



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**  
*Scuola di Medicina e Chirurgia*  
*Dipartimento di Medicina*  
**Corso di Laurea in Infermieristica**

**LA PRESA IN CARICO PRECOCE DEL  
PAZIENTE IN CURE PALLIATIVE DA PARTE  
DELL'INFERMIERE CASE – MANAGER: UNA  
REVISIONE DI LETTERATURA**

Relatore: Prof.ssa Cavarzeran Giovanna

Laureando: Guglielmi Matilde  
Matricola n: 2012565

Anno accademico 2022 - 2023



## ABSTRACT

**Problema:** L'identificazione precoce dei pazienti in cure palliative ha molteplici vantaggi tra i quali la diminuzione della sofferenza del paziente e l'aumento della sua qualità di vita, il risparmio di risorse in interventi diagnostici e terapeutici inappropriati e l'opportunità per i pazienti ricoverati in ospedale di ritornare al proprio domicilio per gli ultimi momenti di vita. Gli infermieri sono in prima linea per quanto riguarda l'identificazione dei pazienti candidabili alle cure palliative perché sono le figure che più di tutte stanno a contatto con loro durante il ricovero. Per questo motivo è essenziale che essi siano in grado di riconoscere questi pazienti tramite l'utilizzo di scale e strumenti di screening adeguati.

**Obiettivo:** L'obiettivo dello studio è quello di indagare perché è importante la presa in carico precoce dei pazienti in cure palliative e di ricercare quali sono gli strumenti che gli infermieri possono utilizzare per identificare questi pazienti nel modo più appropriato possibile.

**Materiali e metodi:** Per la selezione della letteratura sono stati elaborati tre quesiti di ricerca con i corrispondenti PIO e successivamente inseriti su banche dati quali PubMed e Google Scholar. Sono stati inoltre consultati siti quali la Società Italiana di Cure Palliative (SICP) e la Rivista Italiana di Cure palliative.

**Risultati:** Sono stati selezionati 17 articoli dai quali è emerso che gli strumenti per l'identificazione precoce dei pazienti sono molteplici, tutti validi e con una buona attendibilità. In particolare, negli articoli presi in considerazione, vengono citati e confrontati la "Domanda sorprendente", il Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT), il NECPAL CCOMS – ICO e altri indicatori come l'Indice di Rothman e lo strumento di screening delle cure palliative (PCST).

**Conclusioni:** La diffusione delle cure palliative, soprattutto nei contesti italiani, risulta ancora molto limitata. Gli infermieri case – manager sarebbero i più idonei nell'identificare i pazienti con necessità di cure palliative ma spesso non hanno la formazione corretta. Ampliare la diffusione dell'utilizzo degli screening porterebbe ad un miglioramento della qualità di vita dei pazienti e a una diminuzione dei decessi ospedalieri di pazienti che avrebbero potuto usufruire delle cure palliative al proprio domicilio.

**Parole chiave:** palliative care, early identification, quality of life, screening, nurse



## ABSTRACT

**Problem:** Early identification of patients in palliative care has multiple advantages including decreasing patient suffering and increasing their quality of life, saving resources in inappropriate diagnostic and therapeutic interventions and providing opportunities for patients hospitalized to return to their home for the last moments of life. Nurses are at the forefront when it comes to identifying patients eligible for palliative care because they are the figures who are in contact with them most of all during hospitalization. For this reason, it is essential that they are able to recognize these patients through the use of adequate screening scales and tools.

**Objective:** The objective of the study is to investigate why early identification of patients in palliative care is important and to research what tools nurses can use to identify these patients in the most appropriate way possible.

**Materials and methods:** For the selection of the literature, three research questions were developed with the corresponding PIOs and subsequently inserted into databases such as PubMed and Google Scholar. Sites such as the Italian Society of Palliative Care (SICP) and the Italian Journal of Palliative Care were also consulted.

**Results:** 17 articles were selected from which it emerged that there are many tools for the early identification of patients, all valid and with good reliability. In particular, in the articles taken into consideration, the "Surprising Question", the Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT), the NECPAL CCOMS - ICO and other indicators such as such as the Rothman Index and the Palliative Care Screening Tool (PCST) are mentioned and compared.

**Conclusion:** The diffusion of palliative care, especially in Italian contexts, is still very limited. Case – manager nurses would be best suited to identifying patients in need of palliative care but often do not have the correct training. Widening the use of screening would lead to an improvement in the quality of life for patients and a decrease in hospital deaths of patients who could have benefited from palliative care at home.

**Keywords:** palliative care, early identification, quality of life, screening, nurse



## **INDICE**

<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPITOLO 1 - BACKGROUND</b> .....	<b>3</b>
1.1 La storia delle cure palliative .....	3
1.2 Quadro normativo italiano .....	4
1.3 Il ruolo dell'infermiere nel fine vita.....	5
1.4 L'identificazione precoce dei pazienti candidabili alle cure palliative.....	6
1.5 Strumenti per l'identificazione precoce in cure palliative.....	8
<b>CAPITOLO 2 - MATERIALI E METODI</b> .....	<b>9</b>
2.1 Obiettivo dello studio .....	9
2.2 Quesiti di ricerca .....	9
2.3 Criteri di selezione e parole chiave .....	10
2.4 Fonti dei dati .....	10
<b>CAPITOLO 3 - RISULTATI</b> .....	<b>13</b>
3.1 Flow – chart degli articoli e selezione del materiale.....	13
3.2 Identificazione precoce del paziente in cure palliative e qualità di vita .....	14
3.3 Infermiere case – manager e identificazione dei pazienti in cure palliative .....	15
3.4 Strumenti per l'identificazione dei pazienti palliativi.....	17
<b>CAPITOLO 4 - DISCUSSIONE</b> .....	<b>23</b>
4.1 Discussione dei risultati.....	23
4.2 Limiti dello studio.....	24
4.3 Implicazioni per la pratica.....	25
<b>CAPITOLO 5 - CONCLUSIONI</b> .....	<b>27</b>
<b>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</b> .....	<b>29</b>
<b>NORMATIVA</b> .....	<b>33</b>
<b>ALLEGATI</b> .....	<b>34</b>





## INTRODUZIONE

L'identificazione precoce del paziente candidabile alle cure palliative è diventato un obiettivo prioritario per migliorare la qualità di vita dei pazienti con malattia oncologica o con malattia cronica in fase avanzata (Ganzini et al., 2021). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2002 ha modificato la precedente definizione di cure palliative enunciando che: "Le cure palliative sono un approccio che migliora la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie che affrontano problemi legati a malattie che mettono in pericolo la vita, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza, l'identificazione precoce, la valutazione accurata e il trattamento del dolore e di altri problemi (...)" mettendo in evidenza che non possono esserci cure palliative efficaci senza un'identificazione precoce del paziente (Llobera et al., 2017). La volontà di approfondire questo argomento nasce durante i miei tirocini nelle diverse U.O. nei tre anni di Corso di Laurea, osservando quanto poco si parli di cure palliative, soprattutto nei contesti ospedalieri. Ci si riferisce spesso all'attivazione delle cure palliative parlando di pazienti a domicilio piuttosto che ricoverati in ospedale, anche se molti pazienti affetti da malattie croniche muoiono dopo una degenza causata da un episodio acuto (Flierman et al., 2019).

Tramite una ricerca mirata su PubMed e GoogleScholar si è voluto indagare perché è importante la presa in carico precoce dei pazienti candidati alle cure palliative e come questa può migliorare la sua vita residua. Inoltre, si è ricercato quali sono gli strumenti che gli operatori sanitari, in particolare gli infermieri case - manager, possono utilizzare per identificare più precocemente possibile e in modo più appropriato possibile i pazienti candidabili alle cure palliative.

La tesi è articolata in cinque capitoli: nel primo capitolo si parlerà dello sfondo, cioè del problema dal quale nasce l'intero elaborato. Si parlerà da dove nascono le cure palliative, da quali leggi sono regolamentate e dal ruolo dell'infermiere nell'identificazione del paziente in cure palliative.

Nel secondo capitolo verranno illustrati i metodi di ricerca utilizzati per raccogliere gli articoli selezionati.

Il terzo capitolo parlerà dei risultati della ricerca, mettendo a confronto varie realtà nazionali ed internazionali e si analizzeranno quali strumenti sono disponibili per valutare il paziente candidabile alle cure palliative.

Nel quarto capitolo, infine, si procede con la discussione dei risultati, i limiti dello studio e le implicazioni per la pratica arrivando alle conclusioni nel quinto capitolo.

# CAPITOLO 1

## BACKGROUND

### 1.1 La storia delle cure palliative

Nelle Favole di Igino, mitografo romano, viene raccontato il mito di Cura, dea che diede forma all'uomo da un mucchio di fango argilloso con l'aiuto di Giove, per donare lo spirito, e Terra da cui prese la materia. Tra i tre nacque una disputa su chi avesse diritto a dare un nome, fino a quando il giudice eletto, Saturno, decise: "Tu, Giove, che hai dato lo spirito, al momento della morte riceverai lo spirito; tu, Terra, che hai dato il corpo, riceverai il corpo. Ma poiché fu la Cura che per prima diede forma a questo essere, finché esso vive, lo custodisca. Per quanto concerne la controversia sul nome, si chiami Homo poiché è stato tratto da *humus*" (Heidegger, 2017).

Questo mito antico, risalente al I secolo a.C., ci mostra come già nell'antichità c'era una considerazione importante della cura e del "prendersi cura" che accompagna l'uomo fino alla morte, l'unico elemento che differenzia il divino dall'umano.

Le prime strutture simili agli Hospice risalgono al V secolo d.C., gli *hospitia* ovvero ostelli per viandanti e moribondi fondato su principi cristiani di assistenza al prossimo. Nel Medioevo, invece, sorsero gli *hospitalia*, luoghi sempre destinati ad accogliere bisognosi, dove venivano offerte cure sia per il corpo che per lo spirito.

