

REGIONE DEL VENETO



ULSS7
PEDEMONTANA

Via dei Lotti, n. 40
36061 Bassano del Grappa (VI)
Codice fiscale e partita IVA 00913430245

N. 2303 DEL 13/12/2024

DELIBERAZIONE
del

DIRETTORE GENERALE

Nominato con D.P.G.R. n. 13 del 26/02/2024

Coadiuvato dai sigg.:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

dott.ssa MICHELA CONTE

DIRETTORE SANITARIO

dr. ANTONIO DI CAPRIO

DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO – SANITARI

dott. EDDI FREZZA

OGGETTO: APPROVAZIONE INTEGRAZIONE ED AGGIORNAMENTO DEL MODELLO ASSISTENZIALE “RETE DI CURE PALLIATIVE” (DDG 1577/2019).

IL DIRETTORE GENERALE
DELL’AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA
dott. Carlo Bramezza

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs n. 82/2005, del T.U. n. 445/2000 e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa; il documento informatico è conservato digitalmente negli archivi informatici dell'Azienda.

Proponente: UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE
Anno Proposta: 2024 Numero Proposta: 2335/24

Il Dirigente, Direttore UOC Direzione Amministrativa Territoriale, nonché Responsabile del procedimento, attesta che la presente proposta di deliberazione è stata regolarmente istruita nel rispetto della vigente normativa nazionale, regionale e regolamentare: f.to Cinzia Brunello.

Il Direttore UOC Direzione Amministrativa Territoriale riferisce quanto segue.

Premesso che la Regione Veneto, attraverso il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 e 2019-2023, ha promosso un processo di riorganizzazione della Rete dei Servizi Sanitari implementando le capacità del territorio di far fronte ai bisogni dei malati con necessità di cure palliative. A tal fine ha emanato una serie di provvedimenti diretti a favorire:

- la produzione delle linee guida per la declinazione degli “Atti Aziendali” (DGR n. 2271/2013) che promuovono l’attivazione delle Unità di Cure Palliative Aziendali per il governo delle cure palliative a livello territoriale e ospedaliero;
- l’individuazione del “*modello assistenziale di rete delle cure palliative e della rete di terapia del dolore della Regione Veneto*” (DGR n. 208/2017), specificando che gli elementi organizzativi costitutivi della Rete di cure palliative sono:
 - l’Unità Operativa di Cure Palliative, che coordina, gestisce e garantisce l’offerta di cure palliative a livello sovradistrettuale e l’uniformità assistenziale su tutto il territorio regionale;
 - i Nuclei di Cure Palliative, parte integrante dell’UOCP, con compiti di assistenza e composti da personale sanitario dedicato con esperienza comprovata afferente all’UOCP;
 - l’Ambulatorio di Cure Palliative;
 - le Strutture Intermedie (Hospice);
- l’approvazione del Percorso Integrato di Cura quale strumento a supporto dello sviluppo della rete delle cure palliative in età adulta (DGR n. 553/2018), che definisce le modalità gestionali e organizzative attraverso cui le Aziende devono predisporre i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) Aziendali per le cure palliative in età adulta.

Dato atto che:

- con deliberazione del Commissario dell’Azienda ULSS 7 Pedemontana n. 1577 del 06/11/2019 è stata recepita la DGRV n. 533 del 30/04/2018 ed è stato approvato il documento che definisce l’Organizzazione della rete aziendale e del profilo integrato di cura (PIC) per lo sviluppo delle cure palliative nel territorio della Pedemontana;
- con deliberazione del Direttore Generale n. 267 del 16/02/2024 è stata costituita la Rete Locale di Cure Palliative (RLCP), ai sensi dell’Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 239/CSR) e della DGR 1636 del 19/12/2022, ed è stato individuato l’Organismo di Coordinamento della Rete Locale Cure Palliative (RLCP);

Preso atto che la DGR n. 1636 del 19/12/2022 prevede che la RLCP proceda alla formulazione di un “Modello Assistenziale della rete di cure palliative e profilo integrato di cure (PIC)” ai sensi della DGR n. 533/2018;

Preso atto che si rende pertanto necessario procedere all’aggiornamento del modello “PIC” attualmente in uso ed approvato con precedente deliberazione del Commissario n. 1577/2019;

Dato atto che con nota prot. n. 108842 del 05/12/2024, il Direttore dell’UOC Cure Palliative dr.ssa Ludmilla Zuccarino, ha chiesto di approvare il nuovo modello PIC di Assistenza Rete Cure Palliative, in allegato, come rivisto ed aggiornato dall’Organismo di Coordinamento della Rete Locale Cure Palliative dell’Azienda riunitosi il 18/11/2024 (verbale agli atti).

Per quanto sopra, il Direttore dell’UOC Direzione Amministrativa Territoriale propone pertanto:

- di approvare il documento, il cui testo viene allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale, che definisce il “Modello Assistenziale della rete di cure palliative e profilo integrato di cure (PIC)”;

- di sostituire integralmente, dalla data di approvazione della presente deliberazione, il testo del precedente modello “PIC” approvato con deliberazione del Commissario n. 1577/2019;
- di individuare il Direttore dell’UOC Cure Palliative, dr.ssa Ludmilla Zuccarino, referente aziendale per l’attuazione di tale Modello;

IL DIRETTORE GENERALE

Ritenuto di aderire alla proposta formulata dal Responsabile competente;

Dato atto che il Responsabile del servizio competente ha attestato l’avvenuta regolare istruttoria della pratica, in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale, regionale e regolamentare;

Acquisito il parere favorevole dei Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio Sanitari, per quanto di rispettiva competenza

DELIBERA

1. di dare atto che le premesse fanno parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di approvare il documento, il cui testo viene allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale, che definisce il “Modello Assistenziale della rete di cure palliative e profilo integrato di cure (PIC)”;
3. di sostituire integralmente, dalla data di approvazione della presente deliberazione, il testo del precedente modello “PIC” approvato con deliberazione del Commissario n. 1577/2019;
4. di individuare il Direttore dell’UOC Cure Palliative, dr.ssa Ludmilla Zuccarino, referente aziendale per l’attuazione di tale Modello;
5. di dare atto che la presente deliberazione viene pubblicata all’albo del sito istituzionale dell’Azienda per 10 gg. continuativi, inviata contestualmente al Collegio Sindacale e diventa esecutiva il giorno stesso della sua pubblicazione, come da norma regolamentare approvata con deliberazione n. 1386 del 22/07/2022.

MODELLO ASSISTENZIALE RETE CURE PALLIATIVE E PROFILO INTEGRATO DI CURA (PIC)

INDICE

PREMESSA	2
Background Normativo.....	2
Epidemiologia.....	3
DESCRIZIONE UNITA' OPERATIVA: Attività e funzioni	4
MISSION	5
ATTIVITA' E FUNZIONI DELL' UO CURE PALLIATIVE	5
ATTIVITA' DI ASSISTENZA DOMICILIARE	7
ATTIVITA' DI RICOVERO IN HOSPICE	9
ATTIVITA' AMBULATORIALE E DI CONSULENZA	9
CONTINUITA' DI CURA.....	10
GESTIONE DEI DATI, MONITORAGGIO E AUDIT.....	10
ATTIVITA' DIDATTICA, FORMATIVA, RICERCA	11
ORGANIGRAMMA	11
TIPOLOGIA/VOLUMI DI PRESTAZIONI	12
Allegato 1: Tavole sinottiche	13
Allegato 2: Elenco personale della Unità Operativa	19
Allegato 3 : Scale di Valutazione, Schede di Segnalazione.....	20

PREMESSA

Background Normativo.

La legge n. 38/2010 definisce le Cure Palliative come "l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici."

La stessa legge sancisce inoltre la necessità di attivare in ogni azienda una Rete di Cure Palliative, le cui modalità di funzionamento sono state declinate nell'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 con la definizione dei requisiti minimi affinché possano ricevere l'accreditamento istituzionale e della quale si possono evidenziare i seguenti articoli:

- Art 2. *"La Rete locale di Cure Palliative definisce o concorre a definire piani di intervento per poter garantire cure palliative per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età ed in ogni luogo di cura."*
- Art 3. *"Nella Rete locale di Cure Palliative operano equipe multiprofessionali con personale dedicato. [...] La strutturazione di base dell'equipe multiprofessionale è costituita da medici e infermieri in possesso di adeguata formazione ed esperienza."*

La Regione Veneto, attraverso il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 e 2019-2023, ha avviato e promuove un processo di riorganizzazione della Rete dei Servizi Sanitari implementando le capacità del territorio di far fronte ai bisogni dei malati con necessità di cure palliative. A tal fine ha emanato una serie di provvedimenti che favoriscono l'applicazione dei contenuti della legge 38/2010 e della LR 7/2009, tra cui:

- la produzione delle linee guida per la declinazione degli "Atti Aziendali" (DGR n. 2271/2013) che promuovono l'attivazione delle Unità di Cure Palliative Aziendali per il governo delle cure palliative a livello territoriale e ospedaliero;
- l'individuazione del *"modello assistenziale di rete delle cure palliative e della rete di terapia del dolore della Regione Veneto"* (DGR n. 208/2017) specificando che gli elementi organizzativi costitutivi della Rete di cure palliative sono: l'Unità Operativa di Cure Palliative, che coordina, gestisce e garantisce l'offerta di cure palliative a livello sovra distrettuale e l'uniformità assistenziale su tutto il territorio regionale; i Nuclei di Cure Palliative, parte integrante dell'UOCP, con compiti di assistenza e composti da personale sanitario dedicato con esperienza comprovata afferente all'UOCP; l'Ambulatorio di Cure Palliative; le Strutture Intermedie (Hospice);
- approvazione del Percorso Integrato di Cura quale strumento a supporto dello sviluppo della rete delle cure palliative in età adulta (DGR n. 553/2018), che definisce le modalità gestionali e organizzative attraverso cui le Aziende devono predisporre i PDTA Aziendali per le cure palliative in età adulta;

L'art. 23 del DPCM 12 Gennaio 2017 (definizione LEA) garantisce le cure domiciliari palliative, che devono essere erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, da aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale. Le cure palliative domiciliari hanno requisiti chiari e si articolano nei seguenti livelli:

- livello base: costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, secondo quanto previsto dall'art. 2, comma 1, lettera f) della legge 15 marzo 2010, n. 38, che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale;
- livello specialistico: costituito da interventi da parte di equipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 definiti dal progetto di assistenza individuale nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore;
- le cure domiciliari palliative richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Le cure domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale".

L'Intesa Stato Regioni 118/CSR del 27 luglio 2020 ha approvato l'Accreditamento delle reti di cure palliative per soddisfacimento dei LEA e con il successivo DGR n. 1636 del 19 dicembre 2022 la Regione Veneto ha definito i requisiti di accreditamento istituzionale delle reti di Cure palliative

Nell'ambito della Rete di Cure Palliative si ritiene di fondamentale importanza privilegiare la continuità delle cure e l'integrazione tra strutture ospedaliere e strutture territoriali, così come previsto dalla Legge 38/2010. In tal senso un ruolo importante al fine di raggiungere questi obiettivi è l'integrazione della Medicina Generale verso le Medicine di Gruppo Integrate (MGI) e verso l'integrazione delle stesse con il Distretto e l'Ospedale, favorendo sia la gestione di pazienti a bassa complessità assistenziale sia quelli con maggiore complessità, indipendentemente dalla patologia. La Rete di Cure Palliative è il modello più idoneo in quanto coinvolge i vari ambiti di cura, integrandoli tra di loro in modo funzionale e evitando la discontinuità assistenziale tra setting diversi in collaborazione con le UO Ospedaliere, la COT e le Cure Primarie.

Epidemiologia

Il sistema ACG (*Adjusted Clinical Group*), indicato dalla Regione Veneto quale strumento per la stratificazione della popolazione in base ai bisogni di salute, quantifica nell'1% della popolazione il bisogno di cure palliative; si tratta di malati con qualsiasi patologia che, in base alle loro condizioni cliniche e alla storia della loro malattia, hanno un'elevata probabilità di morire entro un anno. Dal rapporto dell'OMS (2014) sull'epidemiologia del fabbisogno di cure palliative si nota che la maggior parte dei malati (60%) che necessita di cure palliative non ha un tumore.

