



PROGETTO
INDICATORI DI QUALITA'

Fase pilota - 2002

Settore assistenziale
RIABILITAZIONE INTENSIVA OSPEDALIERA
(cod. 56)

Documento conclusivo
Giugno 2003

INDICE

INTRODUZIONE	4
METODO DI LAVORO	5
PROSPETTIVE DI SVILUPPO	5
ATTIVITÀ SANITARIE DI RIABILITAZIONE	6
Definizione generale	6
Mandato	6
Operatori	6
Livelli organizzativi	7
PROBLEMI DI SALUTE	7
RIABILITAZIONE INTENSIVA IN REGIME DI RICOVERO	
OSPEDALIERO (cod. 56)	8
Mandato	8
Problemi prioritari di salute	8
Ambiti di patologia	8
DECLINAZIONE IN FASI DEL PROCESSO DI RIABILITAZIONE	
IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO (cod. 56)	13
FASI CRITICHE DEL PROCESSO RIABILITATIVO COD. 56 -	
FATTORI DI QUALITÀ PRIORITARI E PROPOSTA	
DI INDICATORI	14
ALTRI POSSIBILI INDICATORI RILEVABILI	
DA FLUSSI CORRENTI (SDO)	19
SINTESI DEGLI INDICATORI E DEI REQUISITI	
DI QUALITÀ PROPOSTI	20
BIBLIOGRAFIA	23

INTRODUZIONE

La LR 22/2000 affida all'Osservatorio per la Qualità (OQ) dell'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) il mandato di definire indicatori di processo e di esito per la valutazione della qualità dei servizi. Tale mandato si inserisce anche nel processo di completamento del Progetto regionale per l'Accreditamento, avviato dalla Regione Toscana nel 1996.

Nella realizzazione di tale mandato, l'OQ ha ritenuto importante identificare alcuni ulteriori obiettivi, nel tentativo di offrire ai professionisti, ai *manager* delle Aziende sanitarie e allo stesso governo regionale, un modello di lettura, sia pure iniziale e perfettibile, di interi settori o processi assistenziali, secondo uno schema concettuale di riferimento utilizzabile anche nel futuro di breve e medio termine.

La definizione degli indicatori è stata quindi interpretata come la fase conclusiva di un percorso più complesso, che consentisse ai professionisti e tecnici dei settori interessati un consenso sugli obiettivi generali, sull'elenco dei processi principali e sulla rispettiva articolazione in fasi, sull'identificazione di fasi e fattori critici per la sicurezza, per la qualità organizzativa, per la qualità professionale, per la qualità dal punto di vista dell'utente.

Lo scopo principale della fase pilota di questo progetto è stato quindi quello di rendere disponibile una metodologia di lavoro utile alla identificazione di indicatori e requisiti di qualità per alcuni settori assistenziali e processi gestionali. Indicatori che, nella pratica quotidiana delle attività sanitarie, possono essere utilizzati in due modi:

1. all'interno delle singole strutture (la struttura valuta se stessa), come strumento di monitoraggio e miglioramento della qualità e come importante strumento di formazione e crescita professionale;
2. dall'«esterno» (ad es. la struttura viene valutata dalla Direzione dell'Azienda, nell'ambito del processo di *budgeting*, o dallo stesso livello regionale).

Ci si augura quindi che il lavoro svolto possa offrire strumenti di lavoro e indicazioni utili per applicazioni e sviluppi futuri in entrambe le direzioni indicate e possa essere applicato ed esteso ad altri settori e processi rilevanti per le organizzazioni sanitarie.

METODO DI LAVORO

Lo sviluppo del progetto si è articolato nelle seguenti fasi:

- È stato istituito un Gruppo di Lavoro (GdL) regionale con la partecipazione di professionisti impegnati nel settore assistenziale della Riabilitazione Intensiva Ospedaliera (cod. 56) in strutture sia pubbliche sia private della regione.
- Un Gruppo di coordinamento dell'Agencia ha garantito il mantenimento di una metodologia comune di lavoro e la continuità tra le fasi del progetto, oltre a funzioni di *tutorship* per il GdL.
- È stato avviato un percorso di 'formazione-intervento' mirato ai seguenti obiettivi:
 - definizione degli obiettivi generali del settore assistenziale analizzato;
 - declinazione in fasi del processo riabilitativo;
 - identificazione delle fasi critiche, nelle quali cioè avviene qualcosa di importante, di rilevante, di complesso, di rischioso, di delicato;
 - identificazione del/dei fattore/i critico/i (per la sicurezza, per la qualità organizzativa, per la qualità tecnico-professionale, per la qualità dal punto di vista dell'utente del servizio);
 - identificazione di indicatori e requisiti di qualità, cioè di strumenti appropriati per misurare i fattori critici e per monitorare le fasi critiche evidenziate.

