



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

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 massimizzare 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.

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.

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

vantaggi

- ▶ documentano la qualità dell'atto professionale
- ▶ poco influenzati dalla gravità della patologia o altre variabili del paziente
- ▶ permettono di identificare le inappropriately (in eccesso - quello che si fa ma non si dovrebbe fare - 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

Indicatori di processo

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

indicatori sociosanitari regionali

Esempio

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	
Bozano-Bozen	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	

Indicatori di processo

TITOLO INDICATORE	FORMULA	SOGLIA	FORTE NUMERATORE	FORTE DENOMINATORE
% di pazienti per i quali è stato eseguito il primo accesso domiciliare da parte del personale sanitario della Centrale Operativa ADI entro le 48 ore dalla dimissione.	<p>Pazienti presi in carico COT di provenienza dall' UO di Ortopedia e Traumatologia per i quali sia stata prevista dimissione protetta e sia stato eseguito il primo accesso CO ADI entro le 48ore dalla dimissione* (t1>t2)</p> <p>----- x 100</p> <p>Tutti i pazienti presi in carico COT di provenienza dall' UO di Ortopedia e Traumatologia per i quali sia stata prevista dimissione protetta con attivazione CO ADI* (t1>t2)</p>	95%	<p>Cartella di progetto specifica per ogni singolo paziente. - Scambio informale di informazioni sul paziente: grande parte della comunicazione tra COT e CO ADI/territorio avviene via telefonica e mail;</p> <p>- Database specifico ed unico consultabile dall'UOS COT (rilevazione dati a posteriori, a chiusura del progetto personale)</p>	
“Adeguatezza dell'invio”: Numero delle richieste scritte inviate al progetto IESA da parte del Centro di Salute Mentale che esitano nell'attivazione di una convivenza	(N. richieste scritte per le quali si attiva il percorso di convivenza / N. totale delle richieste scritte pervenute al progetto IESA)*100	90%	Sistema Informativo Territoriale (SIT)	
% pazienti degenti in area medica e chirurgica che abbiano necessità di ausili semplici per il rientro a domicilio per i quali sia stata attivata una consulenza fisioterapica, ai quali tali ausili vengano prescritti dai medici specialisti referenti per patologia	(Numero di pazienti degenti in area medica o chirurgica che necessitano di un ausilio semplice per il rientro al domicilio per i quali è stata attivata una consulenza fisioterapica, ai quali tale ausilio viene prescritto dal medico specialista referente per patologia / Numero totale di pazienti degenti in area medica o chirurgica per i quali è stata attivata una consulenza fisioterapica che necessitano di un ausilio semplice per il rientro al domicilio)*100	100%	Cartelle cliniche nel diario medico, infermieristico o fisioterapico, relazioni di dimissioni del medico referente per patologia e del fisioterapista	Sistema informatico aziendale, richieste di attivazione diretta per consulenza fisioterapica inoltrate via fax
Usabilità del sistema di teleriabilitazione	Somma dei punteggi ottenuti da tutti i soggetti nella scala di usabilità (somma SUS score)/ N di soggetti totali valutati con SUS scale	70 punti	Questionario SUS, una scala standardizzata per la misura dell'usabilità di prodotti e servizi in particolare ICT (ad es hardware, software, mobile devices, websites and applications). Consiste in questionario di 10 item con 5 possibilità di risposta in likert creato da John Brooke nel 1986. Ogni soggetto ottiene un punteggio di usabilità globale (SCORE SUS)	
alimentazione e disfagia (per strutture residenziali e semiresidenziali anziani e disabili): Percentuale di ospiti con interventi personalizzati finalizzati alla prevenzione dei rischi legati alla disfagia	(n° di ospiti con interventi personalizzati finalizzati alla prevenzione dei rischi legati alla disfagia / n° di ospiti valutati a rischio disfagia)*100	100%	Documentazione socio-sanitaria	
Adeguatezza dell'intervento riabilitativo nel paziente anziano (>75 aa) con condizioni cliniche stabili e disabilità, ricoverato presso il reparto di lungodegenza	[Numero di pazienti (>75 aa) ricoverati in lungodegenza con condizioni cliniche stabili, a partire da un grado lieve di disabilità (Barthel Index<75 all'ingresso), dimesse entro 2 settimane, per le quali sia documentato che l'intervento fisioterapico abbia previsto almeno un incontro di counseling e/o educazione terapeutica e/o addestramento al paziente e al caregiver familiare / Numero dei pazienti ricoverati in lungodegenza con condizioni cliniche stabili, a partire da un grado lieve di disabilità (Barthel Index<75 all'ingresso), dimesse entro 2 settimane, esclusi coloro che non hanno care-giver]*100	95%	Cartella clinica, cartella infermieristica, relazione fisioterapica di fine trattamento	Cartella clinica, cartella infermieristica
Esecuzione del test del “ Red Reflex ” a tutti i neonati nati in provincia di Ferrara nei primi giorni di vita e comunque prima della dimissione a domicilio	(neonati sottoposti a screening/nuovi nati della provincia) x 100	95%	Software specifico nei reparti di neonatologia/nidi (da creare)	

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

- ▶ **n. di pazienti ricoverati per ictus che alla dimissione mangiano cibo di normale consistenza -> verifica delle cartelle**
- ▶ **n. di pazienti ricoverati per ictus che alla dimissione camminano -> verifica delle cartelle**
 - ▶ **n. di eventi sentinella nell'anno -> rilevazione ad hoc**

Quali esiti misuriamo in riabilitazione?

