

Regione del Veneto

Scheda di accesso all'Hospice

DATI DELL'ASSISTITO

Cognome _____

Nome _____

Luogo di nascita _____ Prov. |__|__|

Data di Nascita |__|__||__|__||__|__||__|__| Cittadinanza _____

Comune di residenza _____ Prov. |__|__|

Indirizzo (via, civico e località) _____

Codice Fiscale |__|__||__|__||__|__||__|__||__|__||__|__||

Stato civile:

- 1 celibe/nubile
 2 coniugato
 3 separato
 4 divorziato
 5 vedovo
 6 non dichiarato

Istruzione:

- 1 nessuna
 2 licenza elementare
 3 licenza media inferiore
 4 diploma media superiore
 5 diploma universitario
 6 laurea
 7 scuola professionale
 8 sconosciuta

Sesso:

- 1 maschio
 2 femmina

Azienda ULSS nr. |__|__| - Distretto nr. |__|__|

Medico di Medicina Generale dr. _____ tel. _____

Familiare di riferimento sig. _____

Grado di parentela _____ tel. _____

Struttura di provenienza:

- 1 domicilio dell'assistito, senza cure palliative domiciliari attive
 2 domicilio dell'assistito con cure palliative domiciliari attive
 3 Struttura socio-sanitaria residenziale
 4 struttura sociale
 5 struttura ospedaliera
 6 struttura di riabilitazione
 9 altro (Specificare: _____)

INFORMAZIONI DA FORNIRE ALL'ASSISTITO E AL SUO FAMILIARE

- L'Hospice è una struttura residenziale, integrata nella rete dei servizi di cure palliative, destinata all'assistenza di malati inguaribili in fase avanzata di malattia o in condizioni di fine vita.
- L'accesso in Hospice è parte di un percorso di cure proposto dal Nucleo di cure palliative congiuntamente al Medico di Medicina Generale, ai sensi della DGR 2989/2000, e avviene dopo aver conseguito il consenso del malato, o dei suoi familiari qualora l'interessato si trovi in condizioni cognitive compromesse.
- E' opportuno che prima dell'ammissione in Hospice sia definita la durata del ricovero, eventualmente rinnovabile in ragione delle condizioni del malato, al fine di favorire le dimissioni dalla struttura e l'adozione di cure domiciliari.
- Il ricovero in Hospice, in generale, non ha carattere sostitutivo delle cure domiciliari, che sono la modalità di assistenza più accessibile e appropriata rispetto ai desideri e alle condizioni dei malati.
- L'Hospice non supplisce a ricoveri ospedalieri, che vanno offerti qualora si rendessero necessari, né deve essere utilizzato come luogo di trasferimento di malati da strutture ospedaliere o residenziali senza un piano di cure palliative strutturato.
- Nel rispetto dell'autonomia decisionale e del diritto a conoscere le sue condizioni di salute, è opportuno che il paziente, prima dell'ingresso in Hospice, sia informato della sua inguaribilità o condizione di fine vita perché possa comprendere l'assistenza palliativa che gli verrà offerta.
- L'Hospice, benché luogo nel quale si registrano decessi, ordinariamente non deve essere utilizzato come modalità assistenziale continuativa fino alla morte del paziente.
- Il ricovero in Hospice, salvo particolari necessità valutate dal Nucleo di cure palliative, non avviene nella fase agonica e preagonica del decorso clinico del malato.
- Prima dell'ingresso in Hospice, i familiari del malato sono informati:
 - o della possibilità di rapidi e improvvisi peggioramenti del congiunto ricoverato;
 - o che in caso di peggioramento negli ultimi tempi di vita, non controllabile con le consuete terapie, potrebbe essere attuata una sedazione del malato per evitargli inutili sofferenze.

