



Università degli Studi di Ferrara

**CdL Magistrale in SCIENZE RIABILITATIVE DELLE
PROFESSIONI SANITARIE**

a.a. 2015-2016

MISURE DI PROCESSO E DI ESITO IN AMBITO RIABILITATIVO

Francesca Piraccini

Fisioterapista - Ausl della Romagna

PhD in Epidemiologia e Sociologia delle Disuguaglianze della salute

Responsabile Ufficio Ricerca AIFI Er

e-mail: francesca.piraccini@unife.it

Obiettivo

Mettervi in grado di **verificare** e **mostrare** la qualità dell'attività di cui vi occupate

Capturing the difference we make



Argomenti trattati

Definizioni

Indicatori di processo e di esito

Indicatori utilizzati in riabilitazione

Scelta o costruzione di un indicatore

Caratteristiche e Interpretazione dell'indicatore

Lavorare con Excel

riabilitazione

Una serie di misure volte ad aiutare le persone che vivono (o che potrebbero sperimentare) la disabilità a raggiungere e mantenere una funzionalità ottimale in interazione con l'ambiente

disabilità

Termine 'ombrello' che copre le menomazioni, le limitazioni delle attività e le restrizioni della partecipazione, sottolineando gli aspetti negativi dell'interazione tra un individuo e i fattori del contesto di quell'individuo

riabilitazione

- ▶ **Fondamentale per permettere alle persone che hanno una disabilità e le cui funzioni sono limitate di rimanere o ritornare alle proprie case o alla propria comunità, di vivere autonomamente, di partecipare alla vita civile, al mercato del lavoro o all'educazione.**

L'accesso alla riabilitazione può diminuire le conseguenze di una malattia o di una lesione, può migliorare la salute e la qualità della vita e può ridurre l'utilizzo dei sistemi sanitari.

riabilitazione

comprende due strategie, una centrata sulla persona, finalizzata a sviluppare abilità (skills) e l'altra (ecologica) volta a sviluppare le risorse ambientali per ridurre gli stressors potenziali o le barriere esistenti

Obiettivi

- recupero di una competenza funzionale che, per ragioni patologiche, è andata perduta;
- evocazione di una competenza che non è comparsa nel corso dello sviluppo;
- necessità di porre una barriera alla regressione funzionale cercando di modificare la storia naturale della malattia
- ridurre i fattori di rischio e dominare la progressione delle malattie cronicamente degenerative;
- possibilità di reperire formule facilitanti alternative

processo

- ▶ **quello che l'organizzazione fa per rispondere all'input e produrre l'output**
- ▶ **Sequenza reale di azioni ed eventi finalizzati al raggiungimento di un obiettivo. Le azioni (attività e compiti) sono quelle effettivamente svolte dai membri dell'organizzazione (ad es. dagli operatori di un servizio) per esplicitare le loro funzioni**
- ▶ **secondo asse della teoria del Miglioramento Continuo di Qualità**
- ▶ **è utile distinguere tra processo organizzativo e processo professionale**

processo organizzativo

- ▶ **volume di prestazioni (ricoveri, giornate di degenza, visite ambulatoriali o domiciliari)**
- ▶ **tempi di attesa per le prestazioni**
- ▶ **coordinamento ed integrazione delle prestazioni**
- ▶ **continuità dell'assistenza**
- ▶ **appropriatezza generica (dove sono effettuate le prestazioni: ricovero, day-hospital...)**
- ▶ **attività di supporto: effettuazione delle attività formative, di valutazione e miglioramento della qualità, manageriali**

processo professionale

- ▶ **appropriatezza specifica: uso delle prestazioni efficaci per le persone, situazioni e tempi per cui sono indicate**
- ▶ **correttezza di esecuzione**
- ▶ **tempestività e precocità delle prestazioni, per ottimizzarne l'efficacia**
- ▶ **comportamenti dei professionisti attenti e rispettosi verso gli utenti e i care-giver**

Categoria più importante: non ha senso fare con efficienza cose inutili o dannose

risultato

- ▶ raggiungimento degli obiettivi strutturali

*istituzione di un ufficio qualità,
realizzazione dell'impianto di aria
condizionata negli ambulatori...*

- ▶ raggiungimento degli obiettivi di processo

*diminuzione della degenza media,
rilevazione di indicatori di buona qualità,
maggiore accuratezza delle diagnosi...*

esito

- ▶ **terzo asse della teoria del Miglioramento Continuo di Qualità**
- ▶ **finale di salute (riduzione della disabilità, della restrizione alla partecipazione sociale, dell'incidenza di conflitti o di cadute,...)**
- ▶ **intermedio (modificazioni biologiche, del comportamento o dell'ambiente); da utilizzare solo se sicuramente o molto probabilmente associati con gli esiti finali**
- ▶ **soddisfazione degli utenti**

misura e informazione

- ▶ un dato diventa un'informazione quando è capace di modificare la probabilità delle decisioni
- ▶ per monitorare l'attività in corso e orientare i cambiamenti ci servono delle misurazioni

Misurare senza cambiare è uno spreco

Cambiare senza misurare è scervellato

- ▶ per mostrare e dimostrare le nostre attività e i risultati ottenuti ci servono delle misurazioni

indicatore

- ▶ un parametro capace di fornire un'informazione sintetica relativa ad uno specifico fenomeno, che possa risultare utile ai potenziali utenti
- ▶ variabile misurabile che serve a confrontare un fenomeno nel tempo e nello spazio o rispetto ad un obiettivo da raggiungere o mantenere

numero di infezioni ospedaliere, numero di comunicatori forniti a malati di SLA, numero delle ore di training in terapia di gruppo svolte dagli operatori di una comunità terapeutica....

