

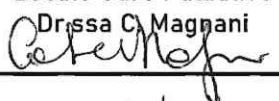
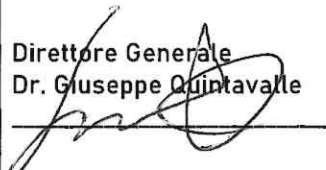
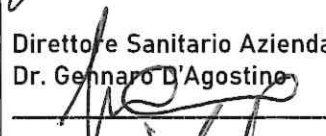
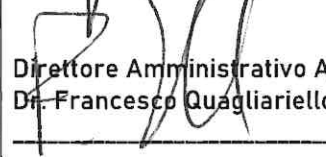
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	REGIONE LAZIO ASL ROMA 1 AREA GOVERNO DELLA RETE RETE LOCALE CURE PALLIATIVE COORDINATORE DI RETE: DR.SSA CATERINA MAGNANI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA GENERALE: GESTIONE AUDIT DELLA RLCP PER IL MONITORAGGIO E IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA' DEI PROCESSI CLINICI E ORGANIZZATIVI	REV. 0 DEL 25/3/2025 PAG. 1 DI 17 PG RLCP 02

REV.	DATA	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
Rev. 0	25/03/2025	GdL	Direttore Area Governo della Rete Dr.ssa R. Lucchetti  Coordinatore Rete Locale Cure Palliative Dr.ssa C. Magnani  Data: 16/04/2025	Direttore Generale Dr. Giuseppe Quintavalle  Direttore Sanitario Aziendale Dr. Gennaro D'Agostino  Direttore Amministrativo Aziendale Dr. Francesco Quagliariello 

Gruppo di Lavoro

Dott.ssa Caterina Magnani, Coordinatore Rete Locale Cure Palliative

Dott.ssa Michela Broccolo, Dirigente Medico UOC ARO

Dott.ssa Patrizia Latorre, Oncologo Unità Cure Palliative Aziendali

Dott.ssa Sara Cicchetti, Dirigente Medico, Unità Cure Palliative Aziendali

Dott.ssa Cristina Borghesi, Infermiera referente Unità Cure Palliative Aziendali

Dott.ssa Michela Marzella, Infermiera Unità Cure Palliative Aziendali

Dott.ssa S. Greghini, F.O. Risk Management UOC Risk Management

INDICE

1. PREMESSA	3
2. OBIETTIVO	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	3
4. ABBREVIAZIONI	3
5. MODALITA' OPERATIVE	4
5.1 PIANIFICAZIONE DEGLI AUDIT.....	4
5.2 CONDUZIONE DEGLI AUDIT	4
6. ALLEGATI	6
7. BIBLIOGRAFIA E NORMATIVA	7

1. PREMESSA

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è un'aggregazione funzionale integrata delle attività di Cure Palliative (CP) erogate nei diversi setting assistenziali in un territorio, alla quale corrisponde, tra le altre, la funzione di adottare sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati. Nell'ambito del Coordinamento della RLCP della ASL Roma 1 (Del. CS 1674 del 24/12/2024) sono rappresentati i diversi nodi della RLCP come da indicazioni del DCA 360/2016: Hospice, Unità di CP Aziendale, Ospedale, Distretto Sanitario, Assistenza Farmaceutica, Assistenza Primaria/Medicina Generale, Servizio Sociale.

Nella RLCP della ASL Roma 1 sono accreditati 4 hospice che erogano CP specialistiche disponendo attualmente di 101 posti letto residenziali e 404 posti di assistenza domiciliare.

Il DCA 360 del 2016 "Indirizzi per l'implementazione della Rete Locale di Cure Palliative" definisce, tra le funzioni del Coordinamento aziendale della RLCP, quella di promuovere sistemi di valutazione e di miglioramento della qualità delle cure palliative erogate e di monitorare le prestazioni, residenziali e domiciliari, anche attraverso l'utilizzo di indicatori quali-quantitativi della rete di cure palliative, inclusi gli standard di cui al Decreto Ministeriale n. 43 del 22 febbraio 2007. Si identifica l'audit (dal latino "audire" ascoltare) come strumento di intervento per il monitoraggio e il miglioramento continuo della qualità delle cure nella RLCP della ASL Roma 1, in particolare si utilizza l'audit clinico come mezzo più adeguato ad adattare le procedure operative alla pratica clinica. Si tratta di una iniziativa condotta da clinici (medici, infermieri ed altri professionisti sanitari) dell'Unità di Cure Palliative Aziendale, che mira a migliorare la qualità e gli esiti dell'assistenza attraverso una revisione strutturata (regolare e sistematica), per mezzo della quale i clinici esaminano la propria attività e i propri risultati in confronto a standard espliciti e la modificano se necessario

Nel presente documento si descrive il percorso sistematizzato di discussione e miglioramento degli aspetti assistenziali e organizzativi nell'ambito della RLCP.

