 <p>REGIONE DEL VENETO <b>ULSS3</b> SERENISSIMA</p>	<p>Procedura Operativa <b>Modello di Accesso ai Servizi di Rete Cure Palliative</b> Rete Cure Palliative</p>	<p>ALLEGATO_0016 REV7 12/03/2018</p>
--	--	--

## Rete Cure Palliative

# Modello di Accesso ai Servizi di Rete Cure Palliative

Redazione:  
 Andrea (36777) NIERO      12/03/2018  
 Verifica:  
 Giovanni (39451) POLES      12/03/2018  
 Approvazione:  
 Giovanni (39451) POLES      12/03/2018

Venezia/Mestre : FAX 041/260.8866 e-mail: [cure.palliative@aulss3.veneto.it](mailto:cure.palliative@aulss3.veneto.it) (tel. 041/260.8802-8367)  
 Mirano/Dolo : FAX 041/4174519 e-mail: [cure.palliative.mirano@aulss3.veneto.it](mailto:cure.palliative.mirano@aulss3.veneto.it) (tel. 041/5133325)  
 Chioggia/Cavarzere : FAX 041/5573314 e-mail: [cure.palliative.chioggia@aulss3.veneto.it](mailto:cure.palliative.chioggia@aulss3.veneto.it) (tel. 041/5573314)

**Assistito:**

Cognome	Nome	Sesso
Nato a	il	
Residente a	Prov.	In (via, piazza ...)
		n°

Se il paziente è ricoverato in Ospedale **apporre etichetta anagrafica** ospedaliera del ricovero

Titolo di Studio	AULSS di residenza	Codice Fiscale (obbligatorio)
------------------	--------------------	-------------------------------

**Familiare di riferimento:**

Nome e grado di parentela	telefono
---------------------------	----------

**Medico di Medicina Generale**

Cognome	Nome	Telefono
---------	------	----------

**Paziente proveniente da**

- Ospedale(indicare) \_\_\_\_\_ U.O./Reparto \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_
- Domicilio senza cure palliative     Domicilio con cure palliative     Struttura socio sanitaria residenziale
- Struttura Sociale     Struttura di riabilitazione     Altro

**RICHIESTA PER**

- HOSPICE ospedaliero (Policlinico San Marco – PSM)
- HOSPICE extraospedaliero:     Mestre (OSMC – Nazaret)     Venezia (Fatebenefratelli)
- Nucleo Cure Palliative Domiciliari (ODO):     Mestre     Venezia

Patologia primitiva ( esprimere anche cod. ICD9)

---

Sintomi prevalenti:

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

Motivi presa in carico    Clinici     Non clinici

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>
----------------	-------------


SINTOMI	Codifica ICD9-M	PUNTI			NRS (intensità del Sintomo)
		0	1	2	
Dolore controllato: <i>(fino a 2 punti)</i>	338.3	SI	parzialmente	NO	0 _____ 5 _____ 10
Dispnea controllata: <i>(fino a 2 punti)</i>	786.09	SI	parzialmente	NO	0 _____ 5 _____ 10
<b>TOTALE punteggio SINTOMI</b>					

PROBLEMI (fino a 2 problemi: 3 punti; tra 3 e 5 problemi: 4 punti; più di 5 problemi: 5 punti)	Codifica ICD9-M	SI	NO
1 Astenia	780.79	SI	NO
2 Anoressia	783.0	SI	NO
3 Cachessia neoplastica	799.4	SI	NO
4 Stipsi	564.0	SI	NO
5 Nausea	787.02	SI	NO
6 Vomito	787.03	SI	NO
7 Ascite	197.6	SI	NO
8 Occlusione	560.9	SI	NO
9 Disfagia	787.2	SI	NO
10 Insonnia	780.50	SI	NO
11 Agitazione/delirio	293.0	SI	NO
12 Sindrome da allettamento	728.2	SI	NO
Altri sintomi grav. invalidanti (descrizione):			
1)		SI	NO
2)		SI	NO
3)		SI	NO

ALTRO	Codifica ICD9-M	SI	NO
Tracheotomia <i>(fino a 2 punti)</i>	311	SI	NO
Pielostomia <i>(fino a 2 punti)</i>	55.12	SI	NO
Colostomia <i>(1 punto)</i>	46.10	SI	NO
PEG <i>(1 punto)</i>	43.11	SI	NO
CVC <i>(1 punto)</i>	38.93	SI	NO
NPT <i>(1 punto)</i>	99.15	SI	NO
Infusione spinale o perdurale <i>(1 punto)</i>	86.06	SI	NO
Altro dispositivo sanitario specificare: <i>(1 p)</i>		SI	NO

VALUTAZIONE SOCIALE	Codifica ICD9-M	SI	NO
Sollievo familiare temp. con impegno a riaccogliere il malato a domicilio <i>(fino a 3 p)</i>	V 60.5	SI	NO
Inadeguatezza strutturale del domicilio <i>(1 p)</i>	V 60.1	SI	NO
Solitudine del malato (rete fam. assente) <i>(1p.)</i>	V 60.3	SI	NO
Incapacità della famiglia all'assist. continua a domicilio (rete familiare debole) <i>(1 punto)</i>	V 60.4	SI	NO