CRITERI DI AMMISSIONE ALL'HOSPICE

VINCOLANTI

La proposta di ricovero in Hospice è vincolata alla presenza dei quattro criteri sottoelencati:

1. Paziente con aspettativa di vita non superiore a 6 mesi.
2. Completamento di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia.
3. Esclusione di terapie specifiche volte alla guarigione della malattia.
4. Indice di Karnofsky uguale od inferiore a 50.

DI PRIORITÀ

I criteri di priorità determinano un punteggio orientativo, essendo derogabili per particolari necessità individuate dal Nucleo di cure palliative.

1	inadeguatezza strutturale del domicilio	(1 punto)	
2	solitudine del malato	(1 punto)	
3	incapacità della famiglia ad un'assistenza continua al domicilio	(1 punto)	
4	dolore non controllato	(fino a 2 punti)	
5	dispnea non controllata	(fino a 2 punti)	
6	problemi:		
	<i>fino a 2 problemi: 3 punti - tra 3 e 5 problemi:4 punti - più di 5 problemi:5 punti</i>		
	problemi di nutrizione/disidratazione	si	no
	subocclusione/occlusione	si	no
	agitazione/delirio	si	no
	nausea/vomito	si	no
	Disfagia	si	no
	Insonnia	si	no
	secrezioni orali o bronchiali	si	no
	trasudati cutanei estesi/piaghe/edemi	si	no
	Ascite	si	no
	turbe degli elettroliti	si	no
	turbe del metabolismo glucidico	si	no
	Altro	si	no
7	sollievo familiare temporaneo con impegno a riaccogliere il malato al domicilio	(fino a 3 p.)	
8	tracheotomia	(fino a 2 punti)	
9	pielostomia	(fino a 2 punti)	
10	colostomia	(1 punto)	
11	PEG	(1 punto)	
12	CVC	(1 punto)	
13	TPN	(1 punto)	
14	infusione spinale o perdurale	(1 punto)	
15	altro	(1 punto)	
Totale punteggio			

Altre informazioni rilevanti

ALTRE INFORMAZIONI DI PRESA IN CARICO

Motivo prevalente del ricovero: clinico - non clinico

Segno/Sintomo clinico non diversamente controllabile (SS1): |__|__|__|. |__|__| (1)

Segno/Sintomo clinico non diversamente controllabile (SS2): |__|__|__|. |__|__| (1)

Motivo non clinico alla base della presa in carico (MNC1): |__|__|__|. |__|__| (2)

Motivo non clinico alla base della presa in carico (MNC2): |__|__|__|. |__|__| (2)

Punteggio Karnofsky: |__|__| (3)

Data di compilazione: |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Informazioni sul compilatore:

Nome e Cognome _____

Ruolo _____

(firma)

(1) Utilizzare codifica ICD 9 CM come da Tabella 1 allegata.

(2) Utilizzare codifica ICD 9 CM come da Tabella 2 allegata.

(3) Punteggio Karnofsky al momento dell'ingresso in Hospice, come da Tabella 3 allegata.

A titolo esclusivamente esemplificativo e non esaustivo, si riporta di seguito un elenco dei segni/sintomi clinici (Tabella 1) e non clinici (Tabella 2) più frequenti, nell'ambito degli Hospice.