2. OBIETTIVO

L'obiettivo della procedura è il miglioramento continuo della qualità dei percorsi di cura nell'ambito dei nodi della Rete Locale di Cure Palliative della ASL Roma 1.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura è applicabile a tutti i nodi della rete locale di cure palliative della ASL Roma 1, che comprendono:

- Ospedale: cure palliative ospedaliere.
- Ambulatorio: servizi ambulatoriali di cure palliative.
- Hospice: strutture residenziali per la cura di pazienti con malattia terminale.
- Domicilio: servizi di cure palliative domiciliari

4. ABBREVIAZIONI

RLCP: Rete Locale di Cure Palliative

CP: Cure Palliative

DCA: Decreto Commissario Ad Acta

GESTIONE AUDIT DELLA RLCP PER IL MONITORAGGIO E IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA' DEI PROCESSI CLINICI E ORGANIZZATIVI	PG RLCP 02	Rev. 0 del 25/03/2025	pag. 3 di 17
---	------------	-----------------------	--------------

SGQ: Sistema Gestione Qualità

UCPA: Unità di Cure Palliative Aziendale

AKPS: versione australiana adattata per le cure palliative del Karnofsky Performance Status

OACC: Outcome Assessment and Complexity Collaborative Suite of Measures

IPOS: Integrated Palliative Care Outcome Scale

ESAS-r: Revised-Edmonton Symptoms Assessment Scale

5. MODALITA' OPERATIVE

Si prevede la realizzazione di audit nell'ambito della RLCP per la discussione ed il miglioramento sia di aspetti assistenziali (audit clinici) che organizzativi.

Si descrivono a seguire le diverse fasi operative:

- Pianificazione degli Audit
- Conduzione degli Audit
- Monitoraggio

5.1 PIANIFICAZIONE DEGLI AUDIT

Il Coordinatore della RLCP provvede, in condivisione con i componenti della UCPA e con il Direttore dell'Area Governo della Rete e della UOC Accreditamento Rete di Offerta, a programmare la calendarizzazione annuale degli audit per la discussione e il miglioramento degli aspetti assistenziali e organizzativi dei percorsi di CP (allegato 1), a seguito degli esiti del riesame annuale da parte della medesima direzione.

Si definisce che vengano effettuati almeno 1 audit clinico/anno per ogni nodo della RLCP dove vengono erogate Cure Palliative Specialistiche (> 4 audit clinici/anno) almeno 1 audit/anno con gli altri nodi della RLCP.

Nella fase di preparazione dell'audit si analizzano le priorità derivanti dal riesame della direzione e si definisce il team di audit. I documenti che rappresentano lo standard di riferimento rispetto al tema dell'audit, sono i criteri ex DCA 469/2017, ex DGR Lazio 50/2025, nonché linee guida, raccomandazioni, procedure operative.

La nota di convocazione di ogni audit deve riportare l'obiettivo, la data, le attività previste, la sede, il gruppo di conduzione e l'auditor responsabile.

La documentazione necessaria per la realizzazione dell' audit viene prediposta e condivisa per tempo dal team di conduzione.

5.2 CONDUZIONE DEGLI AUDIT

Il gruppo di conduzione dell'audit, all'interno del quale viene individuato un auditor responsabile, discute con i partecipanti all'audit del nodo della rete, le tematiche previste dal programma e analizza la rispondenza agli standard, segnalando eventuali non conformità e possibilità di miglioramento. Nell'ambito di ciascun audit effettuato presso i nodi che erogano CP specialistiche (Hospice accreditati) si prevede che il gruppo di conduzione effettui la visita diretta dei pazienti ricoverati presso l'hospice residenziale da almeno 90 giorni e/o di un campione randomizzato di almeno il 12% dei pazienti accolti presso l'hospice.

