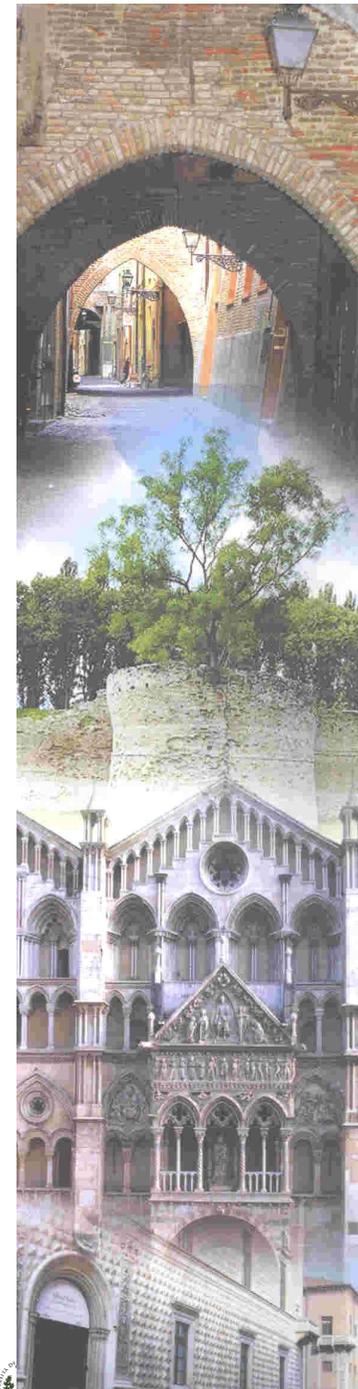


L'OUTCOME IN MEDICINA RIABILITATIVA

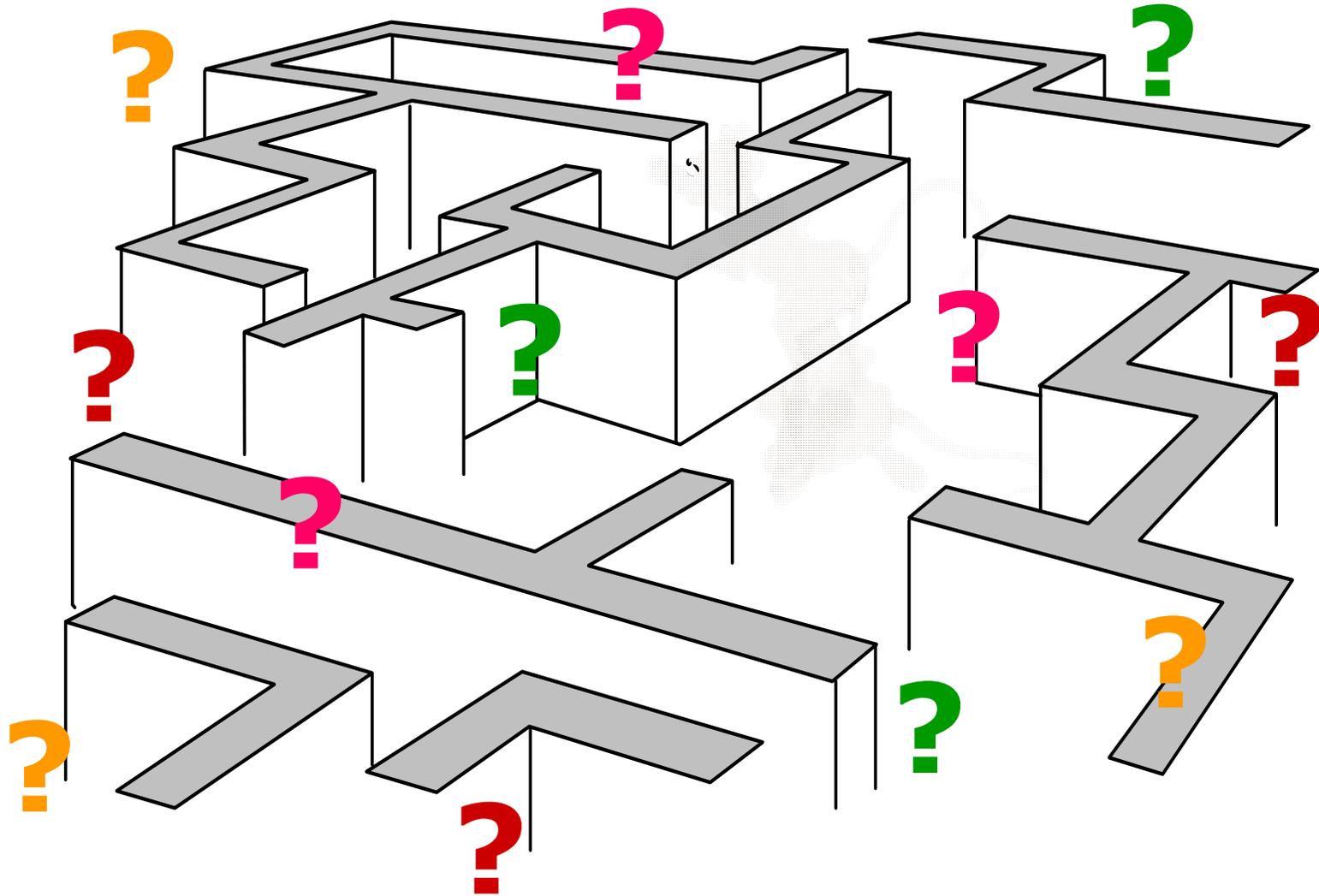
Master di I Livello
“Management per le funzioni di
Coordinamento delle Professioni Sanitarie”
gennaio 2018

