

CURE PALLIATIVE NEL PAZIENTE FRAGILE

Allegato B

Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 28 del 12/07/2023



Regione Toscana



Articolazione funzionale dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico, ai sensi dell'art. 49 ter della l.r. 40/2005:

- a) Coordinatore;
- b) Ufficio di coordinamento;
- c) Comitato tecnico scientifico

Coordinatore dell'OTGC
Prof. Stefano Grifoni

Supporto amministrativo:
Roberta Bottai
Stefania Della Luna
Giuseppina Agata Stella

Il presente documento è stato prodotto da un gruppo multidisciplinare di esperti su mandato dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico (istituito con Legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40, modificata con Legge regionale 25 luglio 2017 n. 36).
L'intero documento in formato PDF è consultabile sul sito Internet della Regione Toscana al seguente indirizzo: <http://www.regione.toscana.it/pubblicazioni>
Chiunque è autorizzato, per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché ne citi la fonte.

Cure Palliative nel paziente fragile

Introduzione

L'OMS indica le cure palliative (CP) come un modello per prendersi cura dei bisogni associati a malattie mortali attraverso l'identificazione precoce, la valutazione e il trattamento dei problemi fisici, psico-sociali e spirituali dei pazienti e dei loro familiari. Nell'ultimo decennio, OMS e molti autori a livello internazionale hanno indicato con forza che le CP dovrebbero essere avviate precocemente nel corso di qualsiasi condizione di cronicità a prognosi infausta, anche in simultanea ai trattamenti che possono prolungare la sopravvivenza, col fine di migliorare la qualità della vita di pazienti e loro familiari.

La ricerca mostra inoltre come l'accesso alle CP risulti minore per gli anziani rispetto alle persone di mezza età e ai giovani e spesso avvenga solo poco prima della morte. Ma gli anziani fragili possono trarre ugualmente beneficio dall'avvio tempestivo di percorsi di CP, specialmente in ambito territoriale, poiché la maggior parte di essi preferisce vivere a casa il più a lungo possibile.

L'applicazione delle CP anche a pazienti fragili, complessi, con bisogni di CP richiede una riflessione su nuovi modelli organizzativi di erogazione di queste cure, come sollecitato dall'OMS e come proposto in alcune esperienze innovative in corso in vari Paesi, accanto a una più stretta collaborazione ed integrazione con tutte le risorse formali e informali attive nelle Comunità.

La Rete di Cure Palliative

La **Rete Regionale di cure palliative** (RRCP) promuove lo sviluppo delle reti locali di CP e ne assicura il coordinamento e il monitoraggio; definisce gli indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza e gli indicatori quali-quantitativi; promuove programmi di formazione, attività di ricerca e programmi di informazione per i cittadini a livello regionale.

La **Rete Locale di Cure Palliative** (RLCP) è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di CP erogate in un ambito territoriale definito a livello regionale, che coincide normalmente con il territorio dell'azienda sanitaria o agenzia per la tutela della salute, attraverso tre setting assistenziali:

- le CP in Ospedale, con attività di consulenza nei reparti e negli ambulatori;
- le CP Domiciliari di base e specialistiche, che garantiscono anche l'assistenza nelle Residenze per anziani;
- le CP in Hospice.

Dal punto di vista organizzativo la RLCP deve soddisfare una serie di standard qualitativi e quantitativi definiti dal documento di Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012.

Le RLCP sono garanti dell'equità dell'accesso alle CP e persegue i suoi obiettivi anche con il coinvolgimento delle organizzazioni di Volontariato e, ove possibile, dei nuclei familiari.

I principi alla base delle attività della Rete sono: accessibilità, integrazione, continuità, autodeterminazione, equità, *accountability*¹.

La RLCP promuove l'identificazione precoce di persone con necessità di CP e, attraverso la definizione di percorsi di cura, modulati sui bisogni del paziente e della sua famiglia/caregiver, in relazione allo sviluppo della malattia, garantisce l'assistenza nel setting assistenziale più appropriato e la continuità della cura tra ambiti assistenziali e livelli di intensità assistenziale differenti.