Per la raccolta dati, nell'ambito delle rivalutazioni si utilizza la scheda di monitoraggio già in uso dall'UCPA (allegato 2) integrata con strumenti validati per la misurazione dei sintomi (ESAS-r –

allegato 3) e della qualità di vita (IPOS- allegato 4) e, di volta in volta, con strumenti standard relative al tema dell'audit. Poiché la valutazione dell'efficacia e della qualità degli interventi di cure palliative non può prescindere da una valutazione degli esiti raggiunti nell'assistenza del singolo, si stabilisce che venga utilizzata la OACC come suite di strumenti validati, affidabili e clinicamente adeguati. Gli strumenti fondamentali dell'OACC sono: IPOS, l'AKPS e la Phase of Illness (allegato 5). Nel corso degli audit che coinvolgono i nodi che erogano cure palliative specialistiche, la discussione prevede:

- la rivalutazione degli esiti dell'audit precedente con verifica dell'efficacia delle azioni correttive e/o preventive nel miglioramento degli aspetti organizzativi e dei percorsi assistenziali
- la rivalutazione dell'appropriatezza del setting assistenziale, la condivisione di strategie per favorire l'attuazione del miglior percorso di transitional care, se indicato, e la definizione delle attività da intraprendere.
- l'analisi di confronto tra la misurazione degli esiti del gruppo di conduzione dell'audit e la misurazione dei sintomi, della qualità di vita e della fase di malattia secondo quanto descritto in cartella clinica dal team dell'hospice
- l'identificazione di aree di potenziale miglioramento di aspetti organizzativi e assistenziali
- la condivisione di strategie di miglioramento di aspetti organizzativi e assistenziali con riferimento a: utilizzo sistematico di strumenti validati e aderenza alle procedure di gestione dei sintomi, delle linee guida e/o delle indicazioni delle società scientifiche di riferimento, rilevazione del disagio psicosociale, nonché aderenza alle procedure per la discussione e la risoluzione dei dilemmi etici.

Il gruppo di conduzione dell'audit elabora il verbale di riunione secondo un format predefinito (allegato 6).

Per quanto riguarda gli audit che coinvolgono gli altri nodi della RLCP, i possibili punti di partenza, nella selezione del tema da sottoporre, sono ascrivibili a tre scenari:

- un evento sentinella che innesci la necessità di un "topic-audit" relativo alle prestazioni assistenziali (misura del divario tra ciò che si sarebbe dovuto o potuto fare e quello che è accaduto)
- la raccolta e l'analisi dei dati relativi al contesto hanno fatto emergere potenziali criticità che devono essere valutate alla luce dell'esistenza o meno di prove di efficacia (e relative raccomandazioni).
- la pubblicazione di nuove linee-guida o raccomandazioni ha determinato la necessità di introdurre cambiamenti nella prassi esistente nel proprio contesto. In questo caso, prima di avviare l'audit, è necessario valutare la qualità complessiva delle raccomandazioni e, in linea generale, quanto modificherebbero la prassi esistente.

In base al tema dell'audit, si definisce una scheda raccolta dati che consenta il confronto con lo standard di riferimento. Si effettua l'analisi e la valutazione dei dati raccolti; a cura dell'auditor responsabile è redatto un rapporto di audit che viene condiviso con il gruppo e discusso con i partecipanti all'audit.

Nell'analisi dei risultati si valuta lo scostamento di quanto analizzato dallo standard di riferimento e si discutono proposte di miglioramento e di superamento delle eventuali criticità evidenziate. Si definisce così un piano d'azione e di supporto al cambiamento "Piano di Miglioramento" che illustri gli obiettivi, gli strumenti, la tempistica e i risultati attesi.

GESTIONE AUDIT DELLA RLCP PER IL MONITORAGGIO E IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA' DEI PROCESSI CLINICI E ORGANIZZATIVI	PG RLCP 02	Rev. 0 del 25/03/2025	pag. 5 di 17
---	------------	-----------------------	--------------

Si arriva quindi fase di "implementazione del cambiamento", momento in cui vengono attuate le nuove strategie con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza delle pratiche clinico-assistenziali e/o organizzative.

5.3 RIVALUTAZIONE E MONITORAGGIO

Nelle settimane/mesi successivi alla conduzione degli audit sarà necessario verificare l'impatto dell'audit come strumento di miglioramento, ricercando le evidenze dell'avvenuta implementazione delle proposte condivise.

