



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

INDICATORI DI QUALITA'
DELL'ASSISTENZA

Strumenti di lavoro



INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DI ADESIONE ALLE LINEE GUIDA

I - Manuale d'uso per le Aziende

Documenti dell'Agenzia Regionale
di Sanità della Toscana

INTRODUZIONE

La DGR della Toscana n. 799 del 2005 approva il 'Progetto per l'implementazione delle Linee Guida (LG) e Indirizzi Diagnostico-Terapeutici (IDT) in Regione Toscana' e attribuisce all'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) il mandato di definire indicatori di processo e di esito per la valutazione di implementazione delle quattro LG prioritarie (v. Allegato 1).

A sviluppo degli indirizzi contenuti in tale DGR, ARS (Osservatorio Qualità) ha provveduto nel periodo novembre 2005 – dicembre 2006 a:

1. effettuare una revisione della Letteratura e delle esperienze in ambito internazionale per una ricognizione degli indicatori proposti da diversi enti, organizzazioni e progetti di ricerca autorevoli, pertinenti alle LG identificate come prioritarie (*ictus*, scompenso cardiaco, ulcere da pressione, percorsi riabilitativi in frattura di femore);
2. selezionare da tali LG le principali raccomandazioni valutabili, a cui associare indicatori di processo e di esito;
3. stilare un primo elenco di indicatori per la valutazione di impatto delle principali raccomandazioni.

► Raccomandazioni Ictus:

Tabella 6c - FASE OSPEDALIERA – Riabilitazione e dimissione

LGRT. Nei pazienti con *ictus* è indicato integrare fin dalla fase acuta l'attività di prevenzione della disabilità (mobilitazione e interventi riabilitativi precoci) con il programma diagnostico e il trattamento di emergenza (grado A, SPREAD 2005).

LGRT, LGCSR. La **presa in carico riabilitativa** deve essere pressoché immediata, e comunque **entro le 48 h** dall'ingresso in ospedale del paziente con *ictus*. La definizione e progettazione dei percorsi riabilitativi è affidata a un **team multiprofessionale** (medici, FKT, terapeuta occupazionale, logopedista, neuropsicologo, psicologo). Il **progetto riabilitativo** è individuale, mirato a limitare le complicanze e ad intervenire sulla menomazione con specifici programmi di intervento individuale di almeno 3 h al giorno, anche di riabilitazione cognitiva e di supporto psicologico dove indicato. Deve essere assicurato, da parte del *team* riabilitativo, il coinvolgimento precoce e formale del paziente e dei familiari. La prosecuzione delle cure deve avvenire in **un'area a prevalente attività riabilitativa**, possibilmente **entro i primi 10 gg.**, nella quale sia possibile organizzare specifiche riunioni finalizzate a stabilire ed aggiornare gli obiettivi, predisponendo attività di *audit* interno. L'area di riabilitazione deve produrre un **piano di dimissione** razionale, comprendente percorsi riabilitativi post-ospedalieri, in raccordo con gli operatori del territorio, anche attraverso la promozione di riunioni periodiche con i responsabili dei servizi sanitari distrettuali e con i MMG. È indicato programmare un **day hospital riabilitativo** per i pazienti che richiedono la prosecuzione del trattamento con approccio intensivo e multidisciplinare (medico, fisioterapico, cognitivo e occupazionale). Deve essere garantita la fornitura di **ausili** e indicazioni su eventuali adattamenti ambientali. **Alla dimissione** dovrebbe essere garantito: a) il coinvolgimento della famiglia e del paziente nel piano di dimissione; b) un contatto preliminare con i servizi di riabilitazione territoriale; c) la prescrizione degli ausili necessari per il rientro al domicilio; d) la continuità assistenziale, evitando ritardi nella presa in carico territoriale; e) l'adeguatezza delle informazioni necessarie sui servizi sanitari, socio-sanitari, sociali e di volontariato disponibili.