PROSPETTIVE DI SVILUPPO

- Il documento prodotto ha una valenza descrittiva e conoscitiva. È necessaria una fase ulteriore di selezione e di valutazione di fattibilità degli indicatori e dei requisiti proposti (dagli indicatori 'desiderati' agli indicatori 'fattibili').
- Non è stata affrontata in modo specifico la dimensione dell'efficienza. Sarà quindi utile una successiva integrazione in questo senso del materiale prodotto.
- Il lavoro svolto si propone come riferimento concreto per successive esperienze di sperimentazione nelle singole Aziende, per iniziative di *audit* e di *benchmarking*, per la definizione di *standard* di riferimento condivisi, per ulteriori iniziative di respiro regionale.
- Il GdL ritiene opportuno un successivo approfondimento su alcune criticità prioritarie del settore assistenziale considerato, in particolare: a) integrazione tra attività sanitarie di riabilitazione e ambiti clinico-assistenziali pertinenti a specifiche discipline medico-chirurgiche; b) scelta e costruzione di modelli organizzativi appropriati; c) costruzione e monitoraggio di percorsi assistenziali appropriati.

ATTIVITÀ SANITARIE DI RIABILITAZIONE

Definizione generale

“Le attività sanitarie di riabilitazione sono costituite da interventi diagnostici, valutativi, preventivi, terapeutici e altre procedure finalizzate, attraverso un processo di soluzione di problemi e di educazione, a portare il soggetto affetto da menomazione a contenere o minimizzare la sua disabilità, affinché possa svolgere le attività della vita quotidiana e di relazione nell’ambiente familiare, scolastico, lavorativo e sociale”.

Mandato

- Recuperare competenze funzionali alterate per ragioni patologiche;
- evocare competenze non comparse nel corso dello sviluppo;
- prevenire e limitare la regressione funzionale controllandone l’evoluzione e i fattori di rischio;
- reperire e sviluppare possibili strategie facilitanti alternative;
- partecipare ad attività di ricerca scientifica e formazione continua;
- promuovere attività di educazione sanitaria.

Operatori

Gli Operatori della attività sanitarie di riabilitazione sono i seguenti professionisti:

- a) Medici specialisti in Medicina Fisica e Riabilitazione;
- b) Medici con esperienza pluriennale acquisita in area riabilitativa;
- c) Operatori delle professioni sanitarie infermieristiche e riabilitative, come indicato dal DM 29/03/2001 (G.U. 118 del 23/05/2001) del Ministero della Sanità: Infermiere, Podologo, Fisioterapista, Logopedista, Ortottista - Assistente di Oftalmologia, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Terapista occupazionale, Educatore professionale.

A questo gruppo di Operatori possono affiancarsi altre figure professionali (Psicologi, Operatori delle professioni tecnico-sanitarie, Bioingegneri).

Livelli organizzativi

Le attività di riabilitazione sono erogate mediante una rete di servizi ospedalieri ed extraospedalieri adeguatamente dimensionati e collegati, in regime:

- a) di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno (RIO cod. 56, UGCA cod. 75, Unità Spinale cod. 28, con relativi *day hospital**);
- b) residenziale, a ciclo continuativo e/o diurno (Presidi di Riabilitazione Intensiva extraospedaliera);
- c) ambulatoriale e domiciliare.

Inoltre, la Riabilitazione extraospedaliera può essere compresa tra le attività ad alta integrazione socio-sanitaria.

***Il day hospital riabilitativo (DHR)**

Le funzioni del DH Riabilitativo (DHR) nei confronti dei disabili sono:

- ❖ prevenire l'istituzionalizzazione dei soggetti a rischio favorendo la restituzione al contesto socio-familiare;
- ❖ svolgere azione di filtro con predisposizione di controlli e interventi medico-riabilitativi complessi in alternativa ai ricoveri ripetuti;
- ❖ facilitare fornitura e addestramento all'utilizzo di protesi, ortesi e ausili mediante effettuazione di specifiche sedute di valutazione e addestramento all'uso.

Tali funzioni sono sovrapponibili a quelle pertinenti al regime di degenza ordinaria 'codice 56', a eccezione della necessità di controllo medico specialistico e di assistenza durante tutto l'arco della giornata.

Le attività di DHR possono essere svolte solo presso Aziende sanitarie che dispongano di UORR con codice 56, 75 e 28, già dotate di posti letto per degenza a ciclo continuo.