Scale di funzionamento, di partecipazione, di disabilità, come

HRQL (Health-Related Quality of Life)

SF-36

Sickness Impact Profile

Functional Status Questionnaire

Misura della
qualità della vita

Oswestry Disability Index

WOMAC (Western Ontario and McMaster

University Osteoarthritis Index)

Brief Symptom Inventory for Depression

Specifiche per
patologia

Goal Attainment Scaling (GAS)

Soddisfazione degli utenti

Generiche per
paziente

Goal Attainment Scaling

Utilizzata da molto tempo in psicoterapia, più recentemente in riabilitazione, soprattutto nel mondo anglosassone

Il professionista identifica insieme al paziente/caregiver i problemi in atto e gli obiettivi che sono importanti, realistici e perseguibili.

Ogni obiettivo, che può essere riferito ad ogni ambito della salute, viene chiaramente definito.

Al termine del trattamento (o del tempo stabilito per la rivalutazione) il professionista valuta insieme al paziente/caregiver quale livello è stato raggiunto.

Il punteggio varia da -2 a +2. Se l'obiettivo raggiunto è quello atteso, il punteggio è 0.

Può essere utilizzata in maniera combinata con la Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

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

Indicatori di esito

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

indicatori sociosanitari regionali

Esempio

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 - FEMALES							
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>9,96</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 esito

TITOLO INDICATORE	FORMULA	SOGLIA	FONTE NUMERATORE	FONTE DENOMINATORE
percentuale di pazienti disfonici in cui si è verificato miglioramento dell'impatto delle problematiche vocali sulle normali attività quotidiane dopo la terapia	n. pazienti che hanno raggiunto un miglioramento nella seconda somministrazione rispetto alla prima di almeno un grado nella scala Voice Handicap Index / tutti i pazienti che hanno iniziato e concluso il trattamento in un tempo di sei mesi	75%	dati raccolti dall' Analisi dei questionari (VHI); foglio excel per la raccolta dei pazienti	
Recupero ponderale dei pazienti con laringectomia parziale dimessi dopo riabilitazione per disfagia	(Aumento ponderale dei pazienti riabilitati e dimessi compreso superiore a 1800 g a 2 mesi dalla dimissione/ Numero dei Pazienti riabilitati e dimessi)*100	95%	Ricavati dal follow-up	Ricavati dalle schede di riabilitazione alla dimissione
Miglioramento della qualità della vita dei pazienti con laringectomia parziale dimessi dopo riabilitazione per disfagia	Miglioramento della qualità della vita (vantaggio medio ≥ 50 al performance status scale in head and neck cancer patients) in tutti i pazienti operati di laringectomia parziale riabilitati e dimessi	90%	Risultato del questionario somministrati a 4 mesi – risultato del questionario somministrati alla dimissione ricavati dalle schede di riabilitazione	
La "responsiveness" della pratica del portare il bambino in fascia nella cura della depressione post-partum (DPP)	(Numero delle donne affette dalla DPP che si ritengono soddisfatte e che hanno percepito dei benefici dal percorso del portare il bambino in fascia all'interno del progetto di cura/Numero totale delle donne affette dalla DPP che hanno avviato il percorso del portare in fascia all'interno del progetto di cura)*100		Rilevazione dei dati tramite la somministrazione di un questionario stilato ad hoc all'inizio e alla fine del percorso	
"Dimissioni Protette: Percentuale di ospiti dimessi dal Day Hospital Psichiatrico che non necessitano di una dimissione protetta per il rientro a domicilio	(Numero degli ospiti dimessi dal Day Hospital Psichiatrico che non necessitano di una dimissione protetta per il rientro a domicilio/N. degli ospiti dimessi)*100		Documentazione socio-sanitaria	

Indicatori di benessere delle persone accolte nei servizi socio-sanitari dell'Emilia Romagna

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

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

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

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 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*

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 di esito:

<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

Progetto "A.R.T.I.S." (Assistenza Riabilitativa Territoriale Sanitaria Integrata da assistenza domiciliare Sociale) - Attività dell'Associazione

Mar, 02/10/2012 - 10:13 | Anonimo



L'Associazione Regionale dei Familiari per la tutela della Salute Mentale "PERCORSI", ONLUS Abruzzo, da anni lotta contro la corruzione, la collusione e l'istituzionalizzazione, promuovendo la psichiatria territoriale.

Il Progetto A.R.T.I.S. (Assistenza Riabilitativa Territoriale Integrata Sociosanitaria), ideato da Clara Evangelista e promosso dall'Associazione "PERCORSI" è l'unico progetto di riabilitazione psichiatrica in Abruzzo dove la cura del sofferente psichico viene fatta a casa, in famiglia e nei suoi ambienti di vita.

Dal 2004 il Progetto è stato finanziato dalla ASL di Pescara e dal Comune di Pescara, ed enormi sono stati i risultati, tanto da farlo rientrare nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010 (ancora in vigore); inoltre attualmente è teoricamente salito alla ribalta grazie alle parole espresse dal Ministro della Salute Balduzzi, il quale ha dichiarato l'importanza dello spostamento delle cure dall'ospedale al territorio.