Considerata la popolazione dell'ULSS 7 Pedemontana (360000 abitanti circa), i pazienti che annualmente possono beneficiare di una presa in carico in cure palliative sono quindi 3000 ogni anno. Si stima che solo il 40% necessiti di cure palliative specialistiche (gestione diretta al domicilio, in ospedale o in Hospice da parte dell'Unità di Cure Palliative).

Tab.1 Fabbisogno di cure palliative per qualsiasi patologia (ACG)

Popolazione over 14 anni	Fabbisogno di Cure palliative	Fabbisogno di cure Palliative specialistiche	Fabbisogno di cure Palliative di base
300.000	3000	1200 (40%)	1800 (60%)

Tab 2 Fabbisogno di cure palliative oncologiche AULSS 7

Pazienti deceduti per tumore	Standard prese in carico	Decessi a domicilio e Hospice standard minimo	Decessi a domicilio e in hospice gold standard
1000	650	350 (35%)	550 (55%)

Il fabbisogno di cure palliative per i malati di tumore è a pari al 65% dei deceduti/anno (DM n. 43/2007) per patologia oncologica ; 65% su 1000 (dededuti/anno dato SEER 2020-2022) = 650 .Attualmente L'efficienza del servizio viene misurata con la percentuale dei decessi a domicilio e in Hospice rispetto al n totale dei deceduti per tumore con un range che varia dal 35% (standard minimo) al 55% (gold standard) . Recentemente La Legge 197/2022 stabilisce per le Regioni e le Province autonome l'obiettivo della copertura del **90% del fabbisogno di cure palliative, da raggiungere entro il 2028**. La sezione O del CTS del Ministero della Salute ha stimato la prevalenza del bisogno di Cure Palliative specialistiche, nell'ambito delle attività delle Reti di Cure Palliative dell'adulto, in 335 persone/100.000 abitanti adulti/anno. L'obiettivo risulta quindi essere la presa in carico in cure palliative specialistiche (UCPDOM + Hospice) di circa 300 persone/100.000 abitanti adulti/anno.

OBIETTIVI:

Questo documento si propone la definizione dell'organizzazione della Rete di Cure Palliative della AULSS 7 e del relativo profilo integrato di cure (PIC) per la gestione dei malati con bisogni di cure palliative che hanno necessità di collegamento tra i diversi setting assistenziali e professionali .

Obiettivi prioritari sono:

- garanzia dei LEA
- continuità di cura dell'assistenza tra Ospedale e territorio
- presa in carico integrata del paziente e della famiglia
- appropriatezza delle cure e dell'assistenza
- riduzione degli interventi inappropriati
- implementazione continua del percorso assistenziale e della qualità degli interventi .

DESCRIZIONE UNITA' OPERATIVA: Attività e funzioni

ORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE.

L'UOC di Cure Palliative coordina l'intera Rete di Cure Palliative ed è una struttura sovra-distrettuale che opera in tutto il territorio aziendale, suddiviso in due Distretti in ciascuno dei quali operano équipe di Cure Palliative.

Per Rete Locale di Cure palliative si intende una aggregazione delle attività di cure erogate, dalla Unità di Cure Palliative (UCP), in tutti i luoghi dell'ULSS 7 ed in particolare nel domicilio, in Hospice, in Ospedale , negli Ospedali di Comunità e nelle Strutture Residenziali. Gestisce la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei professionisti e dei diversi setting assistenziali .

L'Unità Cure palliative (UCP) opera in tre diversi luoghi di cura: quello residenziale, quello domiciliare e quello ospedaliero.

Presso l'ULSS 7 è attualmente attiva una UOC; l'attività si svolge prevalentemente a domicilio . Sono presenti 3 Hospice a gestione indiretta e di cui l'UOC CP ha compito di coordinamento , supervisione clinica e gestione delle transizioni dal domicilio/Ospedale/Strutture intermedie ;

Attualmente nella UOC di Cure Palliative operano 3 medici + il Direttore e 2 Infermieri con funzione di Care manager

Il recente DM 77 prevede:

- la presenza di una Unità di cure domiciliari palliative (UOCP dom) ogni 100000 abitanti ;
- il fabbisogno di Palliativisti è stimato di 3,5 ogni 100000 abitanti ;
- presenza di equipe funzionalmente o strutturalmente formate e dedicate alle cure palliative .

Si stima che per una corretta gestione di tutti gli ammalati non oncologici ed oncologici aventi bisogno, il numero di medici andrebbe teoricamente adeguato con almeno altri 7 Medici tenendo conto che la recente DGR accreditamento prevede reperibilità 24/24 , 7/7 Istituzione di Ambulatori di cure simultanee e palliative che pertanto al momento non possono essere istituiti.

Ad oggi L'UOC cure palliative non riesce a coprire i bisogni di tutte le persone con malattie croniche progressive e le conseguenze più rilevanti sono una mancata garanzia dei LEA .

MISSION

L'Unità di Cure palliative ha come missione quella di intercettare e prendere in carico i pazienti affetti da malattie croniche evolutive che si avviano alla fine della vita e di riconoscere i loro bisogni. Questo rappresenta il momento essenziale per la presa in carico e l'avvio di percorsi di cura appropriati. L'identificazione precoce dei malati da proporre per l'inserimento in un programma di cure palliative è generalmente opera del medico di medicina generale o dello specialista ospedaliero di unità operativa o ambulatoriale che in quel momento ha in cura il malato.

Al momento viene definito malato terminale quell'ammalato che soddisfa alcuni criteri:

- Terapeutico: assenza, esaurimento o inopportunità di trattamenti specifici volti alla guarigione o al rallentamento della malattia;
- Sintomatico: presenza di sintomi invalidanti con una riduzione della capacità di svolgere gli atti quotidiani, il cosiddetto Performance-Status (inferiore a 50 secondo la scala Karnofsky) (allegato 1)
- Temporale: previsione di sopravvivenza inferiore a sei-tre mesi.

Il criterio terapeutico è verificato di norma dall'oncologo o dallo specialista, mentre i criteri clinici e prognostici sono analizzati dall'équipe di Cure Palliative (UCP).

Tutti i pazienti affetti da malattia incurabile ed in fase di terminalità, sia affetti da patologia oncologica che non oncologica, possono rientrare in un programma di cure palliative.

La presa in carico prevede il controllo del dolore e di tutti i sintomi che possono affliggere la persona, la nutrizione enterale e parenterale quando ritenuta vantaggiosa, il supporto psicologico e quant'altro possa sollevare la persona da sofferenza e disagio, sempre nel pieno rispetto della dignità e della volontà dell'individuo.

Ciò viene svolto creando una rete assistenziale che coinvolge l'individuo, chi principalmente assiste l'ammalato/o (caregiver), l'équipe assistenziale multidisciplinare ed altre figure di supporto tra cui il volontario e l'assistente spirituale.

Il fine è quello di creare un'alleanza terapeutica che prenda in carico in modo olistico tutti i bisogni della sfera della persona, e del caregiver stesso, nel pieno rispetto della deontologia ed etica, seguendo le indicazioni nazionali ed internazionali delle Istituzioni sanitarie e delle società scientifiche specialistiche di cure palliative. L'unità operativa provvede a valutare in forma multidimensionale l'assistito, definire ed attuare un programma assistenziale personalizzato.

L'Unità di Cure Palliative esplica oltre all'attività clinica anche:

- attività didattica rivolta principalmente alla Scuola di Specializzazione in Medicina Generale;
- attività di ricerca sui dati relativi all'assistenza in cure palliative.

ATTIVITA' E FUNZIONI DELL' UO CURE PALLIATIVE

Per i pazienti in fine vita è necessario che si sviluppi un'organizzazione capace di modellarsi sui loro bisogni e di adattarsi alle variazioni di complessità clinica e assistenziale tipiche del fine vita. La costruzione di un PIC per le cure palliative dell'adulto permette di definire i ruoli, gli ambiti di intervento e i compiti degli operatori, garantendo la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate. Nello specifico il PIC per le cure palliative permette di:

- strutturare e integrare attività e interventi in un contesto in cui diverse specialità, professioni e aree d'azione (ospedale, territorio) sono implicate nell'assistenza e cura della persona con un problema di salute e/o assistenziale;
- valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida e/o ai riferimenti presenti in letteratura e alle risorse disponibili;
- confrontare e misurare le attività (processi) e gli esiti intermedi (outcomes) attraverso indicatori specifici che consentono di analizzare gli scostamenti tra l'atteso e l'osservato, con l'obiettivo di raggiungere un continuo miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza di ogni intervento.

CRITERI DI INCLUSIONE DI ACCESSO ALLA RETE DI CURE PALLIATIVE

L'intercettazione dei pazienti affetti da malattie croniche evolutive che si avviano alla fine della vita e il riconoscimento dei loro bisogni rappresentano momenti essenziali per la presa in carico e l'avvio di percorsi di cura appropriati. L'identificazione precoce dei malati da proporre per l'inserimento in un programma di cure palliative è generalmente opera del medico di medicina generale o dello specialista ospedaliero di reparto o ambulatoriale che in quel momento ha in cura il malato

Lo strumento idoneo per identificare i pazienti in stato avanzato-terminale che necessitano di cure palliative nell'ambito dei servizi sanitari e sociali è il **NECPAL CCOMS – ICO TOOL** (Allegato 3), che permette di evidenziare i pazienti con elevata probabilità di morire entro un anno. Lo strumento include il criterio della domanda sorprendente, i criteri generali di peggioramento e i criteri specifici per singola patologia. Va somministrato a pazienti con malattie croniche in stadio avanzato, 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 incidenti 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**;
- qualunque persona maggiorenne in **condizioni di fine vita** e con necessità di cure palliative, anche se non rientrante nelle categorie precedenti.

Il test deve essere utilizzato come guida e aiuto per prendere consapevolezza della reale situazione del paziente. Sarà parte integrante della scheda di segnalazione del paziente all'UOCP.

Le cure simultanee nei pazienti affetti da tumore, per le peculiarità specifiche del decorso delle malattie oncologiche, richiedono invece l'utilizzo di criteri peculiari e specifici strumenti di valutazione. Devono soddisfare un bisogno di reale presa in carico globale del paziente per la presenza di problemi complessi che non possono risolversi semplicemente con il trattamento del sintomo.