Solo nella seconda metà dell'1800 iniziarono a nascere Hospice moderni non basati solo sul principio della "*pietas*" ma vere e proprie strutture per malati gravi e terminali. Le vere cure palliative moderne nascono simbolicamente nel 1967, quando nacque il St. Christopher's Hospice dal progetto di Cicely Saunders, infermiera, assistente sociale e medico che dedicò la sua vita all'assistenza dei malati inguaribili.

In Italia nel 1967 nacque l'unità di Terapia del Dolore all'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano con Vittorio Ventafridda, medico anestesista che diventerà successivamente il primo presidente della società italiana di cure palliative.

Importantissima per la storia italiana delle cure palliative l'istituzione, nel 1977, della Fondazione Floriani, nata per la necessità di colmare un vero e proprio vuoto istituzionale nell'assistenza dei malati terminali. Proprio grazie a questa fondazione si iniziarono le prime esperienze di assistenza domiciliare ai malati.

Nel 1987, sempre in Italia, presso la Domus Salutis delle Suore della Carità sorse il primo Hospice pubblico che rimase l'unico per molti anni (Sul sentiero di Cicely, n.d.).

## **1.2 Quadro normativo italiano**

La legislazione italiana delle cure palliative nacque con la Legge n. 38 del 15 marzo 2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle Cure Palliative e alla Terapia del Dolore”, una raccolta di principi e normative volte a garantire un’assistenza appropriata al malato terminale e alla sua famiglia. Questa legge impegna le istituzioni a occuparsi delle cure palliative e della terapia del dolore in tutti i setting, per ogni fascia d’età e per qualunque patologia cronica ed evolutiva.

Qui viene per la prima volta fornita una definizione di cure palliative: “L’insieme degli 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”.

Sempre in questa legge vengono identificate e definite le Reti Regionali e le Reti Locali di cure palliative. In particolare si vuole evidenziare come “la rete locale di cure palliative promuove l’identificazione precoce di persone con necessità di cure palliative e (...) garantisce l’assistenza nel setting assistenziale più appropriato e la continuità della cure tra ambiti assistenziali e livelli di intensità assistenziali diversi” sottolineando come sia di fondamentale importanza l’identificazione precoce in tutti i setting assistenziali per definire un percorso di cura modulato sui bisogni del paziente e della sua famiglia.

Un importante traguardo italiano viene raggiunto con l’inserimento delle cure palliative e della terapia del dolore nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) tramite il DPCM 12 gennaio 2017, supplemento n. 15 del decreto legislativo n. 502 del 30 Dicembre 1992. In particolare, nell’articolo 38 “Ricovero ordinario per acuti” per la prima volta vengono citate le cure palliative e la terapia del dolore come prestazioni strumentali, cliniche e farmaceutiche che devono essere garantite durante il ricovero ordinario.

Infine, ricordiamo anche la più recente Legge n. 219 del 22 dicembre 2017 contenente le “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento” che apre le porte a molti temi mai affrontati come il “testamento biologico” e la pianificazione condivisa delle cure. Nell’articolo 2 viene riportato che “(...) Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico

deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. (...)” mettendo in evidenza l’importanza di identificare precocemente i pazienti con necessità di cure palliative per non incorrere in accanimenti terapeutici inutili e non dignitosi per il paziente e la sua famiglia.

### **1.3 Il ruolo dell’infermiere nel fine vita**

Per i pazienti ricoverati, gli infermieri rivestono un ruolo fondamentale perché, fornendo un’assistenza continuativa, sono in grado di riconoscere anche i minimi cambiamenti. Soprattutto nei reparti ospedalieri, dove la cultura palliativa non è ancora appropriatamente sviluppata, è essenziale che il personale sanitario sia in grado di valutare attentamente le condizioni dei malati per garantire il controllo dei sintomi e le cure adeguate. Quindi l’infermiere ricopre un ruolo importante esercitando la sua funzione di valutazione della situazione e management terapeutico insieme all’equipe multidisciplinare (Core Competence Italiano dell’Infermiere in Cure Palliative, 2018). Sempre secondo il Core Competence Italiano dell’Infermiere in cure palliative (2018) i bisogni di assistenza richiedono un approccio focalizzato sul prendersi cura, la valorizzazione delle risorse del paziente, il rispetto dell’autonomia, la continuità delle cure, la qualità delle cure e l’integrazione con altri professionisti.

Anche il nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche del 2019 riconosce la rilevanza del ruolo dell’infermiere nella terminalità, in particolare nell’articolo 24 “Cure nel Fine Vita” che enuncia: “L’infermiere presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l’importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale. L’infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita nell’evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto”.

Inoltre, sempre nel capo IV del Codice Deontologico altri articoli ci ricordano che tutti gli infermieri devono agire per garantire una migliore qualità di vita per il paziente, anche attraverso l’identificazione precoce e la stesura degli obiettivi in accordo con le volontà del paziente stesso:

- Articolo 17 “Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura”: “(...) l’infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l’espressione della sofferenza. (...)”
- Articolo 18 “Dolore”: “L’infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell’assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona.”
- Articolo 25 “Volontà di limite agli interventi”: “L’infermiere tutela la volontà della persona assistita di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita, (...)”

#### **1.4 L’identificazione precoce dei pazienti candidabili alle cure palliative**

L’OMS ha stimato che nella popolazione italiana ci sono circa 733 mila pazienti che necessitano di cure palliative e che gran parte di questi muore in ospedale e che oltre il 36% dei pazienti necessiterebbe di cure palliative già al momento del ricovero. Inoltre, è esperienza comune che pazienti con patologie croniche ed evolutive subiscano procedure terapeutiche e diagnostiche non sempre appropriate per la loro situazione clinica e che non aumentano la loro sopravvivenza (Ganzini et al., 2021).

Lo stereotipo più frequente del paziente in cure palliative è costituito da un paziente prevalentemente oncologico con malattia molto avanzata e con un’aspettativa di vita molto breve (Dalgaard et al., 2014). Viene, invece, stimata una prevalenza di bisogno di cure palliative per il 40% nei pazienti affetti da patologia neoplastica e per il 60% in quelli affetti da patologie non neoplastiche. I pazienti con malattie cronico degenerative spesso hanno un accesso limitato alle cure palliative, molto in ritardo rispetto alla loro traiettoria di malattia. (Paruselli et al., 2019).

Prevedere la traiettoria di malattia di un paziente non sempre risulta facile. In genere le malattie neoplastiche hanno una progressione più prevedibile. Molto frequentemente i pazienti con malattie non maligne hanno traiettorie di malattia molto imprevedibili, spesso alternano momenti di grave declino con momenti di forte miglioramento rendendo difficile per gli operatori sanitari l’identificazione del momento più adeguato a iniziare le cure palliative. Anche secondo Yang – Huang

(2022) la maggior parte dei protocolli sono più centrati sui pazienti con cancro e ai loro requisiti specifici. Come affermato dal WHO, i pazienti con condizioni croniche possono beneficiare delle cure palliative anche nelle prime fasi della malattia in combinazione con terapie specifiche.

Le traiettorie di malattia sono molto importanti per prevedere il declino del paziente in base alla patologia e di conseguenza attivare le cure palliative più adeguate in base alle necessità. Ne esistono di 3 tipi:

- Traiettoria del cancro caratterizzata da un declino breve ed evidente, spesso prevedibile;
- Traiettoria dell'insufficienza d'organo caratterizzata da un lungo periodo di limitazioni funzionali in cui si succedono episodi acuti dai quali i pazienti guariscono ma riportando un peggioramento delle funzionalità;
- Traiettoria della demenza/fragilità, tipica degli anziani, caratterizzata da un lungo periodo di declino funzionale irreversibile (Llobera et al., 2017).

Un altro problema che impedisce la presa in carico precoce dell'equipe di cure palliative è la comunicazione aperta con i pazienti e le loro famiglie. Gli operatori riferiscono spesso di essere reticenti ad iniziare una conversazione sulla possibilità di intraprendere un percorso di cure palliative per la paura di togliere la speranza ai pazienti, soprattutto con quelli in una fase iniziale della traiettoria di patologia (Dalgaard et al., 2014).

Ma nell'articolo di Rivera (2023) si vede come per patologie croniche, in particolare lo scompenso cardiaco, le cure palliative forniscono un approccio multidisciplinare centrato sul paziente, continuando comunque le terapie mediche del caso. Anche qui, però, viene sottolineato come solo una piccola percentuale di questi pazienti riceve cure palliative precoci per diversi motivi tra cui lo stigma e la prognosi eccessivamente variabile e imprevedibile.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato l'identificazione precoce nella sua definizione di cure palliative: "Un approccio che migliora la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie che affrontano i problemi associati a malattie potenzialmente letali, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza, per mezzo dell'identificazione precoce e la valutazione e il trattamento impeccabile del dolore e di altri problemi, fisico, psicosociale e spirituale" sottolineando quanto

l'identificazione precoce dei pazienti che necessitano di cure palliative porti ad una diminuzione della sofferenza del paziente e a un miglioramento della sua qualità di vita nonché, anche per il sistema sanitario, un risparmio delle risorse in interventi diagnostici e terapeutici spesso inappropriati.

### **1.5 Strumenti per l'identificazione precoce in cure palliative**

Durante la ricerca bibliografica si sono trovati diversi strumenti utilizzati dal personale sanitario per l'identificazione del paziente candidabile alle cure palliative.

Lo screening più conosciuto è la “Surprise Question” ovvero “Domanda sorprendente”, “sarei sorpreso se il paziente che ho davanti morisse entro i prossimi 12 mesi?”. Questo strumento è stato sviluppato da J. Lynn nel 2005 e successivamente è diventata una pratica comune in tutti i setting di cure palliative. Questo strumento è spesso incluso in altre scale per la valutazione dei pazienti come il NECPAL o il GSF FIG.

Il GSF FIG (Gold Standard Framework – Prognostic Indicator Guidance) è uno strumento anglosassone, utilizzato per pazienti adulti, costituito da 3 item: la domanda sorprendente, indicatori per il declino generale delle condizioni e indicatori specifici per la patologia.