Rappresenta numericamente il fenomeno, ma non permette di esprimere giudizi di valore

indice

- ▶ un numero che esprime il variare dell'intensità di un dato fenomeno in circostanze diverse
- ▶ rapporto tra una mera grandezza (indicatore) e una entità di riferimento

wikipedia

tasso di mortalità infantile

tasso di disoccupazione....

Spesso i termini 'indice' e 'indicatore' vengono utilizzati come sinonimi

Permette di esprimere giudizi

indicatori

- ▶ **informazioni cruciali e selezionate che servono a misurare cambiamenti in relazione a bisogni prioritari e permettono di monitorare specifici aspetti di politica sanitaria o di fattori rilevanti alla determinazione di politiche sanitarie o correlate**

indicatori

- ▶ vengono selezionati, tra i tanti possibili, sulla base di **ipotesi, valori, obiettivi** dei soggetti che intendono usarli a **scopo descrittivo, valutativo o predittivo**.
- ▶ Gli indicatori infatti devono essere utili a leggere e interpretare la realtà, facilitare previsioni, progettare interventi, formulare giudizi, consentire decisioni.

Beccastrini S, Gardini A, Tonelli S. Piccolo Dizionario della Qualità. Centro Scientifico Ed., 2001

Capturing the difference we make
Community-based Rehabilitation Indicators Manual



Community-based Rehabilitation Indicators (WHO)

BACKGROUND

Community-based Rehabilitation (CBR) has evolved over the past few decades as a fundamental component of community development, implemented in over 100 countries worldwide. CBR was initially a strategy to increase access to rehabilitation services in resource-constrained settings, but is now a multisectoral approach working to equalize opportunities and social inclusion of people with disabilities while combating the perpetual cycle of poverty and disability. However, CBR has long lacked a strong evidence base, hindered in part by the absence of standardized indicators. This manual addresses these needs and responds to the call of the *WHO Global Disability Action Plan 2014–2021* to “strengthen collection of relevant and internationally comparable data on disability and support research on disability and related services”.

Community-based Rehabilitation Indicators (WHO)

WHO and the International Disability and Development Consortium (IDDC) have worked together to develop the indicators presented in this manual that capture the difference CBR makes in the lives of people with disabilities in the communities where it is implemented. This manual presents these (base and supplementary) indicators and provides simple guidance on collecting the data needed to inform them. The indicators have been developed to show the difference between people living with a disability and their families and those without disabilities in relation to the information reported in the indicators. This comparability provides valuable information to CBR managers, donors and government agencies alike, which can be used to guide decision-making, support advocacy and improve accountability. Further, the ability of the indicators to provide a comparison of the populations of persons with disability to persons without disability aligns with the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), which states that persons with disability have equal rights to those without disabilities.

Community-based Rehabilitation Indicators (WHO)

Primo lavoro di gruppo

Nel manuale troviamo tre esempi di applicazione degli indicatori (case studies).

Caso 1, fisioterapisti, logopedisti e ortottisti.

Caso 2, terapeuti occupazionali e tecnici della riabilitazione psichiatrica

Caso 3, educatori professionali e terapeuti della neuro psicomotricità

Leggete il caso, poi lo esponete a tutta la classe

esempio - Community-based Rehabilitation Indicators (WHO)

Figure 2. Base and supplementary indicators of each component of the CBR matrix

	HEALTH	EDUCATION	LIVELIHOOD	SOCIAL	EMPOWERMENT
BASE INDICATORS	<p>% of people with disabilities who:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rate their health as good or very good - rate their experience of being treated with respect and dignity by health service providers as good or very good 	<p>% of children with disabilities attending or completing primary education</p> <p>% of youth with disabilities attending or completing secondary education</p> <p>% of people with disabilities:</p>	<p>% of people with disabilities who:</p> <ul style="list-style-type: none"> - are self-employed or own-account workers - are working for wages or salary with an employer - have enough money to meet their needs 	<p>% of people with disabilities who feel valued as individuals by members of their community</p>	<p>% of people with disabilities who get to make informed choices and decisions</p>
SUPPLEMENTARY INDICATORS	<p>% of people with disabilities who:</p> <ul style="list-style-type: none"> - know that physical activity and eating habits influence their health - receive recommended health check-ups - have access to medical care - needed medical care in the last 12 months but did not get it - have the experience of being involved in making decisions for their treatment - have access to rehabilitation services - needed rehabilitation services in the last 12 months but did not get them - have access to assistive products appropriate to their needs - are using assistive devices and know how to maintain them 	<ul style="list-style-type: none"> - attending or completing higher education - who have educational or vocational options after obtaining their educational certificate or degree - who have professional training - who acquire education in mainstream education facilities <p>% of children with disabilities aged 36–59 months who are participating in early childhood education activities</p> <p>% of people with disabilities who use life-long learning opportunities to improve their life skills</p>	<p>% of people with disabilities who:</p> <ul style="list-style-type: none"> - get to make decisions about how to use their money - know how to access financial services - know how to access social protection measures - are covered by social protection programmes 	<p>% of people with disabilities who:</p> <ul style="list-style-type: none"> - make their own decisions about the personal assistance they need - make their own decisions about their personal relationships - participate in artistic, cultural or religious activities - participate in mainstream recreational, leisure and sports activities - know their legal rights - know how to access mechanisms of justice 	<p>% of people with disabilities who:</p> <ul style="list-style-type: none"> - know and exercise their rights - have the communication skills to express their wishes and objections effectively - have a role in shaping their communities to achieve equal opportunities for all - engage in local or national politics and in civil society organizations - actively engage in and benefit from self-help groups - feel that they are adequately represented by DPOs