¹ *Accountability*: capacità di operare in modo trasparente e responsabile nei confronti dei malati, nonché dei familiari e di tutti i portatori di interesse attraverso una valutazione sistematica degli interventi e dei risultati ottenuti.

Tale rete assicura inoltre la formazione continua del personale e opera attraverso lo sviluppo di regole, protocolli, percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) condivisi tra gli attori della Rete, al fine di assicurare l'unitarietà e l'appropriatezza dei percorsi di cura.

Identificazione del malato fragile con bisogni di CP

All'interno della RLCP, in linea con quanto previsto dalla normativa italiana, (16) letteratura internazionale e norme di buona pratica clinica, (10,12,13,17,18) è favorita l'individuazione precoce dei pazienti con bisogni di CP, nei diversi setting assistenziali e nodi della rete, mediante l'uso di strumenti validati a livello nazionale. A livello regionale è indicato l'uso dello strumento spagnolo **NECPAL tool** (in allegato la versione 3.1).

Nel processo di identificazione del malato fragile con bisogni di CP sono coinvolti tutti i professionisti che hanno in cura il paziente e la sua famiglia, in particolare il medico di medicina generale (MMG), il geriatra, lo specialista d'organo, l'infermiere. Il medico palliativista può essere coinvolto a livello consulenziale nel caso di dubbi sui criteri di individuazione o sull'esito della valutazione.

Come indicato in diversi documenti circa l'organizzazione delle reti di CP, e tenendo conto dei modelli di cura alla cronicità (*chronic care model*), si consiglia l'assegnazione, una volta avvenuta la corretta identificazione del paziente fragile con bisogni di CP, di un codice identificativo diverso da quanto previsto dalla classificazione ICD. Tale sistema di codifica (ad esempio "Paziente con bisogni di CP - PBCP), permetterebbe, se integrato in adeguata piattaforma informatica regionale, di tracciare il percorso assistenziale del malato cronico fragile, andare a misurare il *case mix* di interventi cui è sottoposto in un determinato arco temporale, stratificare la popolazione in funzione dei bisogni, studiare l'introduzione di percorsi specialistici di CP in funzione della fase di malattia (vedi sezione "Strumenti a supporto dell'attività assistenziale" per il tool *Phase of Illness*), oltre ad avere risvolti pratici tipo la realizzazione di un database regionale dei malati con bisogni di CP, stimare il bisogno reale di CP a livello regionale e locale, permettere una pre-segnalazione dei malati ai servizi specialistici di CP e la coordinazione delle risposte assistenziali tra territorio ed ospedale (es.: interventi del 112-118, della continuità assistenziale, ricoveri ospedalieri, ecc).

Diagnosi della complessità dei bisogni e individuazione del percorso assistenziale appropriato

Individuati i pazienti fragili che necessitano di CP, è necessario valutare la complessità dei loro bisogni multidimensionali, per determinare il più appropriato utilizzo di risorse di rete ai fini assistenziali. A tal fine si suggerisce l'uso dello strumento **IDC-PAL ITA**, in allegato.

Vengono contemplati tre livelli di complessità:

- **Assente/bassa complessità** (*IDC-PAL ITA negativo*). Malati in fase precoce o stabile di malattia. Non c'è necessità di un intervento diretto dell'equipe specialistica di CP e l'assistenza può essere fornita da personale non specialistico, con competenze di base in CP. Si suggerisce in questo caso l'avvio di un *approccio palliativo* (vedi oltre).
- **Media complessità** (*IDC-PAL ITA C*): malati con complessità moderata, che possono necessitare delle competenze ed esperienze di una equipe specialistica di CP. Non è necessaria la presa in carico del malato da parte di questa equipe, che si affianca agli operatori che seguono il malato per un percorso di cure simultanee/condivise. Si suggerisce in questo caso un percorso di *cure palliative di base* (vedi oltre).

- **Alta complessità (IDC-PAL ITA AC):** malati con bisogni molto complessi che richiedono una presa in carico globale ed intensiva da parte di una equipe specialistica dedicata di CP. Si suggerisce in questo caso un percorso di *cure palliative specialistiche* (vedi oltre).

