

Rete delle Cure Palliative: criteri di presa in carico, *setting* di cura, modalità assistenziali, gestione multidisciplinare

Raffaella Antonione

*Coordinatore Società Italiana Cure Palliative (SICP) Macroarea Nord Est
Master II livello in Alta Specializzazione e Qualificazione in Cure Palliative
Specialista in Medicina Interna*

Agenda

- Quali e quanti pazienti; razionale inserimento CP in PDTA
SCC
- Concetti generali, organizzativi e normativi di Cure Palliative
- Strumenti (identificazione malati; identificazione complessità)
- Rete-Sinergia-Integrazione-Complessità
- Professionisti e strutture coinvolte: ruoli
- Presa in carico: proposte
- Monitoraggio: proposte di indicatori
- Criticità
- Riferimenti di letteratura/documenti di consenso



Bisogni di Cure Palliative in Cardiologia

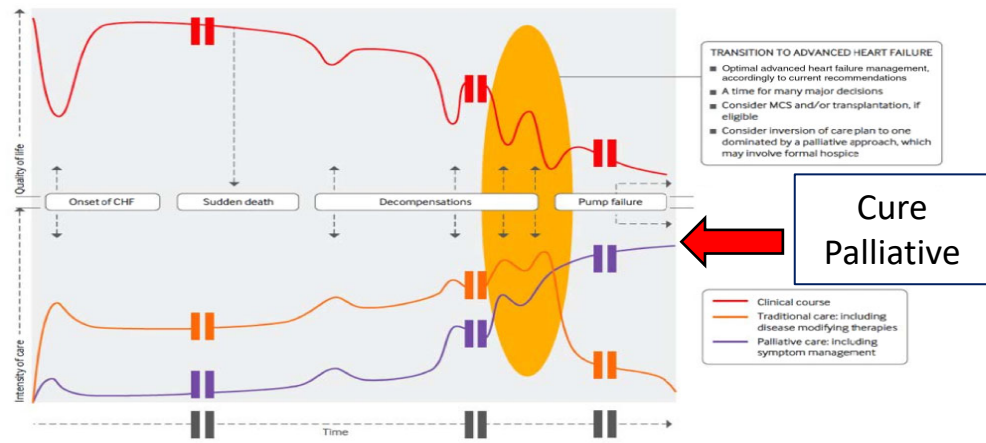
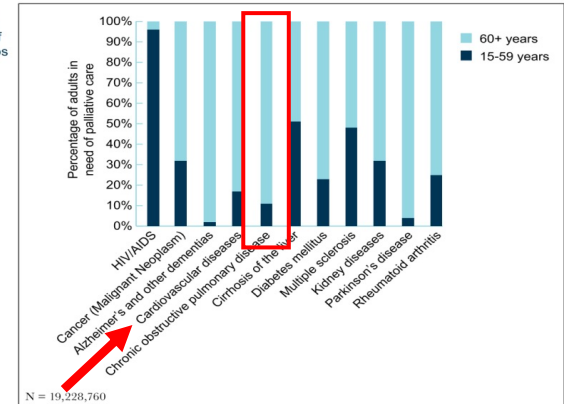


Figure 1 The clinical course of heart failure with associated types and intensities of available therapies (modified from reference 57 with further modification from reference 58). Reprinted with permission of the American Thoracic Society. Copyright © 2019 American Thoracic Society.

Figure 6 Distribution of adults in need of palliative care at the end of life by age and disease groups



- 80% dei malati muore entro 5 anni
- pessima qualità di vita
- carico sintomatologico pesante (peggiore di molte patologie neoplastiche)

Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement

Piotr Z. Sobanski^{1*}, Berndt Alt-Epping², David C. Currow^{3,4}, Sarah J. Goodlin⁵, Tomasz Grodzicki⁶, Karen Hogg⁷, Daisy J. A. Janssen^{8,9}, Miriam J. Johnson¹⁰, Matgorzata Krajnik¹¹, Carlo Leget¹², Manuel Martinez-Selles¹³, Matteo Moroni¹⁴, Paul S. Mueller¹⁵, Mary Ryder¹⁶, Steffen T. Simon^{17,18}, Emily Stowe¹⁹, and Philip J. Larkin^{20,21}

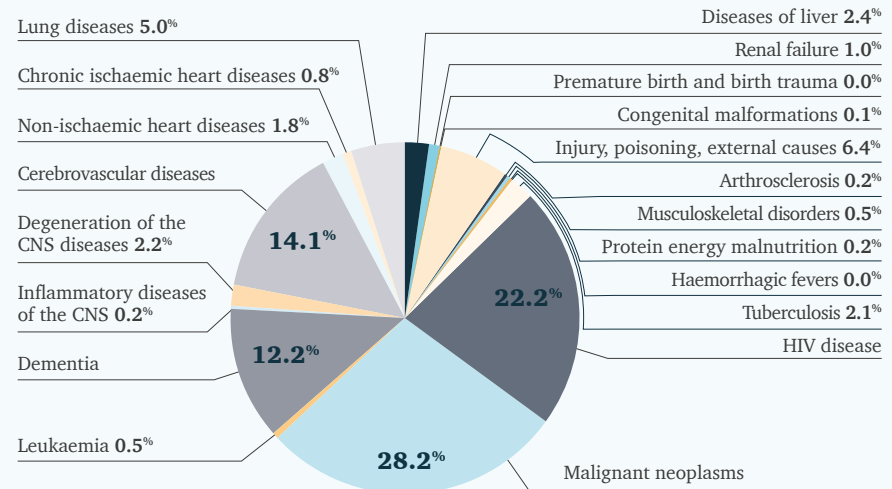
ESC Cardiovascular Research (2020) 116, 12–27
European Society of Cardiology doi:10.1093/cvr/cvz200