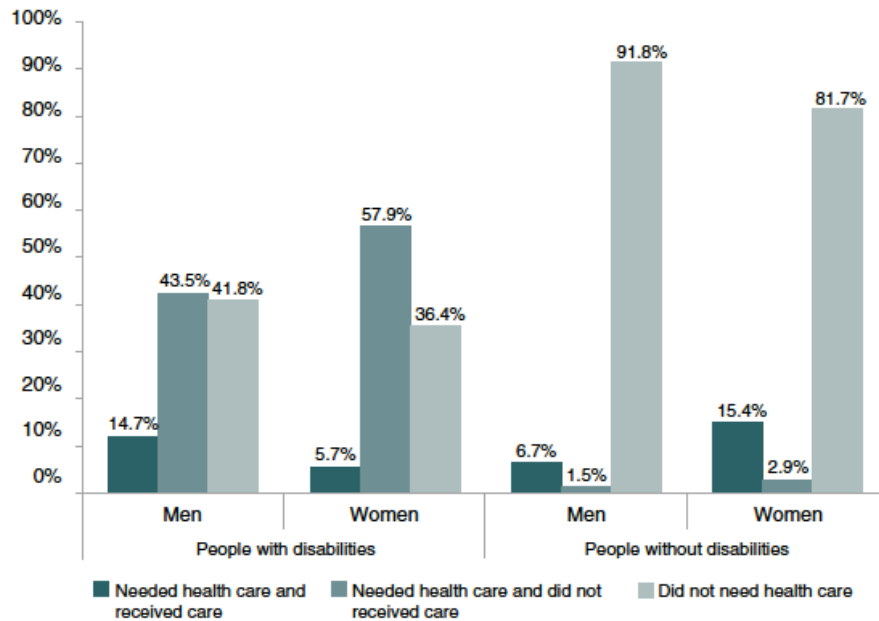
**Indicators compare people with disabilities with those without disabilities, except those pertaining to assistive devices, rehabilitation and disabled people's associations (DPOs).*



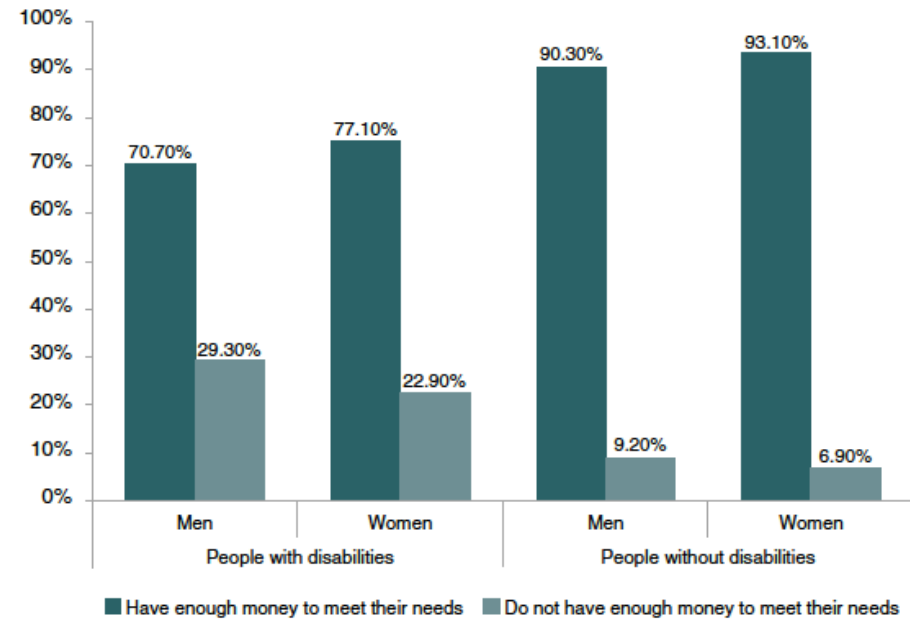
Caso 1

Attività a domicilio, verificarsi di crisi epilettiche

Graph 1. Results from the indicator on access to health care: in the last 12 months, has there been a time when you needed health care but did not get that care?