Tabella 7 - FASE POST-OSPEDALIERA – Riabilitazione e assistenza sociale

LGCSR. Il trattamento riabilitativo deve essere organizzato con specifiche strutture residenziali e/o ambulatoriali, che devono garantire una presa in carico della persona con ictus. Gli **ambulatori territoriali** dovrebbero essere organizzati in **centri di riabilitazione territoriale** dove sia garantito un intervento in team. Obiettivi dei centri di riabilitazione territoriale sono: a) garantire il proseguimento del trattamento riabilitativo, fino a quando sono prevedibili miglioramenti; b) rivalutare periodicamente il paziente, per monitorare l'andamento della disabilità; c) intervenire in caso di degrado della disabilità, durante la fase di stabilizzazione. La **terapia occupazionale** viene annoverata tra gli interventi importanti e andrebbe associata alla fisioterapia. La mobilitazione e il posizionamento necessari nel **paziente grave** devono essere realizzati da personale infermieristico, opportunamente addestrato dal fisioterapista. La possibilità di gestire il paziente a domicilio deve essere favorita, in modo prioritario, con programmi di **Assistenza Domiciliare Integrata** (ADI), con l'intervento di un *team* multidisciplinare coordinato.

LGRT. In ogni azienda deve essere progettato un modello organizzativo dedicato all'assistenza e alla riabilitazione del paziente con *ictus*. Uno dei modelli è lo **stroke service**: un'organizzazione che si fa carico del paziente per tutta la durata del percorso riabilitativo. L'accesso ai servizi riabilitativi deve essere preceduta da una **valutazione, con strumenti validati** (es. *International Classification of Functioning, Disability and Health*, ICF, OMS) in grado di fornire una misura obiettiva e riproducibile di tutti i problemi del paziente (fisici, mentali, psicologici, sociali).

► Fattori di qualità dell'assistenza al paziente con ictus:

2.3.2 Processo (effettiva applicazione delle raccomandazioni prioritarie)

Fase ospedaliera – Terapia e monitoraggio

Documentazione di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)

Tempestività di avvio della riabilitazione (dove indicato)

(Non) insorgenza di Ulcere da Pressione (UdP) durante la degenza

Fase post-ospedaliera

Tempestività di inizio (o continuità di effettuazione) della riabilitazione dopo la dimissione

Documentazione di un PRI

Appropriatezza, equità e tempestività di attivazione di supporto sanitario e/o sociale

2.3.3 Esito (eventuale impatto finale dell'applicazione di raccomandazioni prioritarie)

Durata della degenza ospedaliera

Mortalità

Disabilità

Rientro a domicilio entro (90 gg.) dall'*ictus* (per i pazienti non istituzionalizzati)

Grado di informazione sull'*ictus* e sui sintomi (in pazienti e familiari, nella popolazione)

Grado di soddisfazione (di pazienti e familiari) rispetto al percorso assistenziale a 1 anno dall'*ictus*

indicatori per la valutazione di adesione alle Linee Guida (LG)

► **Indicatori di processo:**

Misurano l'effettiva applicazione delle raccomandazioni di carattere assistenziale/professionale. Sono di pertinenza prevalentemente di operatori di diverse professionalità, sia in ambito ospedaliero sia territoriale.

Sono rilevabili da flussi informativi, da consultazione di documentazioni sanitarie, da indagini ad hoc che utilizzino schede specifiche e standardizzate, da indagini ad hoc su opinioni ed esperienze dei pazienti

indicatori per la valutazione di adesione alle Linee Guida (LG)

► Indicatori di processo:

Fase ospedaliera (terapia e monitoraggio)

Indicatore

Razionale

Destinatari

5

- % di pazienti con indicazioni alla riabilitazione per i quali è documentato un PRI

Valuta la **appropriatezza** e **tempestività** della **valutazione per riabilitazione**

Ospedali della rete *stroke*

6

- % di pazienti con indicazioni alla riabilitazione che iniziano la riabilitazione entro 10 gg. (...gg.) dal ricovero

Valuta la **tempestività** della riabilitazione

Ospedali della rete *stroke*

indicatori per la valutazione di adesione alle Linee Guida (LG)