I punti di forza dell'ARTIS sono:

1. miglioramento clinico e psicosociale dei pazienti, ampliamento della rete sociale e re-inserimenti lavorativi;
2. collaborazione con i familiari e sostegno alla famiglia, con conseguente uscita dall'isolamento sociale e miglioramento della qualità della vita;
3. abbassamento o azzeramento dei ricoveri;
4. riduzione drastica dei costi della Sanità Pubblica;
5. occupazione di giovani operatori qualificati;
6. cambiamento culturale della società, dallo stigma e pregiudizio all'integrazione e inclusione sociale;
7. potenziamento del servizio pubblico il quale, con il personale ridotto all'osso, migliorerebbe enormemente grazie alla collaborazione con le associazioni di volontariato.

Negli ultimi due anni il progetto è stato modificato nella sua denominazione e forma originale dagli stessi stakeholder ed è stato rinominato "Assistenza Riabilitativa Territoriale Sanitaria Integrata da assistenza domiciliare Sociale".

In allegato è possibile però scaricare e/o visionare il progetto completo (nella formula originale) ed una relazione sui risultati ottenuti dagli operatori ARTIS, aggiornata al 2010.

- ② Fare una scheda di un indicatore (di processo o di esito) a vostra scelta

**INVIARLO per e-mail a me entro
il 15/01/2017**

francesca.piraccini@unife.it

**Il 30/01/2017 durante l'ultima lezione vedremo i vostri
lavori**

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

IPER 2 (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.

Alla versione iniziale di IPER del 2002 ha fatto seguito negli anni successivi una seconda versione - IPER 2. IPER 2 è stato applicato sperimentalmente su casistiche con ictus e frattura di femore.

Esempio – IPER 2

Durante la realizzazione di un progetto di ricerca “sul campo” con il coinvolgimento sia dell’Agenzia Sanitaria Regionale della Liguria che dei reparti di riabilitazione intensiva liguri, in cui si è messo a punto lo standard condiviso di raccolta e analisi dei dati relativi ai processi riabilitativi, ci si è convinti che questo potesse dare un forte contributo al governo sia clinico che economico-programmatorio dell’offerta riabilitativa.

Così è nata una 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 e comprende informazioni cliniche e di complessità del singolo utente, oltre ad un ‘set minimo’ di valutazione che uniforma le cartelle cliniche.

Esempio – IPER 2

Obiettivo: avere la 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

Costruzione di uno strumento per audit clinico e controllo di gestione

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 cliniche.

I core-set IM-S sviluppati riguardano l'ictus, la frattura di femore, e la depressione- ansia-apatia.

Esempio – IPER 2

Le misure di IM-G considerano:

1. Stato funzionale premorboso (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.

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

- ④ **decidere cosa è importante misurare e chiarire l'obiettivo della misura**

- 1) Su cosa posso decidere/influenzare?**
- 2) Quali dati sono in grado di raccogliere/ottenere senza fatica?**
- 3) Dove ci sono chiare evidenze di carenze qualitative nelle prestazioni fornite?**
- 4) E' possibile modificare gli stili di pratica con interventi di documentata efficacia?**
- 5) Esiste una variabilità di approcci su uno stesso problema clinico e voglio valutare se tale diversità comporta effettivamente differenze clinicamente rilevanti sui pazienti in termini di esito?**



scelta o costruzione di un indicatore

Ⓢ decidere cosa è importante misurare e chiarire l'obiettivo della misura

1) Su cosa posso decidere/influenzare?

2) Quali dati sono in grado di raccogliere / senza fatica?

3) Dove ci sono dati? In quali stili di pratica con

4) La valutazione di qualità è legittimata solo in quanto capace di indicare i miglioramenti da apportare

5) Esiste una variabilità documentata efficace?

Non ha alcun senso ricercare e misurare le

carenze nella qualità dell'assistenza se non

si utilizzano i risultati di questi studi a scopo

migliorativo



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**

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/>

COMANDI UTILIZZATI

- Ⓜ Shift + frecce per selezionare più celle in excel o righe di testo in word
- Ⓜ 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)
- Ⓜ Costruire una legenda nel primo foglio di lavoro

COMANDI UTILIZZATI

- ② Funzione SOMMA per sommare i valori di una selezione
- ② Costruire una variabile sì/no o M/F 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 CONTA.SE per effettuare una somma su una parte dei valori di una colonna, in base alla risoluzione di una condizione logica
- ② Calcolare l'età in modo automatico partendo dalla data di nascita, con la funzione ANNO
- ② Verificare la coerenza di dati numerici calcolando la differenza, il minimo (funzione MIN) e il massimo (funzione MAX)

Tipologie di indicatori in base ai dati

- ▶ **proporzione (rapporto tra una parte e il tutto)**
- ▶ **media aritmetica**
- ▶ **tasso (rapporto tra il numero di nuovi eventi e il tempo di esposizione all'evento)**
- ▶ **rapporto tra un valore osservato e un valore atteso**
- ▶ **evento sentinella**