CRITERI PER L'ACCESSO ALLE CURE SIMULTANEE
Pazienti affetti da tumore in fase metastatica, non terminale
Terapie specifiche antitumorali in atto
Indice di Karnofsky compreso tra 50 e 80
Presenza di sintomi complessi correlati alla malattia
Presenza di sintomi complessi correlati alle complicanze della terapia
Distress psicologico
Familiari in difficoltà nel percorso di accettazione della consapevolezza della prognosi del congiunto (non consapevolezza della progressione di malattia e della non efficacia dei trattamenti) ^[L]_{SEP}]
Pazienti e familiari che necessitano di un supporto nella pianificazione del percorso di cura

ATTIVITA' DI ASSISTENZA DOMICILIARE

SEGNALAZIONE ALL'UOCP PER ATTIVAZIONE DEL PROGRAMMA DI CURE PALLIATIVE

Dopo aver identificato il malato con necessità di cure palliative il medico di medicina generale o lo specialista ospedaliero attivano il percorso finalizzato alla presa in carico segnalando il paziente all'UOCP, anche mediante il supporto della Centrale Operativa Territoriale, che avvierà il processo per la presa in carico. Le modalità di segnalazione sono diverse a seconda del luogo attuale di cura e del medico richiedente, ma prevedono in tutte le situazioni la compilazione della Scheda di Segnalazione (allegato 3)

- domicilio: la segnalazione viene fatta dal medico di medicina generale direttamente al servizio di cure palliative;
- strutture residenziali: nel caso vi sia necessità per un ospite della Struttura di avvalersi della UOC Cure palliative si può richiedere una consulenza palliativistica ;
- reparto Ospedaliero: la segnalazione viene fatta attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) dal medico ospedaliero. Lo strumento da utilizzare è la Scheda di Dimissione Protetta con indicazione alla necessità di presa in carico da parte del servizio di Cure Palliative;
- ambulatorio oncologico: la segnalazione viene fatta direttamente al servizio di cure palliative;

PRESA IN CARICO CON VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE DEL PAZIENTE E PIANIFICAZIONE DEL PERCORSO DI CURA APPROPRIATO

L'accesso ai programmi territoriali di cure palliative (cure palliative di base e specialistiche) richiede la convocazione di una Unità di valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) con la partecipazione dell'equipe multidisciplinare e l'utilizzo degli strumenti idonei per la valutazione dei bisogni:

- **DOMICILIO** : l'UOCP, ricevuta la segnalazione del MMG convoca l'UVMD a domicilio del paziente per valutare la situazione del malato e definire un piano assistenziale individuale (PAI)
- **AMBULATORI ONCOLOGIA**: l'UOCP, ricevuta la segnalazione dello specialista ospedaliero, convoca l'UVMD per permettere di valutare la situazione del malato e definire un piano assistenziale individuale (PAI)
- **REPARTO OSPEDALIERO**: Il Reparto invia tramite la COT, richiesta di consulenza e/o valutazione con la scheda all'UOC CP . La consulenza, avente come scopo la valutazione dei bisogni del malato e la congruità dei trattamenti, viene valutata dal medico palliativista. La COT informa il MMG della prevista dimissione. L'UVMD verrà poi organizzata dall'UOC alla dimissione del paziente in tempi e modi dipendenti dalla situazione clinica del paziente.

Gli strumenti proposti per la valutazione dei bisogni sono i seguenti

TIPO DI BISOGNO	VALUTATORE	STRUMENTO
Bisogni fisici e funzionali	Mmg / Medico ospedaliero	SVAMA Sanitaria
	Palliativista	PAP Score Indice di Karnofsky Scala DN4
	Infermiere/medico	Svama Cognitivo Funzionale PAINAD Scala NRS e Scala VRB ESAS BRADEN
Bisogni nutrizionali	Dietista	Mini Nutrinional Assessment -MNA
Bisogni psicoeducativi e relazionali	Psicologo	Hospital Anxiety Depression Scale Termometro dello Stress Valutazione bisogni psico-educativi
Bisogni Sociali	Assistente Sociale	SVAMA Sociale

Il luogo di cura largamente preferito dai malati è il domicilio; per le cure domiciliari devono essere soddisfatti i seguenti requisiti:

- Ambiente familiare idoneo a sostenere il carico assistenziale;
- Ambiente abitativo idoneo per spazi adeguati, servizi igienici e riscaldamento;
- Livello di complessità ed intensità di cure compatibili con l'ambiente domestico;
- Consenso del malato e/o della famiglia alle cure domiciliari.

Se il domicilio non dovesse essere idoneo, o per esplicita volontà del paziente, il luogo alternativo e complementare di cura è rappresentato dall'Hospice.

PERCORSI DI CURA

La valutazione della situazione del paziente consente la definizione del piano assistenziale individuale (PAI) che può svilupparsi in tre traiettorie.

Cure Palliative di Base

Sono rivolte a pazienti con aspettativa di vita superiore a tre mesi, con bisogni assistenziali non particolarmente intensivi (CIA <0,5) e per i quali è prevista la conclusione delle cure attive. Necessitano di trattamenti di base del dolore e dei sintomi, dell'ansia e della depressione e la discussione iniziale relativa alla prognosi e agli obiettivi di cura. Le cure palliative di base sono attivate e garantite dalla UOCP e coordinate dal MMG in qualità di responsabile clinico, il quale può avvalersi del supporto di consulenza dell'UOCP e del supporto del "Medico di Medicina Generale con Particolare Interesse nel campo delle Cure Palliative", se presente nella MGI di riferimento. Si tratta di un MMG che, mantenendo la specificità della propria attività come medico di famiglia, acquisisce maggiori competenze, certificate attraverso uno specifico percorso formativo organizzato da ente di formazione riconosciuto (es. Fondazione Scuola di Sanità Pubblica), in Cure Palliative e svolge nei confronti dei colleghi attività di consulenza tra pari, formazione sul campo, facilitazione dei percorsi assistenziali.

Cure Palliative Specialistiche

Sono rivolte a pazienti di solito con aspettativa di vita breve, inferiore a 3 mesi o con bisogni assistenziali complessi. Necessitano di trattamento dei sintomi refrattari di natura fisica e bisogni complessi di natura psicosociale (risoluzione dei conflitti relativi a obiettivi e scelte dei trattamenti e aiuto nei casi di richiesta di trattamenti non appropriati). Sono garantite, attivate e coordinate dall'Unità di Cure Palliative in collaborazione con il MMG. La responsabilità clinica è del medico palliativista, che eroga l'assistenza nei diversi setting assistenziali. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale da parte del personale dell'UOCP 24/24 e interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 (requisiti LEA, soddisfabili solo a condizione di poter contare su personale medico in congruo numero e personale infermieristico per la pronta disponibilità notturna) finiti dal progetto di assistenza individuale;

Cure Simultanee

Per cure simultanee (CS) si intende un'integrazione precoce tra le terapie oncologiche attive e le cure palliative. Tale approccio garantisce di ottimizzare la qualità della vita del paziente in ogni fase di malattia, anticipandone i bisogni specie nella fase avanzata e metastatica, e garantendo il più idoneo luogo di cura. La modalità organizzativa delle cure simultanee mira a garantire la presa in carico globale del paziente e della famiglia attraverso l'integrazione dell'UOC Oncologia e dell'UOCP, con la collaborazione di altri professionisti secondo le proprie competenze.

ATTIVITA' DI RICOVERO IN HOSPICE

Gli Hospice dell'ULSS 7 sono strutture di degenza riservata ai malati terminali per i quali le terapie atte a prolungare la sopravvivenza sono state giudicate non indicate per lo stato di progressione della malattia o comunque sono state escluse.

I malati proponibili per il ricovero in Hospice sono quelli per i quali non è attuabile l'assistenza a domicilio per motivi di:

- complessità assistenziale di fronte alla quale non è disponibile o adeguato l'ambiente familiare;
- inadeguatezza o assenza del nucleo familiare;
- inadeguatezza logistica del domicilio;
- su espressa richiesta dell'interessato.
- sollievo alla famiglia

Per l'ammissione in Hospice è necessaria la compilazione della scheda di consenso alle cure palliative da parte del malato o, se non è in grado di comprendere, da parte del familiare di riferimento; l'ambiente dell'Hospice vuole essere il più possibile simile ad una casa e somigliare il meno possibile ad un ospedale, e rispondendo alla logica del servizio socio-assistenziale.

L'Unità Hospice è composta da:

- sala di accoglienza;
- stanze di degenza: ogni stanza è dotata di un letto, una poltrona letto per l'eventuale permanenza di un parente, bagno, televisione, arredamento;
- sala da pranzo;
- soggiorno con tisaneria;
- postazione per gli infermieri e per la preparazione di terapie;
- ambulatorio medico;
- altri locali di servizio.

In AULSS 7 sono presenti 3 offerte Hospice:

Hospice presso OIC Thiene 9 posti letto

Hospice presso Casa Gerosa Bassano del Grappa 10 posti letto

Hospice intraospedaliero Asiago 3 posti letto

ATTIVITA' AMBULATORIALE E DI CONSULENZA

Ambulatoriale:

Ad organico completo come previsto dalla DGR 1636 19/12/2022 si dovranno prevedere:

-Ambulatori di Cure simultanee presso le Oncologie di Bassano del Grappa e Santorso

-Ambulatori di Cure Palliative per pazienti ancora in grado di accedere alle strutture Ospedaliere e /o che necessitano di procedure difficili da erogare al domicilio

Consulenza:

L'Unità Cure Palliative svolge regolarmente Attività di consulenza per tutti i reparti di tutti gli Ospedali dell'ULSS e nelle strutture residenziali attraverso la segnalazione all'UOC CP

CONTINUITA' DI CURA

La rete locale di cure palliative garantisce la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei professionisti e dei diversi setting assistenziali (domiciliare, residenziale, ospedaliera, ambulatoriale), coordinati dall'UOCP con il supporto della Centrale Operativa Territoriale.

La responsabilità della presa in carico e della conduzione del PAI è del responsabile della UOCP. Ciò favorisce omogeneità nei percorsi di cura, continuità assistenziale, equità nell'accesso ai setting assistenziali della rete locale di cure palliative.

Nelle realtà ospedaliere dove è consolidata la presenza dei medici esperti in medicina del dolore, questi contribuiscono a sostenere le cure all'interno dell'ospedale nell'ambito di una presa in carico integrata con il Servizio di Cure Palliative già attivo. Il trasferimento di setting assistenziale avviene senza soluzione di continuità, bensì in maniera protetta con l'intervento dell'UOCP che valuta il paziente e il suo contesto familiare prima del trasferimento.

Strumenti idonei facilitano il trasferimento delle informazioni utile a proseguire l'assistenza.

Trasferimento dall'ospedale al territorio

La dimissione dall'ospedale del paziente con bisogni di cure palliative si inserisce, per modalità e tempi, nel processo in essere per le dimissioni protette già attivo nel territorio aziendale, con il coinvolgimento dell'UOCP.

Trasferimento dal domicilio all'Hospice

L'accesso in Hospice si inserisce, per modalità e tempi, nel processo in essere per le transizioni protette già attivo nel territorio aziendale. E' parte di un percorso di cure proposto dall'UOCP, congiuntamente al MMG, ed avviene con il consenso del malato o, qualora l'interessato si trovi in condizioni cognitive compromesse, con il consenso dei familiari.

Allo scopo di garantire la maggior appropriatezza e la maggior equità di accesso all'Hospice, la Regione Veneto con DGR n. 3318/2008 ha approvato la "Scheda per la valutazione di accessibilità all'Hospice (Allegato 3) che consente all'UOCP di verificare i criteri di eleggibilità all'Hospice tra i pazienti candidati ad un programma di cure palliative, e di formulare una graduatoria di priorità, qualora si formi una lista d'attesa. L'accesso in Hospice avviene nel rispetto dei seguenti criteri:

- Aspettativa di vita non superiore a 6 mesi;
- Completamento di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia;
- Esclusione delle terapie volte alla guarigione;
- Indice di Karnofsky uguale o inferiore a 50.

Tali criteri determinano un punteggio orientativo, e risultano derogabili qualora vi siano particolari necessità individuate dall'UOCP. L'accoglienza in Hospice non ha carattere sostitutivo delle cure domiciliari, che abitualmente sono la modalità di assistenza più accessibile e appropriata rispetto ai desideri e alle condizioni dei malati, né supplisce ai ricoveri ospedalieri, che vanno offerti qualora si rendessero necessari.

GESTIONE DEI DATI, MONITORAGGIO E AUDIT

In questo ambito va considerato quanto disposto al punto j. della DGR n. 1075/2017 di revisione del modello di Cure Domiciliari: "L'inserimento continuo, preciso e puntuale di tutti i dati relativi alle attività erogate dal servizio ADI nel flusso del Sistema Informativo, così come previsto dalla nota Regionale prot. n. 196925 del 11 maggio 2015 ad oggetto: "Nuovo Disciplinare flusso informativo Regionale delle Cure Domiciliari", recentemente aggiornata con il nuovo disciplinare tecnico in febbraio 2023, ciò anche in conformità agli adempimenti LEA.