► Indicatori di processo:

Fase post-ospedaliera		
Indicatore	Razionale	Destinatari
1 - % pazienti che iniziano la riabilitazione entro.... gg. dalla dimissione ospedaliera	Valuta la tempestività della riabilitazione dopo il periodo acuto e la continuità assistenziale	Aziende sanitarie
2 - % di pazienti con indicazioni alla riabilitazione per i quali è documentato un PRI	Valuta la continuità assistenziale dopo la dimissione dall'ospedale	Aziende sanitarie
3 - % di pazienti con indicazioni al supporto sanitario e sociale a domicilio per i quali viene attivata l'ADI entro.... gg. dalla dimissione	Valuta l' effettiva disponibilità ed equità di supporto sanitario e sociale per i pazienti e per le loro famiglie	Aziende sanitarie Comuni

indicatori per la valutazione di adesione alle Linee Guida (LG)

► **Indicatori di esito:**

Misurano l'eventuale impatto finale dell'applicazione delle LG su mortalità, disabilità, soddisfazione di pazienti e famiglie, qualità della vita, livello di informazione ed educazione di cittadini, pazienti e famiglie. Riguardano esclusivamente i pazienti, le loro famiglie, i cittadini a rischio e le comunità nel loro insieme.

Sono misure di più complessa interpretazione e il loro utilizzo presuppone la messa in atto di procedure di **aggiustamento del rischio.**

indicatori per la valutazione di adesione alle Linee Guida (LG)

► Indicatori di esito:

Sono rilevabili da flussi informativi, da consultazione di documentazioni sanitarie, da indagini ad hoc presso le organizzazioni sanitarie o presso le famiglie.

Le misure di disabilità, qualità della vita, soddisfazione, grado di informazione e di educazione sono di acquisizione più complessa rispetto alle misure di mortalità, poiché non sono coperte da flussi informativi standardizzati e routinari e presuppongono in alcuni casi (es. le misure di disabilità) l'utilizzo nella pratica di strumenti di valutazione (scale) ancora poco diffusi e disomogenei.

<p>5</p> <p>- Disabilità alla dimissione, a 90 gg., a 1 anno</p>	<p>(N. pazienti con disabilità di grado....misurata alla dimissione, a 90 gg., a 1 anno, secondo scale di valutazione <i>standard</i>) *100 / (N. ricoveri 'indice')</p> <p>- regionale - per AUSL di residenza</p>	<p>Indagini <i>ad hoc</i> con schede rilevazione <i>standard</i></p>
<p>6</p> <p>- Grado di informazione sull'ictus e sul significato dei sintomi (pazienti, familiari, popolazione)</p>	<p><i>Vedi esperienze di altri paesi</i></p>	<p>Indagini <i>ad hoc</i> con questionari</p>
<p>7</p> <p>- Grado di soddisfazione rispetto al percorso assistenziale, a distanza di 1 anno (o più) dall'<i>ictus</i> (pazienti, familiari)</p>	<p><i>Vedi esperienze di altri paesi</i></p>	<p>Indagini <i>ad hoc</i> con questionari</p>
<p>8</p> <p>- % di pazienti non istituzionalizzati rientrati a domicilio entro (90 gg.) dall'<i>ictus</i></p>	<p>(N. pazienti provenienti dal domicilio al momento del ricovero e rientrati a domicilio a 90 gg. – o altro intervallo di tempo - dall'<i>ictus</i>) *100 / (N. pazienti provenienti dal domicilio al momento del ricovero)</p> <p>- regionale - per AUSL di residenza</p>	<p>SDO + indagini prospettiche (anche telefoniche)</p>

Progetto ARTIS e indicatori di esito della riabilitazione psichiatrica

IPER 2 (Indicatori di Processo Esito in Riabilitazione)

Banca dati realizzata all'interno del sistema di elaborazione dati SistIn (Sistemi Informativi ARS Liguria), che unisce informazioni da U.O. di Medicina Riabilitativa della Liguria e di altre regioni, che comprende informazioni cliniche e di complessità del singolo utente, oltre ad un 'set minimo' di valutazione che uniforma le cartelle cliniche.