- SCC: 1–2% adulti nei paesi sviluppati; circa il 5% NYHA III-IV
- SCC avanzato negli USA: 250.000-500.000 pz
- 25% pz ambulatoriali in classe funzionale avanzata

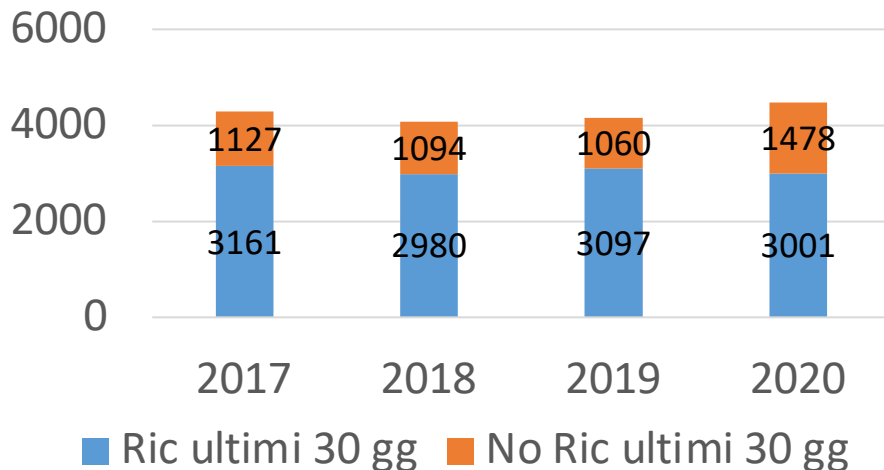
Figure 5 Worldwide need for palliative care for adults by disease groups (20+ years 2017)

28.2%
neoplastiche
vs
71.8% non
neoplastiche

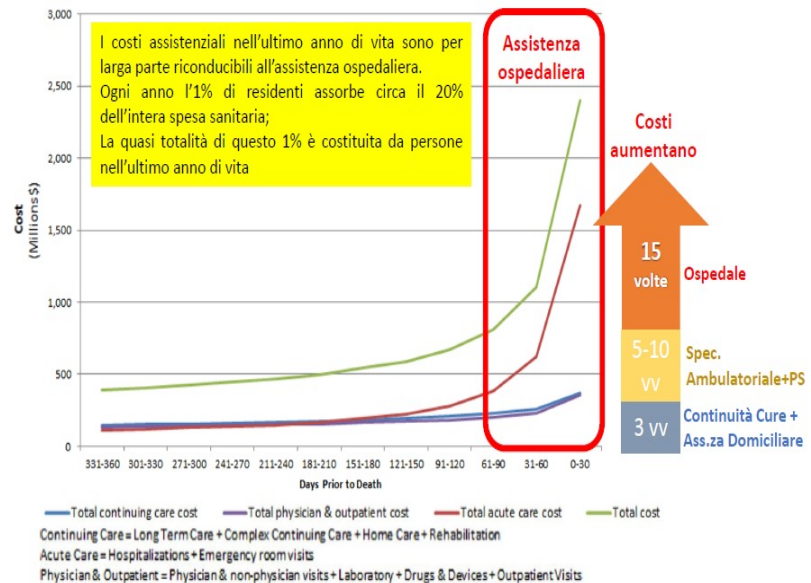
N = 52,883,093 adults



Ricoveri entro 30 giorni dal decesso in pazienti con SCC (PDTA SCC FVG, 2017-2020)



Costo della transizione demografica



Hospital, local palliative care network and public health: how do they involve terminally ill patients? Eur J Public Health. 2017 Feb 1;27(1):25-30. Scaccabarozzi G, Limonta F, Amodio E.

The Health Care Cost of Dying: A Population-Based Retrospective Cohort Study of the Last Year of Life in Ontario, Canada
PLOS - Published: March 26, 2015, P Tanuseputra, WP Wodchis, R Fowler, P Walker, Yu Qing Bai, SE Branskill, D Manuel

Transizione demografica.
L'impatto economico dello SC è
particolarmente elevato: circa il 2%
del budget della Sanità

Ogni anno l'1% della popolazione ha
necessità di cure palliative.
Il Sistema sanitario di una Regione con 1
milione di abitanti attende ogni anno 10.000
persone con bisogni di cure palliative.

