



Università degli Studi di Ferrara
CdL Magistrale in **SCIENZE RIABILITATIVE DELLE**
PROFESSIONI SANITARIE

a.a. 2016-2017

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

Valutazione dell'**efficacia pratica** dell'assistenza sanitaria riabilitativa che viene quotidianamente offerta agli utenti

Capturing the difference we make



Argomenti trattati

Definizioni

Indicatori di processo e di esito

Scelta o costruzione di un indicatore

Caratteristiche e Interpretazione dell'indicatore

Raccogliere i dati

Lavorare con Excel: organizzare la raccolta dei dati, analizzare la qualità dei dati, sintetizzare e presentare i risultati

Valutazione della qualità dell'assistenza

Finalità e legittimazione principale dei servizi sanitari dovrebbe essere quella di massimizzare lo stato di salute di una popolazione.

Qualità dell'assistenza: relazione esistente tra i livelli di assistenza forniti e lo stato di salute di una popolazione

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

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.

Valutazione della qualità dell'assistenza

Finalità e legittimazione principale dei servizi sanitari **di riabilitazione** dovrebbe essere quella di massimizzare lo stato di salute di una popolazione **in termini di riduzione o contenimento della disabilità.**

Qualità dell'assistenza: relazione esistente tra i livelli di assistenza **riabilitativa** forniti e lo stato di salute di una popolazione

I modelli teorici maggiormente utilizzati per la riabilitazione sono l'**ICIDH** (International Classification of Impairment, Disabilities and Handicap) e l'**ICF** (International Classification of Functioning, Disability and Health)

Cosa misuriamo

Secondo l'**ICIDH** facciamo riferimento a malattia, menomazione, disabilità ed handicap

Secondo l'**ICF** facciamo riferimento ai domini delle funzioni e strutture corporee, alle attività, alla partecipazione, alle limitazioni nelle attività e alle restrizioni alla partecipazione, influenzate dal contesto individuale e ambientale

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.

Valutazione della qualità dell'assistenza

3 categorie in cui classifichiamo le informazioni che possiamo raccogliere riguardo la qualità dell'assistenza:

STRUTTURA che comprende tutti gli attributi del contesto in cui l'assistenza è prestata (risorse fisiche, materiali, umane, presenza di processi organizzativi)

PROCESSO che comprende cosa viene fatto realmente nel dare e ricevere assistenza. Comprende sia la ricerca da parte del paziente dell'assistenza e ciò che egli fa per portarla a termine, così come tutto quello che svolge il professionista sanitario per offrire assistenza

ESITO che comprende gli effetti dell'assistenza offerta sul paziente e sulla popolazione

Valutazione della qualità dell'assistenza

La suddivisione della valutazione della qualità in tre categorie è possibile solo perché la presenza di una buona struttura aumenta la possibilità di avere buoni processi, e lo svolgimento di buoni processi aumenta la probabilità di avere buoni esiti.

La relazione qui esposta deve essere stabilita e dimostrata prima di iniziare un percorso di valutazione della qualità, il cui fine **NON E'** quello di stabilire la presenza di questa relazione

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**
- ▶ **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

Qualità professionale

Secondo Donabedian, ci sono due elementi che compongono la performance del professionista: uno tecnico e uno interpersonale.

La competenza tecnica dipende

- **dalle conoscenze e dall'attività di ragionamento clinico utilizzate per decidere quale tipo di assistenza vada prestata**
- **dalle capacità pratiche nello svolgerla**



La competenza nelle relazionali interpersonali è componente fondamentale della performance professionale perché è tramite uno scambio che il paziente comunica le informazioni utili alla sua presa in carico e alle sue preferenze, mentre il professionista fornisce tutte le informazioni sul problema di salute, sulla sua gestione e motiva il paziente ad una collaborazione attiva nelle cure.

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

- ▶ **finale di salute (riduzione della disabilità, della restrizione alla partecipazione sociale, dell'incidenza di conflitti o di eventi come le cadute, miglioramento del danno a una struttura...)**
- ▶ **intermedio (modificazioni biologiche, di un comportamento o dell'ambiente); da utilizzare solo se sicuramente o molto probabilmente associati con gli esiti finali**
- ▶ **soddisfazione degli utenti o dei familiari, riguardo i vari aspetti dell'assistenza, come accessibilità, informazioni ricevute, competenza, cortesia, coinvolgimento nelle scelte, aspetti alberghieri, esiti di salute raggiunti**

Eventi sentinella

- ▶ **evento o soglia di evento, il cui verificarsi, evitabile in base alle conoscenze disponibili ed alle possibilità di intervento sanitario, dovrebbe rappresentare un campanello di allarme sulla qualità dell'assistenza tale da imporre una immediata revisione del concreto svolgimento di tutte le attività implicate, con il coinvolgimento di tutte le persone e istituzioni coinvolte.**

- ▶ **ricordando l'arbitrarietà nella definizione di ciò che è o non è evento sentinella, esso va inteso come tracciante, nel senso che aiuta ad identificare aree che molto verosimilmente necessitano di interventi migliorativi**

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....