Il NECPAL TOOL, riadattato in diverse versioni, è uno strumento spagnolo costituito dalla domanda sorprendente e da criteri clinici e di laboratorio. Il NECPAL CCOMS – ICO TOOL è la versione che viene utilizzata nella regione Veneto come descritto nel DGR n. 553 del 30 aprile 2018.

Un altro strumento molto diffuso è lo SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool), breve e di facile utilizzo, composto da indicatori clinici di facile osservazione. È costituito da 6 indicatori generali di deterioramento delle condizioni di salute e da una parte specifica per patologia. Tuttavia, non presenta un cut – off definito. Esiste anche una versione italiana SPICT - IT (Magnani et al., 2019).



## CAPITOLO 2

### MATERIALI E METODI

#### 2.1 Obiettivo dello studio

Lo scopo di questa revisione di letteratura è quello di indagare perché è importante la presa in carico precoce dei pazienti candidati alle cure palliative e di ricercare quali sono gli strumenti che gli operatori sanitari, in particolare gli infermieri case – manager, possono utilizzare per identificare più precocemente possibile e in modo più appropriato possibile i pazienti candidabili alle cure palliative.

Quello che si vuole capire è se riconoscere precocemente i pazienti che necessitano di cure palliative può effettivamente contribuire a migliorare la loro qualità di vita rimanente.

#### 2.2 Quesiti di ricerca

Per raggiungere l'obiettivo dello studio si è partiti con lo sviluppo di 3 obiettivi di foreground per i quali si sono elaborati 3 PIO:

1. L'identificazione precoce del paziente in cure palliative migliora la qualità della vita residua del paziente stesso?

*Tabella I: Quesito di ricerca con metodologia PIO – Identificazione precoce e qualità di vita*

P	Pazienti candidati per le cure palliative
I	Identificazione precoce
O	Qualità di vita residua

2. L'infermiere case – manager di cure palliative è in grado di identificare precocemente il paziente palliativo, al fine di migliorare la sua qualità di vita?

*Tabella II: Quesito di ricerca con metodologia PIO – Presa in carico precoce da parte dell'infermiere case - manager*

P	Pazienti ospedalieri che necessitano di cure palliative
I	Screening da parte dell'infermiere case – manager
O	Presa in carico precoce

3. Quali sono gli strumenti utilizzati da parte dell'infermiere case – manager di cure palliative per indagare i criteri di eleggibilità al percorso di cure palliative?

Tabella III: Quesito di ricerca con metodologia PIO – Strumenti per l'identificazione precoce

P	Pazienti candidabili alle cure palliative
I	Strumenti per indagarne l'eleggibilità alle cure palliative
O	Identificazione precoce

### 2.3 Criteri di selezione e parole chiave

Come parole chiave sono state usate: “*palliative care*” “*early identification*” “*quality of life*” “*tools*” “*screening*” “*nurse*”, combinati tra loro come segue:

- “*palliative care*” AND “*early identification*” AND “*quality of life*”
- “*palliative care*” AND “*early identification*” AND “*screening*” OR “*tool*”
- “*palliative care*” AND “*early identification*” AND “*nurse*”

In questa revisione i criteri di inclusione sono stati:

- Pubblicazione da meno di 10 anni in quanto il filtro standard di 5 anni non ha prodotto sufficienti risultati
- Campione della popolazione di età  $\geq 18$  anni
- Lingua Italiana e/o Inglese
- Presenza dell'Abstract

I criteri di esclusione invece sono stati:

- Articoli pubblicati da più di 10 anni
- Campione della popolazione di età pediatrica (età < 18 anni)
- Lingua diversa da Italiano o Inglese
- Abstract assente

### 2.4 Fonti dei dati

Sono state consultate principalmente le banche dati di PubMed e Google Scholar. Successivamente si è consultato il sito della Società Italiana di Cure Palliative (SICP) dal quale si è selezionata una revisione di letteratura redatta insieme all'associazione

ANIMO. Infine, vengono aggiunti alla ricerca bibliografica due articoli italiani provenienti dalla Rivista Italiana di Cure Palliative.



### CAPITOLO 3 RISULTATI

#### 3.1 Flow – chart degli articoli e selezione del materiale

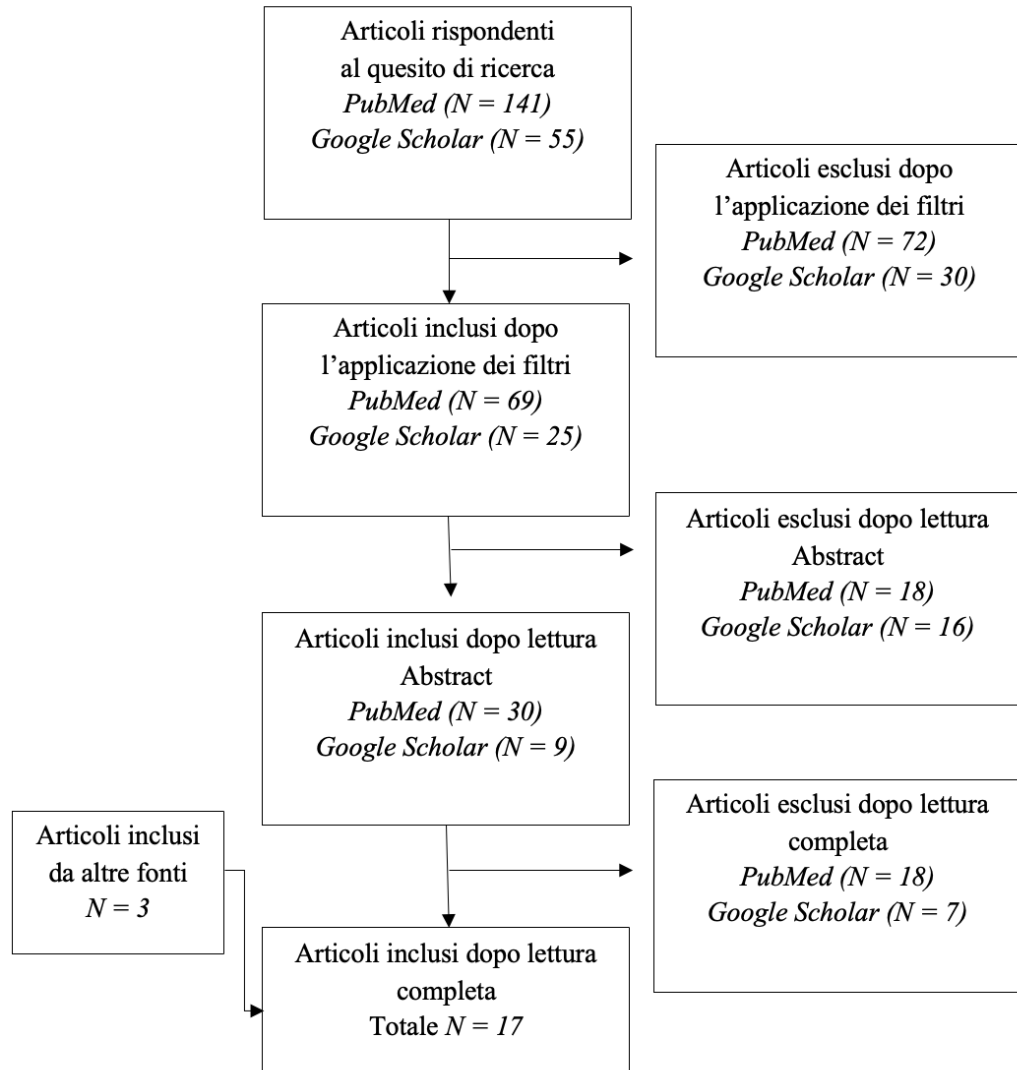


Figura 1. Flow – chart per la selezione del materiale con metodologia PRISMA

Gli articoli corrispondenti ai quesiti di ricerca sono stati 141 sulla banca dati di PubMed e 55 su quella di Google Scholar. A questi sono stati applicati i criteri di inclusione quali data di pubblicazione non oltre i 10 anni e campione preso in carico di soli adulti (età > 18 anni), escludendo i pazienti pediatrici. Si sono letti gli abstract

di 69 articoli di PubMed e 25 articoli di Google Scholar escludendone 18 per i primi e 16 per i secondi perché non inerenti alla ricerca. Si è conclusa la selezione con la lettura completa degli articoli selezionando 14 articoli totali e aggiungendo 2 articoli selezionati dalla Rivista Italiana di Cure Palliative e un articolo preso dal sito della SICP. La scrematura del materiale bibliografico è stata fatta secondo la metodologia PRISMA di Liberati et al. (2015).

In questa revisione sono stati inclusi diciassette articoli di cui quattro revisioni di letteratura, tre studi di coorte, tre studi qualitativi, quattro studi osservazionali, due RCT e uno studio retrospettivo.

Le caratteristiche chiave degli studi sono sintetizzate nell'Allegato 1.

### **3.2 Identificazione precoce del paziente in cure palliative e qualità di vita**

Diversi studi hanno dimostrato come l'integrazione precoce delle cure palliative porta a un miglioramento nella gestione dei sintomi con conseguente aumento della sopravvivenza e un miglioramento significativo delle qualità della vita. Gli interventi che migliorano la qualità di vita sono molteplici: una delle priorità delle cure palliative è la gestione del dolore perché un paziente che non soffre vivrà con minor disagio e sarà in grado di mantenere la propria autonomia il più possibile. Le cure palliative intervengono anche nella gestione di tutti quei sintomi fisici come nausea, vomito, dispnea e *fatigue* che possono essere conseguenza della patologia stessa oppure delle terapie specifiche. Per migliorare la qualità di vita dei pazienti, le cure palliative erogano anche supporto spirituale e psicologico per affrontare e gestire le sfide emotive e vivere gli ultimi momenti di vita più serenamente e con maggiore consapevolezza.

