
	<p>Procedura Operativa</p> <p><b>Modello di Accesso ai Servizi di Rete Cure Palliative</b></p> <p>Rete Cure Palliative</p>	<p>ALLEGATO_0016 REV10 18/07/2018</p>
---	--	---

## Rete Cure Palliative

# Modello di Accesso ai Servizi di Rete Cure Palliative

Redazione:  
 Andrea (11940) NIERO      18/07/2018  
 Verifica:  
 Claudio (23154) FERRO      18/07/2018  
 Approvazione:  
 Giovanni (14612) POLES      18/07/2018

	Procedura Operativa <b>Modello di Accesso ai Servizi di Rete Cure Palliative</b> Rete Cure Palliative	ALLEGATO_0016 REV10 18/07/2018
---	---	--------------------------------------

**Venezia/Mestre :** FAX 041/8896887 e-mail: [cure.palliative@aulss3.veneto.it](mailto:cure.palliative@aulss3.veneto.it) (tel. 041/8896885)  
**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)

Cognome		Nome		Sesso
Nato a			il	
Residente a	Prov.	in (via, piazza ...)		n°
Codice Fiscale (obbligatorio)			Titolo di Studio	
AULSS di residenza				

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

**FAMILIARE DI RIFERIMENTO:**

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

**MEDICO DI MEDICINA GENERALE CURANTE**


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

	Procedura Operativa <b>Modello di Accesso ai Servizi di Rete Cure Palliative</b> Rete Cure Palliative	ALLEGATO_0016 REV10 18/07/2018
---	---	--------------------------------------

Cognome	Nome
---------	------

<b>Patologia primitiva:</b>			
<b>Sintomi prevalenti:</b>			
<b>Motivi presa in carico:</b>	<b>clinici</b> <input type="checkbox"/>	<b>Non clinici</b> <input type="checkbox"/>	

### 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

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).

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


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

PROBLEMI (fino a 2 problemi: <b>3 punti</b> ; tra 3 e 5 problemi: <b>4 punti</b> ; più di 5 problemi: <b>5 punti</b> )	Codifica ICD9-M		
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

ALTRO	Codifica ICD9-M		
Tracheotomia <i>(fino a 2 punti)</i>	311	SI	NO
Pielostomia <i>fino a 2 punti)</i>	55.12	SI	NO
Colonstomia <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		
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

**TOTALE PUNTEGGIO**

	Procedura Operativa <b>Modello di Accesso ai Servizi di Rete Cure Palliative</b> Rete Cure Palliative	ALLEGATO_0016 REV10 18/07/2018
---	---	--------------------------------------

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

**Valutato da U.O. Psicologia Ospedaliera o da altro psicologo**    SI     NO

**Altre informazioni rilevanti – Esito valutazione e verbale**

---



---



---



---

**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.

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

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

Firma accettazione \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_

Data

Firma e timbro del Medico Proponente

---



---

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

**PARTE RISERVATA AL COORDINAMENTO CURE PALLIATIVE:**

**Presenza 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 REV10 18/07/2018
---	---	--------------------------------------

## 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"