Obiettivo: disponibilità di materiale informativo per analizzare l'efficacia dell'offerta riabilitativa e la struttura dei costi (personale e tecnologie), in relazione alle complessità cliniche degli assistiti ed ai processi di recupero posti in essere

Minimum data set IPER - Indicatori di Processo Esito in Riabilitazione

Il sistema IPER (Indicatori di Processo Esito in Riabilitazione) è stato sviluppato dal 2001 al 2002 nell'ambito della certificazione del Dipartimento di Riabilitazione dell'Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi, come iniziativa indipendente, parallela ad un progetto di controllo e miglioramento della qualità che la Regione Lombardia aveva avviato con Joint Commission International in dieci grandi ospedali pubblici e privati lombardi.

IPER è stato applicato come sistema di monitoraggio delle attività e dei risultati delle strutture riabilitative dell'Azienda Ospedaliera di Lodi, producendo dati e informazioni utili per la gestione del dipartimento e la ricerca clinica

Esempio – IPER 2

Alla versione iniziale di IPER del 2002 e alla pubblicazione del relativo manuale ha fatto seguito negli anni successivi una seconda versione - IPER 2 - corredata da un nuovo manuale d'uso. IPER 2 è stato applicato sperimentalmente su casistiche con ictus e frattura di femore.

Il confronto sviluppatosi sui presupposti metodologici per la definizione di un core set di dati, ha portato alla convinzione che la realizzazione di un progetto di ricerca “sul campo” con il coinvolgimento sia dell'Agencia Sanitaria Regionale della Liguria che dei reparti di riabilitazione intensiva liguri, nella messa a punto di standard condivisi di raccolta e analisi dei dati relativi ai processi riabilitativi, potesse dare un forte contributo al governo sia clinico che economico-programmatorio dell'offerta riabilitativa.

Esempio – IPER 2

La banca dati messa a disposizione da SistIn – Settore Sistemi Informativi ARS Liguria dispone di oltre 3.000 casi controllati che rappresentano sicuramente un campione robusto anche per analisi di dati multipli e complessi

IPER 2 si compone di un core-set di Indicatori e Misure Generali (IM-G), applicabile in tutti i pazienti, indipendentemente dalla malattia principale e di core-set di Indicatori e misure Malattie Specifiche (IM-S) applicabili a specifiche condizioni.

I core-set IM-S attualmente sviluppati riguardano l'ictus, la frattura di femore, e la depressione- ansia-apatia (vedi articolo su Progetto APIGRA). Sono in fase di sviluppo core-set per le gravi cerebrolesioni e neuro oncologia, da incorporare nella struttura di IM-G di IPER 2.

Esempio – IPER 2

Le misure di IM-G considerano:

1. Stato funzionale premorbo (Scala di Rankin modificata ed Indice di Barthel, punteggio totale);
2. Stato Funzionale all'ammissione e dimissione (Indice di Barthel, punteggio totale o profilo completo);
3. Stato mentale all'ammissione (Mini Mental State);
4. Miglioramento percepito (Analogo Visivo);
5. Performance motorie alla dimissione (Timed Up & Go, 3-6 Minute Walk Test);
6. qualità di vita alla dimissione (EuroQoL: EQ5-D).

indicatori di esito

Gli outcome del processo riabilitativo sono molteplici, raggruppabili in 4 aree principali:

- a. stabilità medica completa;
- b. riduzione del peso assistenziale e infermieristico;
- c. recupero funzionale nelle attività della vita quotidiana;
- d. il ritorno al domicilio con buona qualità di vita e la piena partecipazione all'ambiente familiare e sociale.