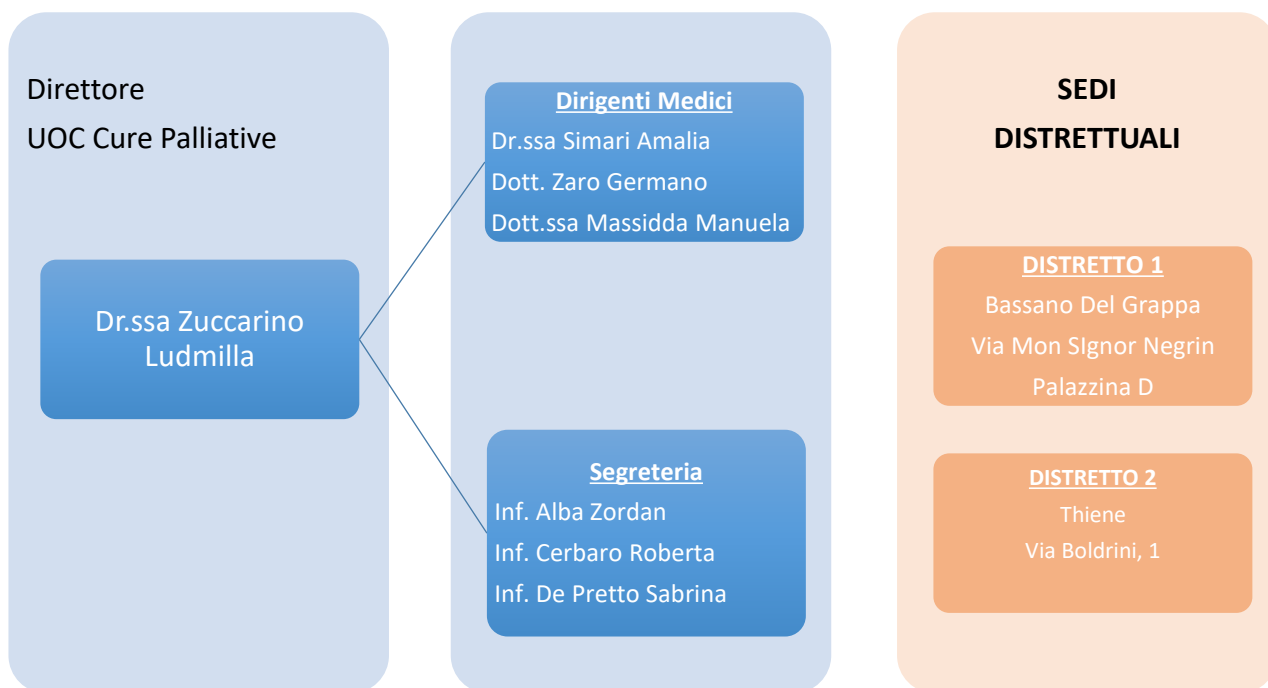
Il monitoraggio dei dati inseriti è finalizzato a fornire indicazioni in tempo reale riguardanti l'appropriatezza delle richieste di presa in carico e dell'assistenza erogata, i livelli di complessità dei pazienti e l'intensità dell'assistenza sociosanitaria erogata". Vanno previsti, inoltre, audit periodici, finalizzati ad interventi di miglioramento, che coinvolgano, oltre al Direttore dell'U.O. Cure Palliative, il Direttore dell'U.O. Cure Primarie e ai componenti dell'équipe ADI, anche Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale, ecc.

ATTIVITA' DIDATTICA, FORMATIVA, RICERCA

La Unità Cure Palliative organizza a fini formativi e conoscitivi una serie di attività, tra cui:

- riunione giornaliera multidisciplinare di unità operativa per la condivisione e discussione di informazioni su normative e problematiche varie gestionali, discussione di problematiche relative a pazienti ricoverati in Hospice, programmazione dei ricoveri;
- riunione mensile con tutti i medici e Infermieri dell'équipe, per la condivisione del programma assistenziale per i pazienti seguiti a domicilio;
- formazione con Vari reparti per favorire l'integrazione con le Cure Palliative

ORGANIGRAMMA



TIPOLOGIA/VOLUMI DI PRESTAZIONI

Tipologia di prestazioni erogate

2022

L'Unità di Cure palliative ha preso in carico nel 2022 complessivamente 453 pazienti dei quali:

191 nel Distretto 1

256 nel Distretto 2

I Ricoveri in Hospice sono stati 238

95 Hospice Gerosa

143 OIC Thiene

Dei pazienti presi in carico 52,36% nel D1 e 53,2% nel D2 sono deceduti a domicilio

2023

L'Unità di Cure palliative ha preso in carico nel 2023 complessivamente 431 pazienti dei quali:

186 nel Distretto 1

245 nel Distretto 2

I Ricoveri in Hospice sono stati 238

151 Hospice Gerosa

116 OIC Thiene

Decessi a domicilio 228 decessi in Hospice 248 (totale decessi a domicilio + Hospice 476)

INDICATORE REGIONALE pari al 47% vs il 55%

Sono state erogate nel 2023 circa 200 consulenze tra oncologia ed altri reparti degli Ospedali di Santorso e Bassano e tramite meet settimanale con l'UOC Medicina Ospedale di Bassano

Rispetto degli Obiettivi Regionali

La Regione Veneto ed il Ministero della Salute:

Per l'anno 2024 fissa un obiettivo di monitoraggio per il rispetto dei LEA che stabilisce nel numero di 650 i pazienti affetti da tumore, che dovrebbero essere deceduti tra domicilio ed Hospice, pari al 55% degli aventi diritto. Ne deriva che sono 650 i pazienti che la Nostra UCP dovrebbe aver seguito nel 2023 per raggiungere l'obiettivo.

Per il 2024 sono stati fissati gli stessi parametri. Rimangono comunque molti pazienti non intercettati per i quali è necessario potenziare i nostri sforzi al fine di potere garantire un'assistenza ad un più ampio numero di pazienti aventi bisogno di Cure palliative.

Allegato 1: Tavole sinottiche

TAB 1. IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI PAZIENTI IN FINE VITA

COSA	CHI	COME	QUANDO
Identificare precocemente i pazienti con malattia cronica evolutiva	• MMG • Specialista ambulatoriale • Medico ospedaliero	Compilazione del NECPAL CCOMS - ICO TOOL	In presenza di una o più diagnosi di patologie croniche in stadio avanzato e evolutivo

TAB 2. SEGNALAZIONE ALL'UOCP PER ATTIVAZIONE DEL PROGRAMMA DI CURE PALLIATIVE

COSA	CHI	COME	QUANDO
Attivare il programma di CP per un PAZIENTE DOMICILIARE	• MMG • Specialista ambulatoriale	• Invio all'UO Cure Palliative della Scheda di Segnalazione con allegati NECPAL CCOMS – ICO TOLL e SVAMA Sanitaria	Al momento dell'identificazione del bisogno di cure palliative
Attivare il programma di CP per un paziente seguito in AMBULATORIO ONCOLOGICO	• Medico oncologo	• Invio all'UO Cure Palliative della Scheda di Segnalazione e Relazione Oncologica	Al momento dell'identificazione del bisogno di cure palliative
Attivare il programma di CP per un PAZIENTE OSPEDALIZZATO	• Medico ospedaliero • Infermiere coordinatore	• Invio alla COT della Scheda di Dimissione Protetta (con allegata SVAMA Sanitaria) e della Scheda di Segnalazione esplicitando la necessità di presa in carico da parte del servizio di Cure Palliative.	Al momento dell'identificazione del bisogno di cure palliative

TAB 3. SVOLGIMENTO DI UVMD PER LA PRESA IN CARICO E DEFINIZIONE DEL PAI

COSA	CHI	COME	QUANDO
Convocazione di UVMD	Infermiere Case Manager UOCP dell'	Convocazione dell'UVMD, che si terrà presso il domicilio del paziente in un giorno e orario concordato.	Da convocare in funzione della valutazione clinica del caso
Predisposizione della documentazione	Infermiere Case Manager UOCP dell'	Raccolta delle informazioni di competenza	Preferibilmente entro la data di esecuzione della UVMD
	Infermiere ADI	Compilazione SVAMA cognitivo funzionale	
	Assistente Sociale	Compilazione SVAMA sociale	
	Psicologo	Compilazione della scheda dei bisogni psicoeducativi	
	Dietista	Compilazione del Mini Nutritional Assessment - MNA	
Svolgimento dell'UVMD	Palliativista	Redazione del verbale quale responsabile di UVMD e partecipazione alla definizione del PAI	
	- Palliativista - MMG - Infermiere ADI - Altri professionisti (su richiesta dell'UOCP)	Partecipazione alla definizione del PAI	
Condivisione del verbale	Infermiere Case Manager UOCP dell'	Il verbale, in cui verrà specificato se il paziente è inserito in cure palliative di BASE o SPECIALISTICHE, viene condiviso con tutti i professionisti coinvolti secondo le modalità attualmente in uso	

TAB 5. GESTIONE DELLA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI IN CURE PALLIATIVE DI BASE

COSA	CHI	COME	QUANDO
Pianificazione, erogazione e follow up dell'assistenza al paziente	- Palliativista - MMG	- Coordinamento e attuazione del PAI - Pianificazione degli accessi, in coordinamento con l'infermiere e secondo necessità dei pazienti - Monitoraggio e registrazione dell'andamento clinico-funzionale delle cure	In funzione della valutazione clinica del caso
	Infermiere ADI	- Pianificazione degli accessi, in coordinamento con il MMG e secondo necessità dei pazienti - Monitoraggio e registrazione dell'andamento clinico-funzionale delle cure	
Identificazione precoce del cambiamento del profilo di bisogni del paziente/caregiver, per cui è necessaria una presa in carico in cure palliative Specialistiche	- MMG - Infermiere ADI	- In caso di identificazione di problemi di natura clinico-assistenziale tali da richiedere una modifica del PAI, il MMG informa l'UOCP - La necessità di modifica del PAI può essere suggerita al MMG anche dagli infermieri che hanno in carico il paziente	In presenza di una o più condizioni variate
Convocazione di UVMD per la revisione del PAI	Infermiere Case Manager dell'UOCP	Convocazione dell'UVMD secondo la precedente modalità (Tabella 3)	In funzione della valutazione clinica del caso

TAB 5. GESTIONE DELLA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI IN CURE PALLIATIVE SPECIALISTICHE

COSA	CHI	COME	QUANDO
Pianificazione, erogazione e follow up dell'assistenza al paziente	Palliativista	- Coordinamento e attuazione del PAI - Pianificazione degli accessi, in coordinamento con il MMG e l'infermiere ADI e secondo necessità dei pazienti - Monitoraggio e registrazione dell'andamento clinico-funzionale delle cure	In funzione della valutazione clinica del caso
	Infermiere ADI	- Pianificazione degli accessi, in coordinamento con il palliativista e il MMG e secondo necessità dei pazienti - Monitoraggio e registrazione dell'andamento clinico-funzionale delle cure	
	MMG	- Pianificazione degli accessi, in coordinamento con il palliativista e l'infermiere e secondo necessità dei pazienti - Monitoraggio e registrazione dell'andamento clinico-funzionale delle cure	
Identificazione precoce del cambiamento del profilo di bisogni del paziente/caregiver, per cui sia sufficiente una presa in carico in cure palliative di base o sia invece necessario l'intervento altri professionisti	Palliativista	- In caso di variazioni tali da richiedere una modifica del PAI, il palliativista che ha in carico il paziente programma una nuova valutazione multidimensionale se necessaria o registra le modifiche al PAI se non necessaria - La necessità di modifica del PAI può essere suggerita al palliativista anche dagli infermieri e dal MAP che hanno in carico il paziente	In presenza di una o più condizioni variate
Convocazione di UVMD per la revisione del PAI	Infermiere Case Manager dell'UOCP	Convocazione dell'UVMD	In funzione della valutazione clinica del caso