Agenda

- Quali e quanti pazienti; razionale inserimento CP in PDTA
SCC
- **Concetti generali, organizzativi e normativi di Cure Palliative**
- Strumenti (identificazione malati; identificazione
complessità)
- Rete-Sinergia-Integrazione-Complessità
- Professionisti e strutture coinvolte: ruoli
- Presa in carico: proposte
- Monitoraggio: proposte di indicatori
- Criticità
- Riferimenti di letteratura/documenti di consenso

Legge 38/2010

RETE DI CURE PALLIATIVE PER L'ADULTO

NON SOLO ONCOLOGIA ma qualunque patologia ad andamento cronico ed evolutivo

CARDIOPATIE IN FASE AVANZATA E TERMINALE

ART. 1 Finalita'

Tutela il **DIRITTO** ad accedere alle cure palliative
Programma di cura individuale per il **MALATO E** per
la sua **FAMIGLIA**.

ART. 2 e 3 Definizioni «Cure palliative» e «Terapia del dolore»

Le cure palliative costituiscono **OBBIETTIVI PRIORITARI** del SSN. **Livelli Essenziali di Assistenza**

ART. 5 Reti nazionali per le cure palliative

«...figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative (*omissis*), con particolare riferimento a **MEDICI DI MEDICINA GENERALE, MEDICI SPECIALISTI** (*omissis*), ai medici delle **CURE PALLIATIVE, INFERMIERI, PSICOLOGI e ASSISTENTI SOCIALI** nonché **ALTRE FIGURE** professionali ritenute essenziali.

TEAM MULTI-PROFESSIONALE

Conferenza Stato Regioni 25 luglio 2012

Rete Locale di Cure Palliative (RLCP): Modello organizzativo che consente un'efficace presa in carico e gestione integrata delle attività di cure palliative.

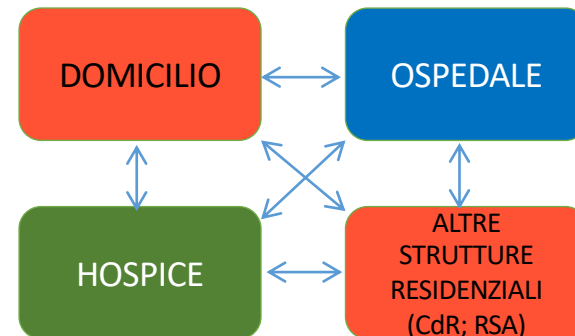
La Rete è coordinata dalla **Unità Operativa di Cure palliative (UCP)** (multidisciplinare, flessibile, tempestiva) che garantisce la gestione nei diversi setting di cura§.

Livelli Essenziali di Assistenza e Legge di conversione 23 luglio 2021, n.106

Assistenza residenziale in Hospice

Domicilio. Assistenza residenziale in setting «atipici»
(RSA, Casa di Riposo, altre strutture)

Ospedale. Prestazioni in regime diurno e attività ambulatoriale («Day Hospice»)



Art. 23 Cure palliative domiciliari Erogate dalle strutture Unità di Cure Palliative- UCP NON PIÙ NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA. PERCORSO di cura.

Art. 38 Ricovero ordinario per acuti Le cure palliative espressamente citate come prestazioni cliniche, farmaceutiche, strumentali, necessarie (omissis) che devono essere GARANTITE DURANTE L'ATTIVITÀ DI RICOVERO ORDINARIO.

Conferenza Stato Regioni 2012; DPCM LEA 12 gennaio 2017

LEGGE DI CONVERSIONE 23 LUGLIO 2021, N. 106: «MISURE URGENTI CONNESSE ALL'EMERGENZA DA COVID-19, PER LE IMPRESE, IL LAVORO, I GIOVANI, LA SALUTE E I SERVIZI TERRITORIALI.».