Esempio – IPER 2

INDICATORI	Premorboso	Ammissione	Transizione	Dimissione
Comorbidità Cronica				
Insufficienza d'organo-sistema severa*	✓			
Complessità clinica	✓			
Malattia oncologica attiva	✓			
Fragilità Sociale	✓			
Delirium / Demenza				
Demenza Severa	✓			
Delirium		✓		✓
Instabilità Medica				
Riduzione vigilanza/Coma		✓		✓
Instabilità Medica		✓		✓
Presenza di Catetere Venoso Centrale		✓		✓
Presenza di Tracheostomia		✓		✓
Infezione acuta in atto		✓		✓
Infezione Urinaria			✓	
Infezione Non Urinaria			✓	
Eventi Clinici Avversi Non Infettivi			✓	
Malnutrizione				
Dipendenza nell'Alimentarsi		✓		✓
Malnutrizione		✓		✓
Disfagia		✓		✓
Sondino Nasogastrico / PEG		✓		✓
Tattamento nutrizionale orale			✓	
Nutrizione artificiale			✓	
Dolore				
Dolore		✓		✓
Tattamento del dolore			✓	
Depressione				
Depressione		✓		✓
Somministrazione farmaci antidepressivi			✓	
Incontinenza				
Catetere vescicale		✓		✓

Esempio – IPER 2

INDICATORI	Premorboso	Ammissione	Transizione	Dimissione
Deficit della Comunicazione				
Scala di Disabilità Comunicativa		✓		✓
Immobilità / Equilibrio / Cadute				
Dipendenza nei passaggi posturali **		✓		✓
Stazione eretta / cammino		✓		✓
Ulcera da pressione		✓		✓
Cadute			✓	
Contenzione fisica / farmacologica			✓	
MISURE FUNZIONALI / QoL				
Scala di Rankin modificata	✓			
Indice di Barthel	✓	✓		✓
Mini Mental State Exam		✓		
Timed Up & Go Test				✓
3 and 6 Minute Walk Test				✓
Miglioramento percepito (VAS)				✓
EuroQoL (EQ-5D)				✓

* *Insufficienza cardiaca, respiratoria, epatica, renale.*

** *Necessità di aiuto fisico nel passaggio supino-seduto, nel controllo del tronco, nei trasferimenti letto-sedia e nel sit to stand. In corsivo gli indicatori di transizione.*

Esempio – IPER 2

Tabella 2. Schema di distribuzione dei compiti nella rilevazione dei dati IPER 2 in uso presso la SC Recupero e Rieducazione Funzionale dell'Ospedale "La Colletta" Arezzano

Professionista	Rilevazione dati IPER 2 di competenza
Medico	Anamnesi premorbosa Dati aggiuntivi frattura femore Dati aggiuntivi anamnestici e sindromici ictus Glasgow Coma Scale Marcatori di complessità Marcatori di dipendenza funzionale Indicatori di transizione e di esito SAHFE
Infermiere	Scala di disabilità comunicativa Stadiazione AHCPR lesioni da decubito Stadiazione incontinenza urinaria Barthel Index nelle voci di competenza Miglioramento percepito EQ-5D
Fisioterapista	Barthel Index nelle voci di competenza Trunk Control Test Motricity Index Timed up and go 3-6 Minute Walk Test Nine Hole Peg Test N° giorni trattamento riabilitativo individuale
Logopedista	MMSE Token Test Test di cancellazione N° giorni trattamento riabilitativo individuale
OSS	MMSE

AUSILI

Ad integrazione delle caratteristiche del cammino acquisite attraverso il subscore della deambulazione del Barthel Index ed il SAHFE Score, si richiede la rilevazione del tipo di ausilio utilizzato per il cammino da parte del paziente in grado di deambulare senza assistenza (ingresso e dimissione). Alla dimissione va considerato l'ausilio utilizzato per l'effettuazione del 6MWT.

Viene utilizzata la seguente classificazione:

- nessun ausilio;
- bastone/tripode;
- due bastoni;
- deambulatore;
- non cammina per carico non concesso;
- non in grado di camminare.