Generalmente la complessità aumenta col progredire della malattia e ciò comporta periodiche rivalutazioni e adeguamenti del livello di intensità di cure. In alcuni casi, tuttavia, il percorso della malattia può richiedere una bassa complessità anche per periodi di tempo molto lunghi e fino al decesso, mentre in altri casi il decorso è fluttuante, con fasi di scompenso nel corso della quali è richiesta, temporaneamente, una intensità assistenziale più elevata. Per un utilizzo ottimale delle risorse disponibili, è pertanto necessario che le cure meno complesse vengano fornite dal personale sanitario che ha in carico il paziente e che deve avere competenze di base in CP, eventualmente supportato dagli specialisti palliativisti attraverso consulenze.

Nella diagnosi della complessità sono coinvolte le stesse figure preposte all'individuazione dei bisogni (vedi sezione precedente). Si fa presente che, trattandosi di fatto di una valutazione multidimensionale, è raccomandato il coinvolgimento dei vari professionisti che hanno in carico il malato e la sua rete familiare.

Stima prognostica in CP

Individuare precocemente i pazienti con bisogni di CP è il momento fondamentale per l'avvio di un appropriato percorso clinico-assistenziale nella malattia cronica, ed una corretta prognosi ne è il momento iniziale, tanto che il primo item dello strumento NECPAL riguarda proprio la stima prognostica (mediante la *surprising question*). Il tema della prognosi è critico per come questa venga formulata e comunicata dal medico al paziente ed ai familiari. La valutazione della prognosi rappresenta uno dei momenti più delicati nella relazione tra curanti, paziente e suoi familiari. Essa è utile per numerose ragioni: offrire al paziente e alla famiglia una maggiore consapevolezza della malattia e prospettive riguardo alla vita residua, consentire all'equipe medica di programmare interventi assistenziali adeguati e proporzionati e favorire l'adozione di un linguaggio comune, finalizzato anche alla ricerca scientifica.

Tra i diversi strumenti validati in italiano, disponibili in letteratura per la valutazione prognostica del paziente cronico, si suggerisce l'uso del **Palliative Prognostic Index** (PPI) in ambito territoriale e del **Palliative Prognostic Score** (Pap Score) nel setting ospedaliero.

Assistenza al malato fragile con bisogni di CP

Una volta individuato il paziente, stimata la prognosi ed eseguita la valutazione dei bisogni, a seconda del grado di complessità di questi ultimi, il personale di assistenza sarà in grado di proporre al paziente e pianificare (una volta condivisi gli obiettivi di cura) uno dei seguenti livelli assistenziali (da rivalutare al cambiamento di fase di malattia e/o della complessità dei bisogni).

- **Approccio Palliativo e Cure Palliative di base (CP-B):** in situazioni in cui i bisogni risultano di assente o bassa complessità, le cure dirette verso la malattia vengono affiancate e progressivamente sostituite dalle cure indirizzate ai sintomi del malato e al sostegno della famiglia, con l'obiettivo primario di migliorare la qualità della vita. Attraverso un'informazione proporzionata all'evoluzione prognostica e adeguata alla comprensione del paziente, si deve arrivare ad una Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC), in linea con quanto previsto dalla L. 219/2017 da registrare nella documentazione sanitaria (possibilmente da rendere fruibile a tutti i sanitari coinvolti nell'assistenza mediante apposito software regionale - vedi oltre). Approccio palliativo e CP-B prevedono la presa in carico dei pazienti da parte di personale sanitario con competenze di base in CP (es.: MMG, geriatra, infermiere, ecc.). Ciò consente un inizio precoce delle CP, sia in pazienti domiciliari o ambulatoriali, sia in pazienti ospedalizzati, assistiti in RSA o comunque

istituzionalizzati. Questo livello assistenziale può proseguire per tutto il decorso della malattia, fino al decesso, oppure può essere sostituito, col progredire della malattia, da una forma di assistenza che preveda la presa in carico diretta da parte degli specialisti di CP.