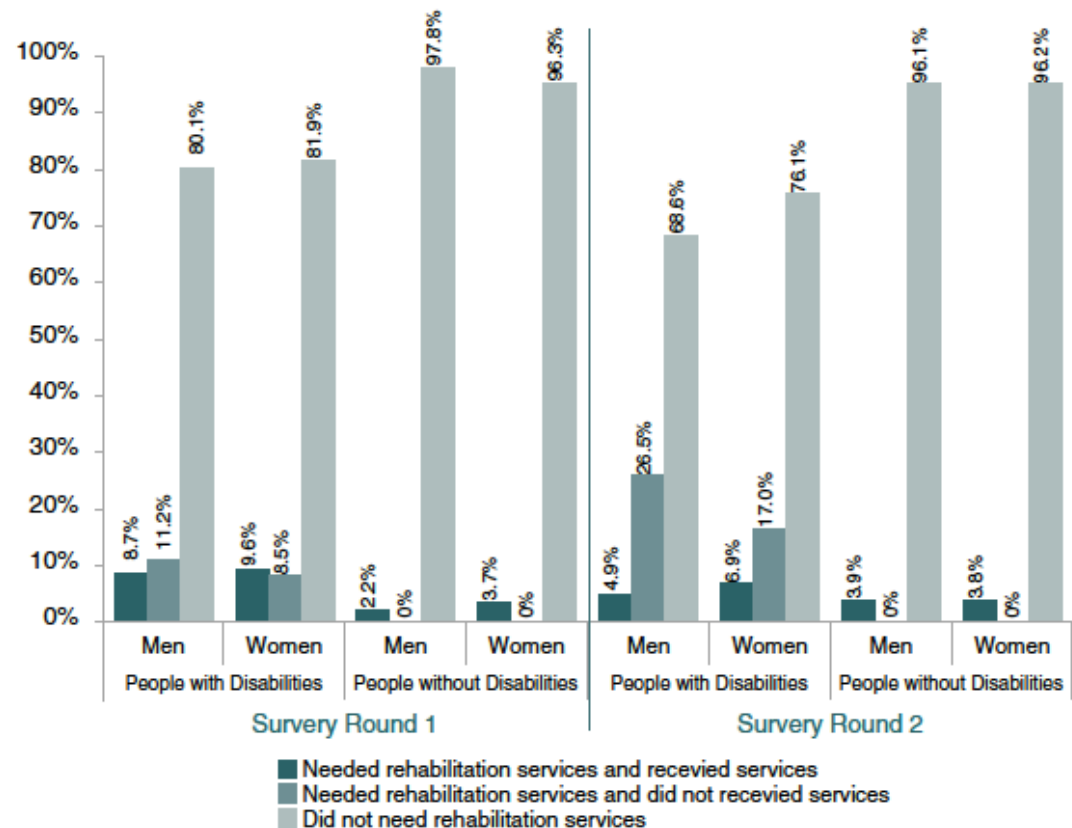
Graph 2. Results from the question on livelihood: do you have enough money to meet your needs?



Caso 2

Dare inizio ad un programma di riabilitazione comunitaria in un Comune

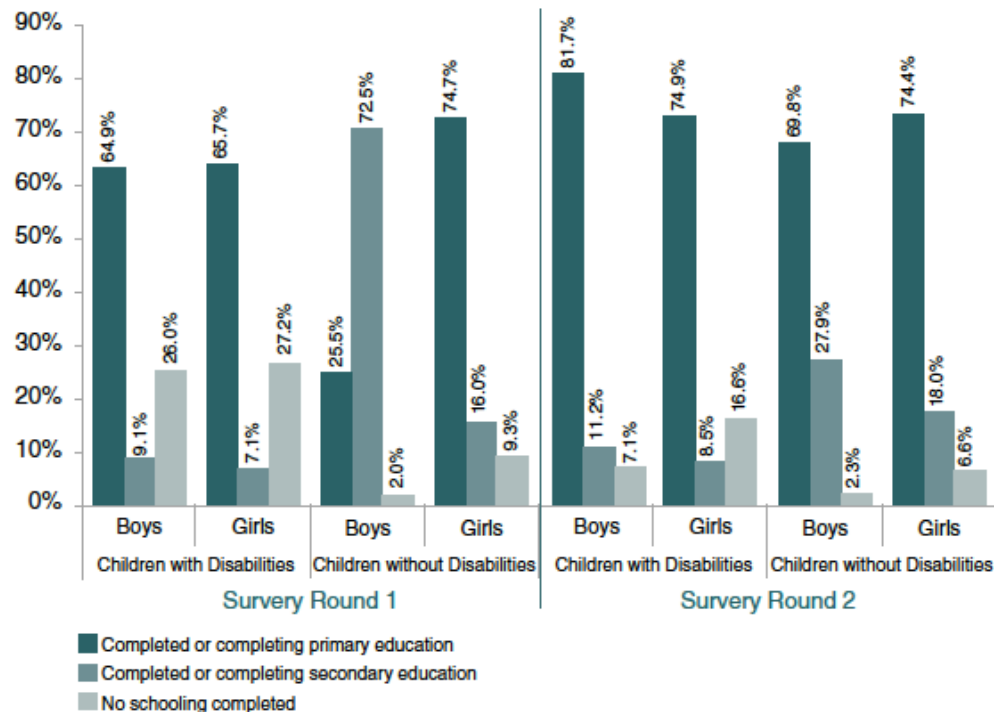
Graph 1. Results from the question on access to rehabilitation services: in the last 12 months, has there been a time when you needed rehabilitation services but did not get those services?