Un'identificazione precoce si è dimostrata utile per i pazienti a comprendere meglio la propria prognosi, a prendere scelte terapeutiche condivise e ad evitare trattamenti troppo aggressivi. È stato anche dimostrato che una migliore qualità di vita vicino alla morte ha portato ad una minore sofferenza tra i caregiver e i famigliari con un'elaborazione del lutto più lineare, senza sensi di colpa. Per questo è importante la Pianificazione Anticipata delle cure, per prendere decisioni informate al trattamento e al fine vite e garantire che le sue richieste e volontà siano rispettate (Dalgaard et al., 2014; Tripodoro et al., 2019; Ganzini et al., 2021).

Negli ultimi anni si è notato come vi sia una maggiore consapevolezza del fatto che molti bisogni di cure palliative dovrebbero essere integrati già durante le prime fasi della traiettoria della malattia, soprattutto per patologie non oncologiche che spesso vengono sottovalutate dai medici. In particolare, i pazienti affetti da insufficienza cardiaca o da broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) sperimentano spesso un elevato carico di sintomi quali dolore, ansia, affaticamento, dispnea nonostante l'assunzione di una terapia adeguata. Una precoce integrazione con cure palliative di base, anche nelle prime fasi di queste patologie, può portare questi pazienti ad un miglioramento della loro qualità di vita (Beernaert et al., 2014; Rivera et al., 2023).

Un altro aspetto analizzato è il costo complessivo delle cure che risulta essere inferiore se si attivano programmi di identificazione precoce e percorsi di assistenza personalizzata; questo perché i pazienti che rientrano nel programma di cure palliative hanno una maggiore probabilità di morire a casa ed evitare lunghi ricoveri in ospedale. Inoltre, si evita che il paziente subisca test diagnostici invasivi non necessari e trattamenti aggressivi che peggiorano la qualità di vita residua del paziente. Un malato terminale che nell'ultimo mese di vita fa ripetuti accessi in pronto soccorso o viene ricoverato in terapia intensiva indica una scarsa assistenza di fine vita. Si ricorda comunque che la diminuzione dei costi sanitari non è l'obiettivo principale per attivare le cure palliative precoci ma dovrebbe essere il miglioramento del benessere dei pazienti (Scaccabarozzi et al., 2018; Yang-Huang et al., 2022; Chan et al., 2022; Lobera et al., 2018).

### **3.3 Infermiere case – manager e identificazione dei pazienti in cure palliative**

Come già visto in precedenza, gli infermieri hanno un ruolo essenziale nell'identificazione di chi potrebbe beneficiare di cure palliative in quanto sono le figure professionali più a contatto con i pazienti e quindi sono in grado di osservare i minimi cambiamenti e valutarli nella complessità della situazione (Ganzini et al., 2021).

L'infermiere case – manager si occupa di gestire i percorsi di cura individuali e personalizzati dei pazienti con l'obiettivo di facilitare il processo assistenziale.

In Italia per diventare infermiere case – manager è necessario ottenere il Diploma di Laurea in Infermieristica e successivamente frequentare un Master di 1° Livello in

Case Management in ambito infermieristico. Gli infermieri specializzati in case management possono lavorare in diversi contesti, non solo quello ospedaliero ma anche a domicilio, soprattutto in cure palliative, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale presso le medicine integrate per supportare i pazienti con condizioni croniche, in casa di riposo, in strutture di assistenza a lungo termine e in ambulatori specializzati.

L'infermiere case – manager deve essere in grado di effettuare valutazioni complesse dei pazienti per identificare correttamente quelli che possono necessitare di cure palliative, utilizzando scale di valutazione validate per indirizzare al percorso di cura più adeguato. Oltre a questa competenza essenziale per garantire al paziente la migliore qualità di vita possibile, l'infermiere case – manager deve aiutare i pazienti a prendere decisioni per il loro futuro, inclusa la pianificazione anticipata delle cure, deve essere in grado di lavorare in team con altri professionisti sanitari assicurandosi che tutti lavorino per garantire il bene del paziente, deve avere una comunicazione empatica e compassionevole, essenziale nel paziente palliativo e deve comprendere le preoccupazioni del paziente e dei famigliari fornendo supporto emotivo e infine deve essere in grado di fornire una buona educazione al paziente e alla famiglia sulla gestione dei sintomi e l'utilizzo di farmaci specifici, soprattutto a domicilio, per aiutare il paziente a mantenere l'autonomia il più possibile e per evitare accessi impropri in pronto soccorso (Di Santo, 2016).

Gli infermieri, soprattutto quelli ospedalieri, hanno riscontrato spesso dei limiti nell'identificare i pazienti, tra i quali la scarsa formazione ricevuta in questo ambito. Infatti, diversi autori hanno sottolineato come per garantire la massima qualità di cure e assistenza e portare al minimo il rischio di danneggiare i pazienti, si dovrebbe fornire agli operatori sanitari coinvolti una formazione di alta qualità per compensare il deficit di conoscenze. In diversi studi si è scelto di rafforzare i team multidisciplinari con esperti di cure palliative per aiutare con consulenze specifiche i vari operatori coinvolti e per formare a sua volta infermieri e medici nell'applicazione degli screening e nella valutazione dei bisogni dei pazienti oppure con l'erogazione di programmi di formazione sull'identificazione precoce, sull'educazione ai pazienti, sullo sviluppo di capacità di comunicazione e sulla capacità di fornire supporto spirituale ai pazienti e alle famiglie (Llobera et al., 2018; Yen et al., 2022).



In diverse interviste a pazienti oncologici è emerso che questi tendono ad aprirsi più facilmente con gli infermieri rispetto che con i medici, soprattutto sul tema dell'interruzione dei trattamenti e sui bisogni percepiti. Questo conferma la tesi che gli infermieri risulterebbero essere i migliori valutatori per i pazienti con necessità di palliazione, anche perché i medici tendono spesso a basarsi sulla prognosi e non su screening validati. Tuttavia, gli infermieri molto di frequente si sentono restii a parlare con i medici e a contestare test diagnostici ritenuti non adeguati, per non risultare arrendevoli o far credere di dubitare delle capacità dei medici (Flierman et al., 2019).

### **3.4 Strumenti per l'identificazione dei pazienti palliativi**

Molti studi tra quelli selezionati hanno messo a confronto diversi strumenti che possono essere utilizzati dai professionisti sanitari, in particolare dagli infermieri, per identificare precocemente i pazienti che potrebbero necessitare di cure palliative.

Uno strumento frequentemente utilizzato è il NECPAL CCOMS – ICO (NECPAL), di origine spagnola, elaborato nel 2013. Si apre con la “domanda sorprendente” (“saresti sorpreso se questo malato morisse nei prossimi 12 mesi?”) che costituisce un elemento preliminare. È composto da altre tre sezioni con domande sul bisogno di cure palliative, sul percorso di cura, sulla presenza di morbidità, sull'utilizzo delle risorse sanitarie, su fattori psicosociali e su specifici indicatori per malattie selezionate. Il paziente è considerato NECPAL positivo quando, alla risposta “no” alla domanda sorprendente, segue la presenza di un altro indicatore nelle altre sezioni. Questo strumento è stato ampiamente testato nella pratica clinica sia per prevedere la morte dei pazienti, oncologici e non, a 12 e 24 mesi, sia per valutare se i pazienti necessitavano di cure palliative. Tutti gli studi esaminati sono arrivati alla conclusione che il NECPAL presenta un adeguato grado di accuratezza predittiva con una buona sensibilità nell'individuare i pazienti con necessità di cure palliative, sottolineando le differenze di mortalità tra i pazienti NECPAL positivi e i NECPAL negativi. Nonostante sia stato riscontrato che tende a sovrastimare la mortalità con falsi positivi, gli autori si sono trovati concordi nell'affermare che l'utilità principale di questo strumento è quello di attivare un approccio globale e centrato sul paziente portando beneficio alla persona indipendentemente dalla prognosi.

Uno dei limiti dello strumento NECPAL risulta essere la sovrapposibilità dei risultati con la semplice “domanda sorprendente” valutata dagli infermieri più facile e più veloce da applicare. Si nota, infatti, che spesso quasi tutti i pazienti risultati positivi alla “domanda sorprendente” risultano poi positivi anche per il NECPAL. Un altro problema sorto durante l’applicazione di questo strumento è il fatto che tra gli indicatori clinici generici ci sia da valutare ed interpretare esami ematici come l’albumina sierica, per questo in letteratura spesso si parla di team multidisciplinare composto da medici e infermieri che collaborano per garantire la migliore assistenza possibile ai pazienti (Tripodoro et al., 2019; Gomez – Batiste et al., 2017; Appendino et al., 2022).

Un altro strumento valutato in diversi articoli è il “Supportive & Palliative Care Indicators Tool” (SPICT) del quale esiste anche una versione italiana SPICT – IT. È stato sviluppato nel 2010 dal Primary Palliative Care Research Group dell’Università di Edimburgo per identificare i pazienti con condizioni avanzate che potrebbero beneficiare di cure palliative. Non comprende la “domanda sorprendente” ma una serie di indicatori clinici divisi in tre sezioni quali sei indicatori clinici generali, dodici indicatori specifici della malattia e una parte dedicata alle raccomandazioni per la pianificazione delle cure. Per identificare un paziente come SPICT positivo quest’ultimo deve avere almeno due indicatori generali e un indicatore specifico, anche se nell’ultima versione di questo strumento si consiglia il cut – off di un indicatore generale e un indicatore specifico. A questo proposito molti autori hanno sollevato alcune questioni, in particolare, prendendo in considerazione l’ultima versione, la specificità si riduce notevolmente aumentando i falsi positivi (Casale et al., 2020; De Brock et al., 2018; Chan et al., 2022).

In particolare, Chan et al. (2022) ha riscontrato che lo SPICT nell’identificare i pazienti adulti con aspettativa di vita di 6 – 12 mesi e candidabili alle cure palliative ha una sensibilità dell’84% e una specificità del 61% sovrapponibile al risultato di De Brock et al. (2018) sulla popolazione geriatrica, con una sensibilità dell’84% e una specificità del 57%.