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

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
- ▶ 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.

Capturing the difference we make
Community-based Rehabilitation Indicators Manual



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”.

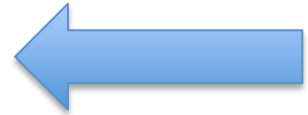
esempio - Community-based Rehabilitation Indicators (WHO)

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.

INTRODUCTION

What is contained in this manual?

This manual contains indicators capable of capturing the difference CBR makes in the lives of people with disabilities who live in a community where CBR is implemented. It provides a simple, brief and intuitive guide to selecting appropriate indicators and collecting data to inform them. Additional information is also provided on how to manage this data, including calculating percentages, displaying results and generating meaningful conclusions.



The purpose of CBR indicators

This manual serves to standardize the monitoring of differences made by CBR in the lives of people with disabilities and their families, making it possible to compare the difference CBR makes across areas and countries. This manual aligns with the *WHO Global Disability Action Plan 2014–2021*, and may also be used to monitor other development plans in an easy and efficient way.

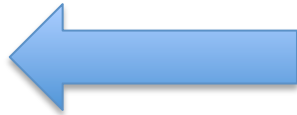
What is the added value of CBR indicators?

The indicators in this manual are the result of a collaborative, consensus-orientated and evidence-based effort by WHO, IDDC and the broader CBR community. They ensure comparability between CBR strategies in different countries and areas, and provide a means of monitoring over time through repeated data collection, which allows for informed decision-making, advocacy and accountability.

esempio - Community-based Rehabilitation Indicators (WHO)

Collecting and using data

This manual proposes a simple and flexible data collection strategy that can be customized to inform the desired indicators. Data collection is made easy and more efficient with an intuitive Android application (app) that is free to download. This app can consolidate the results of data collection and automatically generate graphs.



Who should use the CBR indicators and when?

The indicators can be used by CBR managers, CBR workers, researchers, funding agencies and/or any other interested bodies at any stage of CBR implementation. They can assess the current situation and monitor the difference CBR is making in the lives of people with disabilities in the areas where it is implemented. Annex 1 shows the context of the indicators in regards to what they capture, and Annex 6, Using Data to Inform the Indicators, and Annex 8, Case Studies, provide information on who to use the information to deduce meaningful conclusions and instigate change.

Next steps

The indicators in this manual concentrate on the perspective of the individual and household; however, work is currently starting that will expand these to capture CBR impact on social, administrative and attitudinal levels.



Real-life case studies on the use of the CBR indicators are needed to accompany subsequent versions of this manual in order to personalize and demonstrate the use of the indicators. As the manual will be available as an online resource, real-life case studies can be added as they become available.

INDICATORS AT A GLANCE

GOALS OF THE INDICATORS

The indicators have two goals:

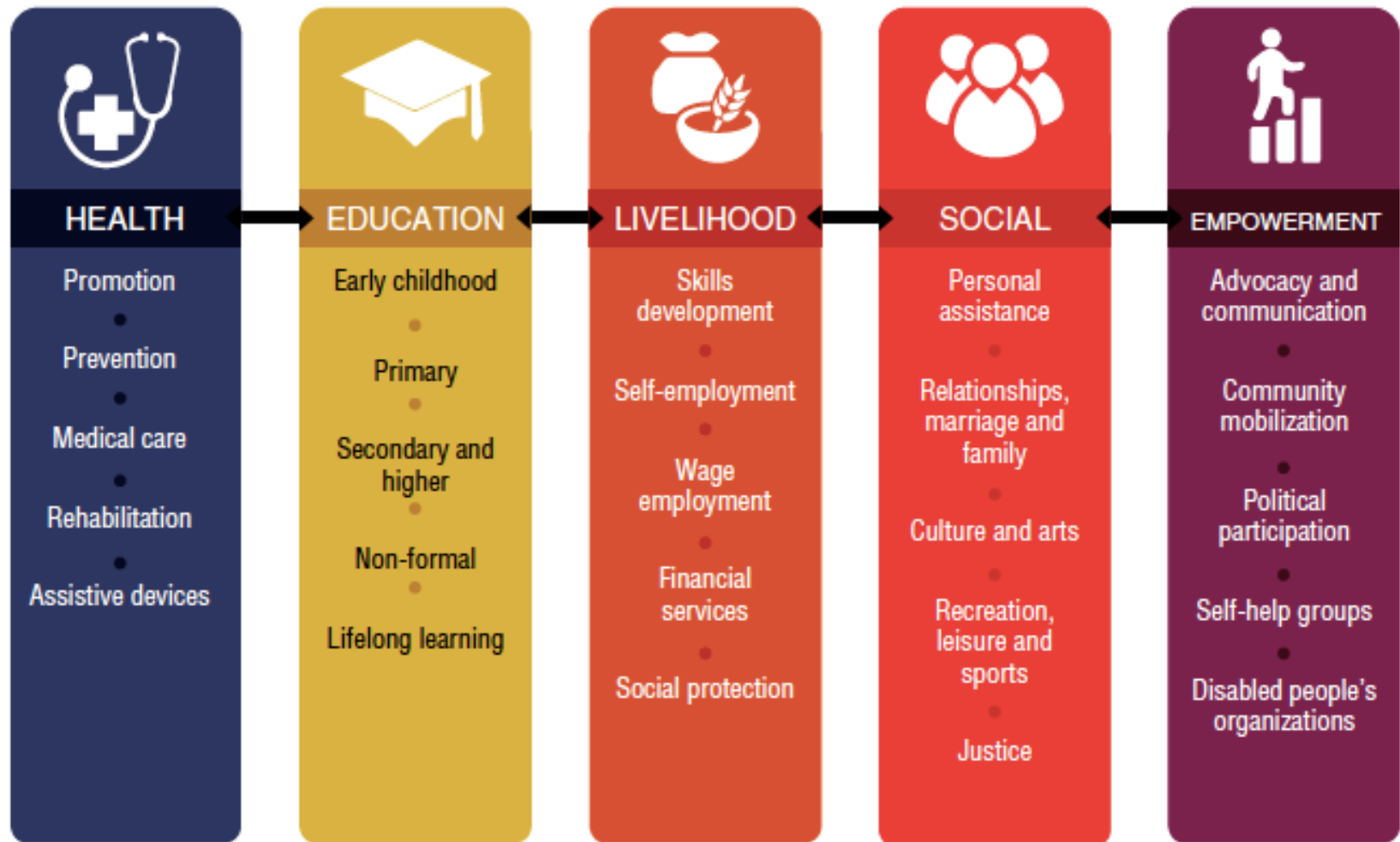
- » **Capturing the difference that CBR makes** in the lives of people with disabilities in the communities where it is implemented;
- » **Capturing differences** between adults, youth and children with disabilities, and those without disabilities in the areas of health, education, social life, livelihood and empowerment.

BASE AND SUPPLEMENTARY CBR INDICATORS

- » All indicators are derived from the **CBR desirable outcomes** outlined in the CBR Guidelines (<http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/>), and correspond to the components of the CBR matrix (health, education, livelihood, social and empowerment) and each of their five sub-elements, as seen in Figure 1.

esempio - Community-based Rehabilitation Indicators (WHO)

Figure 1. Components and elements of the CBR matrix



esempio - Community-based Rehabilitation Indicators (WHO)

This manual includes 40 base and supplementary indicators:

- » There are 13 base CBR indicators: health (2); education (6); livelihood (3); social (1); and empowerment (1). Base CBR indicators are broad enough to capture the difference CBR makes in the lives of people with disabilities, independent of specific CBR activities carried out in the community. For comparability among settings, countries, and over time, WHO recommends these 13 base CBR indicators be consistently included in all monitoring and evaluation procedures.
- » There are 27 supplementary CBR indicators (see Figure 2) that provide more specific coverage of the elements of the CBR components. From these users may select those that match the specific CBR goals and strategies of the community.

SOURCING DATA TO INFORM CBR INDICATORS

- » **Data** to inform base and supplementary CBR indicators could potentially be derived from different sources, such as censuses and surveys.