L'accesso al trattamento in DHR deve essere preceduto da una delle seguenti condizioni:

- a) un precedente ricovero ospedaliero in un reparto per acuti;
- b) un periodo di Riabilitazione ospedaliera immediatamente precedente l'ammissione al DHR;
- c) la presenza di una riacutizzazione o recidiva dello stesso primitivo evento invalidante.

PROBLEMI DI SALUTE

Le attività sanitarie di riabilitazione hanno mandato su problemi di salute riferiti ai seguenti principali ambiti di patologia:

- patologie del sistema nervoso;
- patologie dell'apparato locomotore;
- patologie dell'apparato respiratorio;
- patologie dell'apparato cardiovascolare;

e riconoscono importanti specificità nell'ambito delle seguenti fasce d'età:

- età evolutiva;
- età senile.

Questo documento si riferisce in particolare alle attività sanitarie di riabilitazione di II livello (cod. 56).

RIABILITAZIONE INTENSIVA IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO (cod. 56)

Mandato

“Le attività di riabilitazione intensiva in regime di ricovero ospedaliero sono dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno medico specialistico a indirizzo riabilitativo diagnostico e terapeutico, comprensivo di interventi multiprofessionali intensi (orientativamente 3 ore/die) che implicino un elevato livello di tutela medico-infermieristica e/o la necessità di utilizzare attrezzature tecnologicamente avanzate.

Problemi prioritari di salute

La complessità e la molteplicità dei problemi di salute a cui si rivolge la RIO suggerisce l'opportunità di identificare alcune chiavi di lettura principali, che consentano di articolare l'insieme delle attività riabilitative secondo ambiti prioritari di intervento. L'applicazione di tali criteri rende dunque possibile una lettura 'guidata', che non si propone di rappresentare in modo esaustivo e scientificamente rigoroso l'intera gamma dei problemi di salute pertinenti alla RIO, ma intende essere soprattutto uno strumento utile a rappresentarne il campo d'azione sia agli operatori sanitari sia ai cittadini. Viene qui proposto un sistema di criteri 'a matrice', basato su quattro ambiti di patologia e su due ambiti trasversali definiti dalla fascia d'età dei pazienti.

Ambiti di patologia

RIO in patologie del sistema nervoso

Disabilità secondarie a:

1. malattie cerebrovascolari , in particolare Ictus cerebri;
2. traumi cranioencefalici e midollari;
3. malattie neuro-degenerative, in particolare malattia di Parkinson;
4. cerebrolesioni e mielolesioni acquisite di natura neoplastica, postchirurgica, infettiva, infiammatoria (sclerosi multipla);
5. malattie neuromuscolari.

RIO in patologie dell'apparato locomotore

Disabilità secondarie a:

1. traumi a livello di arti inferiori, tronco (bacino e colonna), arti superiori;
2. fratture patologiche;
3. interventi per impianto di protesi articolari;
4. patologie degenerative-infiammatorie non suscettibili di terapia chirurgica (artrite reumatoide, spondilite anchilopoietica).

Recupero di abilità a seguito di:

1. chirurgia funzionale;
2. amputazioni.

RIO in patologie dell'apparato respiratorio

Disabilità secondarie a:

1. broncopneumopatia cronica ostruttiva;
2. asma bronchiale cronica;
3. insufficienza respiratoria cronica ostruttiva e restrittiva da qualunque causa.

RIO in patologie dell'apparato cardiovascolare

Disabilità secondarie a:

1. interventi di rivascularizzazione chirurgica (BPAC) o meccanica (PTCA);
2. interventi di chirurgia sulle valvole;
3. cardiopatia ischemica, in particolare infarto del miocardio;
4. scompenso cardiaco cronico;
5. trapianto cardiaco;
6. impianto di *pace-maker* e defibrillatore;
7. arteriopatie ostruttive degli arti inferiori.

Fasce d'età con specificità importanti

RIO in patologie dell'età evolutiva

Disabilità secondarie a:

1. encefalopatie gravi pre-perinatali;
2. encefalopatie acquisite (trauma cranico, encefaliti, esiti di procedure neurochirurgiche, ecc);
3. condizioni conseguenti a interventi di chirurgia ortopedica funzionale;
4. disturbi gravi della comunicazione tra due e cinque anni di vita;
5. disturbi gravi della relazione tra due e cinque anni di vita;
6. malattie rare e altre malattie che richiedono interventi integrati diagnostici e riabilitativi.

NOTE

La riabilitazione in età evolutiva presenta una serie di specificità che la differenziano da quella dell'adulto e che riguardano sia le comorbidità (per le quali è necessario fare riferimento alla specificità della pediatria rispetto alla medicina interna), ma ancora di più le procedure di valutazione funzionale e le modalità di erogazione del trattamento riabilitativo specifico.

