l'intervento di un team non specialistico è sufficiente, non è necessaria la richiesta di intervento di una equipe specialistica;
- 2-3 Media complessità - la risposta ai bisogni [di pazienti e familiari] va al di là delle competenze ed esperienze di un team non specialistico, è indicato un percorso di cura condiviso ("shared care") con l'equipe specialistica;
- 4-5 Alta complessità - la risposta ai bisogni va molto al di là delle competenze ed esperienze di un team non specialistico.

L'IDC-Pal ITA è la versione italiana (validazione in corso a cura di Filippo Canzani, Firenze)(36) dello spagnolo IDC-Pal, uno strumento diagnostico della complessità nei pazienti con malattia in fase avanzata e terminale. Esso consta di 36 items raggruppati in 3 dimensioni, riferite a paziente, famiglia e organizzazione sanitaria. Questi items sono distribuiti su due livelli: 22 come indicatori di "complessità" e 14 come indicatori di "elevata

complessità". L'utilizzo di IDC-Pal permette di definire un livello di complessità (livello 1, 2 e 3) della situazione clinica ed assistenziale e viene raccomandato per un utilizzo, comunque flessibile, nella valutazione di appropriatezza di un intervento di un servizio specialistico di cure palliative:

- **livello 1 situazione non complessa**, se nessun item di "complessità" o di "elevata complessità" è presente. Non è raccomandato l'intervento di un servizio specialistico di cure palliative.

- **livello 2 situazione complessa**, se è presente almeno un item di "complessità". La decisione se far intervenire a supporto un Servizio specialistico di cure palliative è lasciata al medico curante.

- **livello 3 situazione molto complessa**, se è presente almeno un item fra quelli ad "elevata complessità". È raccomandato l'intervento di un Servizio specialistico di cure palliative.

L'IDC-Pal IT NON è uno strumento per la valutazione dei bisogni, né per formulare prognosi di sopravvivenza, né per identificare la fase avanzata/terminale di malattia.

Per utilizzarlo al meglio occorre ricordare che esso è uno strumento ad uso del team di professionisti sanitari, non viene compilato al letto del paziente, né questi (o un familiare) vi partecipa direttamente. Inoltre, è essenziale aver precedentemente effettuato una valutazione multidimensionale del paziente e della sua famiglia, e consultare il glossario del manuale di utilizzo per garantire che l'item identificato includa i contenuti che lo definiscono.

Bibliografia

1. FNOPI, *Position statement l'Infermiere di Famiglia e di Comunità*,2020. Disponibile da <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/10/Position-Statement-FNOPI-LInfermiere-di-famiglia-e-di-comunit%C3%A0.pdf>.
2. Christensen K. et al. (2009). *Ageing populations: the challenges ahead*. *Lancet*. Oct 3;374(9696):1196-208. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61460-4.
3. Currow D.C. et al. "Population-based models of planning for palliative care in older people" *Curr. Opin. Supp. Palliative care* 2017;11.
4. Murtagh, F.E.M.; Bausewein, C.; Verne, J.; Groeneveld, E.I.; Kaloki, Y.E.; Higginson, I.J. *How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates*. *Palliat. Med.* 2014, 28, 49–58.
5. Etkind, S.N.; Bone, A.E.; Gomes, B.; Lovell, N.; Evans, C.J.; Higginson, I.J.; Murtagh, F.E.M. *How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services*. *BMC Palliat. Care* 2017, 15, 102.
6. L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2021.
7. Worldwide hospice palliative care. *Global Atlas of palliative care*. October, 2020.
8. Peruselli C, Costantini M, Tanzi S. (2019). *Complessità dei bisogni di cure palliative, costi per l'assistenza, sistemi di finanziamento dei servizi specialistici*. *Rivista Italiana di Cure Palliative*. Il Pensiero Scientifico Editore 2019; 21: 98 – 104.
9. Peruselli C, Manfredini L, Piccione T, Moroni L, Orsi L. *Il bisogno di cure palliative*. *Rivista Italiana di cure Palliative*. Il Pensiero Scientifico Editore 2019; 21:67 -74.
10. Hess S, Stiel S, Hofmann S, Klein C, Lindena G, Ostgathe C. (2014) *Trends in specialized palliative care for non-cancer patients in Germany – Data from the National Hospice and Palliative Care Evaluation (HOPE)* *Eur J Intern Med.*;25:187–192.
11. Korte-Verhoef D, Maria C, Pasman H, Roeline W, Schweitzer, Bart PM, Francke AL, Onwuteaka - Philipsen BD, Deliens L. (2014). *Reasons for hospitalisation at the end of life: differences between cancer and non-cancer patients*. *Support Care Cancer*; 22: 645–52.

12. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. (2006). *A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease*. *J Pain Symptom Manage*; 31:58–69.
13. World Health Organization. *Implementing World Health Assembly Resolution on palliative care*. October 2021. <https://www.who.int/news/item/12-10-2021-implementing-world-health-assembly-resolution-on-palliative-care>.
14. Center to Advance Palliative Care (CAPC): *Definition of palliative care*. <http://www.capc.org/building-a-hospital-based-palliative-care-program/case/definingpc>.
15. WHO *Global Atlas of Palliative Care at the end of life*. January 2014 Link to: <http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf> last access Jan 2018.
16. Bennett, M.; Adam, J.; Alison, D.; Hicks, F.; Stockton, M. *Leeds eligibility criteria for specialist palliative care services*. *Palliat. Med.* 2000, 14, 157–158.
17. Hodiamont, F.; Jünger, S.; Leidl, R.; Maier, B.O.; Schildmann, E.; Bausewein, C. *Understanding complexity-The palliative care situation as a complex adaptive system*. *BMC Health Serv. Res.* 2019, 19, 157.
18. Esteban-Perez, M.; Graub, I.; Castells, G.; Bullich, Í.; Busquet, X.; Aranzana, A.; Besora, M.I.; Picaza, J.M.; Tuca, A.; Valverde, E. *Complexity of end-of-life care: Criteria and levels of intervention in community health care*. *Med. Paliat.* 2015, 22, 69–80.
19. Cardu, E.; Johnston, S.; Winstanley, C.; Morrish, J.; Murray, S.A.; Spiller, J. *What does 'complex' mean in palliative care? Triangulating qualitative findings from 3 settings*. *BMC Palliat. Care* 2018, 17, 12.
20. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010–2014.*: Madrid, Spain, 2011. Available online: <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>. (accessed on 26 November 2019).
21. Martin-Rosello M.L., Sanz-Amores M.L. et al. *"Instruments to evaluate complexity in end-of-life care"* *Curr Opin Support Palliat Care* 2018, 12
22. Plsek PE, Greenhalgh T. *Complexity science: the challenge of complexity in healthcare*. *BMJ* 2001; 323:625–628.
23. Gomez Batiste X, Tuca Rodriguez A, Codorniu Zamora N, Espinosa Rojas J. *"Complexity criteria in advanced and terminal patients and specific palliative care teams"*

- intervention*". Osservatorio Qualy, ICO 2011; 1–15.
24. Hui, D.; Mori, M.; Meng, Y.C.; Watanabe, S.; Caraceni, A.; Strasser, F.; Saarto, T.; Cherny, N.; Glare, P.; Kaasa, S.; et al. *Automatic referral to standardize palliative care access: An international Delphi survey*. Support. Care Cancer 2018, 26, 175–180.
 25. Tuca, A.; Gómez, M.; Prat, A. *Predictive model of complexity in early palliative care: A cohort of advanced cancer patients (PALCOM study)*. Support. Care Cancer 2018, 26, 241–249.
 26. Pask S, Pinto C, Bristowe K, van Vliet L, Nicholson C, Evans CJ, George R, Bailey K, Davies JM, Guo P, Daveson BA, Higginson IJ, Murtagh FE. *A framework for complexity in palliative care: A qualitative study with patients, family carers and professionals*. Palliat Med. 2018 Jun;32(6):1078-1090.
 27. Carduff E, Johnston S, Winstanley C, Morrish J, Murray SA, Spiller J, Finucane A. *What does 'complex' mean in palliative care? Triangulating qualitative findings from 3 settings*. BMC Palliat Care. 2018 Jan 4;17(1):12
 28. Pype P, Mertens F, Helewaut F, et al. *Healthcare teams as complex adaptive systems: understanding team behaviour through team members' perception of interpersonal interaction*. BMC Health Serv Res 2018; 18(1): 570.
 29. DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*. (22G00085) (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022).
 30. DPCM 12 gennaio 2017 *"Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)*.
 31. Maas EA, Murray SA, Engels Y, Campbell C. *What tools are available to identify patients with palliative care needs in primary care: a systematic literature review and survey of European practice*. BMJ Support Palliat Care. 2013 Dec;3(4):444-51.
 32. Van Wijmen, M. P., Schweitzer, B. P., Pasma, H. R., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2020). *Identifying patients who could benefit from palliative care by making use of the general practice information system: the surprise question versus the SPICT*. Family practice, 37(5), 641-647.
 33. Magnani, C., Peruselli, C., Tanzi, S., Bastianello, S., & Bonesi, M. G., Moroni, L., Orsi, L. (per Gruppo di Lavoro Sicp-Fcp) *Complessità e cure palliative*. Rivista Italiana Di Cure Palliative 2019; 21: 196-204.

34. Casale G, Magnani C, Fanelli R, et al. *Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™): content validity, feasibility and pre-test of the Italian version*. BMC Palliative Care 2020; 19, 79. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00584-3>.
35. Tuca, A., Gómez-Martínez, M., & Prat, A. (2018). *Predictive model of complexity in early palliative care: a cohort of advanced cancer patients (PALCOM study)*. Supportive Care in Cancer, 26(1), 241-249.
36. SICP. *DALL'INDIVIDUAZIONE PRECOCE DEI BISOGNI DI CP NEL PAZIENTE ADULTO, ALPIANO DI CURA PERSONALIZZATO PROPOSTA DI CRITERI CONDIVISI PER LE RETE REGIONALE TOSCANA DI CP PER L'ADULTO*
<https://www.sicp.it/documenti/sicp/2021/02/dallindividuazione-precoce-dei-bisogni-di-cp-nel-paziente-adulto-al-piano-di-cura-personalizzato/>



FNOPI



SICP



FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE



ISBN 9788894519952
Gennaio 2023
Copyright FNOPI