Il Gold Standard Framework – Prognostic Indicator Guidance (GSF – PIG) è un strumento di screening utilizzato anche nei contesti italiani con lo scopo di identificare i pazienti adulti con un’alta probabilità di morte entro i dodici mesi e che potrebbero

beneficiare delle cure palliative. Anche questo strumento, come il NECPAL, è diviso in tre parti: la “domanda sorprendente”; indicatori generali di declino quali declino psicofisico, aumento dei bisogni, dipendenza nelle ADL, morbilità, ridotta risposta ai trattamenti, perdita progressiva di peso e ripetuti ricoveri non pianificati; indicatori specifici di malattia soprattutto per cancro, insufficienza d’organo, malattie neurologiche e demenza (Dalgaard et al., 2014; Scaccabarozzi et al., 2018). Questo strumento, secondo Scaccabarozzi et al. (2018), si è dimostrato adeguato nell’identificare i pazienti con necessità di cure palliative con un valore predittivo del 55,2%.

Molti autori si sono trovati concordi nell’affermare che in quasi tutti gli strumenti per l’identificazione dei pazienti candidabili alle cure palliative il valore predittivo positivo (PPV) risulta essere maggiore nei pazienti oncologici rispetto ai pazienti con patologie non maligne. Questo ad evidenziare che spesso è più facile identificare i pazienti oncologici come bisognosi di cure palliative rispetto ai pazienti con patologie non oncologiche, perché la traiettoria di patologia del cancro è più prevedibile rispetto alle altre traiettorie di malattia (Scaccabarozzi et al., 2018; Gomez – Batiste et al., 2017).

Due autori propongono strumenti diversi per identificare i pazienti in cure palliative. Chan et al. (2022) valuta l’utilizzo dell’Indice di Rothman per riconoscere la necessità di cure palliative precoci e la mortalità a sei mesi nei pazienti oncologici avanzati. L’indice di Rothman è uno strumento che utilizza 26 misurazioni cliniche per valutare i cambiamenti complessivi che possono portare ad uno scompenso acuto, normalmente utilizzato per valutare il rischio di mortalità nelle 24 ore. In questo studio un punteggio inferiore a 60 è stato considerato come indicatore generale di mortalità a 6 mesi (RI+). In questo studio l’Indice di Rothman è risultato avere una sensibilità del 70% e una specificità solamente del 12% e il 70% dei pazienti RI+ sono deceduti dopo 6 mesi. Gli autori concludono affermando che l’Indice di Rothman è uno strumento prezioso per avviare una discussione sulle cure palliative ma che c’è necessità di ulteriori studi per valutarne l’utilizzo.

In un altro studio di coorte, viene utilizzato un altro strumento per identificare i pazienti candidabili alle cure palliative e la loro mortalità a 6 mesi, lo strumento di screening delle cure palliative (PCST). Questo strumento raccoglie dei dati clinici dei pazienti e

li traduce in un punteggio, in particolare un punteggio superiore o uguale a 4 è indicatore di mortalità a 6 mesi. Anche questo strumento si è rilevato un buon predittore di mortalità con una sensibilità del 50% e una specificità del 95% (Yen et al. 2022).

Tutti gli strumenti citati possono essere applicati in diversi contesti:

- Ospedali: soprattutto reparti di terapia intensiva, medicina interna, oncologia, per valutare i pazienti con malattie gravi e/o avanzate;
- Cure domiciliari: per identificare i pazienti già seguiti a domicilio che potrebbero beneficiare di cure palliative;
- Case di riposo: per identificare pazienti anziani affetti da patologie croniche degenerative o demenza/fragilità;
- Ambulatori: tra cui ambulatori oncologici o centri di cure palliative (Scaccabarozzi et al., 2018; Yen et al., 2022; Tripodoro et al., 2019).

Molto spesso risulta esserci una certa difficoltà da parte dei medici ad applicare questi strumenti di identificazione ai pazienti perché preferiscono affidarsi all'”istinto” oppure basano la necessità di cure palliative solamente alla prognosi del paziente. In uno studio italiano di Casale et al. (2020) è emerso che il 94,4% dei medici di medicina generale non utilizza mai strumenti per identificare le esigenze di cure palliative. Anche gli infermieri hanno riferito di capire che qualcosa sta cambiando nei confronti del paziente quando iniziano a chiedersi “cosa stiamo facendo in realtà?” senza basarsi su dati clinici oggettivi. Alcuni professionisti intervistati (sia medici che infermieri) hanno dichiarato di non avere familiarità con degli strumenti di screening validati e spesso ne hanno messo in dubbio l'accuratezza. Un importante problema di valutare il paziente secondo la prognosi e non con dati oggettivi come gli strumenti per l'identificazione è il ritardo nell'attivare le cure palliative, soprattutto in pazienti con patologie non oncologiche. Infatti, è emerso che gli infermieri che fanno parte del team di cure palliative si scontrano di frequente con i medici perché questi ultimi richiedono consulenze palliative solo quando al paziente mancano pochi giorni di vita, limitando così la possibilità di intervenire con dei piani personalizzati che possono beneficiare al paziente.

Gli strumenti di identificazione in cure palliative si sono ampiamente dimostrati accurati nell'individuare i pazienti che potrebbero necessitare di cure palliative e

potrebbero risultare utili anche solo per iniziare una conversazione sui bisogni e sulle preferenze del paziente stesso (Beernaert et al., 2014; Flierman et al., 2019).



## **CAPITOLO 4**

### **DISCUSSIONE**

#### **4.1 Discussione dei risultati**

Dalla letteratura è emerso che l'identificazione precoce dei pazienti candidabili alle cure palliative migliora concretamente la qualità della vita dei pazienti. Chi affronta questo percorso ha dei grossi benefici in termini di gestione dei sintomi, soprattutto dolore, ansia, dispnea e di sollevamento spirituale e psicologico, ed evitano spesso quello che viene definito "accanimento terapeutico", ovvero test diagnostici e terapie aggressive non più adeguate alla loro situazione. È stato riscontrato, inoltre, che a beneficiare di queste cure sono anche i familiari che, grazie ad un percorso di cure condivise, vivono meglio il momento della morte del paziente (Dalgaard et al., 2014; Tripodoro et al., 2019; Ganzini et al., 2021).

Nella letteratura analizzata viene evidenziato anche come l'integrazione di cure palliative non deve essere necessariamente attivata solo nel momento in cui si sospendono le cure attive oppure vi è una morte imminente ma, anzi, porterebbe maggiore beneficio già nelle prime fasi della traiettoria di malattia, soprattutto per patologie cronico degenerative come scompenso cardiaco, BPCO e demenza/fragilità. Questi pazienti dovrebbero iniziare un programma di cure palliative di base in concomitanza alla terapia medica specifica per la loro condizione aumentando così il benessere e la qualità di vita. Molto frequentemente questo non avviene a causa dello stereotipo del paziente in cure palliative, ovvero un paziente oncologico al quale rimangono pochi mesi di vita. In particolare, i medici hanno riferito di non voler parlare di cure palliative fino a quando non è il paziente stesso ad iniziare la conversazione perché prima di avviare a questo percorso, devono aver provato tutti i trattamenti e le opzioni possibili. Questo processo decisionale risulta più difficile per le patologie non oncologiche in quanto la transizione tra malattia trattabile e non trattabile non è sempre così evidente. I pazienti, invece, tendono spesso a non parlare dei propri sintomi al medico, per vergogna o per paura delle conseguenze, mentre tendono a confidarsi maggiormente con gli infermieri. In questi casi la famiglia gioca un ruolo fondamentale, perché riferisce informazioni essenziali specialmente quando i pazienti non esprimono i propri bisogni. Tuttavia, alcune famiglie potrebbero essere un ostacolo alla comunicazione aperta con i pazienti per paura di portare angoscia e

ansia o perché loro stessi non sono in grado di affrontare la realtà (Beernaert et al., 2014; Rivera et al., 2023; Flierman et al., 2019).

Per il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), attivare un programma di cure palliative precoci porterebbe un enorme beneficio in termini di qualità di vita dei propri utenti e di costi complessivi della sanità. Infatti, pazienti terminali non identificati correttamente avranno un elevato tasso di accessi in Pronto Soccorso e di ricoveri in Terapia Intensiva. Se questi pazienti ricevessero delle adeguate cure di fine vita avrebbero più possibilità di essere seguiti a domicilio e di morire a casa, circondati dai propri cari (Yang-Huang et al., 2022; Chan et al., 2022; Lobera et al., 2018).

In questo processo di identificazione gli infermieri ricoprono un ruolo essenziale perché sono sempre a contatto con i pazienti e vengono visti da questi ultimi come delle figure con cui parlare ed esprimere i propri desideri. Tuttavia, essi spesso non hanno a disposizione gli strumenti e la formazione idonea per identificare correttamente questi pazienti ma si affidano al giudizio medico che si basa principalmente sulla patologia e sulla prognosi (Llobera et al., 2018; Yen et al., 2022). Da questa ricerca di letteratura si è visto come gli strumenti validati per identificare i pazienti candidabili alle cure palliative siano molteplici, tutti tradotti e valutati anche nel contesto italiano. Anche se spesso i professionisti sanitari si affidano di più alla prognosi e al proprio istinto per individuare i pazienti che necessitano di cure palliative, identificandoli molto in ritardo rispetto alla loro traiettoria di patologia. Questo avviene a causa della scarsa formazione del personale sull'utilizzo di questi strumenti e del poco tempo disponibile degli operatori, soprattutto infermieri, in Unità Operative molto affollate e con deficit di personale. Infatti, in alcuni studi, i professionisti sanitari hanno valutato questi strumenti di screening troppo lunghi e complessi (Appendino et al., 2022; Casale et al., 2020).

#### **4.2 Limiti dello studio**

Tra i limiti di questo studio troviamo il numero ristretto di articoli reperiti su questo argomento nonostante il filtro a 10 anni, probabilmente dovuto al fatto che le cure palliative, e in particolare l'identificazione precoce dei pazienti, sia una realtà ancora poco diffusa, soprattutto in Italia. Alcuni degli studi selezionati sono svolti in paesi extraeuropei e difficilmente possono essere applicati ai nostri pazienti. Tra gli articoli



selezionati troviamo contesti molto diversi tra loro, sia realtà ospedaliere che di assistenza domiciliare. Non si è reperito alcuno studio che parlasse esclusivamente degli infermieri case – manager in cure palliative, spesso si è generalizzato con operatori sanitari considerando sia medici che infermieri.