Nell'impostazione del progetto riabilitativo e nell'erogazione del programma di trattamento per soggetti di età da 0 a 18 anni, è necessario considerare con attenzione i seguenti aspetti:

- 1. L'intervento riabilitativo non è finalizzato solo al recupero di funzioni perdute oppure alla possibilità di reperire formule funzionali alternative (come ad es. nella patologie degenerative), ma si propone anche di evocare competenze non apparse nel corso dello sviluppo. Ad esempio, la riabilitazione dei disturbi di tipo disfasico e disprassico, che si riferiscono a competenze non apparse nel corso dello sviluppo, pongono problemi del tutto diversi rispetto ai disturbi afasico e aprassico, che si riferiscono invece a funzioni andate perdute a causa di un evento lesivo. La stesura di un progetto e di un programma di riabilitazione non si basa quindi soltanto su un approccio funzionale, ma deve prendere in considerazione la storia naturale della malattia e l'identificazione degli aspetti fisiopatologici, del tutto peculiari in questa fascia d'età.*
- 2. Non è sempre possibile una netta distinzione tra disturbi neurologici e disturbi psichici in quanto, da un punto di vista funzionale e riabilitativo, l'intersecarsi di queste due categorie di problemi è responsabile di un alto rischio di psicopatologie da innesto.*
- 3. Il progetto riabilitativo deve essere costruito sulla base di una diagnosi funzionale completa, individualizzata, che tenga conto del momento evolutivo in cui la noxa agisce.*
- 4. È oramai noto come le tappe dello sviluppo motorio, cognitivo e affettivo-relazionale siano strettamente correlate e quindi considerare isolatamente una sola funzione sarebbe fortemente riduttivo.*
- 5. Le funzioni cognitive, importante fattore prognostico per l'outcome in neuroriabilitazione, sono molto complesse in età evolutiva, dove non è possibile prendere in considerazione solo le funzioni superiori (ad es. attenzione, memoria, ecc.), ma devono essere valutate anche le strategie di pensiero (in termini di teoria 'piagetiana'), le funzioni metacognitive e i disturbi dell'apprendimento scolastico.*
- 6. In età evolutiva è indispensabile una valutazione neuropsicologica particolarmente approfondita in quanto anche disturbi molto specifici e molto settoriali (a volte poco invalidanti per l'adulto) possono interferire con l'intero processo evolutivo e devono quindi essere riconosciuti e specificamente riabilitati.*
- 7. Non si può prescindere da un intervento psicopedagogico (Educational Psychology) intenso e specifico in quanto l'ambiente nel quale il soggetto deve essere reinserito è spesso rappresentato dalla scuola.*
- 8. La famiglia è fortemente coinvolta e necessita di un particolare supporto psicologico. Infatti la famiglia è un sistema dinamico e complesso che, alla nascita di un figlio, è normalmente alle prese con intense modificazioni delle dinamiche relazionali. La nascita di un bambino con disturbi neuropsichiatrici incrementa lo stress correlato a queste modificazioni aumentando il rischio di rottura.*
- 9. Sono necessarie condizioni ambientali particolari per ridurre il rischio di patologie correlate al processo di ospedalizzazione stesso.*
- 10. La riabilitazione dei disturbi neurosensoriali presenta in età evolutiva intense problematiche sul piano neuropsichico in quanto coinvolge funzioni superiori, aspetti psicologici, neuropsicologici e motivazionali.*
- 11. Nel concetto stesso di patologia cronica in età evolutiva è insita una grande variabilità del quadro clinico e, conseguentemente, una costante necessità di erogare trattamenti riabilitativi specifici.*

RIO in patologie dell'età senile

NOTE

Il paziente geriatrico è definito non solo dall'età ma dalla presenza di una complessa sindrome di problemi multipli, simultanei e interattivi (comorbidità) (1) che determinano un elevato rischio di disabilità o di progressione della disabilità.

La principale conseguenza della comorbidità è la fragilità che conduce a maggiore vulnerabilità per perdita di riserva fisiologica e ridotta capacità di mantenere l'omeostasi o ricostituire la stabilità dei meccanismi omeostatici dopo un evento acuto. Ne consegue una maggiore instabilità clinica e la necessità di frequenti interventi medici intensivi e continuativi nel corso di un periodo di riabilitazione. Le principali componenti della fragilità sono la ridotta capacità fisiologica dei sistemi neurologico, muscoloscheletrico e di metabolismo energetico. Sebbene la malattia sia la principale causa di fragilità, ci sono sufficienti evidenze epidemiologiche e sperimentali che portano a concludere che la fragilità è dovuta anche all'effetto additivo di riduzione lenta della capacità fisiologica per uno stile di vita sedentario e a perdite più rapide dovute a condizioni acute (malattie, traumi, eventi nella vita di relazione) che causano periodi di limitata attività o allettamento (2). Inoltre, può essere la conseguenza della perdita funzionale di differenti organi e apparati ciascuno dei quali influenzato da una differente malattia e modulato da altri fattori quali la depressione, il supporto sociale e circoli viziosi in cui la disabilità conduce a ulteriore disabilità e a nuove condizioni mediche croniche (3). Data la complessità delle problematiche cliniche la valutazione multidimensionale geriatrica rappresenta la cornice concettuale per la programmazione dell'intervento medico, psicosociale e riabilitativo (4).

