



**SEGNALAZIONE/PROPOSTA  
RICOVERO HOSPICE**

Tel/fax 0825530341/342  
hospicesolofra@aslavellino.it

Modulo 01/HS  
Rev 2  
Sett. 2018

Proposta di ricovero in Hospice del

- Medico di Medicina generale  
 Medico ospedaliero

Protocollo di presa d'atto

n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

*a cura del Personale Hospice*

Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_

Tel. amb./rep. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Tel. cellulare \_\_\_\_\_

**Per il paziente**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso  F  M  
Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_  
Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. abitazione \_\_\_\_\_ Tel. cellulare \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ ASL di appartenenza \_\_\_\_\_

**Paziente affetto da una malattia progressiva e in fase avanzata, in rapida evoluzione e a prognosi infausta, non più suscettibile di una terapia etiopatogenetica**  si  no

**Diagnosi** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Luogo di provenienza dell'assistito:**

- domicilio **senza** Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)  
 domicilio **con** Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)  
 ricoverato presso \_\_\_\_\_

**Data segnalazione** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Il medico**  
(Firma e Timbro)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

## **Criteria di ammissione all'Hospice**

### **Requisiti per il ricovero** (devono essere coesistenti)

- 1) Paziente già inserito nella rete di assistenza domiciliare o proveniente da residenze sanitarie assistenziali o proveniente da reparti ospedalieri.
- 2) Aspettativa di vita presunta del paziente superiore a quattro settimane ed inferiore a sei mesi, in base a indicatori prognostici validati scientificamente (in condizioni non agoniche o preagoniche).
- 3) Elevato livello di necessità assistenziali o ridotta autonomia funzionale e/o compromissione dello stato cognitivo caratterizzanti uno stato di fragilità (Status Karnofsky  $\leq 50$  o Ecog  $> 2$ ).

### **Altri requisiti valutabili** (Barrare con una X uno o più criteri)

- a) Sintomi non controllabili (almeno il temporaneamente) in modo adeguato a domicilio.
- b) Problematiche emozionali e/o sociali tali da rendere temporaneamente impossibile e/o non opportuna assistenza domiciliare.
- c) Impossibilità della famiglia ad assistere l'ammalato a domicilio per motivi sanitari, sociali e/o gestionali ambientali con volontà da parte del paziente, espressa a seguito di azione di consenso informato.
- d) Problematiche di adattamento/controllo/adequamento/supervisione di presidi e strumentazioni necessarie per il controllo di sintomi, non eseguibile in modo adeguato a domicilio.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Il medico**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

## Valutazione Sanitaria

### Presenza di persone che accudiscono il paziente:

nessuna      badante      familiare      familiare + badante

### Comorbilità:

Ipertensione Arteriosa	Scompenso Cardiaco	Ictus pregresso
Diabete Mellito	IMA pregresso	Malattia Psichiatrica
Malattie Congenite	Cirrosi	Allergia
Insuff. Renale Cronica	Insuff. Respiratoria Cronica	Altro _____

**Problemi Clinici Attuali** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Dolore SCALA NUMERICA (NRS)

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Localizzazione: \_\_\_\_\_ Irradiazione: \_\_\_\_\_

**Terapia in atto:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Presidi:

Catetere Vescicale	Port-A-Cath/ CVC	Stomia Intestinale
SNG	Medicazioni Complesse	Tracheostomia
Pace Maker	Ureterostomia	PEG/Digiunostomia
Ventilazione Assistita	Ventilazione Automatica	Altro _____

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Il medico**  
(Firma e Timbro)

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

## Valutazione dell' Autonomia

### Indice di Barthel

scala di valutazione delle attività della vita quotidiana

Item	A	B	C
Alimentazione			
Abbigliamento			
Toilette personale			
Fare il bagno			
Continenza intestinale			
Continenza urinaria			
Uso dei servizi igienici			
Trasferimenti letto/sedia			
Camminare in piano			
Salire/scendere le scale			