In CP-B a domicilio gli interventi sono coordinati dal MMG. Sono erogati da MMG ed eventualmente infermiere di famiglia e comunità (IFeC), nonché da tutte le figure professionali ritenute necessarie per soddisfare i bisogni del paziente e dei suoi familiari.

In ospedale il coordinamento è da parte del medico ospedaliero, mentre gli interventi sono erogati dallo staff curante di reparto, nonché dalle figure professionali ritenute necessarie per soddisfare i bisogni del paziente e dei suoi familiari.

A prescindere dal setting assistenziale, deve essere eseguita una valutazione multidimensionale di CP alla presa in carico e, in base all'esito di questa, si suggerisce la realizzazione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), con l'obiettivo di gestire i bisogni individuati e monitorare gli *outcome*, in una programmazione con compiti identificati e con la collaborazione multidisciplinare tra le figure professionali coinvolte. Il monitoraggio dei bisogni del paziente si effettua tramite valutazione multidimensionale periodica, verificando il cambiamento dello stato di salute, dei bisogni del paziente, della fase di malattia, della comparsa di eventuali elementi di complessità, che vengono poi condivisi all'interno del team di assistenza per determinare il proseguo del percorso di cura (vedi prossima sezione per gli strumenti proposti).

Il piano di cura deve prevedere una progressiva rimodulazione degli interventi diagnostici e terapeutici (in funzione della PCC realizzata col paziente), oltre ad un piano di prescrizioni *around the clock* (ATC) e *pro re nata* (PRN) per i principali sintomi di fine vita (dolore, dispnea, delirium, nausea e vomito, rantolo respiratorio).

Qualora il paziente sia identificato all'interno dell'Ospedale (anche nelle sue pertinenze, come l'Hospital at Home, Cure Intermedie/Ospedali di Comunità/Day Service), si attiva il percorso, in condivisione con il MMG.

In CP-B l'intervento delle CP specialistiche può avvenire a livello consulenziale.

In CP-B non sono previsti necessariamente interventi programmati, né una continuità di cura H24 (in questo caso può risultare utile la collaborazione con la rete della CA e 112/118, che, informati dei pazienti fragili con bisogni di CP, possano interagire con paziente, famiglia e/o referente clinico, in base alla pianificazione fatta e condivisa su apposita piattaforma regionale, per offrire una risposta più appropriata e proporzionata alla fase di malattia e disposizioni del malato).

- **Cure Palliative Specialistiche (CP-S):** riservate a situazioni con elevata complessità dei bisogni assistenziali del malato e/o dei caregiver, prevedono l'attivazione dell'equipe con competenze specialistiche che assume, in accordo col team curante di base, la presa in carico del caso sul territorio o in hospice. L'avvio dell'assistenza in CP-S, che vede come momento iniziale una consulenza/valutazione del paziente nel setting in cui si trova, è da attuarsi in via preferenziale congiuntamente tra il team di base e l'equipe specialistica.

L'equipe specialistica di CP (di cui paziente e famiglia sono parte integrante) dovrebbe comprendere, oltre ai componenti del team di base: medico palliativista, infermiere dedicato di CP o IFeC *specialist* (almeno 1 per ogni zona distretto), OSS, psicologo, fisioterapista, assistente sociale, assistente spirituale, volontari (anche mediante sinergia con Enti del Terzo Settore dedicati alle CP) oltre alle figure atte al soddisfacimento dei bisogni del malato e della famiglia.

L'attività in CP-S prevede la presa in carico "globale" del paziente e della sua famiglia, attraverso interventi programmati ed una continuità di cura h 24, 7 giorni su 7. Per l'assistenza domiciliare è consigliata la realizzazione a livello locale di un sistema di distribuzione a domicilio dei farmaci essenziali per la gestione del fine vita e l'esecuzione, da parte dei membri dell'equipe, di adeguata educazione sanitaria all'uso di tali presidi. E' pertanto da stimolare a livello regionale l'individuazione dei farmaci ritenuti essenziali a tale scopo, secondo le indicazioni di letteratura e la

normativa vigente.