Nino BASAGLIA

Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitativa UNIFE
Direttore UMR
Direttore Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara
Commendatore dell'Ordine al Merito della Repubblica italiana

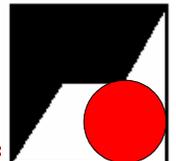


RIABILITAZIONE ?





L'APPROPRIATEZZA e il PROCESSO DECISIONALE



Le definizioni di appropriatezza



ed i loro limiti

COS'È L'APPROPRIATEZZA ?

- ❑ **Caratteristica sintetica degli interventi sanitari che integra efficacia, efficienza e opportunità**

(E. Materia 2003)



APPROPRIATEZZA

- ❑ **Fare nei tempi e nei modi corretti le cose che servono al paziente**

Ossia:

- ❑ **“fare la cosa giusta, nel modo giusto, alla persona giusta, al momento giusto, dal professionista giusto, nel luogo giusto e per il tempo giusto”**

PERCHÉ L'APPROPRIATEZZA ?

- ❑ **Ridurre i rischi** per i pazienti derivanti da prestazioni non appropriate
- ❑ **Ridurre i costi** non necessari legati alla erogazione di prestazioni non appropriate
- ❑ **Liberare risorse** per lo sviluppo di servizi appropriati alternativi a quelli inappropriati
- ❑ **Elevare il livello di qualità** dell'assistenza erogata

APPROPRIATEZZA IN MEDICINA RIABILITATIVA

Fare nei tempi e nei modi corretti le cose che servono al paziente

APPROPRIATEZZA:

- Organizzativa**
- Tecnico-professionale (clinica)**
- Economica**



In generale.....

CLINICA

Fare bene le cose che servono nei pazienti che ne possono beneficiare (in funzione delle caratteristiche personali, dello stadio della malattia, ecc)

ORGANIZZATIVA

Fare le cose che sono adeguate per il particolare livello assistenziale e di expertise nel quale il paziente viene assistito



LE DIMENSIONI DELLA VALUTAZIONE DI APPROPRIATEZZA

		INDICAZIONE ESECUZIONE	
		SI	NO
APPROPRIATEZZA definita a priori	SI	a	b
	NO	c	d

a = Raccomandata e eseguita

b = Raccomandata e non eseguita

c = Non raccomandata e eseguita

d = Non raccomandata e non eseguita

INAPPROPRIATEZZA = b + c

APPROPRIATEZZA = a + d



APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

- ❑ È UN CONCETTO **RELATIVO**
- ❑ **DIPENDE DAL QUADRO
DEFINITORIO DI RIFERIMENTO**



Appropriatezza Organizzativa

- ❑ Appropriatezza della **presa in carico** (chi prendere in carico e per che cosa, ...)
- ❑ Appropriatezza delle **tipologie di setting** assistenziale
- ❑ Appropriatezza delle **modalità erogative** dei servizi forniti (come prenderlo in carico e cosa fare durante la presa in carico, chi lo deve fare, ... coerente continuità del percorso, coinvolgimento e consenso delle persone servite, progetto riabilitativo, ...)
- ❑ Appropriatezza delle **risorse strutturali, tecnologiche e di personale**
- ❑ Linee guida organizzative