L'intervento riabilitativo in geriatria presenta elementi specifici spesso considerati di importanza minore in soggetti più giovani:

- a) la necessità di una maggiore attenzione ai problemi di instabilità clinica per la cura e la prevenzione di eventi clinici avversi;*
- b) la necessità di una maggiore attenzione al set ambientale ospedaliero in cui il paziente vive finalizzato alla stimolazione motoria e cognitiva (attivazione);*
- c) una continua ricerca del mantenimento della integrazione del paziente con il contesto sociale e familiare.*

Inoltre per le condizioni di comorbidità l'intervento è raramente orientato a un singolo aspetto funzionale ed è difficilmente codificabile come intervento riabilitativo puramente neurologico od ortopedico. La menomazione muscoloscheletrica o neurologica che conduce al ricovero è frequentemente secondaria a patologie acute di altri sistemi (es. sistemi di produzione e distribuzione di energia) che hanno condotto a prolungata immobilizzazione. Il coinvolgimento frequente di più sistemi fisiologici nella genesi del danno funzionale tende a far prevalere un approccio alla riabilitazione di tipo globale, basato spesso su trattamenti che sono rivolti ai sistemi che permettono lo stabilirsi di compensi anche quando non sono quelli direttamente coinvolti nel danno che ha precipitato la condizione di disabilità. Un esempio è l'importanza del ricondizionamento respiratorio e cardiocircolatorio in pazienti con danno neurologico.

La condizione che determina un danno funzionale e la necessità di riabilitazione si sovrappongono spesso a una limitazione funzionale preesistente. Ciò fa sì che nel soggetto anziano in riabilitazione il carico assistenziale spesso più rilevante di quello di un soggetto giovane.

Inoltre, in questi soggetti assumono grande rilevanza vari fattori che complicano l'intervento:

- 1. il periodo di riabilitazione è spesso insufficiente a riportare il soggetto a una condizione di autonomia per cui al momento della dimissione si pone al necessità di stabilire in collaborazione con gli altri servizi della rete un percorso assistenziale per il periodo successivo a quello del ricovero;*
- 2. è molto più frequente l'ammissione di soggetti che non hanno una reale necessità riabilitativa e che potrebbero essere meglio assistiti in altri tipi di servizio;*

3. *l'efficienza dell'intervento riabilitativo dipende dalla capacità di agire in maniera complessiva sui vari aspetti multidimensionali della salute per cui è necessario utilizzare indicatori di qualità e di efficienza basati sulla valutazione multidimensionale.*

A queste problematiche si può rispondere solo attivando un sistema di valutazione, regolazione dei flussi e controllo di qualità basato su tre diversi strumenti:

- 1) un primo strumento per la valutazione in funzione della assegnazione del servizio più consono ai bisogni di quello specifico paziente;*
- 2) uno strumento per la valutazione del casemix, da somministrare al momento dell'ingresso nella struttura che esegue il programma di riabilitazione. Da esperienze internazionali, questo strumento dovrebbe valutare separatamente: a) l'intensità dell'intervento riabilitativo necessario; b) il peso assistenziale necessario;*
- 3) uno strumento per la valutazione di indicatori della efficacia dell'intervento da compilare al momento della dimissione, una sorta di SDO riabilitativa.*

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Kane RL: Beyond caring: the challenge to geriatrics. J Am Geriatr Soc 1988;36:467-472.
2. Buchner DM, Wagner EH: Preventing frail health. Clin Geriatr Med 1992;8:1-17.
3. Guralnik JM: Understanding the relationship between disease and disability. J. Am Geriatr Soc 1994;42:1128-1129.
4. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. N Engl J Med 1984;311:1664-70.

DECLINAZIONE IN FASI DEL PROCESSO DI RIABILITAZIONE IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO (cod. 56)

Nota: alcune di queste fasi sono ricorsive.