Anche in CP-S è necessario che l'equipe specialistica esegua alla presa in carico ed alle successive monitorizzazioni del paziente (da stabilire periodicamente in funzione del setting assistenziale e/o al cambiamento di fase di malattia) la valutazione multidimensionale, che porti all'elaborazione di un PAI condiviso con paziente/famiglia. Come in CP-B, il piano di cura deve prevedere la rimodulazione degli interventi in funzione della PCC e dei bisogni emergenti del malato e della famiglia. La procedura di sedazione palliativa deve essere inoltre disponibile, nel caso di gestione di sintomi refrattari, in tutti i setting assistenziali in cui si trova il malato.

Pz fragile con bisogni di CP <i>NECPAL+</i>		
VMD, complessità, prognosi	Assente/bassa complessità dei bisogni <i>IDC-PAL ITA -/C</i>	Alta complessità dei bisogni <i>IDC-PAL ITA AC</i>
Liv. assistenziale di CP	CP liv. BASE	CP liv. SPECIALISTICO
Referente cinico	MMG (territorio) Geriatra (ospedale)	Medico palliativista
Competenze di equipe in CP	Base	Specialistiche
Continuità cura H24	Non necessaria	Necessaria
Nodi della RLCP	Ambulatorio Ospedale Territorio	Territorio Hospice

Individuato il paziente con bisogni di CP, se disponibile adeguato software regionale, è da stimolare la segnalazione del caso alla RLCP, in modo che il paziente sia inserito nel percorso territoriale 'Cure Palliative' e registrati gli accessi del personale sanitario al paziente, nonché il suo percorso di cure nel tempo. Sempre mediante apposito software sarebbe da realizzarsi il tracciamento delle segnalazioni per consulenza e presa in carico specialistica, nonché le segnalazioni e comunicazioni per gli interscambi tra i diversi nodi o percorsi assistenziali (da valutare il ruolo delle future COT).

Strumenti a supporto dell'attività assistenziale in CP

Oltre ai già citati strumenti per l'individuazione dei bisogni di CP, per la diagnosi di complessità e per la stima prognostica, in CP-B e CP-S, ai fini della programmazione del PAI e delle relative attività clinico-assistenziali, nonché per la misurazione dell'efficacia (*outcome*) degli interventi, l'equipe curante dovrebbe essere supportata dall'utilizzo di adeguati strumenti validati a livello internazionale, in lingua italiana, raccomandati dalle Società scientifiche di ambito. Si propone in tal senso l'uso degli strumenti della suite OACC (*Outcome Assessment and Complexity Collaborative Suite of Measures*):

- Strumenti principali:
 - IPOS (*Integrated Palliative Care Outcome Scale*);
 - AKPS (*Australian Karnofsky Performance Status*);
 - Fasi di Malattia (*phase of illness*).
- Strumenti accessori:
 - *Views on care*;

- o *Zarit Carer Burden* a 7 items;
- o Indice di Barthel.

Per l'elaborazione del PAI in CP si suggerisce l'utilizzo di un modulo strutturato in cui vengono dettagliati, per ogni problema rilevato: le cause, gli obiettivi, gli interventi proposti, i responsabili degli interventi e le rivalutazioni. Per ogni scheda devono essere previsti la data e gli operatori coinvolti nella valutazione, oltre che nelle rivalutazioni successive (al modificarsi del problema individuato o al cambiamento della fase di malattia).

Sono inoltre considerati strumenti di lavoro i protocolli e le procedure aziendali, oltre alle linee guida nazionali ed internazionali adottate a garanzia di un'assistenza efficace, appropriata ed in linea con interventi *evidence based*.

Come già indicato, si suggerisce la realizzazione di apposita piattaforma informatizzata regionale per il tracciamento e la condivisione delle informazioni (tra cui DAT, PCC, patologie in atto, terapie in corso), tra i diversi nodi e setting della rete assistenziale, sui pazienti fragili individuati con bisogni di CP e per la loro gestione all'interno della RLCP.