Caratteristiche di un buon indicatore

RIQUADRO 4. Caratteristiche o attributi degli indicatori

a) Metodologiche

- Riproducibile (preciso, affidabile, attendibile, ripetibile, costante). Ridotta variabilità tra ed entro osservatori
- Accurato. La rilevazione è priva di errori sistematici; il valore ottenuto corrisponde alla realtà o vi è vicino. Si misura come sensibilità, specificità, rapporti di verosimiglianza, valori predittivi
- Sensibile al cambiamento. Qui il termine significa che l'indicatore è capace di evidenziare i cambiamenti del fenomeno nel tempo e nello spazio (tra centri o soggetti diversi)
- Specifico per il fenomeno indagato. Se questo è la qualità professionale, qui il termine significa che l'indicatore è poco influenzato da fattori estranei alla qualità stessa.

b) Legate alla potenziale utilità

La cosa più difficile è sapere cosa serve sapere

- Pertinente. Misura il fenomeno che si intende misurare. Se mancano indicatori veramente pertinenti, si possono usare indicatori "approssimati" o indiretti (ad es. mortalità invece di morbilità; giornate di degenza anziché costi)
- Scientificamente fondato. Per un indicatore di processo professionale, basato su buone evidenze sul collegamento tra il processo in esame e gli esiti; per un indicatore di esito, riguardante esiti influenzabili dagli interventi in esame
- Inserito in un modello decisionale. Valori diversi dell'indicatore dovrebbero comportare scelte diverse. A questo scopo (si veda oltre) è opportuno che sia accompagnato da una soglia
- Facilmente comprensibile
- Semplice, non inutilmente complesso. Per distinguere un cavallo da un asino bastano le orecchie

Caratteristiche di un buon indicatore

c) **Legate alle modalità di rilevazione**

- Completo. La rilevazione avviene in tutti o quasi gli eventi o soggetti su cui si è deciso di indagare. Si può trattare anche solo di un campione, che ovviamente dovrebbe essere rappresentativo
- Facilmente rilevabile e calcolabile
- Poco costoso da rilevare e d analizzare
- Tempestivo. Rilevabile e rilevato in tempo per le decisioni

RIQUADRO 5. Acronimo delle caratteristiche di un buon indicatore

M isurabile	rilevabile in modo riproducibile e accurato
I mportante costi	pertinente ad un problema frequente o con forti conseguenze sui pazienti o sui costi
S emplice	chiaro, comprensibile
U tilizzabile	preferibilmente accompagnato da valori soglia o standard
R isolvibile	relativo ad un problema per cui si può fare qualcosa con le risorse disponibili
A cceptabile	da chi deve rilevarlo e da chi deve applicarlo
D iscriminante	capace di distinguere tra realtà diverse e di mettere in luce i cambiamenti nel tempo
O ttenibile	rilevabile con costi e tempi accettabili
C ompleto	rilevabile e rilevato in tutti gli eventi /tutti i soggetti in cui lo si deve rilevare

Caratteristiche di un buon indicatore

- ▶ **Le qualità degli indicatori (pertinenza, specificità, sensibilità, facilità di rilevazione, utilità decisionale e altre ancora) non si possono giudicare in assoluto, ma solo in rapporto al processo valutativo-decisionale in cui sono inseriti. Non si può valutare davvero un indicatore senza conoscere il contesto e le ragioni per le quali viene usato.**

► A pag 20 del file 'Morosini 2005', Morosini scrive:

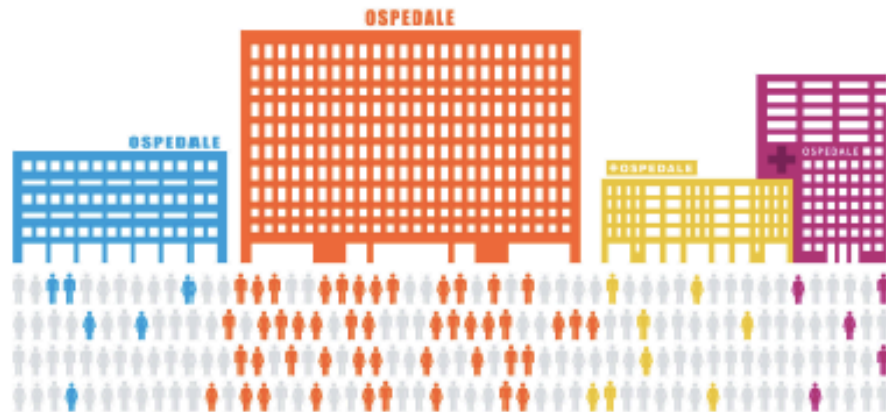
Secondo Nelson et al (1998) perché gli indicatori siano utili per gestire meglio i pazienti, valutare i cambiamenti dell'attività professionale nel tempo e contribuire al suo miglioramento e alla sua innovazione, occorre:

- cercare l'utilità e non la perfezione nelle misure;
- usare un insieme equilibrato di indicatori di processo, di esito e di costo;
- cercare di sfruttare il desiderio della maggior parte dei professionisti di migliorare le prestazioni e la loro curiosità sugli esiti; si è visto che i professionisti spesso accettano di rilevare ed utilizzare indicatori di qualità professionale se ne riconoscono la validità scientifica (punto 6 del riquadro 4);
- cominciare da dati semplici e facili da rilevare (pensare in grande, ma cominciare in piccolo);
- rilevare dapprima i dati non su tutti i soggetti o le situazioni, ma su campioni anche piccoli, purché rappresentativi;
- ottenere i dati come sottoprodotto del lavoro quotidiano;
- definire in modo operativo numeratori e denominatori degli indicatori;
- rappresentare graficamente i risultati (ad esempio in carte di controllo, vedi la sezione 2.1.9);
- collegare la rilevazione dei dati con progetti di miglioramento;
- formare un piccolo gruppo di professionisti che faccia da sostegno e da traino (un piccolo gruppo di persone impegnate può cambiare il mondo).

supplemento 2
numero **2/3**
anno 37
marzo
giugno
2015

EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE

Rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia



P.N.E.
Programma Nazionale Esiti

agenas
AGENZIA NAZIONALE PER
GLI AZIENDI SANITARI REGIONALI

DIEP/Lazio
Dipartimento di Epidemiologia del DRG del Lazio
Centro Operativo PNE

In collaborazione con
Network Nazionale
Cockpit

VOLUMI DI ATTIVITÀ ED ESITI DELLE CURE:
PROVE SCIENTIFICHE IN LETTERATURA ED EVIDENZE EMPIRICHE IN ITALIA

VOLUME AND HEALTH OUTCOMES:
EVIDENCE FROM SYSTEMATIC REVIEWS AND FROM EVALUATION OF ITALIAN HOSPITAL DATA

PREMESSE

Il miglioramento della qualità e dell'efficacia dell'assistenza è uno degli obiettivi prioritari di ogni politica sanitaria. Il volume di attività è una delle caratteristiche di processo che possono avere un impatto sull'efficacia degli interventi.

La legge 135/2012, nota come *spending review*, prevede che vengano fissati gli «standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera». E' necessaria una valutazione delle conoscenze scientifiche disponibili sulla base delle quali definire tali standard, tra cui i volumi di attività al di sopra o al di sotto dei quali le strutture ospedaliere pubbliche e private possono o meno essere accreditate a offrire specifici interventi sanitari. L'edizione 2013 del Programma nazionale esiti (PNE), che dal 2009 valuta gli esiti dell'assistenza degli ospedali italiani e che oggi è divenuto uno strumento istituzionale di valutazione del Servizio sanitario nazionale (SSN), include, oltre agli indicatori di esito, una serie di indicatori di volume per le condizioni la cui associazione tra volume di attività ed esito delle cure sia stata dimostrata in letteratura.

OBIETTIVI

■ Identificare le condizioni cliniche o i trattamenti per i quali è stata studiata l'associazione tra volume di attività dell'ospedale e/o del medico ed esito delle cure. ■ Identificare per quali di queste condizioni è dimostrata in letteratura l'esistenza di un'associazione tra volume di assistenza ed esito. ■ Analizzare la distribuzione delle strutture ospedaliere italiane per volume di attività. ■ Misurare l'associazione tra volume di attività ed esiti nel Servizio sanitario italiano.

METODI

Revisione sistematica

Overview di revisioni sistematiche e rapporti di Health Technology Assessment (HTA); ricerca su banche dati elettroniche (PubMed, EMBASE, The Cochrane Library), siti di HTA, National guideline Clearinghouse (tutte fino a febbraio 2012). L'inclusione degli articoli individuati è stata valutata da due autori in modo indipendente; la qualità metodologica è stata valutata utilizzando la AMSTAR Checklist.

Per ogni area clinica e per ogni singolo esito considerato, se disponibile, è stato riportato il numero di revisioni incluse, il numero totale degli studi e dei partecipanti con i valori di range, media e mediana della soglia degli alti volumi; il numero di studi e di partecipanti con associazione positiva in modo statisticamente significativo e i risultati delle metanalisi.

Analisi della distribuzione delle strutture ospedaliere italiane per volume di attività e analisi dell'associazione tra volume di attività ed esito delle cure. PNE 2011

Le analisi sono state condotte utilizzando i dati del Sistema informativo ospedaliero nazionale e dell'Anagrafe tributaria relativi all'anno 2011. Per ciascuna condizione in studio è stato calcolato il numero di strutture ospedaliere per volume di attività. Sono state escluse dalle analisi tutte le strutture con bassi volumi di attività (3-5 casi/anno). Solo per le condizioni con un numero di casi annui superiore a 1.500 e una frequenza di esito superiore al 3% è stata analizzata l'associazione tra volume di attività ed esiti. Per queste condizioni sono stati stimati i rischi aggiustati di esito per struttura, secondo i criteri di selezione e la metodologia statistica del Programma nazionale esiti.

RISULTATI

La revisione sistematica ha individuato 107 revisioni, di cui 47, che valutavano 38 differenti aree cliniche, sono state incluse. L'esito più studiato e comune a tutti gli ambiti analizzati è la mortalità intraospedaliera o a 30 giorni. Gli altri esiti considerati variano a seconda del tipo di condizione o intervento oggetto di studio. I temi trattati sono stati suddivisi nei seguenti gruppi rispetto all'esito mortalità intraospedaliera o a 30 giorni:

- **Associazione positiva:** si dimostra un'associazione positiva statisticamente significativa nella maggioranza degli studi e dei partecipanti inclusi e/o sono disponibili metanalisi con risultati positivi.
- **Mancanza di associazione:** sia gli studi sia le metanalisi non dimostrano la presenza di un'associazione statisticamente significativa.
- **Mancanza di prove per la valutazione dell'associazione:** sia i risultati degli studi sia quelli delle metanalisi non permettono di giungere a conclusioni certe sull'associazione tra volumi ed esiti.