6. ALLEGATI

ALLEGATO 1: Calendario PIANO ANNUALE DEGLI AUDIT

ALLEGATO 2: modulo visita diretta di monitoraggio CP

ALLEGATO 3: ESAS-r

ALLEGATO 4: IPOS Vers 2 Questionario per il malato

ALLEGATO 5 Phase of Illness versione italiana

ALLEGATO 6:

7. BIBLIOGRAFIA E NORMATIVA

- DM 77 del 23/5/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
- DCA 360 del 16/11/2016 "Indirizzi per l'implementazione della Rete Locale di Cure Palliative"
- DGR 214 del 21/04/2022. Disposizioni in ambito delle cure palliative e terapia del dolore. Recepimento dell'Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 103/CSR del 9 luglio 2020 e degli Accordi Stato-Regioni, Rep Atti n. 118/CSR e 119/CSR del 27 luglio 2020 e Rep. Atti n. 30/CSR del 25 marzo 2021.
- Veronese S. La versione italiana di OACC: dalla valutazione dei bisogni alla pianificazione delle cure palliative. Riv It Cure Palliative 2020;22(3):147-158
- Beronciani D et al. Audit Clinico: uno strumento per favorire il cambiamento. Dalla Collana "Contributi per il Governo Clinico" a cura di Roberto Grilli. Vol 7. Prima ed. Dic.2014.
- Manuale L'Audit Clinico Ministero della Salute, Dip. Della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Maggio 2011.
- Principles for Best Practice in Clinical Audit. 2002 National Institute for Clinical Excellence

ALLEGATO 1: Calendario PIANO ANNUALE DEGLI AUDIT

Gruppo di conduzione dell'audit	Nodo della RLCP	Data prevista

Compilato da: Case Manager RLCP (data e firma).....

Approvato da: Responsabile della RLCP (data e firma):.....

Allegato 2: modulo visita diretta di monitoraggio CP



Modulo visita diretta di monitoraggio CP

Data _____

Sig./Sig.ra _____ Data nascita _____

Cognome

Nome

Via/Piazza _____ Cap _____

Caregiver _____ Tel _____ Cell _____

Erogatore: ☐ Antea ☐ S. Antonio da Padova ☐ S. Francesco Caracciolo ☐ Gemelli Medical Center

☐ Altro Hospice (specificare) _____

Regime assistenziale: ☐ Domiciliare ☐ Residenziale

Data di presa in carico _____

Precedenti valutazioni per accesso/proroga/monitoraggio: ☐ Sì (data) _____ ☐ No

Personale della struttura presente alla valutazione: ☐ Sì ☐ No

Condizioni clinico-assistenziali al momento della valutazione

Diagnosi _____

Comorbidità _____

Metastasi ☐ Sì ☐ No Sede _____

Karnofsky Performance Status _____

Coscienza ☐ Vigile e orientato S/T ☐ Vigile e non orientato S/T ☐ Soporoso

Autonomia ☐ Autonomo ☐ Parzialmente dipendente ☐ Totalmente dipendente

Mobilità ☐ Si sposta da solo (e/o con ausili) ☐ Si sposta assistito ☐ Non si sposta

Disturbi cognitivo-comportamentali ☐ Assenti ☐ Lievi ☐ Moderati ☐ Gravi

Infezioni in atto ☐ No ☐ Sì (specificare) _____

Chemio/radioterapia palliativa in atto ☐ No ☐ Sì (specificare) _____

PROBLEMATICHE ASSISTENZIALI

Lesioni da pressione: ☐ Assenti ☐ I stadio ☐ II stadio ☐ III stadio ☐ IV stadio Sede _____

Altre lesioni ☐ Neoplastiche ☐ Vascolari ☐ Altro Sede _____

Nutrizione: ☐ Fisiologica ☐ Enterale con SNG ☐ Enterale con PEG ☐ Parenterale

Stomie: ☐ Assenti ☐ Colon/Ileo/Digiunostomia ☐ Nefro/Urostomia ☐ Altro _____

Catetere vescicale: ☐ Sì ☐ No

CVC/Port/PICC/Midline: ☐ Sì ☐ No

Ossigenoterapia: ☐ Sì ☐ No

Ventilazione meccanica ☐ Nessuna ☐ Invasiva _____ ☐ Non invasiva

SINTOMI
Dolore ☐ Assente ☐ Lieve (1-4) ☐ Moderato (5-6) ☐ Severo (7-10)