Siti internet

- ▶ <http://www.istat.it/it/archivio/14749>
indicatori sociosanitari regionali
- ▶ <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/>
- ▶ http://ec.europa.eu/health/indicators/policy/index_it.htm
- ▶ <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/metadata/en/>
- ▶ <https://indicators.hscic.gov.uk/webview/>

2.19. SCHEDA DI UN INDICATORE

Per ogni indicatore va predisposta una scheda, che non sarà dettagliata come richiesto dalla griglia precedente, ma che dovrebbe contenere come minimo:

- Denominazione dell'indicatore
- Significato o, con un inglesismo, *razionale* (il perché l'indicatore viene proposto, ad esempio, se è un indicatore di processo professionale, qual è il suo collegamento con gli esiti)
- Definizione operativa del numeratore e dei termini in esso contenuti
- Definizione operativa del denominatore e dei termini in esso contenuti
- Fonti dei dati per il numeratore ed il denominatore
- Variabili suggerite per la stratificazione e l'aggiustamento (per limitare il confondimento) e loro fonti.
- Estensione e tempi della rilevazione: dove e quando rilevare dell'indicatore, se in tutti i casi pertinenti o solo su un campione; in quest'ultimo caso dimensione del campione
- Soglia o standard; si può precisare come la si è definita, ad esempio se è locale, regionale o internazionale. Se la soglia non è ancora definita, andrebbe precisato come si intende definirla in futuro
- Eventuali controlli di qualità dei dati da effettuare durante la rilevazione
- Eventuali riferimenti bibliografici

scelta o costruzione di un indicatore

Come esempio, si riporta nel riquadro 11 la scheda di un indicatore del presidio ospedaliero del Mugello (Tomassini et al, 2003), leggermente modificata. Vedi anche la sezione 2.24.5.

RIQUADRO 11. Esempio di scheda di indicatore

Denominazione	Anemia nei pazienti emodializzati presso il CAD (Centro di Assistenza Decentrata)
Significato (razionale)	Correzione e prevenzione dello stato anemico nei pazienti dializzati. La correzione dell'anemia ha un ruolo cruciale non solo per la qualità di vita ma anche per il contenimento di complicanze quali la cardiopatia ipertrofica, ecc. Il range desiderato per l'Hb va da 10 a 13,5 g/dl, della ferritinemia da 200 a 700 mcg/l
Definizione dei termini	Anemia: valori di emoglobina inferiori a 11 g/dl in presenza di normoreplezione marziale (ferritinemia maggiore di 200 mcg/l); ci si riferisce qui al valore medio delle determinazioni effettuate in un anno, di solito quattro perché sono trimestrali Emodializzato: paziente in fase uremica cronica terminale che necessita di un trattamento depurativo mediante tecnica emodialitica trisettimanale presso un CAD
Numeratore	Numero di pazienti con valore medio di Hb pari o superiore a 11 nell'anno
Denominatore	Numero totale di pazienti trattati nell'anno
Soglia o standard	75%
Riferimenti bibliografici	Linee guida della Società Italiana di Nefrologia 2001 Linee guida della European Renal Association – European Dialysis Transplant Association 2003