La relazione tra volume del medico/chirurgo ed esiti è stata oggetto esclusivamente della revisione della letteratura; non è infatti ancora possibile analizzare questa associazione per le strutture ospedaliere italiane, mancando sulla scheda di dimissione ospedaliera l'informazione relativa all'operatore. La letteratura ha evidenziato un'associazione positiva per: AIDS, angioplastica coronarica, aneurisma addominale non rotto, artroplastica all'anca, bypass aorto-coronarico, chirurgia del cancro al colon, chirurgia del cancro all'esofago, chirurgia del cancro alla mammella, chirurgia del cancro allo stomaco, chirurgia del cancro alla vescica, rivascolarizzazione degli arti inferiori. L'analisi della distribuzione delle strutture ospedaliere italiane per volume di attività ha riguardato 26 condizioni per le quali la revisione sistematica ha dimostrato un'associazione positiva tra volume di attività e mortalità intraospedaliera o a 30 giorni.

DISCUSSIONE

Per molte condizioni la revisione sistematica della letteratura ha messo in luce evidenze di associazione tra volumi di attività più alti ed esiti delle cure migliori. Non essendo per definizione possibile condurre studi randomizzati controllati, si tratta di revisioni sistematiche di studi osservazionali:

la qualità delle prove disponibili è da considerarsi buona relativamente sia alla coerenza dei risultati tra i diversi studi sia alla forza dell'associazione. Quando i dati nazionali avevano una potenza statistica sufficiente, l'associazione è stata documentata dall'analisi empirica condotta sulle strutture del Servizio sanitario nazionale nell'anno 2011. Nell'analisi dei dati nazionali si è tenuto conto dei potenziali confondenti, tra cui l'età e la presenza di comorbidità nel ricovero indice e nei ricoveri dei due anni precedenti.

La revisione sistematica della letteratura non consente di identificare soglie di volume di attività. Nella maggioranza delle condizioni studiate si osserva un drastico miglioramento degli esiti nella prima parte della curva, quando si passa da volumi molto bassi a volumi più alti. Ma, mentre in alcuni casi si continua a osservare un progressivo miglioramento degli esiti all'aumentare del volume di attività, in altri l'analisi potrebbe consentire l'identificazione di valori soglia oltre i quali l'esito non migliora ulteriormente. Tuttavia, alla scelta di «volumi minimi di attività», al di sotto dei quali non dovrebbe essere possibile erogare specifici servizi nel Servizio sanitario nazionale, devono necessariamente contribuire conoscenze sul rapporto tra efficacia delle cure e loro costi, distribuzione geografica e accessibilità.

SCHEDA
5 **Artroplastica al ginocchio**
Knee arthroplasty

La revisione sistematica della letteratura evidenzia un'associazione positiva, sebbene la metanalisi include una bassa proporzione degli studi e dei partecipanti disponibili.

VOLUME DI ATTIVITÀ OSPEDALIERA		
ESITO	MORTALITÀ OSPEDALIERA O A 30 GIORNI	COMPLICANZE
n. studi (n. partecipanti)	12 (1.025.896) *	14 (848.960) **
n. studi con associazione positiva (n. partecipanti)	4 (538.274) *	7 (729.293) **
Cut-off ad alto volume (casi/anno)	range: media: mediana:	23-300 116,6 98,0
Metanalisi	Stengel 2004	Stengel 2004
n. studi (n. partecipanti)	4 (413.960)	3 (140.017)
Odds Ratio (IC95%)	0,87 (0,78-0,98)	1,08 (0,92-1,27)
Cut-off ad alto volume (casi/anno)	14	24

* Dato mancante per 3 studi / Missing data from 3 studies
** Dato mancante per 2 studi / Missing data from 2 studies

Tabella 5. Artroplastica al ginocchio; risultati della revisione sistematica.
Table 5. Knee arthroplasty; systematic review results.

Il PNE documenta un rischio di reintervento entro 6 mesi dopo artroplastica del ginocchio, con un valore medio nazionale di 1,48% e una variabilità tra strutture illustrata nella **FIGURA 5.1**.