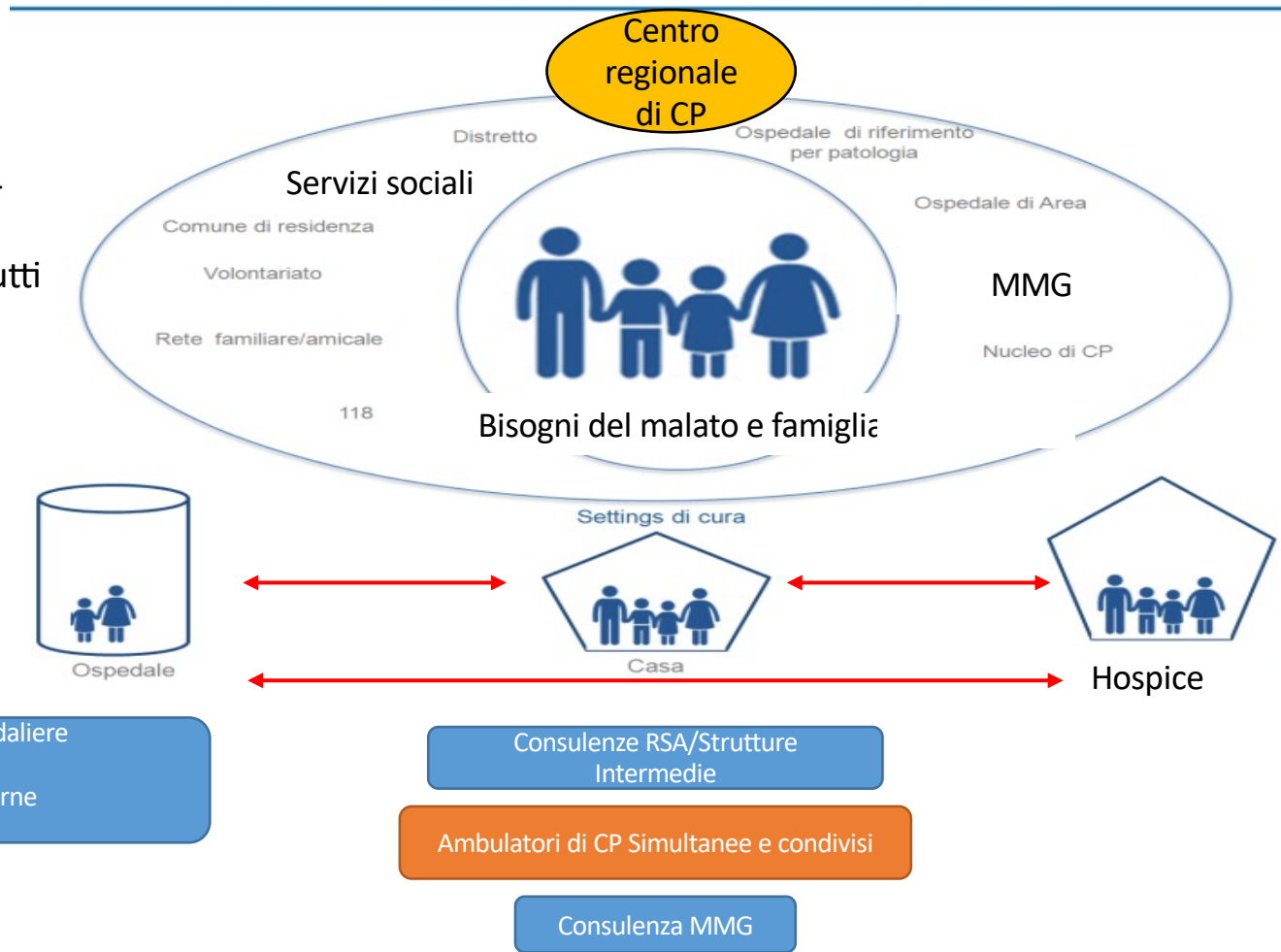
ARTICOLO 35, COMMA 2-TER

Le Regioni verranno affiancate da Agenas nella realizzazione di un piano triennale che (...) permetterà alle reti locali di cure palliative di essere **completamente operative** sui tre **livelli assistenziali costituiti dall'assistenza domiciliare, dagli Hospice e dalle attività ospedaliere**. In caso di mancata attuazione da parte delle Regioni scatterà il potere sostitutivo dello Stato (...). Entro il 30 giugno 2022 verranno definite le **tariffe** massime per le remunerazioni delle prestazioni in ambito domiciliare e residenziale.

Rete di Cure Palliative

La Rete deve garantire:

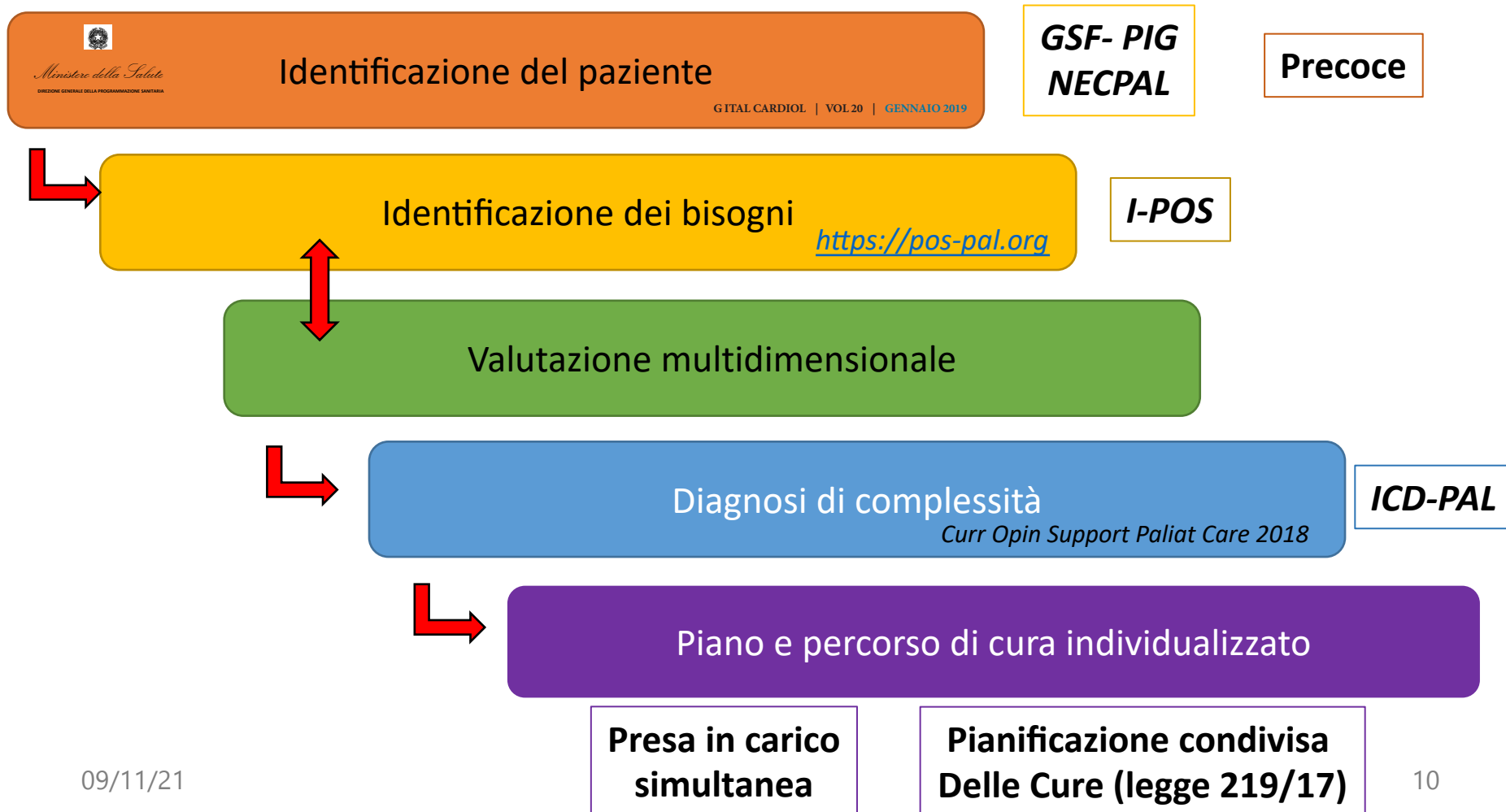
- Centro di riferimento regionale di CP
- Continuità assistenziali h24 7/7
- Risposte specialistiche in tutti i setting
- Unicità di riferimento
- Residenzialità, sociale