Caso 3

Identificare le barriere di accesso all'educazione per i bambini con disabilità

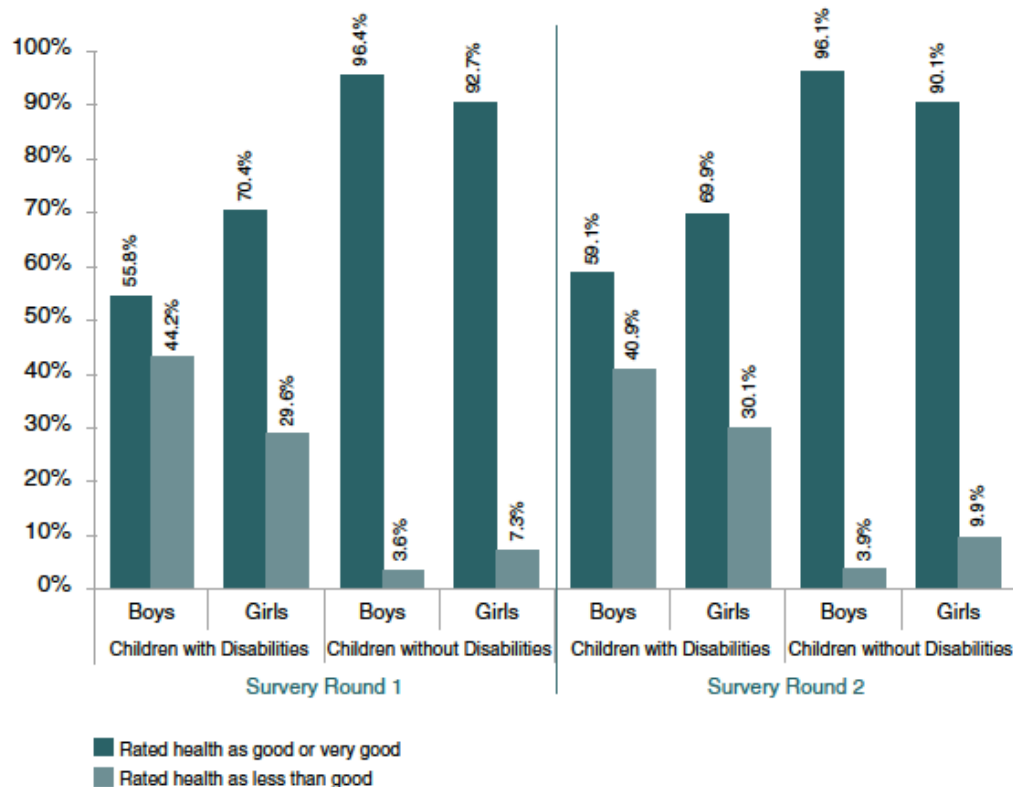
Graph 1. Results from the indicator on education, using the question: what is the highest level of education you have completed or are completing? The percentage of children with disabilities completing or having completed schooling in comparison to children without disabilities is presented for the first and second round of the survey.



Caso 3

Identificare le barriere di accesso all'educazione per i bambini con disabilità

Graph 2. Results from the question on health: how would you rate your health today? No large changes in the reported health status were seen between the first and second surveys.



- ▶ **Misurano l'appropriatezza del processo assistenziale in relazione a standard di riferimento, come linee guida, percorsi assistenziali, buone pratiche...**
- ▶ Tanto più robuste sono le evidenze che documentano l'efficacia di un intervento sanitario, più forte sarà la raccomandazione clinica e più robusto l'indicatore corrispondente.
- ▶ Non è opportuno monitorare gli indicatori poco robusti, che si riferiscono a raccomandazioni deboli.

vantaggi

- ▶ **documentano la qualità dell'atto professionale**
- ▶ **poco influenzati dalla gravità della patologia o altre variabili del paziente**
- ▶ **permettono di identificare le inapproprietezze (in eccesso o in difetto – quello che non si fa ma si dovrebbe fare), suggerendo le aree di miglioramento del processo assistenziale**

svantaggi

- ▶ **i flussi di dati raccolti sono in genere gestionali e non permettono di calcolare indicatori di processo**
- ▶ **necessario condurre audit o raccolte dati ad hoc**
- ▶ **sono considerati meno rilevanti da decisori, pazienti e professionisti rispetto agli indicatori di esito**

Esempi

- ▶ **% di pazienti ricoverati per ictus che effettuano un test per la disfagia -> verifica delle cartelle**
- ▶ **% di Pz sottoposti ad addestramento ed esercizi di controllo del mantenimento della verticalizzazione del tronco (entro le prime 48 ore) -> verifica delle cartelle**

