



**DOMANDA D'INSERIMENTO IN HOSPICE**

**DATI ANAGRAFICI**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  M  F  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ STATO CIVILE \_\_\_\_\_ PROFESSIONE \_\_\_\_\_  
LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ DATA di NASCITA \_\_\_\_\_  
RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ VIA/P.ZZA \_\_\_\_\_ NR. \_\_\_\_\_  
DOMICILIO (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_

**FAMILIARI/PERSONE DI RIFERIMENTO**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
GRADO DI PARENTELA (indicare se coniuge, figlio o altro familiare) \_\_\_\_\_  
TELEFONO CELLULARE \_\_\_\_\_  
ALTRE PERSONE DI RIFERIMENTO \_\_\_\_\_  
**Tutela (barrare la relativa casella):**  Amministratore di Sostegno  Tutore  
Cognome e Nome del tutore legale \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
Caregiver  SI  NO  coincide con il familiare di riferimento  SI  NO

**Obiettivi di cura:**  controllo dei sintomi  supporto alla famiglia

**PROVENIENZA DEL PAZIENTE**

IL PAZIENTE ATTUALMENTE SI TROVA:  a domicilio  paziente ricoverato  altro (specificare) \_\_\_\_\_  
Richiesta proveniente da:  Struttura Sanitaria  MMG  Medico Specialista  altro \_\_\_\_\_  
**Struttura di provenienza (se paziente ricoverato):**  
Ospedale/Struttura sanitaria o socio-sanitaria \_\_\_\_\_  
Reparto \_\_\_\_\_  
Medico Referente del caso e recapito telefonico/mail \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PRELIMINARE**

Il malato è consapevole della diagnosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> parzialmente
Il malato è consapevole della prognosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> parzialmente
Il malato è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Il familiare è consapevole della diagnosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> parzialmente
Il familiare è consapevole della prognosi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> parzialmente
Il familiare è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		



**DOMANDA D'INSERIMENTO IN HOSPICE**

**SCHEDA MEDICA**

<b>Patologia principale</b>	<input type="checkbox"/> oncologica	<input type="checkbox"/> non oncologica
<b>Diagnosi</b> _____ _____		
<b>Estensione della malattia</b> _____		
<b>Infezioni in atto</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si, specificare tipologia _____	
<b>Il paziente è in trattamento con finalità palliative?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Se si, specificare tipo, durata e farmaci in uso) Tipo _____ Farmaci _____	
<b>Precedenti trattamenti attuati:</b> <input type="checkbox"/> chirurgia <input type="checkbox"/> chemioterapia <input type="checkbox"/> radioterapia <input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> altro _____		
<b>Comorbidità</b>	<input type="checkbox"/> cardiovascolari	<input type="checkbox"/> respiratorie
<input type="checkbox"/> metaboliche	<input type="checkbox"/> psichiatriche	<input type="checkbox"/> neurologiche
<input type="checkbox"/> nessuna	<input type="checkbox"/> altro _____	
<b>Terapia in atto:</b>   		

**SCHEDA DI VALUTAZIONE**

**Indice di Karnofsky**

<input type="checkbox"/> <b>100</b>	Paziente in salute	<input type="checkbox"/> <b>50</b>	Paziente che richiede frequenti cure mediche e può stare alzato per più del 50% della giornata
<input type="checkbox"/> <b>90</b>	Paziente con segni e sintomi di malattia tali da permettere un'attività lavorativa normale	<input type="checkbox"/> <b>40</b>	Paziente inabile richiede cure continue, allettato per più del 50% del giorno
<input type="checkbox"/> <b>80</b>	Paziente che svolge un'attività normale ma con fatica	<input type="checkbox"/> <b>30</b>	Paziente con indicazione a ricovero ospedaliero o ospedalizzazione a domicilio; supporto domiciliare intenso
<input type="checkbox"/> <b>70</b>	Paziente incapace di lavorare ma può badare a sé stesso	<input type="checkbox"/> <b>20</b>	Paziente con gravi compromissioni di funzione di organo (una o più) irreversibili
<input type="checkbox"/> <b>60</b>	Paziente incapace di lavorare e richiede assistenza per camminare	<input type="checkbox"/> <b>10</b>	Paziente moribondo