INTERVENTO DI ARTROSCOPIA AL GINOCCHIO. REINTERVENTO ENTRO 6 MESI

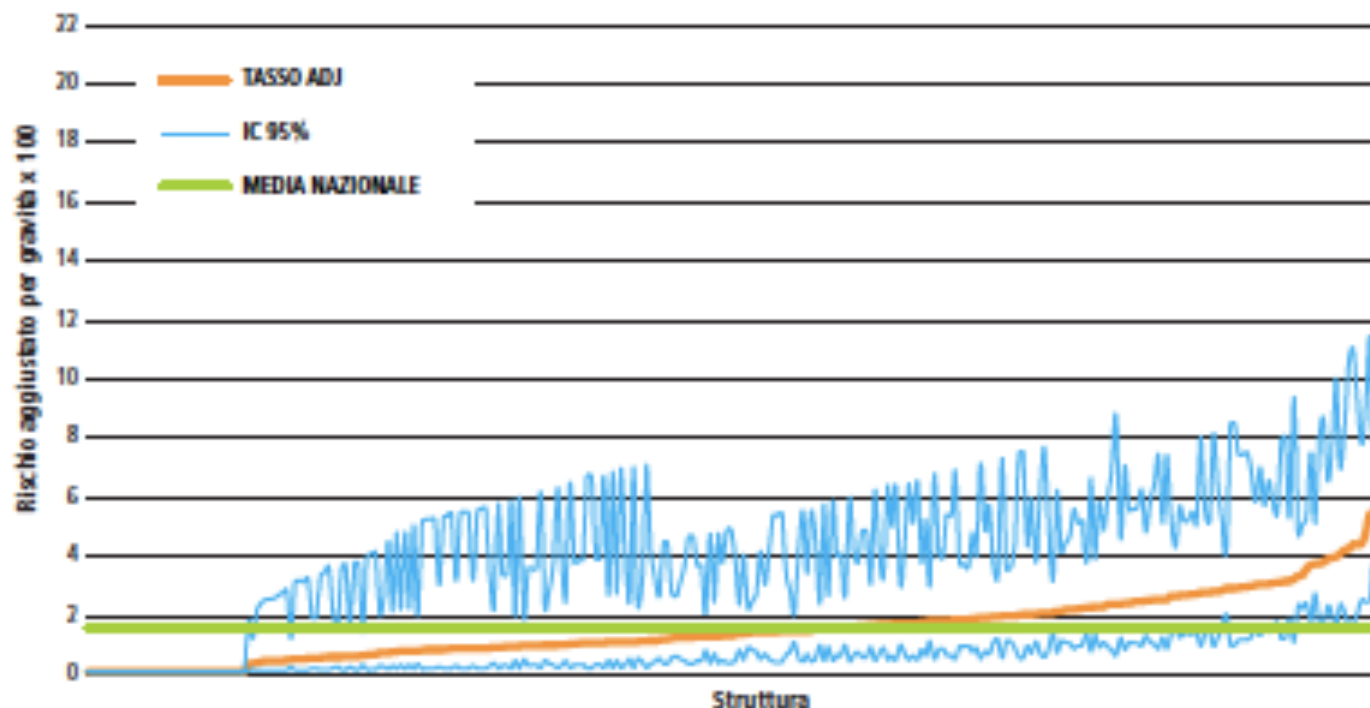


Figura 5.1. Artroplastica al ginocchio; rischi aggiustati di reintervento entro 6 mesi per struttura, Italia, PNE 2011.
Figure 5.1. Knee arthroplasty; adjusted risks of reintervention within 6 months by facility, Italy, National outcomes programme 2011.

Si osserva un'associazione tra volume di attività e reintervento entro 6 mesi (FIGURA 5.2). In particolare, la proporzione di reinterventi diminuisce decisamente fino a 100 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività fino a stabilizzarsi.

ARTROPLASTICA AL GINOCCHIO.