Tipologia dolore ☐ Nocicettivo somatico ☐ Nocicettivo viscerale ☐ Neuropatico ☐ Misto

Sede dolore _____

	Descrizione	Punteggio
Risparmio <small>(riduzione della comportamenti)</small>	Normale	0
	Risparmio a tratti alterato (breve periodo di iperventilazione)	1
	Risparmio alterato (per interruzione Chapiro-Robert)	2
Vocalizzazione	Nessuna	0
	Occlusione labiale. Sussurri espressioni negative	1
	Parlato ridotti. Lamentelli. Pianto	2
Espressione faciale	Sorriso o inappetenza	0
	Fronte ansioso contratto	1
	Sorriso	2
Impegno del corpo	Rilascio	0
	Tono. Movimento nervoso. Irritabilità	1
	Rigidità. Agitazione. Gesticolazione. Movimento abissistico, a tratti	2
Comportamento	Non riuscito di consolazione	0
	Disubbidienza o opposizione da parte di lui/lei	1
	Incontinenza, non si discute con il caso cura	2

Astenia/Fatigue ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____ **Agitazione**
psico-motoria ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____

Anoressia ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____

Ansia ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____

Depressione ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____

Sonnolenza ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____

Insonnia ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____

Malessere ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderato ☐ Severo _____

Delirium ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderato ☐ Severo _____

Dispnea ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____

Tosse ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____

Xerostomia ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____

Disfagia ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____

Nausea e Vomito ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderato ☐ Severo _____

Stipsi: ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____

Diarrea ☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Severa _____

Ittero: ☐ Sì ☐ No **Versamento pleurico:** ☐ Sì ☐ No **Ascite:** ☐ Sì ☐ No

Rettorragia: ☐ Sì ☐ No **Melena:** ☐ Sì ☐ No **Edemi declivi:** ☐ Sì ☐ No

Note:

Esito valutazione
☐ Prosegue domiciliarietà ☐ Prosegue residenzialità ☐ Attiva altro setting ☐ Altro _____

Valutazione effettuata: ☐ Documentale ☐ Documentale + Colloquio telefonico ☐ Visita diretta

Équipe CP ASL Roma 1
Équipe CP Hospice
Medico _____

Medico _____

Infermiere _____

Infermiere _____

Allegato 3: ESAS-r

Sistema di valutazione dei sintomi di Edmonton (versione rivista) (ESAS-R)

Fai un cerchio sul numero che meglio descrive come ti senti ORA:

Nessun dolore	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior dolore possibile
Nessuna stanchezza (stanchezza = mancanza di energia)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior stanchezza possibile
Nessuna sonnolenza (sonnolenza = aver voglia di dormire)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior sonnolenza possibile
Nessuna nausea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior nausea possibile
Nessuna mancanza di appetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior mancanza di appetito possibile
Nessun respiro affannoso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior respiro affannoso possibile
Nessuna depressione (depressione = sensazione di tristezza)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior depressione possibile
Nessuna ansia (ansia = sentirsi nervosi)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior ansia possibile
Maggior benessere (benessere = stato di salute generale)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Minor benessere possibile
Nessun _____ Altro problema (ad esempio, costipazione)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior _____ possibile

Nome paziente _____

Data _____ Ora _____

Completato da (selezionare una casella):

- ☐ Paziente
☐ Assistente familiare
☐ Assistente sanitario professionista
☐ Con l'aiuto dell'assistente

Allegato 4: IPOS Vers 2 Questionario per il malato

POS, Versione 2:

QUESTIONARIO DA SOTTOPORRE AL MALATO

Nome del paziente: data compilazione questionario:

Data di nascita: Scheda POS n°:

Luogo:

Per favore, risponda alle seguenti domande mettendo una crocetta vicino alla risposta che meglio descrive come si è sentito. Le sue risposte ci aiuteranno a curare meglio lei e gli altri assistiti. Grazie.

1 Durante gli ultimi 3 giorni, ha avuto dolore?

- ☐ 0 No, per niente
- ☐ 1 Leggero- ma non mi ha disturbato tanto da dover essere trattato
- ☐ 2 Moderato- il dolore ha limitato alcune attività
- ☐ 3 Forte- ha seriamente impedito sia le attività che la capacità di concentrarmi
- ☐ 4 Spaventoso- non ero capace di pensare ad altro

2 Durante gli ultimi tre giorni, sono comparsi altri sintomi (ad es. nausea, tosse, stitichezza) in misura tale da disturbarla?