Agenda

- Quali e quanti pazienti; razionale inserimento CP in PDTA SCC
- Concetti generali, organizzativi e normativi di Cure Palliative
- **Strumenti (identificazione malati; identificazione complessità)**
- **Rete-Sinergia-Integrazione-Complessità**
- Professionisti e strutture coinvolte: ruoli
- Presa in carico: proposte
- Monitoraggio: proposte di indicatori
- Criticità
- Riferimenti di letteratura/documenti di consenso

Percorso: dall'identificazione del paziente al piano di cura

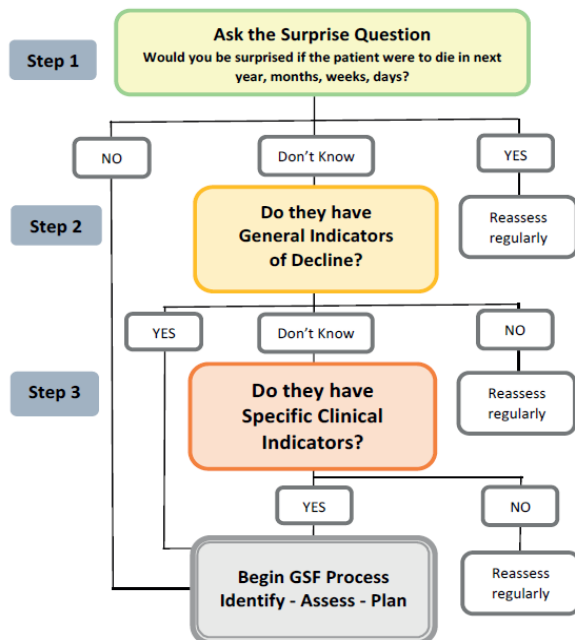


Strumenti (identificazione malati; identificazione complessità)

The National GSF Centre's guidance for clinicians to support earlier identification of patients nearing the end of life leading to improved proactive person-centred care

1. La domanda sorprendente
2. Indicatori generali di declino- decadimento, incremento dei bisogni o scelte di non ulteriori cure attive.
3. Indicatori clinici collegati a determinate condizioni
4. Indicatori specifici per patologie

Proactive Identification Guidance – GSF PIG Flow-chart



NECPAL (Necesidades Paliativas)

Criterio domanda sorprendente

(«Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro un anno?»)»

Criteri generali di peggioramento

incremento dei bisogni o scelta di non essere più sottoposto a trattamenti «attivi»

Criteri specifici di peggioramento per singola patologia.

NECPAL CCOMS – ICO TOOL

STRUMENTO PER IDENTIFICARE I PAZIENTI IN STATO AVANZATO-TERMINALE CHE NECESSITANO DI CURE PALLIATIVE NELL'AMBITO DEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI

A chi dovrebbe essere somministrato il "NECPAL CCOMS – ICO TOOL"?