However, users may encounter challenges when drawing information from different sources. Firstly, the census or survey needs to target persons with disability – living conditions surveys or disability surveys are examples of sources with a clear definition of persons with disability. National or regional surveys targeting broader topics, such as labor force or education surveys, are examples where the group of persons with disability are not always clearly defined. Data from such sources can only be used if questions identifying persons with disability have been incorporated. Secondly, the information collected needs to align with and be capable of informing the CBR indicators.

esempio - Community-based Rehabilitation Indicators (WHO)

- » **In light of these challenges, this manual provides a survey of questions** (explained in the following pages and comprehensively detailed in Annex 5), which can be used to efficiently inform the indicators.

Eight questions are available for the **base CBR indicators** and **30** for the **supplementary indicators**. A detailed interviewer question-by-question guide can be found in Annex 5.

- » **An Android app for mobile phones** has been developed. This includes the questions to make data collection easier and more efficient. Visual representations of the collected data can be automatically generated using the app (see Annex 4).
- » If the survey is conducted using questions in this manual, it needs to be conducted in the **community where CBR is being implemented** and include persons with disability and persons without disability, independently of whether or not they participate in CBR.
- » The sample should include **all men, women, boys and girls with disabilities** in the community. Where the person with a disability cannot answer the questions themselves, a proxy, such as a family member, can answer on their behalf. For the sake of comparability, it is important to always document the approach or criteria used to identify persons with disability.
- » A comparison group that includes a **similar number of men, women, boys and girls without disabilities** in the same community should also be included in the survey.
- » When the survey is undertaken for research purposes, more advanced methodological criteria need to be fulfilled.

esempio - Community-based Rehabilitation Indicators (WHO)

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

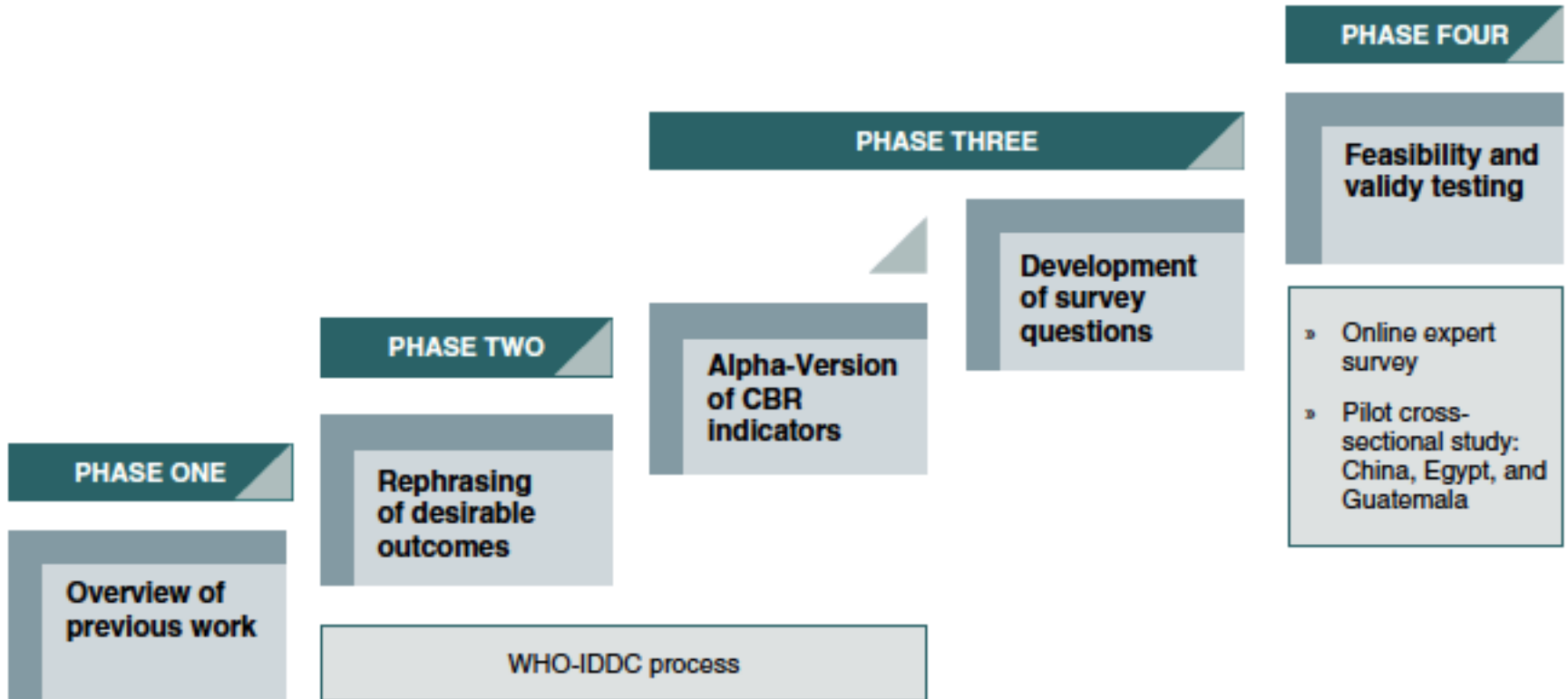
	HEALTH	EDUCATION	LIVELIHOOD	SOCIAL	EMPOWERMENT
BASE INDICATORS	<p>% of people with disabilities who:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rate their health as good or very good - rate their experience of being treated with respect and dignity by health service providers as good or very good 	<p>% 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).*