- ☐ 0 No, per niente
- ☐ 1 Leggeri
- ☐ 2 Moderati
- ☐ 3 Forti
- ☐ 4 Spaventosi

3 Durante gli ultimi 3 giorni, si è sentito in ansia o spaventato per la sua malattia o per le terapie?

- ☐ 0 No, Per niente
- ☐ 1 Qualche volta
- ☐ 2 Abbastanza spesso - qualche volta mi ha impedito di pensare ad altro
- ☐ 3 Per la maggior parte del tempo - spesso mi ha impedito di pensare ad altro
- ☐ 4 Non riuscivo a pensare ad altro - sono stato totalmente in ansia e spaventato

4 Durante gli ultimi 3 giorni, qualche suo familiare o amico è stato in ansia o spaventato per lei?

- ☐ 0 No, per niente
- ☐ 1 Qualche volta
- ☐ 2 Abbastanza spesso - facevano fatica a pensare ad altro
- ☐ 3 Per la maggior parte del tempo
- ☐ 4 Sì, sono in ansia e spaventati in ogni momento

5 Durante gli ultimi 3 giorni, sono state date informazioni a Lei e/o ai suoi familiari o amici?

- ☐ 0 Sono stato pienamente informato, o per lo meno ho ricevuto risposte a tutto ciò che ho chiesto – mi sono sempre sentito libero di chiedere informazioni

- ☐ 1 Mi sono state date informazioni, ma non sempre sono riuscito a capirle bene
- ☐ 2 Mi sono state date informazioni solo quando lo chiedevo, ma avrei voluto saperne di più
- ☐ 3 Poche, ed alcune mie domande sono state evitate
- ☐ 4 Assolutamente nessuna informazione, nemmeno quando chiedevo

6 Durante gli ultimi 3 giorni, ha potuto condividere i suoi stati d'animo con familiari o amici?

- ☐ 0 Sì, tutte le volte che lo desideravo
- ☐ 1 Molto spesso
- ☐ 2 Qualche volta
- ☐ 3 Raramente
- ☐ 4 No, mai, con nessuno

7 Durante gli ultimi tre giorni, si è sentito depresso?

- ☐ 0 No, mai
- ☐ 1 Raramente, solo in alcuni momenti
- ☐ 2 Sì, qualche volta
- ☐ 3 Sì, per la maggior parte del tempo
- ☐ 4 Sì, sempre

8 Durante gli ultimi tre giorni, si è sentito bene con se stesso – si è sentito soddisfatto di sé come persona?

- ☐ 0 Sì, sempre
- ☐ 1 Sì, per la maggior parte del tempo
- ☐ 2 Sì, qualche volta
- ☐ 3 Raramente
- ☐ 4 No, mai

9 Durante gli ultimi tre giorni, quanto tempo le è stato fatto perdere inutilmente per disguidi relativi all'assistenza ed alle cure della sua malattia (attese per trasporti in e da l'ospedale, attese per visite, per esami ecc.)?

- ☐ 0 Non ho perso nemmeno un minuto
- ☐ 2 Mi è stato fatto sprecare del tempo, **meno** di mezza giornata complessivamente
- ☐ 4 Mi è stato fatto sprecare del tempo, **più** di mezza giornata complessivamente

10 Durante gli ultimi tre giorni, si è riusciti a sistemare qualche suo problema pratico, personale o finanziario, derivante dalla malattia?

- ☐ 0 Ogni problema pratico è stato sistemato e queste cose stanno andando esattamente come avrei voluto
- ☐ 2 Tutti i problemi sono in corso di sistemazione

- ☐ 4 Ci sono problemi che non sono stati sistemati
- ☐ 0 Non avevo nessun problema pratico che dovesse essere sistemato

11 Quale è stato il suo problema principale (di qualsiasi natura) durante gli ultimi tre giorni (SE c'è stato un problema..)?

- 1
- 2

12 Come ha compilato questo questionario?

- ☐ 0 Da solo
- ☐ 1 Mi sono fatto aiutare da un familiare (o da un amico)
- ☐ 2 Mi ha aiutato un membro della equipe che mi cura

IPOS Vers 2 Versione per l'équipe

POS, Versione 2

QUESTIONARIO PER L'EQUIPE

Nome del paziente: data compilazione questionario:

Data di nascita: Scheda POS n°:

Luogo:

Per favore, risponda alle seguenti domande mettendo una crocetta vicino alla risposta che meglio descrive come si è sentito il paziente. Grazie.