A pazienti con **malattie croniche avanzate**, che presentano le seguenti diagnosi e condizioni:

- Paziente con **cancro** come patologia principale;
- Paziente con **broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)** come patologia principale;
- Paziente con **malattia cardiaca cronica** come patologia principale;
- Paziente con **patologia neurologica cronica** (compresi accidenti cerebrovascolari maggiori, sclerosi multipla, Parkinson, sclerosi laterale amiotrofica) come patologia principale;
- Paziente con **grave malattia epatica cronica** come patologia principale;
- Paziente con **grave insufficienza renale cronica** come patologia principale;
- Paziente con **demenza** come patologia principale;
- Paziente **geriatrico** che, anche se non affetto da una delle malattie precedenti, è in situazione di **fragilità particolarmente marcata**;
- Paziente che, pur non essendo né geriatrico e né affetto da una delle malattie precedenti, soffre di qualsiasi altra malattia cronica particolarmente grave e avanzata;
- Paziente che, pur non essendo incluso in nessuno dei gruppi precedenti, è stato recentemente ricoverato o curato al domicilio con un grado di intensità di cura superiore al previsto.

1. LA "DOMANDA SORPRENDENTE" - domanda intuitiva che integra comorbidità, fattori sociali e altri fattori.

Saresti sorpreso se questo paziente dovesse morire nei prossimi 12 mesi? No Sì

2. SCELTA / RICHIESTA O BISOGNO¹ - Esaminare se la risposta a una delle seguenti domande è affermativa:

Scelta / Richiesta:
Il paziente con malattia avanzata o il caregiver principale ha richiesto, in maniera esplicita o implicita, trattamenti palliativi/di sollievo? Suggerisce una limitazione dello sforzo terapeutico o rifiuta trattamenti curativi o altri specifici trattamenti? Sì No

Bisogno:
Ritieni che il paziente necessiti in questo momento di cure palliative o trattamento palliativo? Sì No

3. INDICATORI GENERALI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE CLINICA
- Esaminare la presenza di uno dei seguenti criteri di gravità e di estrema fragilità

Marcatori nutrizionali (almeno uno dei seguenti) **negli ultimi 6 mesi:**

Gravità: albumina sierica < 2,5 g/dl, non relativa a episodi acuti di scompenso Sì No

Progressione: perdita di peso > 10%

Percezione clinica di declino nutrizionale (*sostenuto, intenso/ grave, progressivo, irreversibile*) non relativo a condizioni concomitanti

Marcatori funzionali (almeno uno dei seguenti) **negli ultimi 6 mesi:**

Gravità: grave dipendenza funzionale (*punteggio Barthel <25, ECOG > 2 o punteggio Karnofsky <50%*) Sì No

Progressione: perdita di 2 o più attività di vita quotidiana (ADL), nonostante un adeguato intervento terapeutico

Percezione clinica di declino funzionale (*sostenuto, intenso/grave, progressivo, irreversibile*) non relativo a condizioni concomitanti

Altri marcatori di gravità e di estrema fragilità (almeno 2 dei seguenti) **negli ultimi 6 mesi:**

Ulcera da decubito persistente (stadio III - IV) Sì No

Infezioni ricorrenti (> 1)

Delirio

Disfagia persistente

Cadute (> 2)

Presenza di **stress emotivo** con sintomi psicologici (*sostenuto, intenso/grave, progressivo*) non relativo a condizioni concomitanti acute Sì No

Fattori aggiuntivi sull'uso delle risorse. Una delle seguenti:

2 o più ricoveri ospedalieri urgenti (*non programmati*) in ospedale (*o in strutture di cura specializzate*) a causa di malattie croniche, nel corso dell'ultimo anno Sì No

Bisogno di assistenza continua complessa/intensa, presso strutture o al domicilio Sì No

Comorbidità: ≥ 2 malattie concomitanti Sì No

4. INDICATORI SPECIFICI DI GRAVITÀ CLINICA E PROGRESSIONE DELLA MALATTIA - Esaminare la presenza di specifici criteri di "cattiva prognosi", per le seguenti malattie:

CANCRO (richiede la presenza di **almeno un criterio**) Sì No

Pazienti con diagnosi confermata di cancro metastatico (*stadio IV, e in alcuni casi stadio III - ad esempio cancro al polmone, cancro al pancreas, cancro allo stomaco e cancro all'esofago*) che presentano bassa risposta o controindicazioni ad uno specifico trattamento, progressiva comparsa durante il trattamento o affezione metastatica di organi vitali (SNC, fegato, grave malattia polmonare, etc.)

Significativo deterioramento funzionale (Palliative Performance Status (PPS) <50 %)

Permanenza di sintomi stressanti nonostante il trattamento ottimale di qualsiasi condizione/i di base

BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO) Sì No
(presenza di **due o più criteri seguenti**)

Dispnea a riposo o al minimo sforzo tra le riacutizzazioni

Sintomi fisici o psicologici complessi nonostante una terapia ottimale per la tollerabilità

Nel caso si disponga di prove di funzionalità respiratoria (*con attenzione alla qualità dei test*), la malattia è valutata grave con: FEV1 <30% o con i seguenti criteri di grave deficit restrittivo: CVF <40 % / DLCO < 40 %

Nel caso di disponibilità di una emogasanalisi arteriosa: criteri di eleggibilità oppure effettuazione di O₂TDLT

Scompenso cardiaco sintomatico

Ricoveri ricorrenti (> 3 ingressi in 12 mesi a causa di esacerbazioni)

MALATTIE CARDIACHE CRONICHE Sì No
(richiede la presenza di **due o più criteri seguenti**)