### **4.3 Implicazioni per la pratica**

In questo studio si è evidenziato come l’infermiere case – manager ricopre un ruolo essenziale per l’identificazione precoce dei pazienti in cure palliative. L’infermiere deve essere in grado di applicare gli strumenti di screening idonei, comunicare apertamente con il paziente usando un linguaggio adeguato alle sue capacità di comprensione e deve collaborare con il team multidisciplinare per garantire che vengano rispettati i desideri del paziente. La Pianificazione Condivisa delle Cure è uno strumento essenziale per pianificare il percorso di malattia e cura di una persona affetta da una patologia terminale. Gli infermieri case – manager sono gli operatori sanitari che ascoltano i desideri e le paure dei pazienti e dei loro famigliari e che creano, in collaborazione con gli altri membri del team, un piano personalizzato di cura e di assistenza condiviso. Gli infermieri si occupano, inoltre, di monitorare i cambiamenti e i progressi del paziente, modificando il piano in base alle nuove condizioni che potrebbero sopraggiungere. Per questo è essenziale che ricevano una corretta formazione in questo ambito.

Il Case Management infermieristico trova maggior sviluppo nel modello assistenziale del “Primary Nurse” che basa i suoi fondamenti sulla relazione infermiere – paziente, ponendo maggiore importanza sul processo decisionale infermieristico. In questo modello l’infermiere non è un mero esecutore di ordini ma è una figura professionale competente e responsabile che collabora con altri professionisti per garantire al paziente il miglior percorso di cure possibile (La Torre, 2016).



## **CAPITOLO 5**

### **CONCLUSIONI**

Le cure palliative sono una risorsa importante per il SSN perché garantiscono ai pazienti che ne usufruiscono una migliore qualità di vita, in termini di sintomi fisici e psicologici. L'identificazione precoce di questi pazienti garantisce che essi ricevano cure appropriate e centrate sul paziente stesso, il prima possibile, soddisfacendo i suoi bisogni e rispettando le sue preferenze (Ganzini et al., 2021).

Secondo la Legge 38/2010 le cure palliative devono essere garantite non solo a domicilio o in hospice ma in tutte le strutture sanitarie e assistenziali presenti nella rete nazionale. Per questo motivo, attraverso questa ricerca, si sono voluti individuare degli strumenti di screening che siano ampiamente documentati e validati, al fine di supportare i professionisti sanitari nell'importante compito di identificare i pazienti che necessitano di cure palliative.

In Italia ci sono ancora molti ostacoli quando si parla di cure palliative a causa della scarsa formazione del personale, dello stigma che ancora persiste del paziente palliativo, della difficoltà a identificare pazienti non oncologici a causa dell'imprevedibilità della loro traiettoria di malattia e nella difficoltà di comunicazione aperta tra professionisti sanitari e pazienti (Rivera et al., 2023; Flierman et al., 2019). Un passo avanti per migliorare la comunicazione è stato fatto con la Legge 219/2017 sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), ovvero un documento che permette ai pazienti di indicare le proprie preferenze riguardo ai trattamenti medici che desiderano ricevere in futuro.

Una proposta per introdurre maggiormente questi strumenti sarebbe di inserire in ogni team multidisciplinare almeno una figura che abbia ricevuto una formazione specifica in cure palliative. In particolare, gli infermieri case – manager sarebbero le figure più idonee a identificare i pazienti candidabili alle cure palliative perché sono in grado di avere una visione olistica della situazione clinica e possono notare facilmente dei cambiamenti nello stato di salute grazie alle loro competenze cliniche e alla loro prossimità con i pazienti.

Questa tesi è un primo lavoro che può aprire nuove prospettive per l'identificazione dei pazienti in cure palliative. Si auspica che in futuro possa aumentare l'interesse nei confronti di questo tema sviluppando nuovi studi.



## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Appendino, M., & Veronese, S. (2022). La stima dei bisogni di cure palliative in una struttura complessa di medicina interna. Utilizzo di integrated palliative care outcome scale (IPOS). *Rivista Italiana Di Cure Palliative*, 24(1), 4–10. <https://doi.org/10.1726/3758.37414>

Beernaert, K., Deliens, L., De Vleminck, A., Devroey, D., Pardon, K., Van den Block, L., & Cohen, J. (2014). Early identification of palliative care needs by family physicians: A qualitative study of barriers and facilitators from the perspective of family physicians, community nurses, and patients. *Palliative Medicine*, 28(6), 480–490. <https://doi.org/10.1177/0269216314522318>

Casale, G., Magnani, C., Fanelli, R., Surdo, L., Goletti, M., Boyd, K., D'Angelo, D., & Mastroianni, C. (2020). Supportive and palliative care indicators tool (SPICT™): content validity, feasibility and pre-test of the Italian version. *BMC Palliative Care*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00584-3>

Chan, A. S., Rout, A., D'Adamo, C. R., Lev, I., Yu, A., & Miller, K. (2021). Palliative Referrals in Advanced Cancer Patients: Utilizing the Supportive and Palliative Care Indicators Tool and Rothman Index. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 39(2), 104990912110178. <https://doi.org/10.1177/10499091211017873>

Dalgaard, K. M., Bergenholtz, H., Nielsen, M. E., & Timm, H. (2014). Early integration of palliative care in hospitals: A systematic review on methods, barriers, and outcome. *Palliative and Supportive Care*, 12(6), 495–513. <https://doi.org/10.1017/s1478951513001338>

De Bock, R., Van Den Noortgate, N., & Piers, R. (2018). Validation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool in a Geriatric Population. *Journal of Palliative Medicine*, 21(2), 220–224. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0205>

Di Santo, S. (2016, June 23). Case Manager Infermiere, importante agente di cambiamento. Retrieved from Nurse24.it website: <https://www.nurse24.it/specializzazioni/infermiere-case-manager-importante-agente-di-cambiamento.html#commentaires> Ultimo accesso: 21/10/2023

Flierman, I., Nugteren, I. C., van Seben, R., Buurman, B. M., & Willems, D. L. (2019). How do hospital-based nurses and physicians identify the palliative phase in their patients and what difficulties exist? A qualitative interview study. *BMC Palliative Care*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0439-0>

Ganzini, C., Morselli, A., Negro, A., Rossetti, L., Marson, R., D'Angelo, D., Guarda, M., & Pedroni, C. (2021). L'assistenza infermieristica e l'identificazione precoce dei bisogni di cure palliative nel paziente cronico ospedalizzato: una revisione narrativa.

Gómez-Batiste, X., Blay, C., Broggi, M. A., Lasmarias, C., Vila, L., Amblàs, J., Espauella, J., Costa, X., Martínez-Muñoz, M., Robles, B., Quintana, S., Bertran, J., Torralba, F., Benito, C., Terribas, N., Busquets, J. M., & Constante, C. (2018). Ethical Challenges of Early Identification of Advanced Chronic Patients in Need of Palliative Care: The Catalan Experience. *Journal of Palliative Care*, 33(4), 247–251. <https://doi.org/10.1177/0825859718788933>

Gómez-Batiste, X., Martínez-Muñoz, M., Blay, C., Amblàs, J., Vila, L., Costa, X., Espauella, J., Villanueva, A., Oller, R., Martori, J. C., & Constante, C. (2017). Utility of the NECPAL CCOMS-ICO© tool and the Surprise Question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with advanced chronic conditions: A cohort study. *Palliative Medicine*, 31(8), 754–763. <https://doi.org/10.1177/0269216316676647>

Heidegger, M. (2017). *Essere e tempo* (pp. 282–283). Milano Mondadori Libri S.P.A. Agosto.

La Torre, G. (2016, May 22). Primary Nursing: un approccio relazionale focalizzato sul paziente. Retrieved from Nurse24.it website: <https://www.nurse24.it/infermiere/dalla-redazione/primary-nursing.html> Ultimo accesso: 21/10/2023

Le cure palliative. (n.d.). Retrieved from Sul sentiero di Cicely website: <https://www.sulsentierodicicely.it/le-cure-palliative/> Ultimo accesso: 21/10/2023

Liberati, A., Altman, D., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P., Ioannidis, J., Clarke, M., Devereaux, P., Kleijnen, J., & Moher, D. (2015). PRISMA Statement per il reporting di revisioni sistematiche e meta-analisi degli studi che valutano gli interventi sanitari: spiegazione ed elaborazione. *Evidence* 7(6), e1000115.

Llobera, J., Sansó, N., Ruiz, A., Llagostera, M., Serratusell, E., Serrano, C., Roselló, M. L. M., Benito, E., Castaño, E. J., & Leiva, A. (2017). Strengthening primary health care teams with palliative care leaders: protocol for a cluster randomized clinical trial. *BMC Palliative Care*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0217-9>

Magnani, C., Peruselli, C., Manfredini, L., Tanzi, S., Bastianello, S., & Bonesi, M. (2019). *Gruppo di lavoro FCP-SICP "Complessità e Reti di Cure Palliative" Capitolo 2 complessità e cure palliative.*

Paruselli, C., Manfredini, L., Piccione, T., Moroni, L., & Orsi, L. (2019). Il bisogno di cure palliative. *Rivista Italiana Di Cure Palliative*, 21(1), 67–74. <https://doi.org/10.1726/3133.31154>

Rivera, F. B., Choi, S., Carado, G. P., Adizas, A. V., Bantayan, N. R. B., Loyola, G. J. P., Cha, S. W., Aparece, J. P., Rocha, A. J. B., Placino, S., Ansay, M. F. M., Mangubat, G. F. E., Mahilum, M. L. P., Al-Abcha, A., Suleman, N., Shah, N., Suboc, T. M. B., & Volgman, A. S. (2023). End-Of-Life Care for Patients With End-Stage Heart Failure, Comparisons of International Guidelines. *American Journal of Hospice and*

<https://doi.org/10.1177/10499091231154575>

Scaccabarozzi, G., Amodio, E., Pellegrini, G., Limonta, F., Lora Aprile, P., Lovaglio, P. G., Peruselli, C., & Crippa, M. (2018). The “ARIANNA” Project: An Observational Study on a Model of Early Identification of Patients with Palliative Care Needs through the Integration between Primary Care and Italian Home Palliative Care Units. *Journal of Palliative Medicine*, 21(5), 631–637.