1 Durante gli ultimi 3 giorni, il paziente ha avuto dolore?

- ☐ 0 No, per niente
- ☐ 1 Leggero- ma non lo ha disturbato tanto da dover essere trattato
- ☐ 2 Moderato- il dolore ha limitato alcune attività
- ☐ 3 Forte- ha seriamente impedito sia le attività che la capacità di concentrarsi
- ☐ 4 Spaventoso- non era assolutamente in grado di concentrarsi

2 Durante gli ultimi tre giorni, sono comparsi altri sintomi (ad es. nausea, tosse, stitichezza) in misura tale da disturbarlo?

- ☐ 0 No, per niente
- ☐ 1 Leggeri
- ☐ 2 Moderati
- ☐ 3 Forti
- ☐ 4 Spaventosi

3 Durante gli ultimi 3 giorni, il paziente si è sentito in ansia o spaventato per la sua malattia o per le terapie?

- ☐ 0 No, Per niente
- ☐ 1 Qualche volta
- ☐ 2 Abbastanza spesso - qualche volta gli ha impedito di concentrarsi
- ☐ 3 Per la maggior parte del tempo - spesso gli ha impedito di concentrarsi
- ☐ 4 Non riusciva a pensare ad altro - è stato sempre totalmente in ansia e spaventato

4 Durante gli ultimi 3 giorni, qualche familiare o amico del paziente è stato in ansia o spaventato per lui?

- ☐ 0 No, per niente
- ☐ 1 Qualche volta
- ☐ 2 Abbastanza spesso - davano l'impressione che facessero fatica a pensare ad altro
- ☐ 3 Per la maggior parte del tempo
- ☐ 4 Sì, erano totalmente in ansia e spaventati in ogni momento

5 Durante gli ultimi 3 giorni, sono state date informazioni al malato e/o ai suoi familiari o amici?

- ☐ 0 E' stato pienamente informato, o per lo meno ha ricevuto risposte complete a tutto ciò che ha chiesto – il paziente si è sempre sentito libero di chiedere informazioni
- ☐ 1 Gli sono state date informazioni, ma non sempre è riuscito a capirle bene
- ☐ 2 Gli sono state date informazioni solo quando le chiedeva, ma avrebbe voluto saperne di più
- ☐ 3 Poche, ed alcune domande sono state evitate
- ☐ 4 Assolutamente nessuna informazione, nemmeno quando le chiedeva

6 Durante gli ultimi 3 giorni, il paziente ha potuto condividere i suoi stati d'animo con familiari o amici?

- ☐ 0 Sì, tutte le volte che lo desiderava
- ☐ 1 Molto spesso
- ☐ 2 Qualche volta
- ☐ 3 Raramente
- ☐ 4 No, mai, con nessuno

7 Durante gli ultimi tre giorni, il paziente ha dato l'impressione di sentirsi depresso?

- ☐ 0 No, mai
- ☐ 1 Raramente, solo in alcuni momenti
- ☐ 2 Sì, qualche volta
- ☐ 3 Sì, per la maggior parte del tempo
- ☐ 4 Sì, sempre

8 Durante gli ultimi tre giorni, il paziente ha dato l'impressione di essersi sentito bene con se stesso – di essersi sentito soddisfatto di sé come persona?

- ☐ 0 Sì, sempre
- ☐ 1 Sì, per la maggior parte del tempo
- ☐ 2 Sì, qualche volta
- ☐ 3 Raramente
- ☐ 4 No, mai

9 Durante gli ultimi tre giorni, quanto tempo gli è stato fatto perdere inutilmente per disguidi relativi all'assistenza ed alle cure della sua malattia (attese per trasporti in e da l'ospedale, attese per visite, per esami ecc.)?

- ☐ 0 Non ha perso nemmeno un minuto
- ☐ 2 Gli è stato fatto sprecare del tempo, **meno** di mezza giornata complessivamente
- ☐ 4 Gli è stato fatto sprecare del tempo, **più** di mezza giornata complessivamente

10 Durante gli ultimi tre giorni, il paziente è riuscito a sistemare qualche suo problema pratico, personale o finanziario, derivante dalla sua malattia?