FASE (in grassetto corsivo su sfondo giallo sono riportate le fasi critiche)
<i>1. Valutazione di congruità al ricovero</i>
2. Inserimento in lista di attesa
3. Definizione della data di ricovero
4. Convocazione al ricovero
5. Accoglienza in reparto
6. Valutazione clinico-funzionale
7. Indagini diagnostiche
<i>8. Stesura del progetto riabilitativo</i>
9. Prescrizione terapia farmacologica
10. Attuazione del/i programma/i riabilitativo/i
<i>10. Verifica di raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto riabilitativo e aggiornamento del programma</i>
11. <i>Nursing</i> riabilitativo
13. Riunione di <i>équipe</i>
14. Gestione criticità internistiche ed emergenze cliniche
15. Valutazione di dimissibilità e definizione della data di dimissione
16. Educazione sanitaria del paziente e dei familiari
17. Indicazione del percorso post-dimissione
18. Compilazione di relazione di dimissione e SDO e chiusura cartella clinica

FASI CRITICHE DEL PROCESSO RIABILITATIVO COD. 56 - FATTORI DI QUALITÀ PRIORITARI e PROPOSTA DI INDICATORI

Premessa

In applicazione al DM del 30/5/98 n. 124 riguardante le “Linee Guida per le attività di riabilitazione”, il **PROGETTO DI STRUTTURA RIABILITATIVA*** viene considerato il requisito indispensabile alla definizione e applicazione dei processi riabilitativi e all’utilizzo dei relativi indicatori per la valutazione dei fattori critici nelle varie fasi, così come sotto indicato. Il progetto di Struttura Riabilitativa viene definito come:

‘la programmazione della disponibilità e dell’organizzazione degli spazi, del lavoro e delle modalità operative di tutta la struttura allo scopo di garantire un’idonea funzione di supporto finalizzata alla protezione e alla stimolazione delle capacità funzionali e relazionali di tutti i soggetti assistiti’.

* questa formulazione viene proposta (poiché ritenuta più corretta) in alternativa a quella contenuta nelle Linee Guida ministeriali ‘Progetto Riabilitativo di Struttura’. Con il termine ‘Struttura’ si intende qui il presidio, il reparto, l’area di degenza dedicata alle attività riabilitative.

1. Fattori di qualità

- Concentrazione fisica e funzionale dei posti letto
 - N., tipologia e dimensioni dei locali e congruità locali/prestazioni
 - Grado di contiguità (strutturale) e/o continuità (organizzativa e assistenziale) con strutture-Unità Operative (UO) funzionalmente collegate
 - N., tipologia, competenze specifiche (riabilitative) delle figure professionali
 - Modalità di lavoro interprofessionale
 - Tipologia attrezzature e congruità con le prestazioni da erogare
 - Disponibilità e accessibilità di documentazione relativa a procedure, protocolli, Linee Guida (LG)
-

2. Riferimenti

- Manuale Accreditamento Regione Toscana
 - LG delle Società Scientifiche
 - Manuali Qualità di singole strutture
 - LG regionali sui percorsi riabilitativi (CSR Toscana)
-

PROPOSTA DI INDICATORI

- 1. Esistenza e accessibilità di un documento contenente il PSR.**
- 2. Rispondenza del PSR ai requisiti di Qualità indicati da documenti regionali o nazionali approvati (v. sez. 2 p.8).**

Fase critica 1 - Valutazione di congruità al ricovero (Appropriatezza)

Il **ricovero ordinario** in Riabilitazione Intensiva Ospedaliera (RIO) cod. 56 prevede la presa in carico globale del soggetto ed è appropriato se esistono (e possono essere verificate) le seguenti **condizioni valutabili**:

1. presenza di disabilità importante;
2. modificabilità del quadro funzionale durante il ricovero (prognosi riabilitativa positiva);
3. presenza di instabilità clinica, con necessità di prestazioni continuative (diagnostico-terapeutiche-riabilitative e di *nursing*), compatibile con la possibilità di sostenere carichi di lavoro propri della Riabilitazione Intensiva.

Condizione clinica	Modalità di valutazione	Indicatore proposto
Grado di importanza della disabilità	Utilizzo di strumenti di ponderazione della disabilità (scale)	N. di pazienti appartenenti a livelli definiti secondo le scale in uso / totale dei pazienti ricoverati nella Struttura (<i>con riferimento a un periodo temporale, es. 1 anno</i>)
Grado di modificabilità della disabilità	Classificazione secondo insiemi di criteri espliciti di predittività della modificazione.	N. di pazienti appartenenti a livelli definiti secondo insiemi di criteri espliciti / totale dei pazienti ricoverati nella Struttura (<i>con riferimento a un periodo temporale, es. 1 anno</i>)
Instabilità clinica compatibile con possibilità di sostenere carichi di lavoro propri della Riabilitazione Intensiva	Presenza di livelli di comorbidità (misurati attraverso scale) tali da non consentire attività riabilitativa in assenza di tutela medica e infermieristica 24h/24h	N. di pazienti appartenenti a livelli definiti di comorbidità secondo la scala in uso / totale dei pazienti ricoverati nella Struttura (<i>con riferimento a un periodo temporale, es. 1 anno</i>)