A = dipendente; B = con aiuto; C = autonomo

### Scala di Karnofsky

Gradi	Performance status Karnofsky
100%	Normale, no segni e/o sintomi di malattia.
90%	Capace di svolgere le normali attività, segni e/o sintomi minimi di malattia
80%	Normale attività svolta a fatica; alcuni segni e/o sintomi di malattia.
70%	Capace di accudire la propria persona, incapace di svolgere altre normali attività o lavoro attivo.
60%	Richiede assistenza occasionale, ma capace autonomamente di soddisfare la maggior parte dei propri bisogni.
50%	Richiede considerevole assistenza e frequenti cure mediche.
40%	Disabile, richiede particolari cure ed assistenza
30%	Grave inabilità, ospedalizzazione indicata. Morte non imminente.
20%	Particolarmente defedato, ospedalizzazione indicata. Morte non imminente.
10%	Moribondo, evoluzione rapida e progressiva dei processi "ad exitus".
0%	Morte

### Orientamento Spaziotemporale

Si      No      Non Valutabile

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Il medico**

(Firma e Timbro)



## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO CURE PALLIATIVE IN HOSPICE

L'Hospice è una Struttura Residenziale del distretto di Atripalda ASL Avellino, che accoglie, a totale carico del Sistema Sanitario Regionale, senza nessun onere per l'utente e la sua famiglia, persone affette da malattie inguaribili in fase avanzata o evolutiva.

Le cure palliative rappresentano l'assistenza attiva e globale prestata al paziente quando la malattia non risponde più alle terapie aventi come scopo la guarigione e assume importanza primaria il controllo del dolore e degli altri sintomi, dei problemi psicologici, sociali e spirituali.

Le cure palliative, focalizzando l'attenzione sulla qualità della vita del malato, sono realizzate da un' équipe multidisciplinare (medici, infermieri, operatori socio-sanitari e assistenziali, psicologa, sociologa, assistente sociale e assistente spirituale) e coinvolgono sia il paziente, sia la sua famiglia.

Il tempo di permanenza presso l'Hospice è predefinito nel Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.) stabilito dall'equipe ad un massimo di 90 giorni. Il paziente, una volta dimesso, ha la possibilità di essere riaccolto in Hospice qualora la situazione clinica lo richiedesse.

L'Hospice, una piccola struttura residenziale con camere singole dotate di poltrona-letto per l'eventuale pernottamento di un parente-accompagnatore, è un luogo adatto a realizzare le cure palliative quando, per scelta del paziente, per motivi clinici, o per condizioni abitative e familiari, l'assistenza continuativa a domicilio non è praticabile, anche temporaneamente. Le caratteristiche strutturali e organizzative dell'Hospice (ampia garanzia di privacy e presenza di spazi comuni, accessibilità della struttura a parenti e amici in tutte le fasce orarie, tutti i giorni, possibilità di cucinare o riscaldare piccoli pasti in loco, estrema flessibilità e personalizzazione delle cure) ricreano un ambiente tranquillo e confortevole, che favorisce il mantenimento delle relazioni sociali e parentali in un clima familiare.

L'Hospice, al contrario dell'ospedale, è un luogo di cura, non di diagnosi. I trattamenti sono diretti al controllo dei sintomi e non a quello della malattia.

### CONSENSO INFORMATO PER IL PAZIENTE

Io sottoscritto/a .....dichiaro di aver ricevuto informazioni dettagliate ed esaustive sugli scopi e sul tipo di assistenza che viene offerta presso l'Hospice. Dichiaro, pertanto, di acconsentire espressamente al mio ricovero presso l'Hospice.

Data .....

Firma del paziente .....

### OVVERO CONSENSO INFORMATO PER IL FAMILIARE/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Io sottoscritto/a .....  
Residente a ..... in via .....  
in qualità di (specificare il grado di parentela o titolo di tutela) .....  
dichiaro di aver ricevuto informazioni dettagliate ed esaustive sugli scopi e sul tipo di assistenza che viene offerta presso l'Hospice.

Dichiaro, pertanto, di acconsentire espressamente al ricovero presso il Pain Control Center Hospice del/la sig./ra (paziente) .....

Data .....

Firma del familiare/tutore .....