<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>
-------------------------

	<b>Procedura Operativa</b> <b>Modello di Accesso ai Servizi di Rete Cure Palliative</b> <b>Rete Cure Palliative</b>	ALLEGATO_0016 REV7 12/03/2018
---	---	-------------------------------------

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>
----------------	-------------

Criteria riferibili alla richiesta di RICOVERO "PRIORITARIO" in HOSPICE:

1. Paziente *a domicilio* che abbia fatto richiesta di ricovero in hospice, non più gestibile a domicilio a causa di un *rapido aggravamento* della situazione clinico/assistenziale. (5 punti)
2. Paziente *degente in ospedale* con aspettativa di vita stimata inferiore a tre settimane. (5 punti)

Per i pazienti oncologici

- Paziente non più proponibile per terapie specifiche volte alla guarigione della malattia di cui si chiede eventuale documentazione e/o consulenza dell'oncologo/ematologo. (Con deroga per i pazienti di Venezia Distretto 1 ancora in trattamento attivo).

#### INDICE DI KARNOFSKY

CRITERI SPECIFICI	INDICE
Paziente in salute	100
Paziente con segni e sintomi tali da poter svolgere un'attività lavorativa normale	90
Paziente svolge attività normale con fatica	80
Paziente incapace di lavorare, può badare a se stesso	70
Paziente incapace di lavorare, richiede assistenza per camminare	60
Paziente richiede frequenti cure mediche e può stare alzato per più del 50% della giornata	50
Paziente inabile; richiede cure continue, allettato per più del 50% del giorno	40
Paziente con indicazione al ricovero ospedaliero o ospedalizzazione a domicilio; supporto domiciliare intenso	30
Paziente con grave compromissione delle funzioni d'organo; irreversibile	20
Paziente moribondo	10

Le CURE PALLIATIVE sono l'insieme degli interventi assistenziali, terapeutici e diagnostici rivolti a persone in fase avanzata e/o terminale di malattia. Possono essere erogate in strutture sanitarie ospedaliere, negli Hospice, oppure a livello domiciliare o ambulatoriale.

Il paziente e i familiari sono stati informati ed acconsentono alla presente richiesta

Data

Firma e timbro del Medico Proponente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cognome

Nome

Valutato da U. O. **PSICOLOGIA Ospedaliera**  
o da altro Psicologo

SI

NO

1) Altre informazioni rilevanti  
2) Esito valutazioni/verbale

**N.B.** Se paziente proveniente dall'Ospedale, segnalare se prima del ricovero era in struttura residenziale (casa di riposo ecc.)

**PARTE RISERVATA AL COORDINAMENTO CURE PALLIATIVE:**

**Preso in carico urgente**

Motivo: \_\_\_\_\_


- HOSPICE extraospedaliero:       Mestre (OSMC)       Venezia Fatebenefratelli  
 Hospice ospedaliero (PSM)  
 Nucleo Cure Palliative Domiciliari (ODO):       Mestre       Venezia

**Il Responsabile Rete Cure Palliative**  
Distretto n°  1  2  3  4

**Altra figura ( MMG/AS....)**

autorizza  non autorizza

Data \_\_\_\_\_

	Procedura Operativa <b>Modello di Accesso ai Servizi di Rete Cure Palliative</b> Rete Cure Palliative	ALLEGATO_0016 REV7 12/03/2018
---	---	-------------------------------------

## CRITERI DI AMMISSIONE

### CRITERI DI AMMISSIONE ALL'HOSPICE

La proposta di ricovero in hospice è vincolata alla presenza di tutti e quattro criteri sotto elencati:

1. Paziente con aspettativa di vita stimata non superiore a 6 mesi
2. Completamento di tutte le principali indagini diagnostiche relative alla patologia
3. Esclusione di terapie specifiche volte alla guarigione della malattia. (Deroga per i pazienti di Venezia Distretto 1 ancora in trattamento attivo).
4. Indice di Karnofsky uguale o inferiore a 50

### CRITERI DI AMMISSIONE AL NUCLEO DI CURE PALLIATIVE (Cure domiciliari oncologiche)

La proposta di ricovero è vincolata alla presenza di tutti e sei i criteri sotto elencati:

1. Paziente con patologia inguaribile in fase avanzata (aspettativa di vita stimata non superiore a 3 mesi).
2. Completamento di tutte le principali indagini diagnostiche relative alla patologia
3. Esclusione di trattamenti specifici volti alla guarigione della malattia
4. Indice di Karnofsky uguale o inferiore a 50
5. Presenza del caregiver
6. Adeguatezza strutturale del domicilio

### CRITERI DI PRIORITA'

I criteri di priorità, solo per l'accesso agli Hospice, determinano un punteggio orientativo, essendo derogabili in caso di situazioni clinico/assistenziali che giustifichino una presa in carico "urgente"