Insufficienza cardiaca - NYHA - di stadio III o IV, valvulopatia grave o malattia coronarica inoperabile

Mancanza di respiro a riposo o al minimo sforzo

Sintomi fisici o psicologici complessi nonostante

Nel caso si disponga di ecocardiografia: frazione di eiezione gravemente compromessa (<30 %) o grave ipertensione polmonare (> 60 mmHg)

Insufficienza renale (FG < 30 l/min)

Ricoveri ospedalieri ripetuti con sintomi di insufficienza cardiaca / cardiopatia ischemica (> 3 nell'ultimo anno)

MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE (1) : ICTUS - Sì No
(richiede la presenza di **almeno un criterio**)

Durante la fase acuta e subacuta (< 3 mesi post-ictus): stato vegetativo o stato di coscienza minima persistente > 3 giorni

Durante la fase cronica (> 3 mesi post-ictus): complicazioni mediche ripetute (polmonite da aspirazione nonostante misure antidisfagia), pielonefrite (> 1) , ricorrenti episodi febbrili nonostante somministrazione di antibiotici (febbre persistente dopo 1 settimana di antibiotici) , ulcere da decubito al 3-4 stadio o severa demenza post-ictus

MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE (2): SLA e MALATTIE DEL MOTONEURONE , SCLEROSI MULTIPLA & PARKINSON Sì No
(richiede la presenza di **due o più criteri seguenti**)

Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante una terapia ottimale per la tollerabilità

Sintomi complessi e difficili da gestire

Problemi di linguaggio con aumento della difficoltà nella comunicazione

Disfagia progressiva

Polmonite da aspirazione ricorrente, respiro corto o insufficienza respiratoria

GRAVE MALATTIA CRONICA DEL FEGATO Sì No
(richiede la presenza di **almeno un criterio**)

Cirrosi allo stadio avanzato: stadio Child C (determinato in assenza di complicazioni o avendole trattate e ottimizzato il trattamento), MELD-Na score > 30 o con una o più delle seguenti complicanze mediche: ascite diuretico-resistente, sindrome epatorenale o sanguinamento del tratto gastrointestinale superiore causato da ipertensione portale con risposta negativa al trattamento farmacologico ed endoscopico e con controindicazioni al trapianto e TIPS

Carcinoma epatocellulare: presente, allo stadio C o D (BCLC)

GRAVE MALATTIA CRONICA RENALE Sì No
(richiede la presenza di **almeno un criterio**)

Grave insufficienza renale (FG < 15) in paziente per il quale è controindicato il trattamento sostitutivo o il trapianto

DEMENZA Sì No
(richiede la presenza di **due o più criteri seguenti**)

Criteri di gravità: incapace di vestirsi , lavarsi o mangiare senza assistenza (GDS/FAST 6c), incontinenza urinaria e fecale (GDS/FAST 6d - e), o incapace di comunicare in maniera comprensibile almeno 6 parole (GDS/FAST 7)

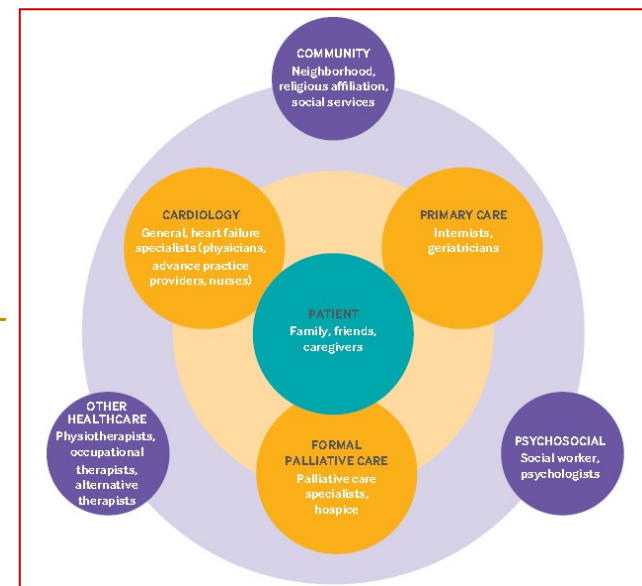
Criteri di progressione: perdita di 2 o più attività di vita quotidiana (ADL) negli ultimi 6 mesi , nonostante un adeguato intervento terapeutico (non valutabile in situazione iperacuta a causa di processi concomitanti), difficoltà di deglutizione, rifiuto di mangiare in pazienti che non ricevono nutrizione enterale o parenterale

Criteri di utilizzo delle risorse: ricoveri multipli (> 3 in 12 mesi, a causa di processi concomitanti - polmonite ab ingestis, pielonefrite, sepsi, ecc.- che causano declino funzionale e/o cognitivo)

¹ Nel Mediterraneo/paesi latini, in cui l'autonomia decisionale del paziente è meno marcata che nei paesi anglosassoni/nord Europa, i membri della famiglia o del team sono di solito quelli che fanno richiesta di cure palliative o di una limitazione dello sforzo terapeutico.