TABELLA 1

Segno/Sintomo	Codifica ICD 9 CM	Segno/Sintomo	Codifica ICD 9 CM
Affezioni pruriginose non specificate (Prurito SAI)	698.9	Dolore Addome di altre sedi specificate	789.09
Alterazione (o perdita) temporanea della coscienza (Confusione)	780.02	Dolore correlato a neoplasia (acuto, cronico)	338.3
Altra e specificata ritenzione urinaria	788.29	Dolore degli arti	729.5
Altra incontinenza urinaria	788.39	Dolore Generalizzato	780.96
Altra Stipsi	564.09	Ecchimosi spontanee	782.7
Altre alterazioni della coscienza (Sonnolenza, sopore, stupore)	780.09	Edema (cute)	782.3
Altre dispnee e anomalie respiratorie	786.09	Ematemesi	578.0
Altro dolore Toracico	786.59	Emoftoe	786.3
Altro intasamento dell'intestino (Subocclusione/Occlusione intestinale)	560.39	Emorragia del retto e dell'ano	569.3
Altro malessere ed affaticamento (Astenia SAI)	780.79	Emorragia non specificata	459.0
Anoressia (Perdita di appetito)	783.0	Incontinenza fecale	787.6
Ascite	789.5	Insonnia non specificata	780.52
Cachessia	799.4	Iperidrosi generalizzata (Sudorazione eccessiva)	780.8
Cefalea	784.0	Ittero non specificato	782.4
Cervicalgia (Dolore Capo-Collo)	723.1	Melena e rettorragia	578.1
Cianosi	782.5	Movimenti involontari anormali (Tremori)	781.0
Coma	780.01	Nausea (solo)	787.02
Cure palliative	V66.7	Oliguria, anuria	788.5
Delirium da condizioni patologiche classificate altrove	293.0	Rachialgia dorsale (Dolore Rachide)	724.1
Diarrea	787.91	Singhiozzo	786.8
Difficoltà dell'alimentazione ed errori nella somministrazione degli alimenti	783.3	Stati di ansia non specificato (Ansia)	300.00
Dimagrimento anomalo	783.21	Stordimento e capogiro (Vertigini)	780.4
Disfagia	787.2	Tosse	786.2
Dispepsia e altri disturbi specificati della funzione gastrica	536.8	Ulcerazione da decubito (altri siti)	707.09
Disturbi del sonno non specificati	780.50	Vomito (solo)	787.03
Disturbi della secrezione salivare (Xerostomia-Scialorrea)	527.7	Vomito con nausea	787.01
Disturbi della sensibilità cutanea	782.0	Atri segni o sintomi	Codificare con ICD 9 CM
Disturbo distimico (depressione reattiva, scadimento di umore)	300.4		

TABELLA 2

Motivo non clinico	Codifica ICD 9 CM
Abitazione inadeguata	V60.1
Altre ragioni per entrare in contatto con i servizi (Scelta del malato come luogo di assistenza)	V65.8
Assenza del care-giver	V60.4
Persona che vive da solo	V60.3
Problema psicosociale non specificato (sofferenza psicoesistenziale)	V62.9
Ricovero di sollievo temporaneo (famiglia)	V60.5
Altri motivi non clinici	Codificare con ICD 9 CM

TABELLA 3 - Scala (o Indice) di Karnofsky

DESCRIZIONE – CATEGORIA GENERALE	INDICE	CRITERI SPECIFICI
In gradi di svolgere un'attività normale e di lavorare; non è necessaria una speciale cura (assistenza).	100	Normale, non disturbi, non segni di malattia.
	90	In grado di svolgere un'attività normale; piccoli segni o sintomi di malattia.
	80	Attività normale con fatica; alcuni segni o sintomi di malattia.
Incapace di lavorare; in grado di vivere a casa e di occuparsi dei propri bisogni personali; il grado di assistenza necessaria è variabile.	70	Cura di sé; incapace di svolgere una normale attività o di fare un lavoro attivo.
	60	Richiede occasionale assistenza, ma è in grado di occuparsi dei suoi bisogni personali.
	50	Richiede un'assistenza considerevole e frequenti cure mediche.
Incapace di prendersi cura di sé; richiede cure ospedaliere o in strutture protette dedicate; la malattia può progredire rapidamente.	40	Incapace; richiede cure ed assistenza speciali.
	30	Seramente incapace; il ricovero in ospedale o struttura protetta dedicata è indicato nonostante la morte non sia imminente.
	20	Molto malato; ricovero in ospedale o struttura protetta dedicata necessario; trattamento attivo di supporto.
	10	Moribondo; i processi fatali (di morte) progrediscono rapidamente.
	0	Morte.