TAB 6. LA CONTINUITA' DELLA CURA: IL TRASFERIMENTO DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO

COSA	CHI	COME	QUANDO
Attivazione del processo di transizione	• UO di degenza	• Invio della Scheda di Dimissione Protetta e della Scheda di Segnalazione alla COT, specificando la necessità di una presa in carico in cure palliative, secondo le modalità e i tempi previsti dal percorso aziendale per le dimissioni protette	Il prima possibile
	• COT	• Ricezione della segnalazione • Comunicazione della segnalazione all'UOCP tramite mail.	Il prima possibile
Convocazione dell'UVMD	• Infermiere Case Manager dell'UOCP	• Se la segnalazione risulta appropriata il palliativista convoca l'UVMD, che si terrà post dimissione al domicilio del paziente	L'UVMD dovrebbe essere eseguita il prima possibile per evitare discontinuità nelle cure.
Coordinamento e monitoraggio della transizione	• COT	• Monitoraggio della segnalazione • Monitoraggio della convocazione e svolgimento della UVMD • Monitoraggio e supporto per l'attivazione del programma assistenziale	Fino a transizione avvenuta

TAB 7. LA CONTINUITA' DELLA CURA: INSERIMENTO DEL PAZIENTE DA OSPEDALE E TERRITORIO IN HOSPICE

COSA	CHI	COME	QUANDO
Richiesta di attivazione del processo di inserimento in Hospice	• UO di degenza • Palliativista • MMG	• Invio all'UOCP della "Scheda di accesso in Hospice con i criteri di ammissione". Si segnala che verrà data priorità nell'ingresso ai pazienti territoriali già in carico all'UOCP come da indicazioni regionali •	Alla comparsa dei criteri di eleggibilità per l'accesso in hospice
Coordinamento della transizione	• Infermiere Case Manager dell'UOCP	• Se il paziente è ospedalizzato il palliativista potrà effettuare una consulenza per verificare i criteri di eleggibilità e l'urgenza • Se il paziente non è seguito dall'UOCP a livello territoriale, il MMG può chiedere una consulenza per verificare i criteri di eleggibilità e l'urgenza	Secondo priorità assegnata e disponibilità del posto letto
Monitoraggio della transizione	• Infermiere Case Manager dell'UOCP	• Monitoraggio della stato e tempistica della richiesta • Monitoraggio e supporto per l'attivazione del programma assistenziale	Fino a transizione avvenuta

Allegato 2: Elenco personale della Unità Operativa

Nome	Cognome	Qualifica
Ludmilla	Zuccarino	Direttore U.O.C
Amalia	Simari	Dirigente Medico
Germano	Zaro	Dirigente Medico
Manuela	Massidda	Dirigente Medico
Alba	Zordan	Infermiere Case Manager
Roberta	Cerbaro	Infermiere Case Manager
Sabrina	De Pretto	Infermiera Case Manager

Allegato 3 : Scale di Valutazione, Schede di Segnalazione

KARNOFSKY-PS e ECOG-PS

Karnofsky Performance Status (K-PS)

Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG-PS)

ECOG-PS	ATTIVITA' LAVORATIVA	ATTIVITA' QUOTIDIANE	CURA PERSONALE	SINTOMI SUPPORTO SANITARIO	K-PS
0	COMPLETA	COMPLETA	COMPLETA	NESSUNO	100
1	LIEVE DIFFICOLTA'	LIEVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE	COMPLETA	SEGNI/SINTOMI MINORI (*1) ± Calo ponderale ≤ 5% ± Calo di energie	90
1	DIFFICOLTA' LIEVE ☐ GR	DIFFICOLTA' LIEVE CAMMINARE E/O GUIDARE ☐ LIEVE DIFFICOLTA'	LIEVE DIFFICOLTA'	ALCUNI (*2) SEGNI/SINTOMI ± calo ponderale ≤ 10% Moderata ☐ ener	80
2	INABILE	DIFFICOLTA' MODERATA (si muove prevalentemente in casa)	MODERATA DIFFICOLTA'	ALCUNI (*3) SEGNI/SINTOMI ± grave ☐ energia	70
2		GRAVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE E GUIDARE	DIFFICOLTA' MODERATA VE ☐	SEGNI/SINTOMI MAGGIORI ± grave calo ponderale	60
3		ALZATO PER PIU' DEL 50% DELLE ORE DIURNE	GRAVE DIFFICOLTA'	SUPPORTO SANITARIO FREQUENTE	50
3		A LETTO PIU' DEL 50% DELLE ORE DIURNE	LIMITATA CURA DI SE	ASSISTENZA SANITARIA STRAORDINARIA (per frequenza e tipo di interventi)	40
3		INABILE	INABILE	Indicazione a ricovero o ospedalizzazione a domicilio. Supporto sanitario molto intenso	30
4				Grave compromissione di una o più funzioni organiche vitali (respiratoria, renale, cardiocircolatoria) irreversibile	20
4				Rapida progressione dei processi biologici mortali	10
4				Morte	0

(*1): saltuari, non condizionanti supporto terapeutico continuativo;

(*2): saltuari o costanti condizionanti spesso supporto terapeutico;

(*3): costanti, invalidanti condizionanti supporto terapeutico.

Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: MacLeod CM (ed.), Evaluation of chemotherapeutic agents. Columbia Univ. Press. Irvington, NY 1949,191-205.

Verger E, Salamerio M, Conill C. Can Karnofsky performance status be transformed to the Eastern Cooperative Oncology Group scoring scale and vice versa? Eur J Cancer 1992;28A(8-9):1328-30.

PALLIATIVE PROGNOSTIC SCORE

Sintomo	Risultato	Score
Dispnea	NO	0
	SI	1
Anoressia	NO	0
	SI	1
I.P.S. Karnofsky	> 20	0
	10-20	2,5
Previsione clinica di sopravvivenza	> 12 settimane	0
	11-12	2
	9-10	2,5
	7-8	2,5
	5-6	4,5
	3-4	6
	1-2	8,5
Conta leucocitaria	4,800-8,500/ml	0
	8,501-11.000	0,5
	>11.000	1,5
Quota linfociti	20-40%	0
	12-19,9%	1
	0-11,9%	2,5
Classi di rischio	Sopravvivenza a 30 giorni	Score
A	>70%	0-5,5
B	30-70%	5,6-11
C	<30%	11,1-17,5

Scarpi E, Maltoni M, Miceli R et al. Survival prediction for terminally ill cancer patients: revision of the palliative prognostic score with incorporation of delirium. *Oncologist* 2011;16:1793-1799.

DOULEUR NEUROPATHIQUE EN 4 QUESTIONS

DOULEUR NEUROPATHIQUE EN 4 QUESTIONS (DN4)			
Screening tools			
DOMANDA 1: Il dolore presenta una o più delle seguenti caratteristiche?		SI	NO
1	Bruciante/urente		
2	Sensazione di freddo doloroso		
3	Scariche elettriche		
DOMANDA 2 : il dolore è associato, nella stessa area, a uno o più dei seguenti sintomi			
4	Formicolio	SI	NO
5	Sensazione di freddo doloroso		
6	Scariche elettriche		
7	Sensazione di prurito		
DOMANDA 3: il dolore è localizzato in un territorio dove l'esame obiettivo evidenzia			
8	Ipoestesia al tatto	SI	NO
9	Ipoestesia alla puntura		
DOMANDA 4: il dolore è provocato o accentuato da:			
10	Sfioramento della pelle	SI	NO
SI = 1 punto NO= 0 punti Punteggio del paziente: /10 Se il punteggio del paziente è uguale o maggiore di 4/10, il test è positivo (sensibilità = 82,9%; specificità = 89,9%)			

Bouhassira D, Lanteri-Minet M, Attal N et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain 2008 Jun;136(3):380-7.

SCALA PAINAD

SCALA PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)			
	0	1	2
Respiro non vocalizzazione	Normale	Respiro a tratti alterato Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato Iperventilazione, Cheyne-Stokes
Vocalizzazione	Normale	Occasionali lamenti	Ripetuti lamenti pianto
Espressione facciale	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta	Smorfie
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso, movimenti nervosi irrequietezza	Rigidità, agitazione ginocchia piegate, movimento afinalistico a scatti

NUMERICAL RATING SCALE E VERBAL RATING SCALE

NUMERICAL RATING SCALE (NRS)



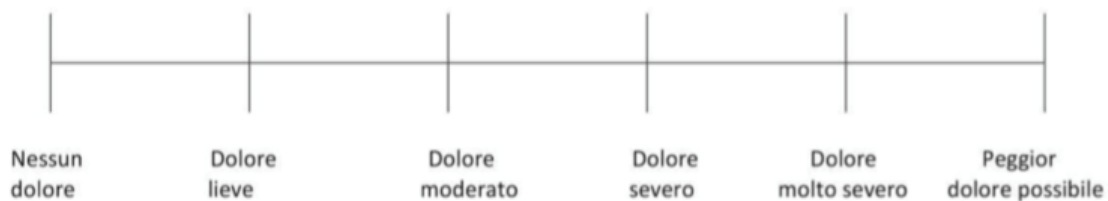
Numerical Rating Scale (NRS):

Scala a 11 punti in cui il paziente sceglie un valore che va da 0 (Nessun dolore) a 10 (Peggior dolore immaginabile).

Da 1-3 è considerato dolore lieve, da 4-7 moderato, da 8-10 severo.

Likert R. Technique for the measure of attitudes. Arch Psycho 1932;22:140.

VERBAL RATING SCALE (VRS)



Verbal Rating Scale (VRS):

permette al paziente di descrivere l'intensità del suo dolore da "dolore assente" a "dolore fortissimo".

Meuser T, Pietruck C, Radbruch L et al. Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines: a longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology. Pain 2001;93:247-57.

EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SCALE (ESAS)

Data _____ Sig/a _____

Dolore	Per niente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Il peggior dolore possibile
Stanchezza	Per niente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore stanchezza possibile
Nausea	Per niente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore nausea possibile
Depressione	Per niente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore depressione possibile
Ansia	Per niente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore ansia possibile
Sonnolenza	Per niente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore sonnolenza possibile
Mancanza di appetito	Per niente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore inappetenza possibile
Malessere	Per niente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Il peggiore malessere possibile
Difficoltà a respirare	Per niente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore difficoltà a respirare possibile
Altro	Per niente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Il peggiore possibile

Bruera E, Kuehn N, Miller MJ et al. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care 1991;7:6-9.

Mini Nutritional Assessment (MNA) Screening

A Presenta una perdita dell'appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi?

0 = grave riduzione assunzione di cibo; 1 = moderata riduzione assunzione di cibo; 2 = nessuna riduzione assunzione di cibo

B Perdita di peso recente (< 3 mesi)

0 = perdita di peso > 3 Kg; 1 = non sa; 2 = perdita di peso tra 1 e 3 Kg; 3 = nessuna perdita di peso

C Motricità

0 = dal letto alla poltrona; 1 = autonomo a domicilio; 2 = esce di casa

D Nell'arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute o stress psicologici?

0 = sì; 2 = no

E Problemi neuropsicologici

0 = demenza o depressione grave; 1 = demenza moderata; 2 = nessun problema

F Indice di massa corporea ($IMC = \text{peso}/(\text{altezza})^2$ in Kg/m²)

0 = $IMC < 19$; 1 = $19 \leq IMC < 21$; 2 = $21 \leq IMC < 23$; 3 = $IMC \geq 23$

VALUTAZIONE DI SCREENING

12-14 punti: stato nutrizionale normale; 8-11 punti: rischio malnutrizione; 0-7 punti: malnutrito

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION S(HADS)CALE

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION S (HADS)CALE			
MI SENTO TESO COME UNA CORDA (A)		HO LA MENTE PIENA DI PREOCCUPAZIONI (A)	
3	la maggior parte del tempo	3	la maggior parte del tempo
2	molte volte	2	molte volte
1	qualche volta oppure occasionalmente	1	talvolta, ma non spesso
0	Mai	0	solo occasionalmente
RIESCO ANCORA A GODERE DELLE COSE CHE MI SONO PIACIUTE (D)		MI SENTO ALLEGRO (D)	
3	sempre	3	per niente
2	non sempre	2	un po'
1	solo qualche volta	1	Abbastanza
0	Mai	0	la maggior parte del tempo
SONO SPAVENTATO DAL FATTO CHE MI POSSA ACCADERE QUALCOSA DI TERRIBILE (A)		RIESCO A STARE TRANQUILLO E A SENTIRMI RILASSATO (A)	
3	sempre, e ciò mi spaventa moltissimo	3	Sempre
2	spesso e ciò mi preoccupa abbastanza	2	Spesso
1	talvolta, ma ciò non mi preoccupa	1	Talvolta
0	per nulla	0	per nulla
RIESCO ANCORA A RIDERE E A VEDERE IL LATO DIVERTENTE DELLE COSE (D)		MI SENTO FIACCO (D)	
3	come sempre	3	quasi sempre
2	ora non molto spesso	2	molto spesso
1	ora raramente	1	Talvolta
0	Mai	0	per nulla

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Br Med J 1986;292:344-348.