Criteri di arruolamento del paziente

- Sintomi severi (NYHA IV) e scarsa qualità di vita nonostante trattamenti farmacologici e non, ottimali
- Frequenti ospedalizzazioni (> o = 2/anno) per SCC o instabilizzazione
- Frequenti interventi dell'ICD senza possibilità di ablazione substrato aritmico
- Necessità di supporto farmacologico infusionale frequente o continuo
- Cachessia (cardiaca e non)
- Declino funzionale e dipendenza per le normali attività di vita quotidiana (ADL)
- Esclusione del paziente da indicazioni a trapianto o VAD
- Desiderio/Volontà del malato





Strumenti rilevazione Bisogni: I-POS (Integrated Palliative Outcome Scale)

Q1. Quali sono stati i suoi problemi o le sue preoccupazioni più importanti nel corso dell'ultima settimana?

1. _____
2. _____
3. _____

Q2. A seguire troverà una lista di sintomi, che lei potrà o meno avere avuto.

Per ciascun sintomo, per favore, segni la casella che descrive meglio quanto quel sintomo

l'ha disturbata nel corso dell'ultima settimana.

(nel caso il sintomo abbia avuto delle fluttuazioni indicare un valore medio)

	No, per niente	Leggermente	Moderatamente	In modo severo	In modo intollerabile
Dolore	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Mancanza di fiato	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Debolezza o mancanza di energia	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Nausea	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vomito	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Scarso appetito	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Stitichezza	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Problemi al cavo orale	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sonnolenza	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Problemi di mobilitazione	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Per favore elenchi eventuali altri sintomi non presenti nell'elenco precedente. Per ciascun sintomo, per favore, segni la casella che descrive meglio quanto quel sintomo l'ha disturbata nel corso dell'ultima settimana (nel caso il sintomo abbia avuto delle fluttuazioni indicare un valore medio)					
1. _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Nel corso dell'ultima settimana:

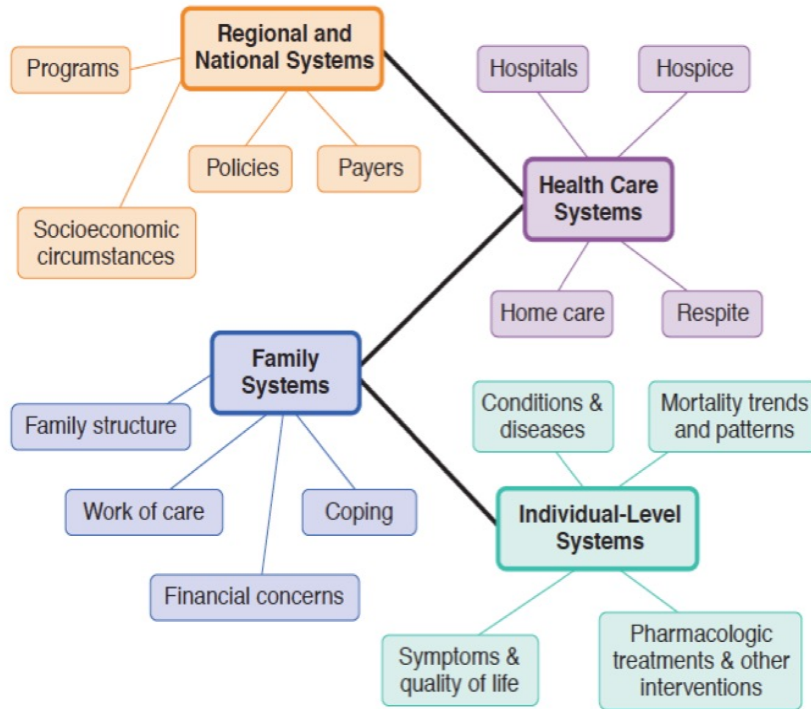
	No, per niente	Raramente	Qualche volta	Per la maggior parte del tempo	Sempre
Q3. Si è sentito in ansia o preoccupato per la sua malattia o per le terapie?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q4. Qualcuno dei suoi cari è stato in ansia o preoccupato per lei?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q5. Si è sentito depresso?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Sempre	Per la maggior parte del tempo	Qualche volta	Raramente	No, per niente
Q6. Si è sentito in pace con se stesso?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q7. Ha potuto condividere i suoi stati d'animo con i suoi cari nel modo che desiderava?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q8. Ha ricevuto tutte le informazioni che desiderava?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Problemi affrontati/ Assenza di problemi	Problemi in maggior parte affrontati	Problemi parzialmente affrontati	Problemi affrontati in minima parte	Problemi non affrontati
Q9. Sono stati affrontati eventuali problemi pratici, personali o economici derivanti dalla malattia?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Da solo	Con l'aiuto di un familiare o di un amico	Con l'aiuto di un membro dello staff
Q10. Come ha completato il questionario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La complessità dei bisogni



LA SCALA DEI PROBLEMI

		2. RELAZIONI			3. CARATTERISTICHE DELLE RELAZIONI
		POCHE	MOLTE	MOLTISSIME	
1. VARIABILI	MOLTE			COMPLESSO	LINEARI E NON-LINEARI
			COMPLICATO		
	POCHE	SEMPLICE			LINEARI
		ANALITICO		SISTEMICO	
		4. APPROCCIO RISOLUTIVO			