



## HOSPICE "SANTA MARGHERITA"

ASP PAVIA - via Emilia, 12  
responsabile: Mauro Carbone  
studio medico: 0382.381250  
infermeria: 0382.381728

ufficio ricoveri: tel. 0382.381211, fax 0382.381218, mail [spedalitaidr@asppavia.it](mailto:spedalitaidr@asppavia.it)



### SCHEDA PER RICOVERO IN HOSPICE

#### SINTESI ANAGRAFICA

|              |  |           |  |
|--------------|--|-----------|--|
| NOME         |  | COGNOME   |  |
| DATA NASCITA |  | RESIDENZA |  |

#### SINTESI DIAGNOSTICA

|   |  |    |  |
|---|--|----|--|
| 1 |  | 5  |  |
| 2 |  | 6  |  |
| 3 |  | 7  |  |
| 4 |  | 8  |  |
| 9 |  | 10 |  |

#### TERAPIA IN ATTO

|   |  |    |  |
|---|--|----|--|
| 1 |  | 6  |  |
| 2 |  | 7  |  |
| 3 |  | 8  |  |
| 4 |  | 9  |  |
| 5 |  | 10 |  |

#### RECAPITI PAZIENTE o CAREGIVER (nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_)

|            |  |            |  |
|------------|--|------------|--|
| telefono 1 |  | telefono 2 |  |
| e-mail     |  | fax        |  |

#### RECAPITI PAZIENTE RICOVERATO

|            |  |            |  |
|------------|--|------------|--|
| reparto    |  | ospedale   |  |
| telefono 1 |  | telefono 2 |  |
|            |  | fax        |  |

#### MEDICO CURANTE

|               |  |          |  |
|---------------|--|----------|--|
| ospedaliero   |  | telefono |  |
| MMG           |  | telefono |  |
| palliativista |  | telefono |  |

#### IDENTIFICAZIONE DI PAZIENTI CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE (da DGR XI/1046/2018)

|  |                          |                          |                          |                          |                          |          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| Saresti sorpreso se il paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?                        | SI                       | <input type="checkbox"/> | NO                       | <input type="checkbox"/> |                          |          |
| Prognosi stimata:  | <input type="checkbox"/> | <30 giorni               | <input type="checkbox"/> | < 3 mesi                 | <input type="checkbox"/> | > 3 mesi |
| Appropriatezza del percorso di cure palliative?  | SI                       | <input type="checkbox"/> | NO                       | <input type="checkbox"/> |                          |          |
| Condivisione e dichiarata volontà del paziente e del care-giver di accedere al percorso? | SI                       | <input type="checkbox"/> | NO                       | <input type="checkbox"/> |                          |          |

#### QUADRO CLINICO GENERALE: GRAVITA' E INSTABILITA'

|   |                          |                          |                          |                          |                            |            |                          |                  |                          |             |    |                          |    |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|------------|--------------------------|------------------|--------------------------|-------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Malnutrizione e/o denutrizione:   |                          |                          |                          |                          |                            |            |                          |                  |                          |             |    |                          |    |                          |
| ➤ severità = albumina serica < 2.5 g/dl   |                          |                          |                          | SI                       | <input type="checkbox"/>   | NO         | <input type="checkbox"/> |                  |                          |             |    |                          |    |                          |
| ➤ progressione = perdita di peso > 10% in 6 mesi  |                          |                          |                          | SI                       | <input type="checkbox"/>   | NO         | <input type="checkbox"/> |                  |                          |             |    |                          |    |                          |
| ➤ percezione clinica di deterioramento nutrizionale persistente, progressivo, irreversibile |                          |                          |                          | SI                       | <input type="checkbox"/>   | NO         | <input type="checkbox"/> |                  |                          |             |    |                          |    |                          |
| Marcatori funzionali:   |                          |                          |                          |                          |                            |            |                          |                  |                          |             |    |                          |    |                          |
| ➤ severità = dipendenza funzionale grave e persistente (Barthel<25, ECOG<2, Karnofsky<50)   |                          |                          |                          | SI                       | <input type="checkbox"/>   | NO         | <input type="checkbox"/> |                  |                          |             |    |                          |    |                          |
| ➤ progressione = perdita di 2 ADL nonostante corretto intervento terapeutico                |                          |                          |                          | SI                       | <input type="checkbox"/>   | NO         | <input type="checkbox"/> |                  |                          |             |    |                          |    |                          |
| ➤ percezione clinica di deterioramento funzionale persistente, progressivo, irreversibile   |                          |                          |                          | SI                       | <input type="checkbox"/>   | NO         | <input type="checkbox"/> |                  |                          |             |    |                          |    |                          |
| Marcatori di fragilità:   |                          |                          |                          |                          |                            |            |                          |                  |                          |             |    |                          |    |                          |
| - dolore  | <input type="checkbox"/> | - dispnea                | <input type="checkbox"/> | - cadute                 | <input type="checkbox"/>   | - astenia  | <input type="checkbox"/> | - insonnia       | <input type="checkbox"/> |             |    |                          |    |                          |
| - disfagia  | <input type="checkbox"/> | - infezioni              | <input type="checkbox"/> | - decubiti               | <input type="checkbox"/>   | - delirium | <input type="checkbox"/> | - vomito/diarrea | <input type="checkbox"/> |             |    |                          |    |                          |
| Stress emotivo  | SI                       | <input type="checkbox"/> | NO                       | <input type="checkbox"/> | Contesto sociale difficile | SI         | <input type="checkbox"/> | NO               | <input type="checkbox"/> | Comorbidità | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Ulteriori fattori di utilizzo risorse:  |                          |                          |                          |                          |                            |            |                          |                  |                          |             |    |                          |    |                          |
| ➤ ≥2 ricoveri urgenti/non programmati in ospedale nell'ultimo anno                          |                          |                          |                          | SI                       | <input type="checkbox"/>   | NO         | <input type="checkbox"/> |                  |                          |             |    |                          |    |                          |
| ➤ necessità di cure complesse/intense continue, sia a domicilio che in istituto di cura     |                          |                          |                          | SI                       | <input type="checkbox"/>   | NO         | <input type="checkbox"/> |                  |                          |             |    |                          |    |                          |