scelta o costruzione di un indicatore

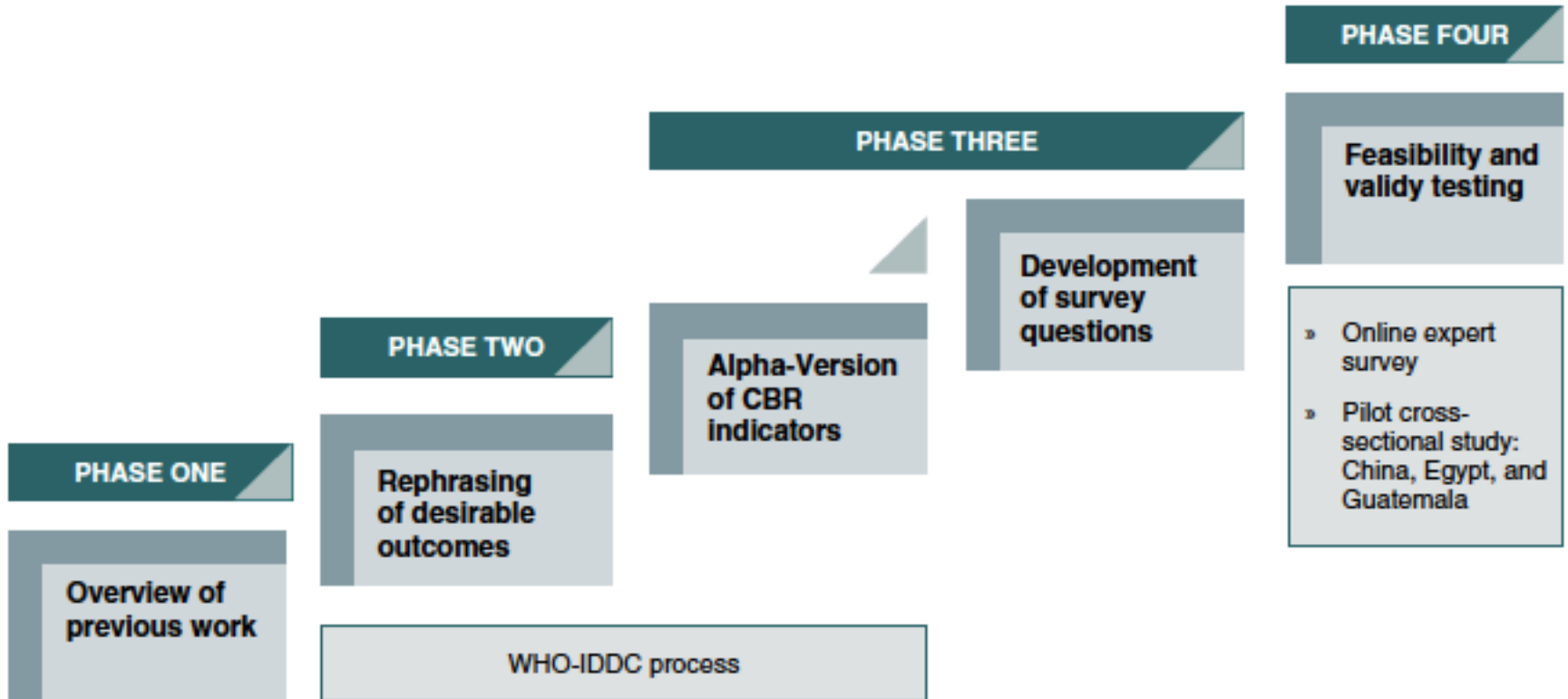
- ② **decidere cosa è importante misurare e chiarire l'obiettivo della misura**
- ② **cercare in letteratura, nelle banche dati o nelle nostre conoscenze indicatori già in uso**
- ② **formulare una espressione degli esiti o dei processi che si indagano in maniera da fornire la base all'indicatore**
- ② **scegliere l'indicatore adatto a misurare il nostro obiettivo. Se non esiste, formularne uno**
- ② **effettuare una indagine pilota, che testi fattibilità e validità dell'indicatore**
- ② **confermare o modificare l'indicatore scelto sulla base dei risultati**

Capturing the difference we make
Community-based Rehabilitation Indicators Manual



scelta o costruzione di un indicatore

Figure 5. Overview of the CBR Indicators Manual development process



scelta o costruzione di un indicatore - WHO

ANNEX 4: MOBILE APPLICATION

Figure 6. Using the mobile application



- » The app can be downloaded at <http://www.who.int/disabilities/cbr/en/>. A short video explaining how the app works can also be found on this page.
- » The app works offline: An Internet connection is only needed to download the app as well as the survey itself (via the 'Get New Form' button), and to send the entered data when desired.

scelta o costruzione di un indicatore

ANNEX 3:

OVERVIEW OF DESIRABLE OUTCOMES, INDICATORS AND QUESTIONS

HEALTH			
Element	Rephrased desirable outcome	Indicator	Question
General health	Men, women, boys and girls with disability equally access health services and engage in activities needed to achieve the highest attainable standard of health	% of people with disabilities who rate their health as good or very good compared to people without disability	In general, how would you rate your health today? 1-Very good; 2-Good; 3-Neither poor nor good; 4-Poor; 5-Very poor
General health	Men, women, boys and girls with disability feel they are respected and treated with dignity when receiving health services	% of people with disabilities who rate their experience of being treated with respect and dignity by health service providers as good or very good compared to people without disability	On your last visit to a health-care provider, to what extent are you satisfied with the level of respect you were treated with? 1-Not at all; 2-A little; 3-Moderately; 4-Mostly; 5-Completely
Promotion	Men, women, boys and girls with disability know how to achieve good levels of health and participate in activities contributing to their health	% of people with disabilities and their families that know that physical activity and eating habits influence their health compared to people without disability	Has your (doctor, CBR worker or any other health professional) ever discussed with you the benefits of eating a healthy diet, engaging in regular physical exercise or not smoking? 1-Yes; 2-No

HEALTH			
Element	Rephrased desirable outcome	Indicator	Question
Assistive devices	Men, women, boys and girls with disability have access to, use, and know how to maintain appropriate assistive products in their daily life	% of people with disabilities that have access to assistive products appropriate to their needs	Do you use any aids to help you get around such as cane, crutch, or wheelchair; or to help you with self-care such as grasping bars, hand, or arm brace? 1-Yes, and it works well; 2-Yes, but it doesn't work or isn't appropriate; 3-No, but I need it; 4-No, because it's broken or not appropriate; 5-No, I don't need it
Assistive devices			Do you use any visual aids, such as glasses or a white cane? 1-Yes, and it works well; 2-Yes, but it doesn't work or isn't appropriate; 3-No, but I need it; 4-No, because it's broken or not appropriate; 5-No, I don't need it
Assistive devices			Do you use anything to help you hear or communicate better? 1-Yes, and it works well; 2-Yes, but it doesn't work or isn't appropriate; 3-No, but I need it; 4-No, because it's broken or not appropriate; 5-No, I don't need it
Assistive devices			% of people with disabilities using assistive devices that know how to maintain them

- ④ Utilizzare i comandi a tastiera per inserire dati e predisporre una tabella riassuntiva

LAVORO GUIDATO

Risultati delle prime elezioni RSU dell'Azienda USL della Romagna – riflessioni sul voto dell'area riabilitativa

COMANDI UTILIZZATI

- Ⓜ Shift + frecce per selezionare più celle in excel o righe di testo in word
- Ⓜ Shift + tab per passare da un programma aperto ad un altro (per es. da word ad excel)
- Ⓜ CTRL (CMD Apple) + C per copiare i dati (per es. selezionare un testo in word e copiarlo nella prima cella di un foglio excel)
- Ⓜ CTRL + V per incollare
- Ⓜ Il tasto Testo in colonne, che si trova nel menù Dati, per distribuire in maniera automatica il testo da una cella o colonna (selezionata) in più colonne successive
- Ⓜ Dopo aver inserito i nomi nella prima riga delle colonne contenenti i dati, riordinare i dati secondo un criterio di una delle colonne usando il tasto Ordina (o Ordina e Filtra)

COMANDI UTILIZZATI

- ② Funzione SOMMA per sommare i valori di una selezione
- ② Costruire una variabile sì/no in una nuova colonna inserendo 1 o 0 come valori e considerare i vantaggi di questa codifica
- ② Calcolare una proporzione percentuale di due valori presenti in due celle diverse
- ② Funzione SOMMA.SE per effettuare una somma su una parte dei valori di una colonna, in base ad una informazione contenuta in una altra variabile (colonna)

- 📧 Fare una scheda di un indicatore a vostra scelta

**INVIARLO per e-mail a me entro
il 2/06**

francesca.piraccini@unife.it

Il 6/06 durante l'ultima lezione vedremo i vostri lavori

**POTETE SCRIVERMI PER
QUALUNQUE CHIARIMENTO O
DUBBIO IN MERITO ALLA
PREPARAZIONE DELLA SCHEDA**