- ☐ 0 Ogni suo problema pratico è stato sistemato e queste cose stanno andando esattamente come avrebbe voluto
- ☐ 2 Tutti i suoi problemi pratici sono in corso di sistemazione
- ☐ 4 Ci sono problemi pratici che non sono stati sistemati
- ☐ 0 Non aveva nessun problema pratico che dovesse essere sistemato

11 Quale è stato il problema principale (di qualsiasi natura) del paziente durante gli ultimi tre giorni (SE c'è stato un problema..)?

- 1
- 2

12 Quale è l'ECOG del paziente?

(0= completamente attivo; 1=attività limitata; 2=ambulatoriale; 3=parzialmente autosufficiente; 4=completamente non autosufficiente)



Allegato 5: Phase of Illness versione italiana

Tabella 1. Lo strumento Fase di malattia in italiano.

Fase di malattia	Il paziente è in questa fase se...	La fase termina quando...
Stabile	<ul style="list-style-type: none"> I problemi ed i sintomi del paziente sono adeguatamente controllati dal PAI in atto Ulteriori provvedimenti atti a mantenere l'adeguato controllo dei sintomi e la qualità della vita del paziente sono stati pianificati La situazione dei familiari\CG è relativamente stabile e non emergono nuovi problemi non affrontati 	I bisogni del paziente e/o dei familiari\CG non sono soddisfatti e questo richiede una revisione del PAI
Instabile	<p>È necessaria una urgente revisione del PAI o un trattamento di emergenza A CAUSA della</p> <ul style="list-style-type: none"> comparsa di un nuovo problema che non era stato evidenziato nel PAI in atto, E/O il paziente manifesta un peggioramento nella severità di un problema già noto, E/O Compiono problemi ai familiari\CG che impattano sulla cura-assistenza del paziente 	<ul style="list-style-type: none"> Il nuovo PAI è in atto, è stato rivalutato e non sono necessarie modifiche all'attuale strategia di cura. Questo non significa che il sintomo o la situazione di crisi debbano essere completamente risolti o scomparsi, ma c'è una chiara diagnosi ed un PAI stabilito (STABILE - DETERIORAMENTO) Oppure la morte è prevedibile nel giro di pochi giorni (MORENTE)
Deterioramento	<p>Il PAI sta affrontando i bisogni rilevati, ma richiede revisioni periodiche a causa</p> <ul style="list-style-type: none"> dello scadimento del PSK o del peggioramento costante di alcuni problemi già esistenti e non modificabili E/O compiono nuovi problemi che erano già stati previsti, ma non risolvibili E/O i familiari\CG riferiscono il peggioramento di problemi assistenziali che impattano sulla cura-assistenza del paziente. 	<ul style="list-style-type: none"> Il paziente si stabilizza (STABILE) Oppure è necessaria una urgente revisione del PAI o un trattamento di emergenza E/O compiono nuovi problemi ai familiari\CG che impattano sulla cura-assistenza del paziente (INSTABILE) Oppure la morte è prevedibile nel giro di pochi giorni (MORENTE)
Morente	Il paziente verosimilmente morirà in pochi giorni	<ul style="list-style-type: none"> Il paziente muore Oppure cambiano le condizioni per cui la morte non è più un evento prevedibile nel giro di pochi giorni (STABILE - DETERIORAMENTO)
Deceduto	Il paziente è morto; il supporto al lutto è stato fornito ai familiari\CG ed è documentato in cartella	Il caso è chiuso

Abbreviazioni: PAI – Piano di Assistenza Individualizzato; CG – Caregiver; PSK – Karnofsky Performance Status

Allegato 6: Format verbale registrazione audit

 ASL ROMA 1	REGIONE LAZIO ASL ROMA 1 AREA DI GOVERNO DELLA RETE RETE CURE PALLIATIVE COORDINATORE: DOTT.SSA C. MAGNANI	 REGIONE LAZIO
	MODULO REGISTRAZIONE AUDIT	REV. 0 DEL _____ PAG. 1 DI 1 RLCP MR AUDIT

RAPPORTO DI AUDIT

Verbale n°. 1

Data

Data

Sede:

Auditor responsabile:

Gruppo di conduzione dell'audit:

Partecipanti

Obiettivi e argomenti esaminati

Verbale audit

Conclusioni

Firma del Coordinatore RLCP: _____

Firma dell'auditor responsabile: _____

I risultati del presente Audit sono stati notificati a

Firma per ricevimento