Fase critica 2 - Stesura del progetto riabilitativo

Deve essere documentata la presenza di un PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE (PRI) (insieme di proposizioni, elaborate dall'*équipe* riabilitativa, coordinata dal Medico specialista responsabile), basato sulla valutazione clinico-funzionale e contestualizzato, che tenga conto in maniera globale di: bisogni e preferenze del paziente (e/o dei suoi familiari, quando è necessario); menomazioni e disabilità e, soprattutto, abilità residue e recuperabili; fattori ambientali, contestuali e personali. I **criteri di qualità del PRI** sono i seguenti:

1. definisce, nelle linee generali:
 - gli obiettivi a breve, medio e lungo termine;
 - i tempi previsti;
 - le azioni e condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati;
2. indica il Medico specialista responsabile del progetto stesso;
3. esplicita la condivisione da parte dei componenti dell'*équipe*;
4. contiene il "programma riabilitativo", con l'indicazione di:
 - aree di intervento specifiche;
 - tempi e modalità di erogazione degli interventi e loro finalità (esiti desiderati);
 - operatori coinvolti;
 - azioni di verifica degli interventi.

Fattore di Qualità	Modalità di valutazione	Indicatore proposto
PRI rispondente a criteri di qualità definiti	Esistenza e accessibilità di un documento contenente il PRI e rispondente ai criteri di qualità definiti	N. di pazienti con PRI documentato e rispondente a criteri di qualità definiti / totale dei pazienti ricoverati nella Struttura (con riferimento a un periodo temporale, es. 1 anno)

Fase critica 3 - Verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti dal PRI

Al momento della dimissione, ma anche in momenti intermedi (uno o più) del PRI, devono essere documentate le AZIONI messe in atto e gli STRUMENTI adottati per la verifica dei livelli di abilità raggiunti dal paziente, con l'obiettivo del suo reinserimento nel proprio contesto familiare-sociale o di un ulteriore progresso attraverso un altro livello di cure riabilitative (es. DH o ambulatorio).

Fattore di Qualità	Modalità di valutazione	Indicatore proposto
<p>É effettuata e documentata la verifica (anche con valutazioni <i>in itinere</i>) del raggiungimento degli obiettivi del PRI</p>	<p>Esistenza e accessibilità di un documento da cui risulti l'effettiva attuazione di una verifica degli obiettivi, secondo scale di valutazione scientificamente valide</p>	<p>N. di pazienti con verifica degli obiettivi documentata secondo le scale in uso / totale dei pazienti ricoverati nella Struttura (<i>con riferimento a un periodo temporale, es. 1 anno</i>)</p>
<p>Efficacia dell'intervento riabilitativo</p>	<p>Utilizzo di indicatori di incremento di abilità secondo scale validate</p>	<p><i>Da definire, per singoli ambiti di patologia e disabilità*</i></p>
<p>Efficacia dell'intervento riabilitativo</p>	<p>Monitoraggio raggiungimento obiettivi del PRI</p>	<p>N. di pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi fissati dal PRI / totale dei pazienti ricoverati nella Struttura (<i>con riferimento a un periodo temporale, es. 1 anno</i>)</p>

* Es. Per le disabilità da patologie respiratorie si suggerisce il **6' minute walking distance** (test del cammino per 6 min)

ALTRI POSSIBILI INDICATORI RILEVABILI DA FLUSSI CORRENTI (SDO)

Aspetti della Qualità	Indicatore proposto
Appropriatezza Accessibilità	N. medio di gg. che intercorrono tra le dimissioni da UO per acuti e le ammissioni in Struttura Riabilitativa cod. 56
Appropriatezza Continuità Sicurezza	N. di riammissioni (entro 30 gg.? entro 6 mesi?), per la stessa patologia, in Struttura cod. 56 / totale delle ammissioni in strutture cod. 56 (con esclusione delle dimissioni terapeutiche programmate: riammissioni entro 1-4 gg.)
	N. di trasferimenti da Struttura cod. 56 a UO per acuti / totale dimissioni da Struttura cod. 56
	N. di trasferimenti da Struttura cod. 56 ad altra Struttura riabilitativa / totale dimissioni da Struttura cod. 56
	N. di trasferimenti da Struttura cod. 56 ad altra Struttura socio-assistenziale / totale dimissioni da Struttura cod. 56
Sicurezza	n. di eventi sentinella (lesioni da decubito, cadute, infezioni ospedaliere) insorti durante il ricovero in cod. 56