Indicatori di processo

<http://www.istat.it/it/archivio/14749>

indicatori sociosanitari regionali

Esempi

Tavola 8.3.1 segue -

Persone di 18 anni e più che si sono recate alla Asl e dichiarano comodi gli orari per sesso, classe di età e regione - Anno 2007 (tassi per 100 persone)

Table 8.3.1 continue -

REGIONI E RIPARTIZIONI REGIONS AND GEOGRAPHICAL AREAS	Classi di età - Age groups							Totale Total
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 e oltre 75 and over	
	TOTALE - TOTAL							
Piemonte	61,76	60,19	61,35	61,71	71,66	79,15	81,43	68,57
Valle d'Aosta	78,17	69,00	71,86	76,95	77,48	77,52	86,32	76,23
Lombardia	56,84	63,97	64,59	70,05	73,39	78,98	77,44	70,50
Trentino-Alto Adige	63,38	76,38	77,57	82,48	87,66	95,19	94,04	83,12
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>55,32</i>	<i>69,70</i>	<i>73,87</i>	<i>73,20</i>	<i>86,39</i>	<i>97,68</i>	<i>91,81</i>	<i>78,60</i>
<i>Trento</i>	<i>74,21</i>	<i>83,09</i>	<i>80,94</i>	<i>88,58</i>	<i>88,66</i>	<i>93,28</i>	<i>96,23</i>	<i>87,01</i>
Veneto	57,62	57,21	64,26	72,37	81,52	85,22	86,07	72,61
Friuli-Venezia Giulia	62,22	67,25	71,57	74,63	86,79	88,70	84,59	78,14
Liguria	62,11	49,29	62,63	55,56	71,27	74,81	86,08	66,89
Emilia-Romagna	62,51	61,94	68,53	74,89	81,32	87,69	84,81	75,51
Toscana	54,75	59,00	64,53	61,77	74,00	76,67	78,03	68,71
Umbria	61,53	61,79	69,19	68,00	78,04	86,74	85,33	74,21
Marche	70,23	58,91	62,15	64,53	72,60	83,46	83,09	69,97
Lazio	49,03	63,39	67,45	63,30	68,00	68,37	78,99	66,67
Abruzzo	52,17	58,03	66,27	55,13	62,61	74,23	81,60	64,31
Molise	70,35	62,24	67,38	66,41	57,60	66,68	70,86	65,76
Campania	59,96	54,49	54,94	56,20	55,72	71,21	64,83	59,40
Puglia	41,69	46,10	53,96	55,27	50,35	55,76	49,09	51,58
Basilicata	61,51	51,26	55,00	57,37	66,90	57,14	61,10	58,26
Calabria	44,10	51,43	45,74	58,76	55,90	57,65	64,70	54,21
Sicilia	50,56	52,91	52,22	51,85	51,07	62,06	59,81	54,25
Sardegna	45,85	46,22	38,20	51,62	47,04	52,51	56,79	47,57
Nord	59,76	61,75	65,27	69,75	77,01	82,06	82,59	72,05
Nord-ovest	59,10	61,68	63,46	66,05	72,72	78,56	79,98	69,58
Nord-est	60,48	61,82	67,66	74,38	82,46	87,27	85,99	75,19
Centro	54,38	61,20	65,84	63,40	71,75	74,96	79,72	68,49
Mezzogiorno	50,46	51,71	52,73	54,96	53,56	63,30	61,41	55,57
Sud	51,19	52,19	55,08	56,47	55,39	64,96	62,61	57,17
Isole	48,82	50,65	47,44	51,78	49,64	58,85	59,00	52,02
ITALIA	55,63	58,68	61,81	64,11	69,45	75,40	75,90	66,57

Fonte: Istat, Servizio "Struttura e dinamica sociale"

Source: Istat, Unit "Struttura e dinamica sociale"

Tavola 8.3.2 segue -

Attese oltre i 20 minuti delle persone di 18 anni e più che si sono recate alla Asl per sesso, classe di età e regione - Anno 2007 (tassi per 100 persone)