scelta o costruzione di un indicatore

Figure 5. Overview of the CBR Indicators Manual development process



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

scelta o costruzione di un indicatore

SOCIAL			
Element	Rephrased desirable outcomes	Indicator	Question
General social	Men, women, boys and girls with disability feel valued as community members and have a variety of social identities, roles and responsibilities	% of people with disabilities that feel valued as individuals by members of their community compared to people without disabilities	Do you feel that other people respect you? For example, do you feel that others value you as a person and listen to what you have to say? 1=Not at all; 2=A little; 3=Moderately; 4=Mostly; 5=Completely
Personal assistance	Men, women, boys and girls with disability access and control the way needed personal assistance is provided	% of people with disabilities who get to make their own decisions about the personal assistance they need	Do you get to make decisions about the personal assistance that you need (who assists you, what type of assistance, when to get assistance)? 1=Not at all; 2=A little; 3=Moderately; 4=Mostly; 5=Completely
Relationships, marriage, and family	Men, women, boys and girls with disability experience support of the community and their families to socialize and form age-appropriate and respectful relationships	% of people with disabilities who get to make their own decisions about their personal relationships compared to people without disabilities	Do you get to make your own decisions about your personal relationships, such as friends and family? 1=Not at all; 2=A little; 3=Moderately; 4=Mostly; 5=Completely
Culture and arts	Men, women, boys and girls with disability participate in artistic, cultural or religious events in and outside their home as they choose	% of people with disabilities who get to participate in artistic, cultural or religious activities compared to people without disabilities	Do you get to participate in artistic, cultural or religious activities? 1=Not at all; 2=A little; 3=Moderately; 4=Mostly; 5=Completely
Recreation, leisure, and sports	Men, women, boys and girls with disability participate in inclusive or specific recreation, leisure and sports activities	% of people with disabilities who get to participate in mainstream recreational, leisure and sports activities compared to people without disabilities	Do you get to participate in community recreational, leisure and sports activities? 1=Not at all; 2=A little; 3=Moderately; 4=Mostly; 5=Completely

Community-based Rehabilitation Indicators (WHO)

Attività individuale

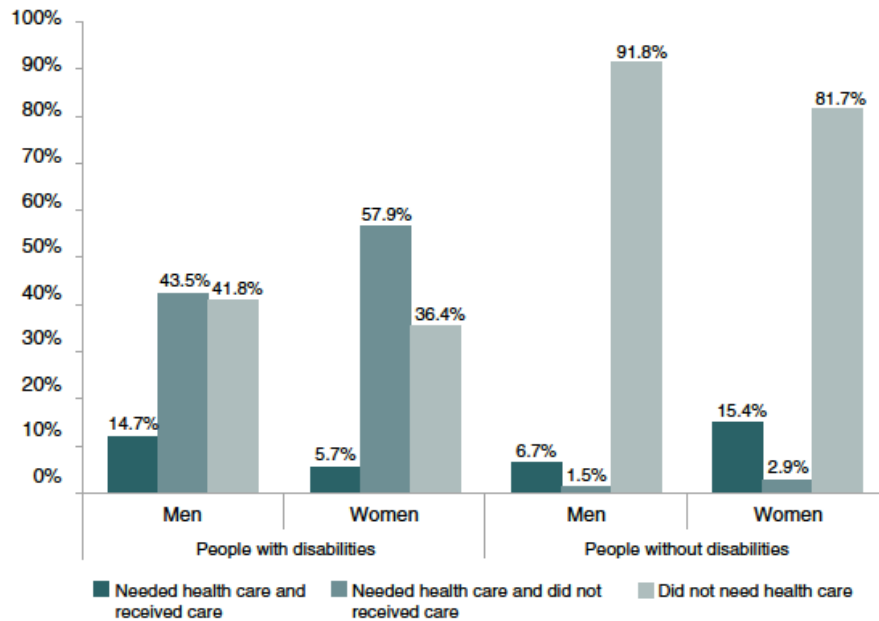
Nel manuale troviamo tre esempi di applicazione degli indicatori (case studies).