TERMOMETRO DELLO STRESS

Termometro dello Stress							
Screening per la misurazione del disagio (Stress)							
Sig./a		Nato/a il		Data			
Istruzioni:							
La preghiamo di cerchiare il numero (da 0 a 10) che meglio descrive la quantità di disagio emotivo che ha provato nell'ultima settimana oggi compreso		La preghiamo di indicare con una crocetta sul SI o sul NO se qualcuno delle seguenti voci è stata un problema o causa di disagio nell'ultima settimana oggi compreso					
		S	N	A. PROBLEMI PRATICI	S	N	E. PROBLEMI FISICI
		I	O		I	O	
				Problemi nella cura dei figli			Problemi di sonno
				Problemi di alloggio			Dolore
				Problemi economici			Problemi lavarsi/vestirsi
10				Problemi scolastici/lavorativi			Nausea
9				Problemi di trasporto			Senso di fatica/stanchezza
8							Problemi a muoversi
7				B. PROBLEMI RELAZIONALI			Problemi respiratori
6				Nel rapporto con il partner			Ulcere alla bocca
5				Nel rapporto con i figli			Problemi ad alimentarsi
4				Nel rapporto con gli altri			Difficoltà a digerire
3							Stitichezza
2				C. PROBLEMI EMOZIONALI			Disturbi a urinare
1				Depressione			Febbre
0				Paura			Prurito
				Nervosismo			Naso chiuso o senso di secchezza
				Tristezza			Formicolio alle mani o ai piedi
				Preoccupazione			Senso di gonfiore
				Perdita di interessi nelle usuali attività			Problemi sessuali
						Diarrea	
			D. ASPETTI SPIRITUALI			Problemi di memoria	
			Problemi inerenti la propria fede o, in generale riguardo al senso della vita			Problemi su come si vede e come si appare	
			Altro, specificare:				

Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, et al: Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: A pilot study. Cancer 1998;82:1904-1908.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI BISOGNI PSICO SOCIO EDUCATIVI

PROBLEMA	Paziente (Risposta= SI – NO)	Familiare (Risposta= SI – NO)
Difficoltà ad accettare e affrontare i cambiamenti connessi alla malattia e di conseguenza a prendere decisioni in merito all'assistenza (faticano ad accettare riduzione autonomia, aumento intensità assistenziale, interventi farmacologici ...)		
Fatica emotiva espressa in merito alla malattia		
L'operatore osserva una elevata e preoccupante fragilità e sofferenza emotiva a motivo della malattia		
Fatica assistenziale del caregiver		
Alterazione dei comportamenti e delle relazioni a causa della malattia		
Problemi relativi allo stato di informazione di diagnosi/prognosi		
Difficoltà in merito al processo di consapevolezza e accettazione		
Aspettative non realistiche rispetto al percorso di cura		
Contesto relazionale intrafamiliare problematico		
Presenza di persone di supporto all'assistenza		
Incapacità o grave difficoltà a trovare e mantenere persone di supporto		
Ricorrenti ricoveri in strutture sanitarie (ospedale, rsa)		
Ricorso o accesso ai servizi sociali per fragilità sociale		
Presenza di familiari con fragilità (disabilità, disturbi psichici...)		
Presenza di minorenni in stretta relazione con la persona malata		
Problemi di alleanza con l'équipe curante (difficoltà comunicative, conflittualità, sfiducia nel percorso di cura)		

SCALA DI BRADEN

SCALA BRADEN

La scala Braden di ideata nel 1985, esamina sei parametri:

- ❑ Percezione sensoriale
- ❑ Umidità cutanea
- ❑ Attività (grado di attività fisica)
- ❑ Mobilità (capacità di controllare e modificare la posizione del corpo)
- ❑ Alimentazione
- ❑ Frizione e scivolamento

indicatori	Variabili p. 4	p. 3	p. 2	p. 1
*percezione sensoriale	non limitata	poco limitata	molto limitata	completamente limitata
umidità	raramente umida	occasionalmente umida	spesso umida	permanentemente umida
**attività	cammina spesso	cammina occasionalmente	in poltrona	allettato
***mobilità	non limitata	parzialmente limitata	molto limitata	assente
alimentazione	eccellente	adeguata	probabilmente inadeguata	molto scadente
frizione - scivolamento		assente	potenziale	presente

NECPAL CCOMS – ICO TOOL identificazione di pazienti con elevata probabilità di decesso entro 12 mesi

1. La "DOMANDA SORPRENDENTE" – integra comorbidità, fattori sociali e altri fattori		
Saresti sorpreso se questo paziente dovesse morire nei prossimi 12 mesi?	☐ No	☐ Si
2. SCELTA / RICHIESTA O BISOGNO		
Il paziente con malattia avanzata o il caregiver ha richiesto, in maniera esplicita o implicita, trattamenti palliativi/di sollievo? Suggerisce limitazioni allo sforzo terapeutico o rifiuta trattamenti curativi o altri specifici trattamenti?	☐ Si	☐ No
Ritieni che il paziente necessiti in questo momento di cure palliative o trattamento palliativo?	☐ Si	☐ No
3. INDICATORI GENERALI DI GRAVITA' E PROGRESSIONE CLINICA		
Marcatori nutrizionali negli ultimi 6 mesi (almeno uno dei seguenti): ☐ Albumina sierica < 2,5 g/dL, non relativa a episodi acuti di scompenso ☐ Progressiva perdita di peso > 10% ☐ Percezione clinica di declino nutrizionale non relativa a condizioni concomitanti	☐ Si	☐ No
Marcatori funzionali negli ultimi 6 mesi (almeno uno dei seguenti): ☐ Grave dipendenza funzionale (Barthel < 25, ECOG > 2, Karnofsky < 50%) ☐ Progressiva perdita di 2 o più attività di vita quotidiane (ADL), nonostante adeguato intervento terapeutico ☐ Percezione clinica di declino funzionale non relativa a condizioni concomitanti	☐ Si	☐ No
Altri marcatori di gravità e estrema fragilità negli ultimi 6 mesi (almeno due dei seguenti): ☐ Ulcera da decubito persistente (stadio III-IV) ☐ Infezioni ricorrenti (> 1) ☐ Disfagia ☐ Cadute (> 2)	☐ Si	☐ No
Fattori aggiuntivi sull'uso delle risorse (almeno uno dei seguenti): ☐ 2 o più ricoveri ospedalieri urgenti a causa di malattie croniche, nel corso degli ultimi 6 mesi ☐ Bisogno di assistenza continua complessa/intensa, presso strutture o al domicilio	☐ Si	☐ No
Comorbidità: ≥ 2 malattie concomitanti	☐ Si	☐ No
4. INDICATORI SPECIFICI DI GRAVITA' CLINICA E PROGRESSIONI DI MALATTIA		
Neoplasia (richiede la presenza di almeno un criterio): ☐ Pazienti con diagnosi confermata di cancro metastatico (Stadio IV) che presentano bassa risposta o controindicazioni ad uno specifico trattamento oncologico, compromissione di organi vitali (SNC, fegato, polmone, ecc) ☐ Significativo deterioramento funzionale (Karnofsky < 50%) ☐ Persistenza di sintomi stressanti nonostante il trattamento ottimale della condizioni di base	☐ Si	☐ No
BPCO (richiede la presenza di almeno due criteri): ☐ Dispnea a riposo o al minimo sforzo tra le riacutizzazioni ☐ Sintomi fisici o psicologici complessi nonostante adeguato intervento terapeutico ☐ Malattia grave con: FEV1 < 30% e/o CVF > 40% / DLCO < 40% ☐ Criteri di eleggibilità all'emogasanalisi arteriosa per O ₂ TDLT ☐ Scompenso cardiaco sintomatico ☐ 3 o più ricoveri in ospedale negli ultimi 12 mesi a causa di esacerbazioni	☐ Si	☐ No
Malattie cardiache croniche (richiede la presenza di almeno due criteri): ☐ Insufficienza cardiaca – NYHA – di stadio III o IV, valvulopatia grave o malattia coronarica inoperabile ☐ Dispnea a riposo o al minimo sforzo ☐ FE < 30% o ipertensione polmonare > 60mmHg ☐ Insufficienza renale (FG < 30 ml/min) ☐ 3 o più ricoveri in ospedale negli ultimi 12 mesi a causa di esacerbazioni	☐ Si	☐ No
Malattie neurologiche croniche – SLA, Sclerosi Multipla e Parkinson (richiede la presenza di almeno due criteri): ☐ Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante terapia ottimale ☐ Sintomi complessi e difficili da gestire ☐ Problemi di linguaggio con aumento della difficoltà nella comunicazione ☐ Disfagia progressiva ☐ Polmonite da aspirazione ricorrente, dispnea o insufficienza respiratoria	☐ Si	☐ No
Malattia cronica renale con grave insufficienza renale (FG < 15 ml/min) in paziente per cui è controindicato il trattamento sostitutivo o il trapianto	☐ Si	☐ No
Malattia cronica del fegato (richiede la presenza di almeno un criterio): ☐ Cirrosi stadio Child C, MELD-Na score > 30 o con una o più delle seguenti complicanze: ascite non responsiva ai diuretici, sindrome epato-renale o sanguinamento del tratto gastrointestinale superiore causato da ipertensione portale con risposta negativa al trattamento farmacologico ed endoscopico e con controindicazioni a trapianto e TIPS ☐ Presenza concomitante di epatocarcinoma in stadio avanzato	☐ Si	☐ No
Demenza (richiede la presenza di almeno due criteri): ☐ Criteri di gravità: incapace di vestirsi, lavarsi e mangiare senza assistenza (GDS/FAST 6c) o peggiore ☐ Criteri di progressione: perdita di due o più attività di vita quotidiana (ADL) negli ultimi 6 mesi, difficoltà alla deglutizione, rifiuto di mangiare in pazienti che non ricevono nutrizione enterale o parenterale ☐ 3 o più ricoveri in ospedale negli ultimi 12 mesi a causa di processi concomitanti (polmonite ab ingestis, pielonefrite, sepsi) che causano declino funzionale e/o cognitivo	☐ Si	☐ No

Positivo se:
risposta NO alla Domanda Sorprendente (1) e
risposta SI a uno o più degli altri indicatori (2-3-4)

SCHEDA DI SEGNALAZIONE



SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER PROGRAMMA CURE PALLIATIVE

DATI ANAGRAFICI PAZIENTE

da compilarsi
almeno 72 ore prima della dimissione

PER PATOLOGIA ONCOLOGICA sede lesione primitiva:

Colon: Testa/Collo: Stomaco: Vescica: Esofago: Tiroide: Mammella:

Pancreas: Polmone: Prostata: Fegato-vie biliari: Cute: SNC:

Apparato Emolinfopoietico: Sistema Genitale Femminile:

Sede METASTASI _____

Altra Diagnosi Principale (ICPC) _____

Polimorbidità: _____

I Karnofsky / ECOG _____ Prognosi: ≥ 3 mesi ≤ 3 mesi ≤ 7 gg:

Informazione diagnosi malato	Si	No	Informazione inguaribilità malato	Si	No
Informazione diagnosi famiglia	Si	No	Informazione inguaribilità famiglia	Si	No