# HOSPICE "SANTA MARGHERITA"

ASP PAVIA - via Emilia, 12  
responsabile: Mauro Carbone  
studio medico: 0382.381250  
infermeria: 0382.381728

ufficio ricoveri: tel. 0382.381211, fax 0382.381218, mail [spedalitaidr@asppavia.it](mailto:spedalitaidr@asppavia.it)

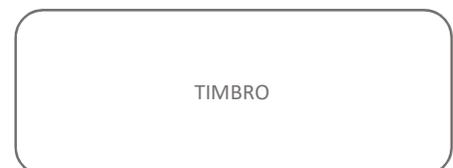


| QUADRI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITA' E DI PROGRESSIONE   |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>➤ MALATO ONCOLOGICO</b>   | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                |
| neoplasia metastatica in stadio IV   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| scarsa risposta o controindicazione a trattamento specifico, rapida progressione, mts in organi vitali   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Palliative Performance Status < 50%  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sintomi disturbanti, persistenti e scarsamente controllati da trattamento specifico  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante il trattamento ottimale e tollerato  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>➤ MALATO CARDIOLOGICO</b>   | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                |
| insufficienza cardiaca NYHA IV   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| FE gravemente ridotta (FE<35%) o ipertensione polmonare severa (PaP < 60 mmHg)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| insufficienza renale grave (GFR < 30%)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ricoveri ospedalieri ricorrenti (> 3 in 12 mesi) per scompenso cardiaco/cardiopatia ischemica  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante il trattamento ottimale e tollerato  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>➤ MALATO CON BPCO GRAVE</b>   | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                |
| dispnea a riposo   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ostruzione severa (FEV1 < 30%) o deficit restrittivo severo (CV forzata < 40%)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| insufficienza cardiaca sintomatica   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ricoveri ospedalieri ricorrenti (<3 in 12 mesi) per riacutizzazioni  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante il trattamento ottimale e tollerato  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>➤ MALATO NEFROPATICO CRONICO GRAVE</b>  | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                |
| IRC grave (GFR < 15) in pazienti in cui trapianto o terapia sostitutiva sono controindicati  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>➤ MALATO EPATOPATICO CRONICO GRAVE</b>  | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                |
| cirrosi avanzata Child-Pugh C, MELD-score > 30 o con una delle seguenti complicanze refrattaria al trattamento farmacologico in assenza di indicazioni al trapianto o TIPS: ascite, sindrome epatorenale, emorragia digestiva alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HCC in stadio Barcellona Clinic Liver Cancer C o D   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>➤ MALATO COLPITO DA STROKE</b>  | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                |
| demenza severa post-stroke, lesioni da decubito in stadio III/IV, antibioticotera per > 7 gg   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| durante la fase acuta (<3 mesi): stato vegetativo persistente  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| durante la fase cronica (> 3 mesi) complicanze ripetute (p. ab ingestis, pielonefrite, febbre persistente)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>➤ MALATO NEUROLOGICO CRONICO (sclerosi multipla, Parkinson, malattia del motoneurone)</b>   | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                |
| progressivo deterioramento della funzione fisica/cognitiva nonostante la terapia ottimale  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sintomi complessi e di difficile controllo   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| disturbi del linguaggio e della deglutizione   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| polmonite ab ingestis ricorrente, insufficienza respiratoria   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>➤ MALATO CON DEMENZA</b>  | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                |
| criteri di gravità: dipendenza severa, incontinenza doppia, incapacità di comunicare (< 6 parole)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| criteri di progressione: perdita di 2 ADL negli ultimi 6 mesi non dovuta a eventi acuti, disfagia o rifiuto del cibo in pazienti che non riceveranno nutrizione artificiale  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ricoveri ripetuti (>3 in 12 mesi) per complicazioni intercorrenti: p. ab ingestis, pielonefriti, setticemie...   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NB: nella formulazione della lista di attesa costituiscono criteri di priorità:

- setting di cura (i pazienti domiciliari con sintomi difficili/refrattari hanno la priorità su quelli ricoverati)
- grado di appropriatezza
- data di presentazione della domanda

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_



TIMBRO