Leggete il caso uno e due, poi li vediamo insieme

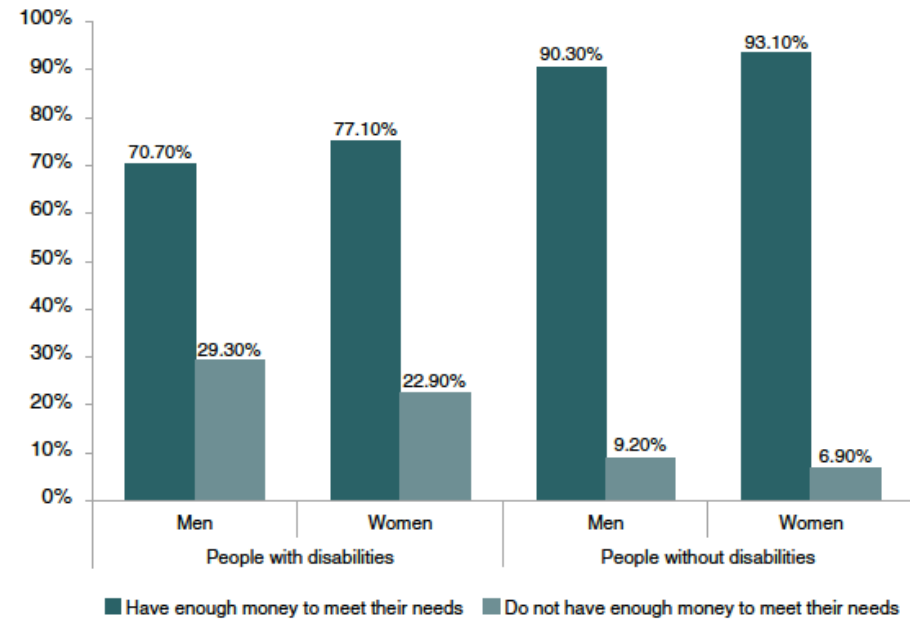
Caso 1

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?



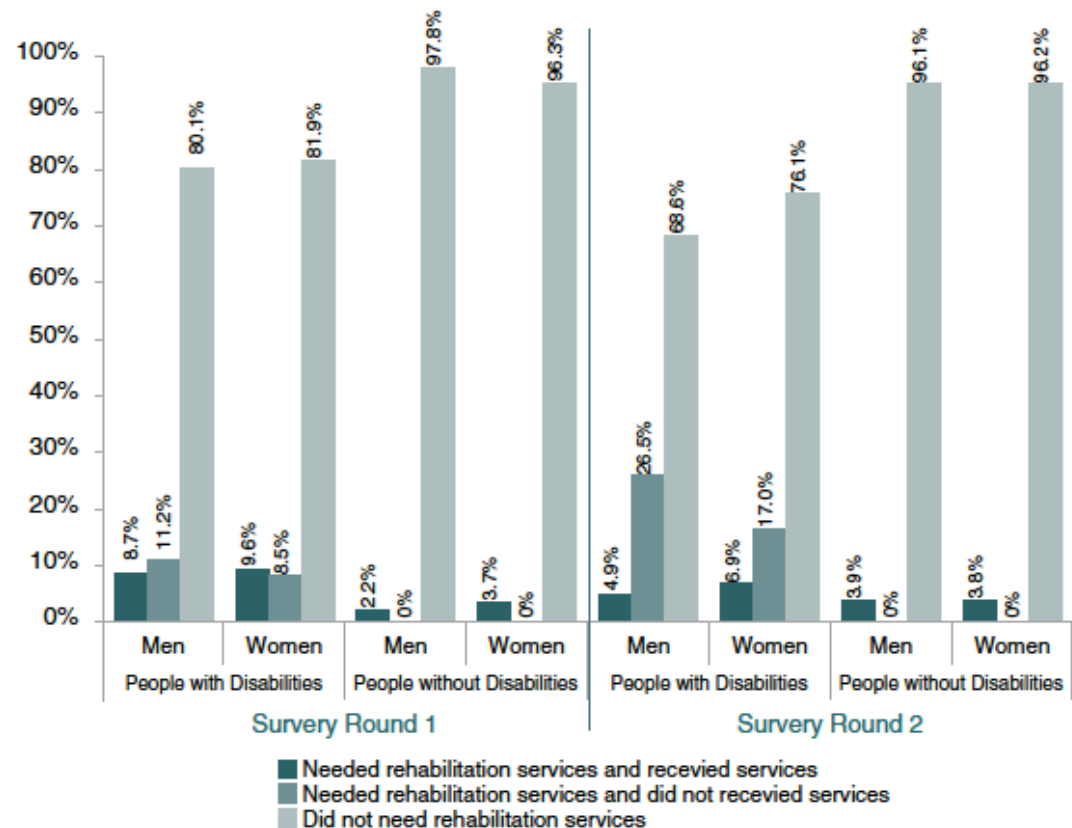
Graph 2. Results from the question on livelihood: do you have enough money to meet your needs?