Riferimenti

1. McNicoll. World Population Ageing 1950 - 2050. Popul Dev Rev. 2022;814–6.
2. Hall S, Petkova H, Tsouros AD. Palliative care for older people: better practices. World Health Organ. 2011;
3. Coventry PA, Grande GE, Richards DA, Todd CJ. Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non-malignant life-threatening disease: a systematic review. Age Ageing. 1 maggio 2005;34(3):218–27.
4. de Nooijer K, Pivodic L, Van Den Noortgate N, Pype P, Van den Block L. Timely short-term specialised palliative care service intervention for frail older people and their family carers in primary care: study protocol for a pilot randomised controlled trial. BMJ Open. gennaio 2021;11(1):e043663.
5. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. 77 mag 23, 2022.
6. WHO Definition of palliative care [Internet]. World Health Organization; 2014. Disponibile su: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
7. Albers G, Martins Pereira S, Onwuteaka-Philipsen B. A public health perspective on palliative care for older people: an introduction. In: Palliative care for older people: a public health perspective. Oxford University Press; 2015. p. 3–16.
8. Burt J, Raine R. The effect of age on referral to and use of specialist palliative care services in adult cancer patients: a systematic review. Age Ageing. 1 settembre 2006;35(5):469–76.
9. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. BMC Palliat Care. dicembre 2013;12(1):7.
10. Gomez-Batiste X, Connor S. Building Integrated Palliative Care Programs and Services. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, Catalonia; 2017.
11. Evans CJ, Bone AE, Yi D, Gao W, Morgan M, Taherzadeh S, et al. Community-based short-term integrated palliative and supportive care reduces symptom distress for older people with chronic noncancer conditions compared with usual care: A randomised controlled single-blind mixed method trial. Int J Nurs Stud. agosto 2021;120:103978.
12. World Health Assembly Resolution WHA 67.19, 2014. "Strengthening palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course." World Health Organization, Geneva; 2014.
13. Bollig G, Rosenberg JP. Public Health Palliative Care and Public Palliative Care Education. Healthcare. 3 marzo 2023;11(5):745.
14. Kellehear A. The social nature of dying and the social model of health. In: Oxford Textbook Public Health Palliat Care. 2022. p. 22–9.
15. La rete di cure palliative [Internet]. Ministero della Salute; Disponibile su: https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3766&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=cur
16. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. 38 mar 15, 2010.
17. Amblàs-Novellas J, Murray SA, Espauella J, Martori JC, Oller R, Martínez-Muñoz M, et al. Identifying patients with advanced chronic conditions for a progressive palliative care approach: a cross-sectional study of prognostic indicators related to end-of-life trajectories. BMJ Open. settembre 2016;6(9):e012340.
18. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X. [Identification of people with chronic advanced diseases and need of palliative care in sociosanitary services: elaboration of the NECPAL CCOMS-ICO© tool]. Med Clin (Barc). 1 marzo 2013;140(6):241–5.
19. Organismo Toscano Governo Clinico (OTGC). Indirizzi attuativi della Legge 22 dicembre 2017 n. 219: le disposizioni anticipate di trattamento e la pianificazione condivisa delle cure [Internet]. Decisione n.6 lug 20, 2018. Disponibile su: <https://www.regione.toscana.it/-/decisioni-del-comitato-tecnico-scientifico#:~:text=07/2018%C2%A0%E2%96%BA%E2%96%BA-,Allegato%20A,-%2D%20Indirizzi%20attuativi%20della>
20. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. Palliat Med. aprile

2014;28(4):302–11.

21. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. 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. *Palliat Med.* 1 settembre 2017;31(8):754–63.
22. Teixeira J, Luz P, Quita R, Dias D, Freire E. Palliative care referral identification: the NECPAL CCOMS-ICO tool. *BMJ Support Palliat Care.* 28 febbraio 2023;spcare-2023-004174.
23. Gomez-Batiste X. Recomendaciones para la atención integral e integrada de personas con enfermedades o condiciones crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado en Servicios de Salud y Sociales: NECPAL-CCOMS-ICO® 3.1. 2017.
24. Primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. Strumenti per lo sviluppo delle cure palliative primarie. Traduzione Italiana di C. Magnani e L. Surdo. Revisione a cura di C. Peruselli [Internet]. European Association of Palliative Care (EAPC); Disponibile su: <https://www.eapcnet.eu/Portals/0/adam/Tables/zhqBXh5MfkOAEoqhXDcAtA/Col3/Italian%20translation-1.pdf>
25. Canzani F, Bedina B, D'Imporzano E, Leoni S, Niccoli S. Dall'individuazione precoce dei bisogni di cure palliative nel paziente adulto, al piano di cura personalizzato. Proposta di criteri condivisi per la Rete Regionale Toscana di Cure Palliative per l'adulto. Gruppo di lavoro SICP Toscana; 2021.
26. Cerullo G, Videira-Silva A, Carrancha M, Rego F, Nunes R. Complexity of patient care needs in palliative care: a scoping review. *Ann Palliat Med.* gennaio 2023;0(0):0–0.
27. Grant M, de Graaf E, Teunissen S. A systematic review of classifications systems to determine complexity of patient care needs in palliative care. *Palliat Med.* aprile 2021;35(4):636–50.
28. Martin-Rosello ML, Sanz-Amores MR, Salvador-Comino MR. Instruments to evaluate complexity in end-of-life care. *Curr Opin Support Palliat Care.* dicembre 2018;12(4):480–8.
29. Comino M, Garcia V, López M, Feddersen B, Roselló M, Sanftenberg L, et al. Evaluation des spanischen Diagnostik-Tools für die Komplexität in der Palliativmedizin, IDC-Pal, durch Hausärzte in Deutschland: Eine Pilotstudie. *Gesundheitswesen.* ottobre 2018;80(10):871–7.
30. Viganò A, Dorgan M, Buckingham J, Bruera E, Suarez-Almazor ME. Survival prediction in terminal cancer patients: a systematic review of the medical literature. *Palliat Med.* luglio 2000;14(5):363–74.
31. Christakis NA. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study
Commentary: Why do doctors overestimate? Commentary: Prognoses should be based on proved indices not intuition. *BMJ.* 19 febbraio 2000;320(7233):469–73.
32. Glare P. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ.* 24 luglio 2003;327(7408):195–0.
33. Maltoni M, Caraceni A, Brunelli C, Broeckaert B, Christakis N, Eychmueller S, et al. Prognostic Factors in Advanced Cancer Patients: Evidence-Based Clinical Recommendations—A Study by the Steering Committee of the European Association for Palliative Care. *J Clin Oncol.* 1 settembre 2005;23(25):6240–8.
34. Maltoni M, Scarpi E, Pittureri C, Martini F, Montanari L, Amaducci E, et al. Prospective Comparison of Prognostic Scores in Palliative Care Cancer Populations. *The Oncologist.* 1 marzo 2012;17(3):446–54.
35. Stone CA, Tiernan E, Dooley BA. Prospective Validation of the Palliative Prognostic Index in Patients with Cancer. *J Pain Symptom Manage.* giugno 2008;35(6):617–22.
36. Kao CY, Hung YS, Wang HM, Chen JS, Chin TL, Lu CY, et al. Combination of Initial Palliative Prognostic Index and Score Change Provides a Better Prognostic Value for Terminally Ill Cancer Patients: A Six-Year Observational Cohort Study. *J Pain Symptom Manage.* novembre 2014;48(5):804–14.
37. Glare P, Virik K. Independent Prospective Validation of the PaP Score in Terminally Ill Patients Referred to a Hospital-Based Palliative Medicine Consultation Service. *J Pain Symptom Manage.* novembre 2001;22(5):891–8.
38. Maltoni M, Nanni O, Pirovano M, Scarpi E, Indelli M, Martini C, et al. Successful Validation of the Palliative Prognostic Score in Terminally Ill Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage.* aprile 1999;17(4):240–7.
39. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. *DPCM gen 12, 2017.*
40. Veronese S. La versione italiana di OACC: dalla valutazione dei bisogni alla pianificazione delle cure palliative. *Riv Ital Cure Palliat.* 2020;22(3):147–58.