**DOMANDA D'INSERIMENTO IN HOSPICE**

**SINTOMI PRINCIPALI**

<b>Sintomi maggiori</b>			
<input type="checkbox"/> Dispnea	<input type="checkbox"/> Dolore	<input type="checkbox"/> Emorragie	<input type="checkbox"/> Agitazione psicomotoria/alterazioni cognitive
<b>Sintomi minori</b>			
<input type="checkbox"/> Astenia/fatica	<input type="checkbox"/> Febbre	<input type="checkbox"/> Disfagia	<input type="checkbox"/> Nausea/vomito
<input type="checkbox"/> Anoressia	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Stipsi	<input type="checkbox"/> Edemi
<input type="checkbox"/> Ansia	<input type="checkbox"/> Sopore	<input type="checkbox"/> Insonnia	<input type="checkbox"/> Prurito
<input type="checkbox"/> Mucosite	<input type="checkbox"/> Xerostomia	<input type="checkbox"/> Depressione	<input type="checkbox"/> Cefalea
<input type="checkbox"/> <b>Altri sintomi (specificare):</b>			

<b>PREVISIONE CLINICA DI SOPRAVVIVENZA</b>			
<input type="checkbox"/> Molto breve < 7 giorni	<input type="checkbox"/> Breve < 30 giorni	<input type="checkbox"/> Media < 90 giorni	<input type="checkbox"/> Lunga > 90 < 180 giorni

**PROBLEMATICHE ASSISTENZIALI**

Nutrizione artificiale	Parenterale	<input type="checkbox"/> Periferica	Catetere venoso centrale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> Centrale	Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Enterale	<input type="checkbox"/> SNG	Catetere spinale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PEJ	Drenaggi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ossigeno terapia	<input type="checkbox"/> Al bisogno		Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> Continuativa		Grado della LDP più grave: _____		
	<input type="checkbox"/> Non ossigenoterapia		Terapia trasfusionale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ventilazione meccanica a lungo termine	<input type="checkbox"/> Invasiva		Stomie:		
	<input type="checkbox"/> Non invasiva		<input type="checkbox"/> Colostomia		
	<input type="checkbox"/> Nessuna ventilazione		<input type="checkbox"/> Tracheostomia		
<input type="checkbox"/> Ureterostomia					
<input type="checkbox"/> Nefrostomia					
Altro (specificare):					



**DOMANDA D'INSERIMENTO IN HOSPICE**

**SITUAZIONE SOCIALE**

Convivente con malattie invalidanti	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Convivente alcolista	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Convivente con problemi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Convivente tossicodipendente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Persona sola	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Minori a carico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Problematiche familiari sociali	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Presenza di barriere all'uso degli ausili	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Famiglia in grado di fornire assistenza	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Abitazione non idonea all'assistenza	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Famiglia che necessita di aiuto	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Alloggio idoneo per la presenza del caregiver (se estraneo alla famiglia residente)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Famiglia incapace di fornire assistenza	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI			

**RUOLO DEI FAMILIARI**

<input type="checkbox"/> costante e attivo	<input type="checkbox"/> parzialmente attivo	<input type="checkbox"/> occasionale, su richiesta	<input type="checkbox"/> inconsistente
--	--	--	--



**DOMANDA D'INSERIMENTO IN HOSPICE**

**Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-IT™) \***

**Lo SPICT-IT™ è una guida per aiutare i medici di assistenza primaria e gli specialisti ospedalieri nell'identificazione dei pazienti affetti da una o più patologie in fase avanzata, a rischio di peggioramento e morte. Lo SPICT-IT™ aiuta a riconoscere la presenza di bisogni non soddisfatti attraverso la valutazione delle cure e dell'assistenza in atto e l'analisi dei segni clinici di aggravamento.**

**Ricercate la presenza di indicatori generali di grave compromissione o di peggioramento delle condizioni di salute.**

Ricovero (i) ospedaliero (i) non programmato (i)

Performance Status basso oppure in peggioramento, con limitata reversibilità (es. la persona rimane a letto o in poltrona per più di metà giornata).

Dipendenza dall'assistenza degli altri a causa di problemi fisici e/o cognitivi in progressivo peggioramento.

La persona che assiste il paziente necessita di maggiore aiuto e supporto.

Progressiva perdita di peso; persistente sottopeso; massa muscolare ridotta.

Sintomi persistenti nonostante il trattamento ottimale della/e patologia/e di base.

La persona (o la sua famiglia) chiede di ricevere cure palliative; sceglie di ridurre, sospendere o non iniziare nuovi trattamenti; oppure desidera concentrarsi sulla qualità di vita.