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?



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.

Luca Prosperini è il Premio Rita Levi Montalcini 2015

27/05/2015

Il riconoscimento - conferito al Congresso FISM 2015 - per i risultati che sta raggiungendo nel campo del trattamento neuro-riabilitativo



Prosperini ha ottenuto questo prestigioso riconoscimento **per i risultati che sta raggiungendo nel campo del trattamento neuro-riabilitativo**, in particolare per la gestione efficace dei problemi di equilibrio, lo sviluppo di innovativi programmi di riabilitazione e di altre nuove strategie di trattamento farmacologico nella SM. Ha partecipato a 15 studi clinici ed è autore o co-autore di una cinquantina di pubblicazioni scientifiche sulla sclerosi multipla.



Nella giornata di apertura del Congresso FISM 2015 - 27 maggio, in cui si celebra la Giornata Mondiale della SM - è stato conferito il **Premio Rita Levi Montalcini** a **Luca Prosperini**, ricercatore presso il Dipartimento di Neurologia e Psichiatria dell'Università Sapienza e neurologo al Centro Sclerosi Multipla dell'Ospedale Sant'Andrea. È il diciottesimo vincitore di questo Premio, istituito da AISM nel 1999.

esempio dell'utilizzo degli indicatori

Nel 2013 ha ottenuto il Premio di Miglior Presentazione orale al Congresso ECTRIMS di Copenaghen. Con quale studio?

"Avevamo evidenziato con una pubblicazione del 2012 come l'utilizzo di una comune console commerciale per videogame (Wii Balance Board) per effettuare training di riabilitazione ottenesse effettivi miglioramenti a livello clinico nell'equilibrio dei pazienti con sclerosi multipla. Da lì, la professoressa Patrizia Pantano ha messo a disposizione del nostro gruppo una macchina di risonanza magnetica insieme alla sua 'expertise' in questo campo e ha proposto a noi e alla Fondazione di AISM di indagare per verificare tramite le immagini di risonanza se i cambiamenti prodotti dalla riabilitazione nel migliorare l'equilibrio generassero anche modificazioni a livello cerebrale, nel sistema nervoso centrale. Lo studio, che dimostra la verità di questa ipotesi, è stato pubblicato nel 2014".

Cosa significa?

"Che la riabilitazione non è un semplice palliativo per il sintomo clinico, ma funziona anche a livello cerebrale. Nello stesso tempo lo studio mostra nitidamente che la riabilitazione non fa sconti: bisogna continuare a rimanere allenati. Nel nostro studio abbiamo effettuato un intervento di 12 settimane e poi osservato che, a distanza di altre 12 settimane dalla fine del trattamento, tutte le modificazioni riscontrate a livello cerebrale e anche la performance sull'equilibrio misurata con posturografia tendevano a ritornare ai valori precedenti (basali). Per quello che so, il nostro è stato il primo studio che ha verificato come si mantiene nel tempo l'efficacia di un trattamento riabilitativo per l'equilibrio".

Presentazione della classe

Chi sono

A quale professione appartengo

Di cosa mi occupo

Su cosa posso decidere

Che differenza faccio

Uno strumento utilissimo ci viene fornito dall'Università McMaster (Ontario, Canada), che ha predisposto un servizio gratuito di newsletter personalizzabile sulle ultime pubblicazioni scientifiche degli argomenti di nostro interesse

REHAB⁺ PREMIUM
LITERATURE
SERVICES



McMaster
PLUS

Welcome to **REHAB⁺** - "one-stop" access to pre-appraised evidence to support your clinical decisions.

REHAB⁺ provides a new path to address the key question in this era of evidence-based health care: **what is the current best evidence available to support clinical decisions?**

[Learn more »](#)

Access the content professionals trust.