Scheda ESAS

Dolore	Per niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Il peggior dolore possibile
Stanchezza	Per niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggior stanchezza possibile
Nausea	Per niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggior nausea possibile
Vomito	Per niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Il peggior vomito possibile
Depressione	Per niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggior depressione possibile
Ansia	Per niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggior ansia possibile
Sonnolenza	Per niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggior sonnolenza possibile
Mancanza di Appetito	Per niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggior inappetenza possibile
Malessere	Per niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Il peggior malessere possibile
Difficoltà a Respirare	Per niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggior difficoltà a respirare possibile
Altro.....	Per niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Il peggior possibile

Nome del Compilatore _____

TERAPIA ANTALGICA IN ATTO

FANS: Oppioidi deboli: Oppioidi forti: Adjuvanti: Terapia AB:
Altro: _____

Care Giver attivo nella assistenza?	SI NO telefono.....
Aspetti di criticità psico-socio-relazionale	SI NO (Se SI compilare la scheda 2)

MOTIVO DELLA SEGNALAZIONE:

Fine cure oncologiche/specialistiche
Non candidato/a - rifiuta cure oncologiche/specialistiche
Cure simultanee (Solo per Oncologi)
Valutazione per inserimento Hospice (Se SI compilare la scheda 3)
Richiesta UVMD (solo per MMG)

Alla presente scheda va sempre allegata la SVAMA Sanitaria e Cognitivo Funzionale (non per Oncologi)
Data prevista della dimissione ____/____/____

Data Compilazione ____/____/____ MEDICO SEGNALANTE _____

SCHEDA RICHIESTA INGRESSO IN HOSPICE

Scheda di richiesta di ingresso in Hospice (DGR Veneto n.3318/2008 e 553/2018)

Nome e Cognome:		Sesso ☐ maschio ☐ femmina	
Nato/a:		Prov.	il:
Comune di residenza:			Prov.
Indirizzo:			
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 inf. ☐ 4 licenza media sup. ☐ 5 dipl. universitario ☐ 6 laurea ☐ 7 sconosciuta	Struttura di provenienza ☐ 1 domicilio dell'assistito, senza cure palliative attive ☐ 2 domicilio dell'assistito con cure palliative attive ☐ 3 struttura socio-sanitaria residenziale ☐ 4 struttura sociale ☐ 5 struttura ospedaliera (UOC _____) ☐ 6 struttura di riabilitazione ☐ 7 altro (specificare)	
Medico Ospedaliero:		UOC:	
MMG/PLS:		Tel:	
Famigliare di riferimento:			
Parentela:		Tel:	

Patologia prevalente:	☐ Oncologica	Primitivo:	Data diagnosi:	
		Metastasi:	Data diagnosi:	
		Metastasi:	Data diagnosi:	
	☐ Non oncologica	Specificare:	Data diagnosi:	
Attesa di vita presunta: ☐ < 7 giorni ☐ > 7 e < 30 giorni ☐ > 30 giorni				
		Diagnosi	Prognosi	Hospice
Grado di consapevolezza del paziente		☐ si ☐ no	☐ si ☐ no	☐ si ☐ no
Grado di consapevolezza dei famigliari		☐ si ☐ no	☐ si ☐ no	☐ si ☐ no
Supporto psicologico indicato ☐ (☐ si ☐ no)		☐ famigliari ☐ no		
Anamnesi patologica remota sintetica e problematiche attuali:				
Bisogni da gestire e problematiche prevedibili: _____				

Terapia in corso

CRITERI VINCOLANTI DI ACCESSO IN HOSPICE

- ☐ Paziente con aspettativa di vita non superiore ai 6 mesi
- ☐ Completamento di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia di base
- ☐ Esclusione di terapie specifiche volte alla guarigione della patologia di base
- ☐ Indice di Karnofsky uguale o inferiore a 50

CRITERI PRIORITARI DI ACCESSO IN HOSPICE

1	Inadeguatezza strutturale del domicilio	1 punto	
2	Solitudine del malato	1 punto	
3	Inadeguatezza della famiglia a assistenza continua al domicilio	1 punto	
4	Dolore non controllato	fino a 2 punti	
5	Dispnea non controllata	fino a 2 punti	
6	Problemi fino a 2 problemi: 3 punti; 3-5 problemi: 4 punti; > 5 problemi: 5 punti		
	Problemi nutrizione/idratazione ☐ si ☐ no	Secrezioni orali/bronchiali ☐ si ☐ no	
	Subocclusione/occlusione ☐ si ☐ no	Trasudati/piaghe/edemi ☐ si ☐ no	
	Agitazione/delirio ☐ si ☐ no	Ascite ☐ si ☐ no	
	Nausea/vomito ☐ si ☐ no	Turbe elettroliti ☐ si ☐ no	
	Disfagia ☐ si ☐ no	Turbe metab. glucidico ☐ si ☐ no	
	Insonnia ☐ si ☐ no	Altro ☐ si ☐ no	
7	Sollievo familiare con impegno a riaccogliere il malato a domicilio	fino a 3 punti	
8	Tracheostomia	fino a 2 punti	
9	Pielostomia	fino a 2 punti	
10	Colonstomia	1 punto	
11	PEG	1 punto	
12	CVC	1 punto	
13	TPN	1 punto	
14	Infusione spinale o peridurale	1 punto	
15	Altro	1 punto	
		TOTALE	

ALTRE INFORMAZIONI DI PRESA IN CARICO

Motivo prevalente del ricovero:	☐ clinico	☐ non clinico
Segno/sintomo clinico non diversamente controllabile (SS1):		
Segno/sintomo clinico non diversamente controllabile (SS1):		
Motivo non clinico alla base della presa in carico (MNC1):		
Motivo non clinico alla base della presa in carico (MNC1):		
Punteggio di Karnofsky:		

COMPILATORE

Nome e cognome:	UOC:
Mail:	Tel:
Data di compilazione:	Timbro e firma

Idoneità all'ingresso in Hospice a cura del palliativista valutatore	☐ Idoneo	☐ Non idoneo
Data:	Timbro e firma	

S.V.A.M.A. VALUTAZIONE SANITARIA

NOME:

DATA DI NASCITA:

SEDE DI VALUTAZIONE:

DATA:

CENNI ANAMNESTICI - PROBLEMI CRONICI IN ATTO

TRATTAMENTI IN ATTO:

ASSISTENZA INFERMERISTICA

	no	sì
Diabete insulino dipendente	0	5
Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico (≥75 mg. Furosemide pro die), alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	0	10
Cirrosi scompensate e altre forme di ascite con necessità come sopra elencate	0	10
Tracheostomia	0	5
Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al dì)	0	5
Sondino naso-gastrico, gastrostomia (PEG)	0	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale o terapia infusoria quotidiana	0	10
Catetere vescicale	0	5
Ano artificiale e/o ureterostomia	0	5
Nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine o terapia antalgica con oppioidi che richiede adeguamento della posologia	0	10
Ulcere distrofiche agli arti e/o altre lesioni della cute chirurgiche, traumatiche, oncologiche	0	5
TOTALE ASSISTENZA INFERMERISTICA	VIP	

SENSORIO E COMUNICAZIONE**LINGUAGGIO (COMPRESIONE)**

0 = normale	2 = comprensione non valutabile
1 = comprende solo frasi semplici	3 = non comprende

LINGUAGGIO (PRODUZIONE)

0 = parla normalmente	2 = si comprendono solo parole isolate
1 = linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero	3 = non si esprime

UDITO (eventualmente con protesi)

0 = normale	2 = grave deficit non correggibile
1 = deficit, ma udito adeguato alle necessità personali	3 = sordità completa

VISTA (eventualmente con occhiali)

0 = normale	2 = grave deficit non correggibile
1 = deficit, ma vista adeguata alle necessità personali	3 = cecità e bisogno di assistenza

CODIFICA PATOLOGIE - estratto ICPC

**INDICARE FINO A 3 PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A
DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA
(da utilizzare a cura del medico curante oppure in sede di UVMD)**

MALATTIE GENERALI

- | | |
|---|---|
| ☐ A07 Coma | ☐ A86 Effetti tossici da altre sostanze |
| ☐ A00 Sindrome ipocinetica | ☐ A87 Complicanza chirurgia / trattamento medico |
| ☐ A79 Carcinomatosi (sede primitiva sconosciuta) | ☐ A89 Conseguenze applicazione protesi |
| ☐ A80 Incidente / lesione traumatica NSA | ☐ A90 Anomalie multiple congenite |
| ☐ A81 Politraumatismo / lesioni interne | ☐ A97 Assenza di malattia |
| ☐ A82 Effetti tardivi di un trauma | ☐ A99 Altre malattie generali / non spec |
| ☐ A84 Avvelenamento da sostanza medicinale | |

SANGUE / LINFATICI / MILZA

- | | |
|--|---|
| ☐ B71 Linfadenite cronica / non specifica | ☐ B80 Anemia da carenza di ferro |
| ☐ B72 Morbo di Hodgkin | ☐ B81 Anemia perniciosa / da carenza folati |
| ☐ B73 Leucemia | ☐ B83 Porpora / difetti coagulazione / piastrine |
| ☐ B74 Altre neoplasie maligne | ☐ B87 Splenomegalia |
| ☐ B75 Neoplasie benigne / non spec | ☐ B90 Infezione da HIV (AIDS / ARC) |
| ☐ B78 Anemie emolitiche ereditarie | ☐ B99 Altra malattia sangue / linfatici / milza |
| ☐ B79 Altre anomalie congenite | |

SISTEMA DIGERENTE

- | | |
|--|---|
| ☐ D17 Incontinenza intestinale | ☐ D87 Disturbi funzione gastrica |
| ☐ D70 Diarrea infettiva / dissenteria | ☐ D88 Appendicite |
| ☐ D72 Epatite virale | ☐ D89 Ernia inguinale |
| ☐ D74 Neoplasie maligne stomaco | ☐ D90 Ernia diaframmatica / dello hiatus |
| ☐ D75 Neoplasie maligne colon / retto | ☐ D91 Altre ernie addominali |
| ☐ D76 Neoplasie maligne pancreas | ☐ D92 Malattia diverticolare |
| ☐ D77 Altre neoplasie maligne / non spec | ☐ D93 Sindrome del colon irritabile |
| ☐ D81 Anomalie congenite | ☐ D94 Enterite cronica / colite ulcerosa |
| ☐ D82 Malattie di denti / gengive | ☐ D95 Ragade anale / ascesso perianale |
| ☐ D83 Malattie di bocca / lingua / labbra | ☐ D96 Epatomegalia |
| ☐ D84 Malattie dell'esofago | ☐ D97 Cirrosi / altre malattie epatiche |
| ☐ D85 Ulcera duodenale | ☐ D98 Colecistite / colelitiasi |
| ☐ D86 Altre ulcere peptiche | ☐ D99 Altre malattie sistema digerente |

OCCHIO

- | | |
|---|---|
| ☐ F74 Neoplasie occhio / annessi | ☐ F91 Errori di rifrazione |
| ☐ F81 Altre anomalie oculari congenite | ☐ F92 Cataratta |
| ☐ F82 Distacco di retina | ☐ F93 Glaucoma |
| ☐ F83 Retinopatia | ☐ F94 Tutti i gradi / tipi di cecità |
| ☐ F84 Degenerazione della macula | ☐ F99 Altre malattie oculari |
| ☐ F85 Ulcera corneale (incl. erpetica) | |

ORECCHIO

- | | |
|---|--|
| ☐ H03 Tinnio / ronzio / tinnito | ☐ H83 Otosclerosi |
| ☐ H74 Oite cronica, altre infezioni orecchio | ☐ H84 Presbiacusia |
| ☐ H75 Neoplasie dell'orecchio | ☐ H86 Tutti i gradi di sordità NSA |
| ☐ H77 Perforazione membrana del timpano | ☐ H99 Altre malattie orecchio / mastoide |
| ☐ H82 Sindrome vertiginosa | |

SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO

- | | |
|--|---|
| ☐ K71 Febbre reumatica / cardiopatia | ☐ K86 Iperensione non complicata |
| ☐ K73 Anomalie congenite cuore / sistema circolatorio | ☐ K87 Iperensione coinvolgente organi bersaglio |
| ☐ K74 Angina pectoris | ☐ K88 Ipotensione posturale |
| ☐ K75 Infarto miocardico acuto | ☐ K89 Ischemia cerebrale transitoria |
| ☐ K76 Altre cardiopatie ischemiche / croniche | ☐ K90 Colpo / accidente cerebrovascolare |
| ☐ K77 Insufficienza cardiaca | ☐ K91 Aterosclerosi escl cuore / cervello |
| ☐ K78 Fibrillazione atriale / flutter | ☐ K92 Altre ostruzioni arteriose / mal vascolari periferiche |
| ☐ K79 Tachicardia parossistica | ☐ K93 Embolia polmonare |
| ☐ K80 Battiti ectopici tutti i tipi | ☐ K94 Flebite / tromboflebite |
| ☐ K82 Cuore polmonare cronico | ☐ K95 Vene varicose delle gambe (escl S97) |
| ☐ K83 Malattia valvolare cuore non reumatica NSA | ☐ K99 Altre malattie sistema circolatorio |
| ☐ K84 Altre malattie del cuore | |

SISTEMA MUSCOLOSCHIELETICO

- | | |
|---|--|
| ☐ L70 Infezioni | ☐ L83 Sindromi colonna cervicale |
| ☐ L71 Neoplasia | ☐ L84 Osteoartrite colonna |
| ☐ L72 Frattura radio / ulna | ☐ L85 Deformità acquisite della colonna |
| ☐ L73 Frattura tibia / fibula | ☐ L86 Lesione disc lombare / irradiazione |
| ☐ L74 Frattura ossa mano / piede | ☐ L88 Artrite reumatoide / condizioni affini |
| ☐ L75 Frattura femore | ☐ L89 Osteoartrite dell'anca |
| ☐ L76 Altra frattura | ☐ L90 Osteoartrite del ginocchio |
| ☐ L77 Distorsione e stiramento caviglia | ☐ L91 Altre osteoartrite |
| ☐ L78 Distorsione e stiramento ginocchio | ☐ L92 Sindromi della spalla |
| ☐ L79 Distorsione e stiramento altre articolazioni | ☐ L95 Osteoporosi |
| ☐ L80 Lussazione | ☐ L97 Lesione interna cronica del ginocchi |
| ☐ L81 Altre lesioni traumatiche | ☐ L98 Deformità acquisite degli arti |
| ☐ L82 Anomalie congenite | ☐ L99 Altre malattie sistema muscoloscheletrico |

SISTEMA NERVOSO

- | | |
|---|---|
| ☐ N17 Vertigine / capogiro (escl H82) | ☐ N85 Anomalie congenite |
| ☐ N19 Disturbi del linguaggio | ☐ N86 Sclerosi multipla |
| ☐ N70 Poliomielite / altri enterovirus | ☐ N87 Parkinsonismo |
| ☐ N71 Meningite / encefalite | ☐ N88 Epilessia tutti i tipi |
| ☐ N72 Tetano | ☐ N89 Emicrania |
| ☐ N73 Altre infezioni sistema nervoso | ☐ N90 Cefalea a grappolo |
| ☐ N74 Neoplasie maligne | ☐ N91 Paralisi facciale / paralisi di Bell |
| ☐ N75 Neoplasie benigne | ☐ N92 Nevralgia del trigemino |
| ☐ N76 Neoplasie non spec | ☐ N93 Sindrome del tunnel carpale |
| ☐ N79 Commozione cerebrale | ☐ N94 Altra nevrite periferica |
| ☐ N81 Altre lesioni traumatiche | ☐ N99 Altre malattie del sistema nervoso |

DISTURBI MENTALI / PSICOLOGICI

- | | |
|---|--|
| ☐ P13 Encopresi | ☐ P74 Disturbo d'ansia / stato ansioso |
| ☐ P15 Abuso cronico di alcool | ☐ P75 Disturbo isterico / ipocondriaco |
| ☐ P17 Abuso di tabacco | ☐ P76 Disturbo depressivo |
| ☐ P18 Abuso di medicinali | ☐ P77 Tentativo di suicidio |
| ☐ P19 Abuso di droghe | ☐ P78 Neurastenia / surmenage |
| ☐ P20 Disturbi di memoria / concentrazione | ☐ P79 Altro disturbo nevrotico |
| ☐ P70 Demenza senile / Alzheimer | ☐ P80 Disturbo di personalità |
| ☐ P71 Altra psicosi organica | ☐ P85 Ritardo mentale |
| ☐ P72 Schizofrenia tutti i tipi | ☐ P98 Altre / non spec psicosi |
| ☐ P73 Psicosi affettiva | ☐ P99 Altri disturbi mentali / psicologici |

SISTEMA RESPIRATORIO

- | | |
|---|--|
| ☐ R70 Tubercolosi respiratoria (escl A70) | ☐ R85 Altre neoplasie maligne |
| ☐ R80 Influenza(provata)senza polmonite | ☐ R89 Anomalie congenite sistema respiratorio |
| ☐ R81 Polmonite | ☐ R91 Bronchite cronica / bronchiectasie |
| ☐ R82 Tutte le pleuriti (escl R70) | ☐ R95 Enfisema / BPCO |
| ☐ R83 Altre infezioni del sistema respiratorio | ☐ R96 Asma |
| ☐ R84 Neoplasie maligne bronchi / polmone | ☐ R99 Altra malattia sistema respiratorio |

CUTE E ANNESSI

☐ S14 Ustioni / scottature	☐ S84 Impetigine
☐ S18 Lacerazione / taglio	☐ S85 Cisti pilonidale / fistola
☐ S19 Altre lesioni traumatiche pelle	☐ S87 Dermatite atopica / eczema
☐ S70 Herpes zoster	☐ S88 Dermatite da contatto / altro eczema
☐ S72 Scabbia ed altre infestazioni da acari	☐ S89 Esantema da pannolino
☐ S73 Pediculosi / altre infestazioni pelle	☐ S91 Psoriasi
☐ S74 Dermatofitosi	☐ S92 Disidrosi / mal ghiandole sudoripare
☐ S75 Moniliasi / candidosi (altre)	☐ S94 Unghia incarnita / altra malattie unghie
☐ S76 Altre malattie infettive pelle	☐ S97 Ulcera cronica pelle (incl varicosa)
☐ S77 Neoplasie maligne della pelle	☐ S98 Orticaria
☐ S80 Altre / non spec. neoplasie pelle	☐ S99 Altre malattie pelle / tessuto sottocutaneo

SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO E NUTRIZIONE

☐ T06 Anoressia nervosa / bulimia	☐ T86 Ipotiroidismo / mixedema
☐ T08 Calo di peso	☐ T87 Ipoglicemia
☐ T11 Disidratazione	☐ T90 Diabete mellito
☐ T71 Neoplasie maligne della tiroide	☐ T91 Carenza vitaminica / altro disturbo nutrizionale
☐ T73 Altre / non spec neoplasie	☐ T92 Gotta
☐ T82 Obesità (BMI ≥ 30)	☐ T93 Disturbi del metabolismo lipidico
☐ T83 Sovrappeso (BMI < 30)	☐ T99 Altre malattia endocrino metabolica nutrizionale
☐ T85 Iperitiroidismo / tireotossicosi	

SISTEMA URINARIO

☐ U04 Incontinenza urinaria	☐ U79 Altre neoplasie non spec tratto urinario
☐ U70 Pielonefrite / pielite acuta	☐ U85 Anomalie congenite tratto urinario
☐ U71 Cistite / altra infezione urinaria NSA	☐ U88 Glomerulonefrite / nefrosi
☐ U75 Neoplasie maligne del rene	☐ U95 Calcolo urinario di ogni tipo / sede
☐ U76 Neoplasie maligne della vescica	☐ U99 Altre malattia sistema urinario

SISTEMA GENITALE FEMMINILE

☐ X75 Neoplasie maligne della cervice	☐ X84 Vaginite / vulvite NSA
☐ X76 Neoplasie maligne della mammella	☐ X87 Prolasso uterovaginale
☐ X77 Altre neoplasie maligne	☐ X99 Altre malattie sistema genitale femminile
☐ X81 Altre / non spec neoplasie genit femminile	

SISTEMA GENITALE MASCHILE

☐ Y74 Orchite / epididimite	☐ Y78 Altre neoplasie maligne
☐ Y77 Neoplasie maligne prostata	☐ Y99 Altre malattie genit masch incl mamm

COMPILATORE

nome:

firma:

PREVENZIONE – TRATTAMENTO DECUBITI		VPIA
Rischio non elevato di lesioni da decubito	0	
Rischio elevato (*Exton Smith ≤ 10) o arrossamento o abrasione superficiale (gradi I-II)	10	
*Indice di Exton Smith per la valutazione del rischio di decubiti:		
CONDIZIONI GENERALI:		
Buone (4) Discrete (3) Scadenti (2) Pessime (1)		
STATO MENTALE:		
Lucido (4) Confuso (3) Apatico (2) Stuporoso (1)		
ATTIVITA':		
Normale (4) Cammina con aiuto (3) Costretto in sedia (2) Costretto a letto (1)		
MOBILITA':		
Normale (4) Leggermente limitata (3) Molto limitata (2) Immobile (1)		
INCONTINENZA:		
No (4) Occasionale (3) Urinaria abituale (2) Incontinenza doppia (1)		
TOTALE (il rischio è elevato se l'indice è ≤ 10):		
Presenza di 1 piaga (con interessamento del tessuto sottocutaneo - gradi III - IV)	15	
Presenza di 2 o più piaghe (almeno 2 con interessamento del sottocutaneo gradi III-IV)	25	

NOTE:

COMPILATORE NOMINATIVO: _____ FIRMA: _____
--

USO DEL GABINETTO	
Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o la padella, o il pappagalio, ma deve essere in grado di svuotarla e pulirla.	0
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	2
Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	5
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	8
Completamente dipendente.	10
TOTALE VALUTAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)VADL	

MOBILITÀ-INDICE DI BARTHEL		
TRASFERIMENTO LETTO – SEDIA o CARROZZINA (compilare anche in caso di paziente totalmente allettato)		
E' indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.		0
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.		3
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.		7
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.		12
Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico.		15
DEAMBULAZIONE (funzionalmente valida)	USO DELLA CARROZZINA (utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina)	
In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.		0
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.		3
Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione.		7
	Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.) L'autonomia deve essere > 50 m.	10
	Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.	11
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.	12
	Capace di spostarsi per brevi tratti su superfici piane, ma è necessaria assistenza per tutte le altre manovre.	14
Non in grado di deambulare autonomamente.		15
	Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.	15
SCALE		
In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed è in grado di portarli con sé durante la salita o discesa.		0
In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.)		2
Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione ed assistenza.		5
Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).		8
Incapace di salire e scendere le scale.		10
TOTALE VALUTAZIONE MOBILITÀ VMOB		

SITUAZIONE FUNZIONALE	
INDICE DI BARTHEL - Attività di Base (barrare per ogni area un unico punteggio)	
ALIMENTAZIONE	
Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	0
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc.. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.	2
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	5
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	8
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc).	10
BAGNO/DOCCIA (lavarsi)	
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.	0
Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.).	1
Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4
Totale dipendenza nel lavarsi.	5
IGIENE PERSONALE	
Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli.	0
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	1
Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	5
ABBIGLIAMENTO	
Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi.	0
Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	2
Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	5
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	8
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	10
CONTINENZA INTESTINALE	
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se neces.	0
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma; occasionali perdite.	2
Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.	5
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	8
Incontinente.	10
CONTINENZA URINARIA	
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni.	0
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	2
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario aiuto parziale nell'uso dei dispositivi.	5
Incontinente ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	8
Incontinente o catetere a dimora (sottolio, la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni.	10