**Ricercate la presenza di indicatori clinici di una o più patologie a prognosi infausta.**

<b>Cancro</b>	<b>Patologia cardiaca/vascolare</b>	<b>Patologia renale</b>
<input type="checkbox"/> Deterioramento delle capacità funzionali dovuto alla progressione del cancro.	<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco o malattia coronarica estesa, non trattabile, con affanno o dolore toracico a riposo o per sforzi lievi.	<input type="checkbox"/> Insufficienza renale cronica stadio 4 o 5 (eGFR <30ml/min) con deterioramento delle condizioni cliniche.
<input type="checkbox"/> Le condizioni generali non consentono di iniziare o continuare trattamenti oncologici specifici oppure la terapia in atto è finalizzata unicamente al controllo dei sintomi.	<input type="checkbox"/> Malattia vascolare periferica severa ed inoperabile.	<input type="checkbox"/> Insufficienza renale che complica altre patologie a prognosi infausta oppure complica la somministrazione di altri trattamenti. <input type="checkbox"/> La dialisi viene sospesa oppure non viene iniziata.
<b>Demenza/fragilità</b>	<b>Patologia respiratoria</b>	<b>Patologia epatica</b>
<input type="checkbox"/> Incapacità di vestirsi, camminare o mangiare senza aiuto. <input type="checkbox"/> La persona mangia e beve meno; ha difficoltà nella deglutizione.	<input type="checkbox"/> Patologia polmonare cronica severa con affanno a riposo o per sforzi lievi tra gli episodi di riacutizzazione.	<input type="checkbox"/> Cirrosi con una o più delle seguenti complicanze nell'ultimo anno: • ascite resistente ai diuretici • encefalopatia epatica • sindrome epatorenale • peritonite batterica • sanguinamento ricorrente da varici.
Incontinenza urinaria e fecale <input type="checkbox"/> Non in grado di comunicare verbalmente; interazione sociale scarsa. <input type="checkbox"/> Cadute frequenti; frattura del femore.	<input type="checkbox"/> Ipossia persistente, con necessità di ossigenoterapia a lungo termine. <input type="checkbox"/> Pregressa ventilazione meccanica (invasiva o non) per insufficienza respiratoria, oppure ventilazione controindicata.	<input type="checkbox"/> Il trapianto di fegato non è possibile.
<input type="checkbox"/> Episodi febbrili ricorrenti o infezioni; polmonite da aspirazione.		
<b>Patologia neurologica</b>	<b>Altre patologie</b>	
<input type="checkbox"/> Progressivo deterioramento delle funzioni fisiche e/o cognitive, nonostante la terapia ottimale <input type="checkbox"/> Disturbi della parola con deterioramento progressivo della comunicazione e/o della deglutizione.	<input type="checkbox"/> Peggioramento e rischio di morte a causa di altre patologie o complicanze irreversibili; qualsiasi trattamento avrà scarso beneficio.	
<input type="checkbox"/> Polmonite da aspirazione ricorrente; affanno o insufficienza respiratoria.	<b>Rivalutare l'assistenza e le cure in atto. Pianificare il percorso di assistenza e cura.</b> Rivalutate i trattamenti in atto (farmacologici e non) affinché il paziente riceva cure ottimali; minimizzate la polifarmacoterapia.	
<input type="checkbox"/> Paralisi persistente a seguito di accidente cerebrovascolare, con significativa perdita funzionale e disabilità permanente.	Considerate la possibilità di richiedere una valutazione specialistica se i sintomi o gli altri problemi sono complessi e difficili da gestire. Condividete con il paziente e la sua famiglia il percorso di assistenza e cura, attuale e futuro. Supportate i familiari che assistono il paziente. Pianificate precocemente il percorso di assistenza e cura, se prevedete la perdita della capacità decisionale. Registrate in cartella clinica, comunicate e coordinate il percorso di assistenza e cura.	

\*Fonte: The SPICT-IT™ (Italian) has been developed by Antea Associazione Onlus Research Team in collaboration with Italian colleagues with experience in Primary Palliative Care. Casale G, Magnani C, Fanelli R, et al. Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™): content validity, feasibility and pre-test of the Italian version. BMC Palliative Care 19, 79 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00584-3>

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

Timbro e Firma del Medico compilatore \_\_\_\_\_