<https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0404>

SICP. (n.d.). *Il core competence italiano dell'infermiere in cure palliative* ®.

Retrieved

from:

[https://www.sicp.it/wpcontent/uploads/2018/12/14\\_Core\\_Comp\\_Inf\\_2018\\_WEB\\_def.pdf](https://www.sicp.it/wpcontent/uploads/2018/12/14_Core_Comp_Inf_2018_WEB_def.pdf) Ultimo accesso: 21/10/2023

Tripodoro, V., Llanos, V., Silvina De Lellis, Cecilia Salazar Güemes, De, G. G., & Gómez-Batiste, X. (2019). Prognostic factors in cancer patients with palliative needs identified by the NECPAL CCOMS-ICO© tool. *PubMed*, 79(2), 95–103.

Yang-Huang, J., Doñate-Martínez, A., Garcés, J., Campos, M. S. G., Romero, R. V., López, M.-E. G., Fernandes, A., Camacho, M., Gama, A., Reppou, S., Bamidis, P. D., Linklater, G., Hines, F., Eze, J., Raat, H., Bennett, M., Dimitrova, V., Tram, N., Luc, M., & Fernández, L. (2022). Evaluation design of the patient-centred pathways of early palliative care, supportive ecosystems and appraisal standard (InAdvance): a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03508-3>

Yen, Y.-F., Hu, H.-Y., Lai, Y.-J., Chou, Y.-C., Chen, C.-C., & Ho, C.-Y. (2022). Comparison of intuitive assessment and palliative care screening tool in the early identification of patients needing palliative care. *Scientific Reports*, 12(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-08886-7>



## **NORMATIVA**

Legge 15 Marzo 2010, n. 38 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 Marzo 2010

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 Gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 Marzo 2017 – Supplemento Ordinario n. 15

Legge 22 Dicembre 2017, n. 219 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 12 del 16 Gennaio 2018

Codice Deontologico degli Infermieri, approvato dal Comitato Centrale della Federazione e dal Consiglio Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche riuniti a Roma nella seduta del 12 e 13 Aprile 2019

Deliberazione della Giunta Regionale n. 553 del 30 Aprile 2018, approvazione del Percorso integrato di cura a supporto dello sviluppo della rete di cure palliative in età adulta ai sensi della DGR n. 208 del 28 febbraio 2017 ad oggetto: "Individuazione del modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto. Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. del 29 giugno 2012, n. 23). Deliberazione n. 109/CR del 9 dicembre 2015", pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto n. 48 del 22 Maggio 2018

## **ALLEGATI**

Allegato 1: Schedatura degli articoli selezionati

Titolo	Autore / Anno	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Risultati principali
<p>La stima di bisogni di cure palliative in una struttura complessa di medicina interna. Utilizzo di Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS).</p>	<p>Appendino, M., &amp; Veronese, S. (2022)</p>	<p>Studio osservazionale trasversale</p>	<p>L'obiettivo primario è quello di individuare e quantificare, tra i pazienti con bisogni di cure palliative, i principali bisogni fisici, psichici, esistenziali, relazionali, sociali secondo quanto il paziente stesso ritenga rilevante.</p>	<p>Campione di ricerca: 51 pazienti ricoverati in un'Unità Operativa di Medicina Interna</p>	<p>Questo studio ha mostrato come lo strumento NECPAL TOOL risulti il più adeguato per valutare pazienti in un'Unità Operativa di Medicina. Il questionario IPOS, invece, si è dimostrato utile per identificare sintomi e necessità dei pazienti soprattutto in riferimento all'alta frequenza con cui dolore e dispnea non siano adeguatamente rilevati e trattati.</p>

<p>Early identification of palliative care needs by family physicians: A qualitative study of barriers and facilitators from the perspective of family physicians, community nurses, and patients</p>	<p>Beernaert, K., Deliens, L., De Vleminck, A., Devroey, D., Pardon, K., Van den Block, L., &amp; Cohen, J. (2014)</p>	<p>Indagine qualitative</p>	<p>Questo studio ha l'obiettivo di esplorare gli ostacoli e i facilitatori dell'identificazione precoce riscontrati dai Medici di Medicina Generale</p>	<p>Campione dello studio:          primo campione composto da 6 focus group con 4 Medici di Medicina Generale e 2 infermieri di comunità e secondo campione di interviste composto da 18 pazienti con età &gt; 18 anni affetti da cancro, BPCO, Insufficienza cardiaca o demenza</p>	<p>Lo studio ha rilevato che a causa della mancanza di strumenti di comunicazione efficaci e della frequente valutazione basata solamente sulla prognosi, l'attuale pratica quotidiana sembra essere lontana dai modelli di cure palliative promossi che pongono l'accento sull'identificazione precoce dei bisogni di cure palliative.</p>
---	--	-----------------------------	---	--	---

<p>Supportive and palliative care indicators tool (SPICT™): content validity, feasibility and pre-test of the Italian version.</p>	<p>Casale, G., Magnani, C., Fanelli, R., Surdo, L., Goletti, M., Boyd, K., D'Angelo, D., &amp; Mastroianni, C. (2020)</p>	<p>Studio osservazionale</p>	<p>L'obiettivo di questo studio è stato quello di tradurre e adattare lo strumento SPICT alla cultura italiana e successivamente valutarne la validità.</p>	<p>Campione di studio: 71 Medici di Medicina Generale</p>	<p>I risultati dello studio hanno mostrato che il 97,2% (N= 69) dei medici generici ha riferito che lo SPICT – IT è chiaro e comprensibile e il 93% (N = 66) dei medici ha dichiarato che userà in futuro questo strumento nella pratica clinica quotidiana.</p>
<p>Palliative Referrals in Advanced Cancer Patients: Utilizing the Supportive and Palliative Care Indicators Tool and Rothman Index</p>	<p>Chan, A. S., Rout, A., D'Adamo, C. R., Lev, I., Yu, A., &amp; Miller, K. (2021)</p>	<p>Studio retrospettivo</p>	<p>L'obiettivo di questo studio è di valutare i ruoli di <i>Supportive &amp; Palliative Care Indicators</i> (SPICT) e <i>Indice Rothman</i> nel riconoscere le esigenze di cure</p>	<p>Campione dello studio: 227 pazienti con tumori avanzati metastatici</p>	<p>L'integrazione delle cure palliative nel trattamento del cancro avanzato ha dimostrato benefici fisici, psicosociali e spirituali. SPICT e RI si sono dimostrati strumenti preziosi per prevedere la</p>

			palliative precoci e la mortalità a 6 mesi nei pazienti oncologici avanzati ricoverati in un ospedale comunitario		mortalità a 6 mesi e le esigenze di assistenza palliativa.
Early integration of palliative care in hospitals: A systematic review on methods, barriers, and outcome. Palliat Support Care	Dalgaard, K. M., Bergenholtz, H., Nielsen, M. E., & Timm, H. (2014)	Revisione di letteratura	L'obiettivo è di documentare le migliori evidenze sui metodi per l'identificazione precoce e di identificare le precondizioni per l'integrazione precoce delle cure palliative negli ospedali e gli esiti per pazienti e parenti.	Campione di ricerca: Pazienti terminali divisi per traiettoria di patologia.	Per ognuna delle 3 patologie sono stati identificati dei metodi specifici per l'identificazione precoce in base alla traiettoria di patologia.

Validation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool in a Geriatric Population	De Bock, R., Van Den Noortgate, N., & Piers, R. (2018)	Studio di Coorte retrospettivo	L'obiettivo di questo studio è stato quello di convalidare lo strumento SPICT in una popolazione geriatrica.	Campione di ricerca: 435 pazienti ricoverati in un'Unità Operativa di Geriatria	I risultati hanno riportato che dopo un anno dal ricovero, il 48,7% dei pazienti SPICT positivi risultava deceduto rispetto all'11,5% dei pazienti SPICT negativi. Questo strumento prevede la mortalità a 12 mesi con una sensibilità di 0,841 e una specificità di 0,579.
How do hospital-based nurses and physicians identify the palliative phase in their patients and what difficulties exist? A qualitative interview study	Flierman, I., Nugteren, I. C., van Seben, R., Buurman, B. M., & Willems, D. L. (2019)	Indagine qualitativa	L'obiettivo è quello di indagare come gli infermieri e i medici che lavorano in ospedale identificano i pazienti candidabili alle cure palliative e quali	Campione dello studio: 10 infermieri, 12 specializzandi in diverse specialità e 6 medici di diverse specialità	I risultati di questo studio mostrano come l'identificazione sembra essere un processo non strutturato che si verifica in un periodo di tempo variabile e comprende prognosi, valutazione sui

			difficoltà incontrano durante il processo.		trattamenti, ecc.. Le principali barriere si verificano a causa della variabilità della definizione utilizzata, di un focus orientato al trattamento, dell'imprevedibilità delle malattie non oncologiche e delle difficoltà di comunicazione con i pazienti.
L'assistenza infermieristica e l'identificazione precoce dei bisogni di cure palliative nel paziente cronico ospedalizzato: una	Ganzini, C., Morselli, A., Negro, A., Rossetti, L., Marson, R., D'Angelo, D., Guarda, M., & Pedroni, C. (2021)	Revisione di letteratura	L'obiettivo dello studio è quello di descrivere i bisogni assistenziali che più spesso identificano nei pazienti cronici	Campione della revisione: pazienti affetti da patologie croniche in fase avanzata	Da questa revisione emerge che i bisogni assistenziali più frequenti sono quelli collocati nel modello di attività ed esercizio fisico con perdita



revisione di letteratura			terminali il bisogno di cure palliative.		dell'autosufficienza, nel modello nutrizione, nella percezione della salute e negli aspetti cognitivi. Il riconoscimento precoce ed appropriato di questi bisogni consente diversi benefici ai pazienti quali l'attuazione di interventi personalizzati, comunicazione adeguata, riconoscimento e controllo precoce dei sintomi, rimodulazione della terapia, riduzione dei decessi ospedalieri e miglioramento della qualità di vita.
--------------------------	--	--	--	--	--