[REGISTER TODAY](#)

<https://plus.mcmaster.ca/rehab/>

Dove cercare le informazioni

Fonte	Pro	Contro
Documentazione clinica	Molte informazioni della assistenza realmente erogata	Occorre molto tempo Informazioni spesso incomplete
SDO	Dati controllati e completi Rapidi da ottenere	Poche informazioni sull'assistenza prestata Bias di compilazione
Database amministrativi	Dati completi Rapidi da ottenere	Informazioni inserite per motivi amministrativi, incomplete riguardo l'assistenza o la tipologia di pazienti (gravità)
Database creati ad hoc	Alta compliance di chi ha contribuito alla creazione Creati per rispondere ai quesiti di interesse Flessibili	Risorse finanziarie per la creazione, risorse umane addestrate per la compilazione

codifica e archiviazione delle informazioni

Genere	Sesso	Numero di figli	n_figli
Maschio	1	0	0
Femmina	2	1	1
		2	2
		3	3
Reparto	Reparto	4	4
Rianimazione	0	...	
Chirurgia	1		
Medicina	2		
Sala Operatoria	3	Giudizio sul proprio	
RSA	4	stato di salute	t_giudizio_salute
		Pessimo	0
		Non buono	1
		Mediocre	2
		Buono	3
		Molto buono	4

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	
1	codi	sede	Reparto	notturno	eta	sexso	anz_lav	stato_civ	n_figli	tabagismo	alcolici	t_giudizio_salute	t_lav
2	1	1	0	1	45	2	1	2	2	0	0	2	
3	2	1	0	1	27	1	1	0	0	0	0	3	
4	3	1	0	1	53	2	23	4	1	0	0	2	
5	4	1	0	1	52	2	31	2	0	0	0	1	
6	5	1	0	1	28	1	2	0	0	0	0	3	
7	6	1	0	1	51	2	30	3	2	0	0	2	
8	7	1	0	1	39	2	6	0	0	0	0	2	
9	8	1	0	1	34	2	12	0	0	0	1	2	
10	9	1	0	1	39	2	5	0	0	0	1	2	
11	10	1	0	1	33	2	6	2	0	1	0	2	
12	11	1	0	1	24	1	2	0	0	0	0	2	
13	12	1	0	1	33	2	5	2	0	0	1	3	
14	13	1	0	1	26	2	1	0	0	1	0	1	
15	14	1	0	1	44	1	2	2	1	1	1	2	
16	15	1	0	1	27	2	3	0	0	0	0	2	
17	16	1	0	1	26	2	4	0	0	0	1	2	
18	17	1	0	1	26	2	4	0	0	0	1	2	
19	18	1	0	1	30	2	10	0	0	0	0	1	
20	19	1	0	1	41	2	9	0	2	0	0	3	
21	20	1	0	1	43	1	5	0	0	0	0	1	
22	21	1	0	1	40	1	5	2	1	0	0	3	
23	22	1	0	1	44	1	22	0	0	1	1	2	

1: Maschio

2: Femmina

0: Pessimo

1: Non buono

2: Mediocre

3: Buono

4: Molto buono



I numeri rappresentano meglio e più sinteticamente le osservazioni

È necessario organizzare i numeri in modo da trarre il maggior numero di informazioni

COMANDI UTILIZZATI

- ② Crea i tre fogli di cui hai bisogno: Legenda, Dati, Risultati
- ② Crea le etichette per ogni informazione che inserisci (prima riga di ogni colonna)
- ② Nella prima colonna inserisci il codice delle unità che rilevi, in maniera sequenziale (1, 2, 3, 4...)
- ② 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
- ② Blocca riquadri, nel menù Finestra, per continuare a leggere le etichette di colonna anche quando si scende nel foglio
- ② Per togliere il blocco, nello stesso menù compare Sblocca riquadri

A. Liberati, Valutazione della qualità dell'assistenza, in F. Di Orio, Elementi di metodologia epidemiologica clinica, Piccin, Padova, 1994.

A. Donabedian, The quality of care. How can it be assessed?, JAMA, 1988; 260(12): 1743-174

<http://www.who.int/disabilities/care/en/> [ultima consultazione: 07/11/2016, ore 17.30]

E. Domholdt, Rehabilitation Research. Principles and Applications (3rd ed), Elsevier Saunders, 2005.

P. Morosini, Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale, Istituto Superiore di Sanità, 2004.

World Health Organization, Capturing the difference we make. Community-based rehabilitation indicators manual. Geneva, 2015.

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