ASSOCIAZIONE TRA REINTERVENTO ENTRO 6 MESI E VOLUME DI ATTIVITÀ PER STRUTTURA

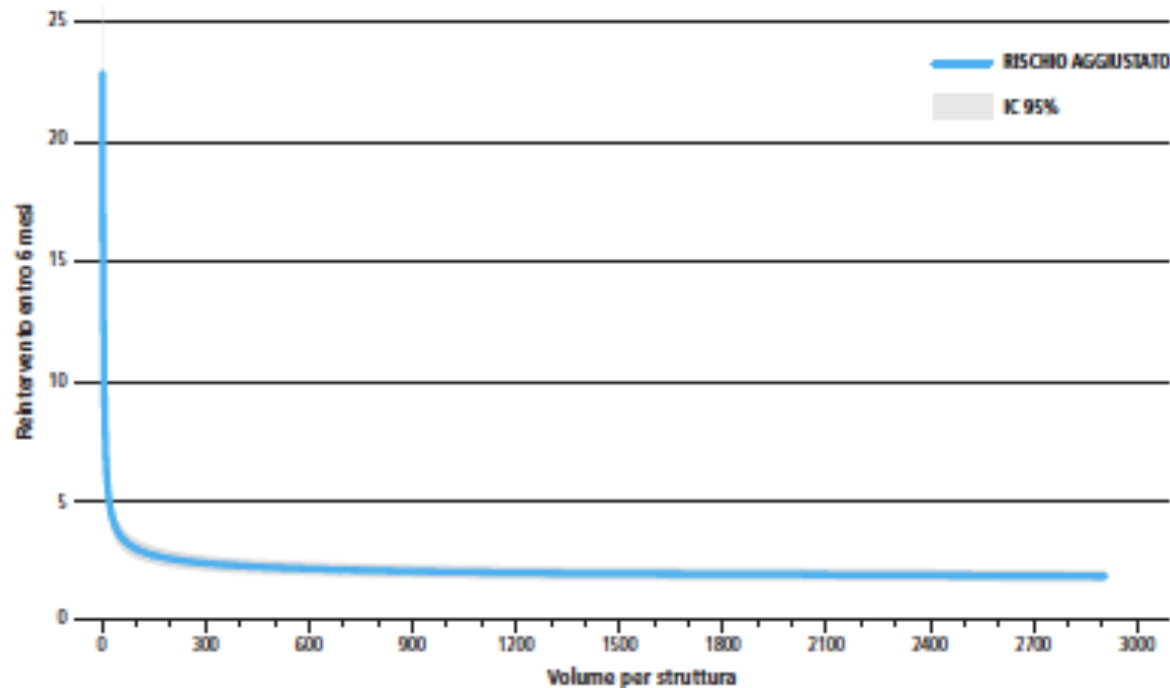


Figura 5.2. Artroplastica al ginocchio; associazione tra reintervento entro 6 mesi e volume di attività per struttura, Italia 2011.

Figure 5.2. Knee arthroplasty; association between re-intervention within 6 months and volume of activity by facility, Italy 2011.

Piano Nazionale Esiti - PNE

In Italia, nel 2011 risultano 755 strutture con almeno 5 interventi annui. Il volume medio di attività annuo è pari a 84, con uno scarto interquartile di 160; 102 strutture (14%) hanno un volume di attività superiore ai 300 interventi annui.

ARTROPLASTICA AL GINOCCHIO. DISTRIBUZIONE DEL NUMERO DI STRUTTURE PER VOLUME DI ATTIVITÀ

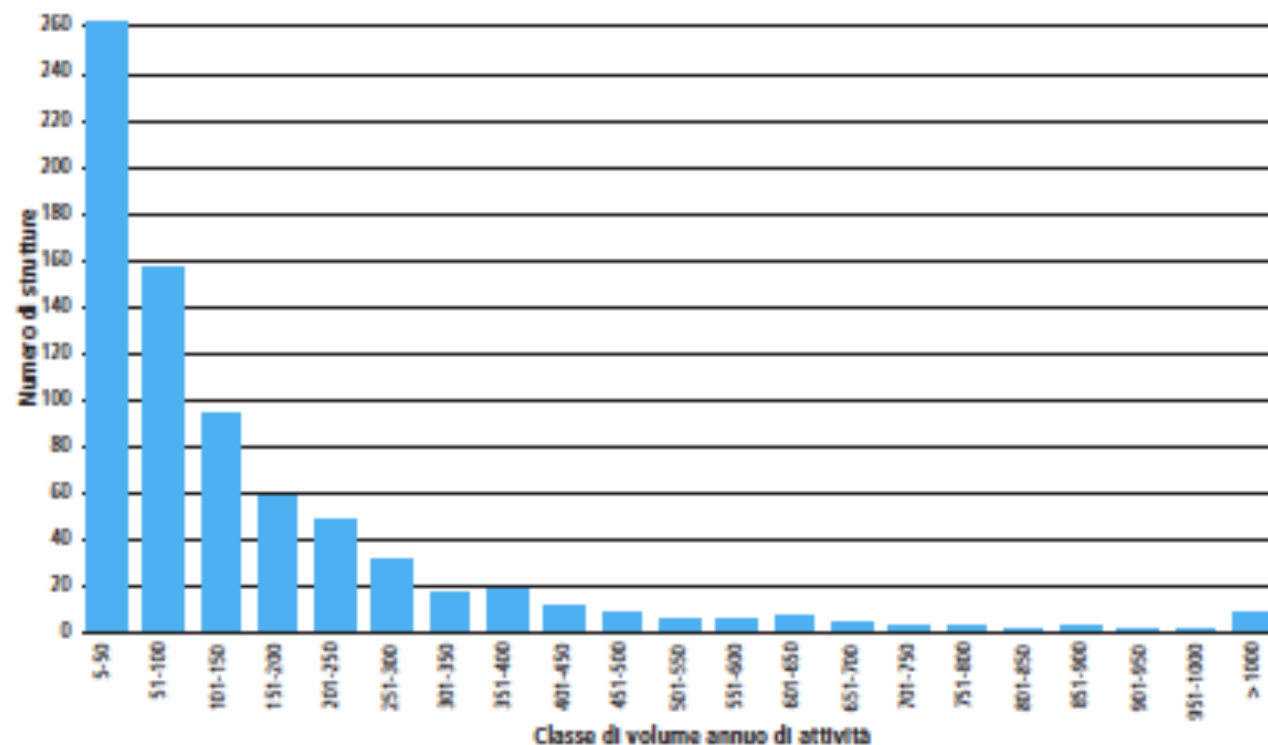


Figura 5.3. Artroplastica al ginocchio; distribuzione del numero di strutture per volume di attività, Italia 2011.

Figure 5.3. Knee arthroplasty; distribution of the facilities by volume of activity, Italy 2011.

Data la specificità dell'intervento, la definizione dell'esposizione sulla base dei volumi della struttura piuttosto che dell'unità operativa non dovrebbe essere soggetta a misclassificazione.

Occorre tuttavia tener conto delle potenziali distorsioni delle stime di reintervento, determinate dall'impossibilità di distinguere dalla SDO il lato dell'intervento.

- ▶ <http://95.110.213.190/PNEed13/index.php>
- ▶ <http://95.110.213.190/PNEed13/guida-tutorial.php>