Sintesi degli indicatori e dei requisiti di qualità proposti

Fase del processo riabilitativo	INDICATORI E REQUISITI	Tipo di indicatore <i>(dimensione della qualità)</i>
Elaborazione del PSR	<ul style="list-style-type: none"> • Esistenza e accessibilità di un documento contenente il PSR • Rispondenza del PSR ai requisiti di Qualità indicati da documenti nazionali o regionali approvati (LG, documenti di indirizzo ecc.) 	Processo <i>(Qualità strutturale e organizzativa)</i>
Valutazione di congruità al ricovero	<ul style="list-style-type: none"> • N. di pazienti appartenenti a livelli definiti secondo le scale in uso per la valutazione del grado di disabilità / totale dei pazienti ricoverati nella Struttura (con riferimento a un periodo temporale, es. 1 anno) • N. di pazienti appartenenti a livelli definiti secondo insiemi di criteri espliciti di predittività (prognosi riabilitativa positiva) / totale dei pazienti ricoverati nella Struttura (con riferimento a un periodo temporale, es. 1 anno) • N. di pazienti appartenenti a livelli definiti di comorbidità secondo la scala in uso / totale dei pazienti ricoverati nella Struttura (con riferimento a un periodo temporale, es. 1 anno) (con riferimento a un periodo temporale, es. 1 anno) 	Processo <i>(Qualità tecnico-professionale: appropriatezza)</i>
Stesura del PRI	<ul style="list-style-type: none"> • N. di pazienti con PRI documentato e rispondente a criteri di qualità definiti / totale dei pazienti ricoverati nella Struttura (con riferimento a un periodo temporale, es. 1 anno) 	Processo <i>(Qualità organizzativa e professionale)</i>
Verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti dal PRI	<ul style="list-style-type: none"> • N. di pazienti con verifica degli obiettivi documentata secondo le scale in uso / totale dei pazienti ricoverati nella Struttura (con riferimento a un periodo temporale, es. 1 anno) • Indicatori di risultato da definire, per singoli ambiti di patologia e disabilità • N. di pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi previsti dal PRI / totale dei pazienti ricoverati nella Struttura (con riferimento a un periodo temporale, es. 1 anno) 	Processo Risultato <i>(Qualità professionale: efficacia)</i>

Fase del processo riabilitativo	INDICATORI E REQUISITI	Tipo di indicatore <i>(dimensione della qualità)</i>
Definizione data di ricovero	<ul style="list-style-type: none"> • N. medio di gg. che intercorrono tra le dimissioni da UO per acuti e le ammissioni in Struttura Riabilitativa cod. 56 	Processo <i>(Qualità organizzativa e professionale: appropriatezza, accessibilità, tempestività)</i>
Valutazione di dimissibilità Educazione sanitaria del paziente e dei familiari Indicazione del percorso post-dimissione	<ul style="list-style-type: none"> • N. di riammissioni (entro 30 gg.), per la stessa patologia, in Struttura cod. 56 / totale delle ammissioni in Strutture cod. 56 • N. di trasferimenti da Struttura cod. 56 a UO per acuti / totale dimissioni da Struttura cod. 56 • N. di trasferimenti da Struttura cod. 56 ad altra Struttura riabilitativa / totale dimissioni da Struttura cod. 56 • N. di trasferimenti da Struttura cod. 56 ad altra Struttura socio-assistenziale / totale dimissioni da Struttura cod. 56 • N. di trasferimenti da Struttura cod. 56 ad A.D.I. / totale dimissioni da Struttura cod. 56 	Risultato Processo Risultato <i>(Qualità organizzativa e professionale appropriatezza, continuità, sicurezza)</i>
Tutte le fasi	<ul style="list-style-type: none"> • N. eventi sentinella (lesioni da decubito, cadute, infezioni ospedaliere) insorti durante il ricovero in cod. 56 	Risultato <i>(sicurezza)</i>

BIBLIOGRAFIA

Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione. 7 maggio 1998, GU N. 124 del 30/05/1998.

Hospital Report Research Collaborative. Hospital Report 2001, Vol. 1: Rehabilitation. Ontario Hospital Association and Government of Ontario.

Regione Toscana. Requisiti organizzativi, strutturali, tecnologici, generali e specifici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale. DCR 221/99 e DCR 30/2000.

Regione Toscana. DCR n. 41, 17 febbraio 1999. Piano Sanitario Regionale 1999-2001, pp 132-139.

Regione Toscana. DCR n. 60, 9 aprile 2002. Piano Sanitario Regionale 2002-2004, pp. 161-166.

Tonelli S. L'apprendimento organizzativo per la qualità in sanità. QA 2000;1:1-4.