<p>Ethical Challenges of Early Identification of Advanced Chronic Patients in Need of Palliative Care: The Catalan Experience</p>	<p>Gómez-Batiste, X., Blay, C., Broggi, M. A., Lasmarias, C., Vila, L., Amblàs, J., Espauella, J., Costa, X., Martínez-Muñoz, M., Robles, B., Quintana, S., Bertran, J., Torralba, F., Benito, C., Terribas, N., Busquets, J. M., &amp; Constante, C. (2018)</p>	<p>Indagine qualitative</p>	<p>L'obiettivo è quello di fornire un rapporto sulle nuove sfide e sulle questioni etiche affrontate durante il processo di attuazione di un nuovo programma di cure palliative precoce per le persone con esigenze di cure palliative.</p>	<p>Campione della ricerca: 2 gruppi di 8 professionisti (medici e infermieri)</p>	<p>In questo studio è stato rilevato che l'attuazione precoce dell'identificazione dei pazienti bisognosi di cure palliative deve essere accompagnata da un miglioramento del modello di cura basato sul consenso tra esperti clinici, esperti di etica e i pazienti stessi. Importante anche la formazione specifica sufficiente per i professionisti sanitari coinvolti per garantire la massima qualità di cura.</p>
<p>Utility of the NECPAL CCOMS-</p>	<p>Gómez-Batiste, X., Martínez-Muñoz,</p>	<p>Studio di coorte</p>	<p>L'obiettivo di questo studio è quello di</p>	<p>Campione dello studio: 1059</p>	<p>Il risultato principale di questo studio è che</p>

<p>ICO<sup>®</sup> tool and the Surprise Question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with advanced chronic conditions: A cohort study</p>	<p>M., Blay, C., Amblàs, J., Vila, L., Costa, X., Espauella, J., Villanueva, A., Oller, R., Martori, J. C., &amp; Constante, C. (2017)</p>		<p>valutare se lo strumento NECPAL CCOMS - ICO e la “domanda a sorpresa” possono essere strumenti di screening validi per identificare i pazienti candidabili alle cure palliative.</p>	<p>pazienti con una malattia cronica avanzata.</p>	<p>entrambi gli strumenti analizzati (La domanda sorprendente e il NECPAL) possono essere utilizzati con un ragionevole grado di accuratezza per individuare i pazienti con necessità di cure palliative. Presentano un’elevata sensibilità e un elevato valore predittivo negativo a 12 e 24 mesi.</p>
<p>Strengthening primary health care teams with palliative care leaders: protocol for a cluster</p>	<p>Llobera, J., Sansó, N., Ruiz, A., Llagostera, M., Serratusell, E., Serrano, C., Roselló, M. L. M.,</p>	<p>Studio clinico randomizzato multicentrico</p>	<p>L’obiettivo di questo studio è quello di valutare come e se migliora la qualità dell’assistenza sanitaria se si integrano nelle</p>	<p>Campione dello studio: 30 centri di assistenza primaria di Maiorca</p>	<p>Il risultato principale è stato quello di riuscire a identificare precocemente (90 giorni prima del decesso) i pazienti con necessità di cure palliative</p>

randomized clinical trial	Benito, E., Castaño, E. J., & Leiva, A. (2017)		equipe multidisciplinari professionisti specializzati in cure palliative.		tramite l'utilizzo del NECPAL COOMS – ICO.
Il bisogno di cure palliative	Paruselli, C., Manfredini, L., Piccione, T., Moroni, L., & Orsi, L. (2019)	Revisione di letteratura	L'obiettivo di questo articolo è quello di studiare il bisogno di cure palliative integrato con la dinamica demografica ed epidemiologica della popolazione italiana.	Campione dello studio: pazienti adulti e pediatrici che potrebbero necessitare di cure palliative.	Il risultato principale di questa revisione è che la prevalenza dei pazienti adulti con bisogni di cure palliative in Italia sono tra i 524.000 e i 733.00 ed il 60% di questi sono affetti da malattie non oncologiche.
End-Of-Life Care for Patients With End-Stage Heart Failure, Comparisons of	Rivera, F. B., Choi, S., Carado, G. P., Adizas, A. V., Bantayan, N. R. B., Loyola, G. J. P., Cha, S. W.,	Revisione narrativa	Lo scopo è quello di esaminare i criteri di identificazione dei pazienti in fase terminale, le opzioni di trattamento e di cure	Campione di ricerca: pazienti affetti da insufficienza cardiaca	I risultati di questa ricerca hanno evidenziato che nella gestione dell'insufficienza cardiaca terminale sono indispensabili la corretta

International Guidelines	Aparece, J. P., Rocha, A. J. B., Placino, S., Ansay, M. F. M., Mangubat, G. F. E., Mahilum, M. L. P., Al-Abcha, A., Suleman, N., Shah, N., Suboc, T. M. B., & Volgman, A. S. (2023)		palliative, i criteri di ammissione all'Hospice di pazienti affetti da insufficienza cardiaca in fase terminale, confrontando le diverse linee guida.		identificazione e valutazione di dolore, dispnea, nausea, depressione e ansia. La discussione sulle cure palliative dovrebbe iniziare prima che i sintomi diventino invalidanti per pianificare anticipatamente le cure e per discutere su altre opzioni di intervento.
The "ARIANNA" Project: An Observational Study on a Model of Early Identification of Patients with	Scaccabarozzi, G., Amodio, E., Pellegrini, G., Limonta, F., Lora Aprile, P., Lovaglio, P. G.,	Studio osservazionale prospettico multicentrico.	Lo scopo di questo studio è quello di illustrare le caratteristiche dei pazienti, concentrandosi sulla loro identificazione	Campione dello studio: 94 Medici di Medicina Generale	In questo studio è stato dimostrato che se vi è un'identificazione precoce a domicilio da parte del Medico di Medicina Generale il paziente avrà una maggiore probabilità

<p>Palliative Care Needs through the Integration between Primary Care and Italian Home Palliative Care Units</p>	<p>Peruselli, C., &amp; Crippa, M. (2018)</p>		<p>precoce da parte dei medici generici e analizzando il processo di cura nei servizi di cure palliative domiciliari.</p>		<p>di morire presso il proprio domicilio. Infatti, solo l'1,2% dei pazienti assistiti dall'Unità Operativa di Cure Palliative Domiciliari è deceduto in ospedale.</p>
<p>Prognostic factors in cancer patients with palliative needs identified by the NECPAL CCOMS-ICO© tool.</p>	<p>Tripodoro, V., Llanos, V., Silvina De Lellis, Cecilia Salazar Güemes, De, G. G., &amp; Gómez-Batiste, X. (2019)</p>	<p>Studio Osservazionale</p>	<p>L'obiettivo dello studio è quello di individuare gli indicatori che possono prevedere la necessità di cure palliative in pazienti oncologici tramite l'utilizzo della NECPAL CCOMS – ICO.</p>	<p>Campione di ricerca: 317 pazienti oncologici di età &gt; 18 anni</p>	<p>I risultati di questa ricerca hanno mostrato come lo strumento NECPAL si sia rilevato utile per identificare i fattori prognostici per attivare le cure palliative in quanto su 183 pazienti identificati come NECPAL+, 137 sono deceduti entro 24 mesi.</p>

<p>Evaluation design of the patient-centred pathways of early palliative care, supportive ecosystems and appraisal standard (InAdvance): a randomised controlled trial</p>	<p>Yang-Huang, J., Doñate-Martínez, A., Garcés, J., Campos, M. S. G., Romero, R. V., López, M.-E. G., Fernandes, A., Camacho, M., Gama, A., Reppou, S., Bamidis, P. D., Linklater, G., Hines, F., Eze, J., Raat, H., Bennett, M., Dimitrova, V., Tram, N., Luc, M., &amp; Fernández, L. (2022)</p>	<p>Studio controllato randomizzato</p>	<p>L'obiettivo di questo studio è valutare l'accettabilità, la fattibilità, l'efficacia e il rapporto costo-efficacia del nuovo modello di cure palliative InAdvance</p>	<p>Campione di ricerca: 320 pazienti di età &gt; 60 anni con condizioni croniche complesse.</p>	<p>Questo studio ha dimostrato che una precoce integrazione delle cure palliative tra i pazienti oncologici si è dimostrata fattibile e ben accettata. Inoltre, una valutazione qualificata delle esigenze dei pazienti e dei loro familiari possono ridurre i costi delle cure.</p>
<p>Comparison of intuitive assessment</p>	<p>Yen, Y.-F., Hu, H.-Y., Lai, Y.-J., Chou,</p>	<p>Studio di Coorte</p>	<p>Questo studio mira a confrontare</p>	<p>Campione di ricerca: 111.483</p>	<p>Questo studio ha messo a confronto la “domanda</p>

<p>and palliative care screening tool in the early identification of patients needing palliative care</p>	<p>Y.-C., Chen, C.-C., &amp; Ho, C.-Y. (2022)</p>		<p>l'accuratezza prognostica della valutazione intuitiva e dello strumento di screening delle cure palliative nell'identificazione precoce dei pazienti che necessitavano di cure palliative.</p>	<p>pazienti di età &gt; 18 anni ricoverati presso il Taipei City Hospital</p>	<p>sorprendente” con la PCST (strumento di screening delle cure palliative). Ha rilevato che l'accuratezza del PCST è maggiore rispetto alla valutazione intuitiva (Domanda sorprendente) nel prevedere la mortalità dei pazienti a 6 mesi. Del campione preso in considerazione sono deceduti dopo 6 mesi il 31,08% dei pazienti con esigenze di cure palliative e il 2,28% dei pazienti senza esigenze di cure palliative.</p>
---	---	--	---	---	--