Table 8.3.2 continue -

REGIONI E RIPARTIZIONI REGIONS AND GEOGRAPHICAL AREAS	Classi di età - Age groups							75 e oltre 75 and over	Totale Total
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74			
TOTALE - TOTAL									
Piemonte	37,37	37,07	39,61	42,06	43,17	46,58	43,00	41,85	
Valle d'Aosta	27,11	24,98	26,89	21,31	25,47	29,34	43,34	27,84	
Lombardia	39,45	32,15	34,73	37,40	40,21	36,03	35,97	36,43	
Trentino-Alto Adige	26,31	22,30	16,50	13,00	20,71	22,33	18,33	19,06	
<i>Bozano-Bozen</i>	28,16	26,97	18,49	12,33	22,38	15,50	21,08	20,34	
Trento	23,83	17,60	14,68	13,44	19,40	27,57	15,64	17,96	
Veneto	44,64	30,23	26,96	27,30	31,23	42,02	27,85	31,48	
Friuli-Venezia Giulia	41,53	40,66	41,96	35,23	35,03	38,84	37,25	38,25	
Liguria	47,09	45,69	47,80	48,25	46,31	54,52	47,70	48,63	
Emilia-Romagna	35,63	35,61	32,25	35,64	38,36	43,10	34,99	36,66	
Toscana	36,64	38,88	35,49	38,47	40,21	41,64	36,73	38,53	
Umbria	40,81	35,93	38,84	38,88	33,72	39,99	37,57	37,68	
Marche	54,35	36,25	30,42	28,02	33,00	33,19	28,32	32,23	
Lazio	59,86	66,63	59,12	64,14	63,81	58,75	55,03	61,34	
Abruzzo	43,08	52,51	36,58	55,79	56,43	50,07	51,76	49,88	
Molise	68,92	49,50	48,77	60,54	43,89	56,51	44,53	51,66	
Campania	36,36	48,99	52,12	50,47	51,37	45,66	45,53	48,74	
Puglia	52,03	43,22	57,46	49,82	54,70	52,84	61,76	53,11	
Basilicata	42,17	49,71	55,84	61,95	50,67	61,35	60,55	56,01	
Calabria	54,04	57,73	59,21	58,03	56,34	61,35	57,38	58,11	
Sicilia	49,90	49,56	57,11	57,84	60,90	58,15	54,95	56,34	
Sardegna	49,52	56,23	51,87	54,24	61,31	67,17	72,64	58,54	
Nord	39,04	33,80	34,14	35,57	38,14	41,13	36,19	36,66	
Nord-ovest	39,05	34,66	37,57	39,83	41,54	41,31	39,91	39,29	
Nord-est	39,02	32,87	29,64	30,22	33,82	40,88	31,33	33,31	
Centro	49,84	50,76	45,59	47,97	48,17	47,53	42,64	47,30	
Mezzogiorno	47,20	49,95	53,61	54,05	55,93	53,79	55,42	53,45	
Sud	46,05	49,10	52,85	52,82	53,54	51,04	53,27	51,82	
Isole	49,76	51,81	55,32	56,64	61,04	61,18	59,71	57,08	
ITALIA	43,89	42,05	42,12	43,49	45,17	45,97	43,12	43,71	

- ▶ **Misurano una modifica di esiti assistenziali**
- ▶ Possiamo realizzare questa misura registrando cosa accade al termine dell'intervento rispetto al punto di partenza
- ▶ Gli strumenti di misura, come le scale o i questionari sono ciò che permette di evidenziare i cambiamenti
- ▶ Verificare la validità e le capacità metriche tramite analisi della letteratura
- ▶ **Si possono misurare anche solo gli esiti dell'intervento, come la mortalità post intervento**

vantaggi

- ▶ **Interessano e soddisfano tutti gli attori del sistema**
- ▶ **In genere più facili da misurare, spesso le informazioni sono già inserite in database e flussi (in particolare le SDO, la cui qualità viene costantemente verificata)**

svantaggi

- ▶ **Oltre che dalla qualità dell'assistenza, sono influenzati da numerosi fattori, fra cui:**
 - ▶ Tempo trascorso dall'erogazione della prestazione
 - ▶ Relazione volume-esiti (competence tecnica e setting di eccellenza)
- ▶ **se si vogliono fare confronti, necessario utilizzare tecniche statistiche di correzione del confondimento**
- ▶ Grandi numeri e tempi sufficienti per osservarli
- ▶ Non si riesce a risalire ai processi su cui intervenire

Esempi

Tavola 4.15 segue - Numero medio giornaliero di sigarette consumate per sesso, classe di età e regione - Anno 2007

Table 4.15 continue - Daily average number of cigarettes smoked by sex, age group and region - Year 2007

REGIONI E RIPARTIZIONI REGIONS AND GEOGRAPHICAL AREAS	Classi di età - Age groups						65 e oltre 65 and over	Totale Total
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64			
FEMMINE - FEMALE								
Piemonte	7,91	9,36	11,23	10,75	11,31	10,80	10,40	
Valle d'Aosta	4,22	12,22	11,81	9,67	12,85	8,71	10,70	
Lombardia	7,73	10,52	11,00	12,08	12,06	10,84	10,95	
Trentino-Alto Adige	8,93	9,50	11,16	12,82	10,66	7,98	10,42	
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>10,39</i>	<i>9,25</i>	<i>12,17</i>	<i>12,32</i>	<i>11,53</i>	<i>9,06</i>	<i>10,87</i>	
<i>Trento</i>	<i>7,37</i>	<i>9,72</i>	<i>10,12</i>	<i>13,10</i>	<i>7,04</i>	<i>7,00</i>	<i>9,98</i>	
Veneto	6,69	8,14	9,79	11,60	11,50	8,62	9,66	
Friuli-Venezia Giulia	6,56	9,82	7,42	13,12	14,82	9,52	10,57	
Liguria	10,15	9,23	13,83	13,35	13,08	10,04	12,29	
Emilia-Romagna	8,77	10,19	11,16	12,29	11,85	7,42	10,67	
Toscana	7,20	11,12	14,09	12,10	10,98	9,77	11,53	
Umbria	11,06	8,79	11,71	12,69	9,51	9,50	10,77	
Marche	7,22	11,15	10,66	12,23	12,44	10,83	10,96	
Lazio	10,36	10,23	11,29	13,14	15,71	10,02	11,82	
Abruzzo	9,29	9,95	10,30	12,20	14,30	9,98	11,06	
Molise	9,40	10,14	11,68	13,22	12,60	9,66	11,32	
Campania	8,70	11,18	12,18	12,85	11,94	10,68	11,61	
Puglia	7,29	8,47	10,54	12,36	12,80	7,25	10,27	
Basilicata	8,26	7,77	11,07	10,47	10,31	10,00	9,59	
Calabria	7,26	6,21	9,45	13,29	11,10	11,55	9,93	
Sicilia	6,89	11,01	11,59	13,12	15,72	13,39	11,88	
Sardegna	10,18	9,24	12,82	12,75	12,64	13,93	11,81	
Nord	7,97	9,76	11,06	12,00	11,96	9,67	10,69	
Nord-ovest	8,01	10,12	11,48	11,89	11,92	10,71	10,95	
Nord-est	7,89	9,28	10,35	12,19	12,02	8,19	10,28	
Centro	9,10	10,51	12,22	12,66	13,02	9,98	11,52	
Mezzogiorno	8,20	10,13	11,53	12,76	13,20	11,18	11,30	
Sud	8,31	9,93	11,36	12,62	12,27	10,03	11,02	
Isole	8,02	10,59	11,92	13,02	14,80	13,64	11,86	
ITALIA	8,29	10,02	11,49	12,38	12,52	9,99	11,06	

Indicatori di benessere delle persone accolte nei servizi sociosanitari dell'Emilia Romagna

- ▶ **nel 2014 la Regione ha elaborato un set di indicatori per valutare la qualità delle Strutture Sociosanitarie accreditate, che devono essere rilevati a cadenza semestrale o annuale nella relazione annuale (autovalutazione interna) e durante le visite ispettive esterne.**

PREMESSA

La DGR 514/09 prevede che durante il periodo di validità dell'accreditamento transitorio, provvisorio e definitivo l'attività di monitoraggio, vigilanza e controllo sia assicurata tramite un approccio finalizzato a promuovere il miglioramento della qualità del Servizio che presuppone la progressiva adozione di sistemi di monitoraggio e verifica interni, relativi al raggiungimento dei risultati assistenziali ed alla rilevazione dei livelli di qualità erogata.

Tale finalità viene perseguita attraverso strumenti diversificati; tra questi la relazione annuale che favorisce la ricostruzione e l'identificazione del percorso attivato dal singolo gestore ai fini della programmazione ed erogazione de servizio.

La valutazione del benessere delle persone, strettamente correlata alla stima e alla misurazione della qualità assistenziale erogata in ragione della peculiarità dei servizi non è semplice, soprattutto perché gli strumenti e gli indicatori individuati devono misurare il grado di soddisfazione di bisogni che spesso integrano dimensioni oggettive con aspetti soggettivi.

Il benessere coincide con la personalizzazione e l'efficacia dell'azione assistenziale che viene perseguita; due dimensioni dell'offerta di servizio che non possono prescindere dalla conoscenza dei bisogni, delle abitudini, dei gusti, dei desideri e dal rispetto dell'autodeterminazione e dei diritti della persona promuovendo e attivando una relazione personalizzata ed efficace dal punto di vista comunicativo.

Il benessere è pertanto identificato con il coinvolgimento, l'accettazione e la partecipazione personale e spontanea della persona alle proposte del servizio: segni tangibili dell'agio, espressione di gradimento a cui consegue la capacità del servizio di produrre processi e risultati coerenti con le condizioni degli ospiti e la valorizzazione dei loro bisogni, ovvero l'efficacia tecnico-assistenziale.

2) METODO UTILIZZATO

Per la validazione di un set minimo di indicatori del benessere delle persone accolte nei servizi e della qualità professionale assicurata è stato adottato un approccio centrato prevalentemente:

- Sul confronto tra operatori.
- Sull'analisi delle esperienze avviate nell'ambito della RER.

Il lavoro si è svolto in più fasi:

- 1) Ricognizione e analisi dei materiali prodotti nel territorio regionale e nazionale elaborati ai fini della definizione della qualità dell'assistenza erogata nelle strutture socio-sanitarie accreditate dell'Emilia Romagna.
- 2) Individuazione delle aree più significative per il benessere delle persone e per la valutazione della qualità dell'assistenza
- 3) Individuazione di alcuni criteri ritenuti importanti del determinare la qualità assistenziale erogata nei servizi ed in particolare
 - La qualità percepita dall'utente
 - L'efficacia assistenziale
 - La partecipazione attiva degli utenti e dei loro familiari alla definizione del piano assistenziale.
- 4) Formulazione degli indicatori, costruiti sulla base dei criteri ritenuti rilevanti dal gruppo di esperti.
- 5) Confronto con professionisti del settore

- ▶ Si tratta di indicatori di processo, di esito o entrambi; alcuni valgono per tutte le strutture, altri sono specifici per tipologia di servizio.

[Documento](#)