APPROPRIATEZZA

Clinica

- ❑ di una **specifica** procedura o intervento (farmacologico, strumentale, ecc.)
- ❑ su uno **specifico** paziente
- ❑ in una **specifica** situazione clinica

Organizzativa

- ❑ del **livello o modalità assistenziale** con la quale sono erogate le prestazioni terapeutiche o diagnostico-strumentali (Ric. Ord., DH, etc.)
- ❑ della **tempestività** (non si valuta se la procedura sia indicata o no per uno specifico paziente, ma se è realizzata nei **tempi adeguati**)

APPROPRIATEZZA TECNICO-PROFESSIONALE

- ❑ Utilizzo di approcci e tecniche di **provata efficacia** rispetto alle condizioni cliniche ed organizzative nelle quali vengono utilizzate (valutative, diagnostiche e terapeutiche)
- ❑ Adeguato rapporto tra **benefici attesi ed effetti sfavorevoli accettabili** o meno ...
- ❑ Linee-guida cliniche, **“best practice guideline”**, **“clinical excellence guideline”**,

MANCANZA DI EFFICACIA PER INAPPROPRIATEZZA:

- esecutiva**
- erogativa**
- prescrittiva**
-

APPROPRIATEZZA ECONOMICA

- ❑ **Appropriatezza remunerativa (cosa remunerare, chi remunerare, come remunerare, ...)**
- ❑ **Appropriatezza dell'utilizzo delle risorse in rapporto alle diverse tipologie di setting assistenziale**
- ❑ **Appropriato rapporto costi/benefici**
- ❑ **Appropriato rapporto costi/ricavi**



APPROPRIATEZZA IN MEDICINA RIABILITATIVA

Fare nei tempi e nei modi corretti le cose che servono al paziente

Ossia:

- “fare la **cosa** giusta,
- nel **modo** giusto,
- alla **persona** giusta,
- al **momento** giusto,
- dal **professionista** giusto,
- nel **luogo** giusto e
- per il **tempo** giusto”



APPROPRIATEZZA: QUALITÀ COMPOSITA



RUOLO DELL'APPROPRIATEZZA

L'appropriatezza è in questa accezione un aspetto fondamentale della qualità assistenziale, in una relazione fortemente dinamica con le altre componenti della qualità: sicurezza, efficacia, equità, continuità assistenziale, coinvolgimento del cittadino, efficienza,....



APPROPRIATEZZA E LEA

Definizione:

L'appropriatezza applicata ad un procedimento clinico è valutata in base ai **benefici ottenuti** in termini di efficacia, in rapporto ai **costi sostenuti** e rappresenta ciò che è giustificato dal punto di vista clinico ed economico.



L'APPROPRIATEZZA CLINICA:

*il punto di vista
della ricerca scientifica*



LE DIFFICOLTÀ GENERALI DELLA RICERCA DI EFFICACIA IN RIABILITAZIONE



LA VALUTAZIONE DI EFFICACIA IN RIABILITAZIONE

quali difficoltà?

- ❑ **Di carattere specifico:** difficile applicare la tecnica del RCT (es. standardizzare gli interventi e gli outcomes (ma si può fare))
- ❑ **Di carattere oggettivo:** esiste poca letteratura di buona qualità (ma un po' ce n'è)
- ❑ **Di carattere generale:** legata al tipo di approccio terapeutico *(Liberati A, 2005)*

LA VALUTAZIONE DI EFFICACIA IN RIABILITAZIONE

quali difficoltà?

Clinica "tradizionale"

- ❑ L'attenzione è rivolta alla malattia
- ❑ Si cerca una terapia per la malattia

Riabilitazione

- ❑ L'attenzione è rivolta al malato
- ❑ Si costruisce un progetto riabilitativo ed una serie di programmi terapeutici individuali per il soggetto

(Liberati A, 2005, mod)



LA VALUTAZIONE DI EFFICACIA IN RIABILITAZIONE

quali difficoltà?

- ❑ **Problematiche complesse**
- ❑ **Interventi terapeutici complessi e articolati**
- ❑ **Influenza di variabili psicologiche, familiari e socioeconomiche del paziente**

(Liberati A, 2005)



LA VALUTAZIONE DI EFFICACIA IN RIABILITAZIONE

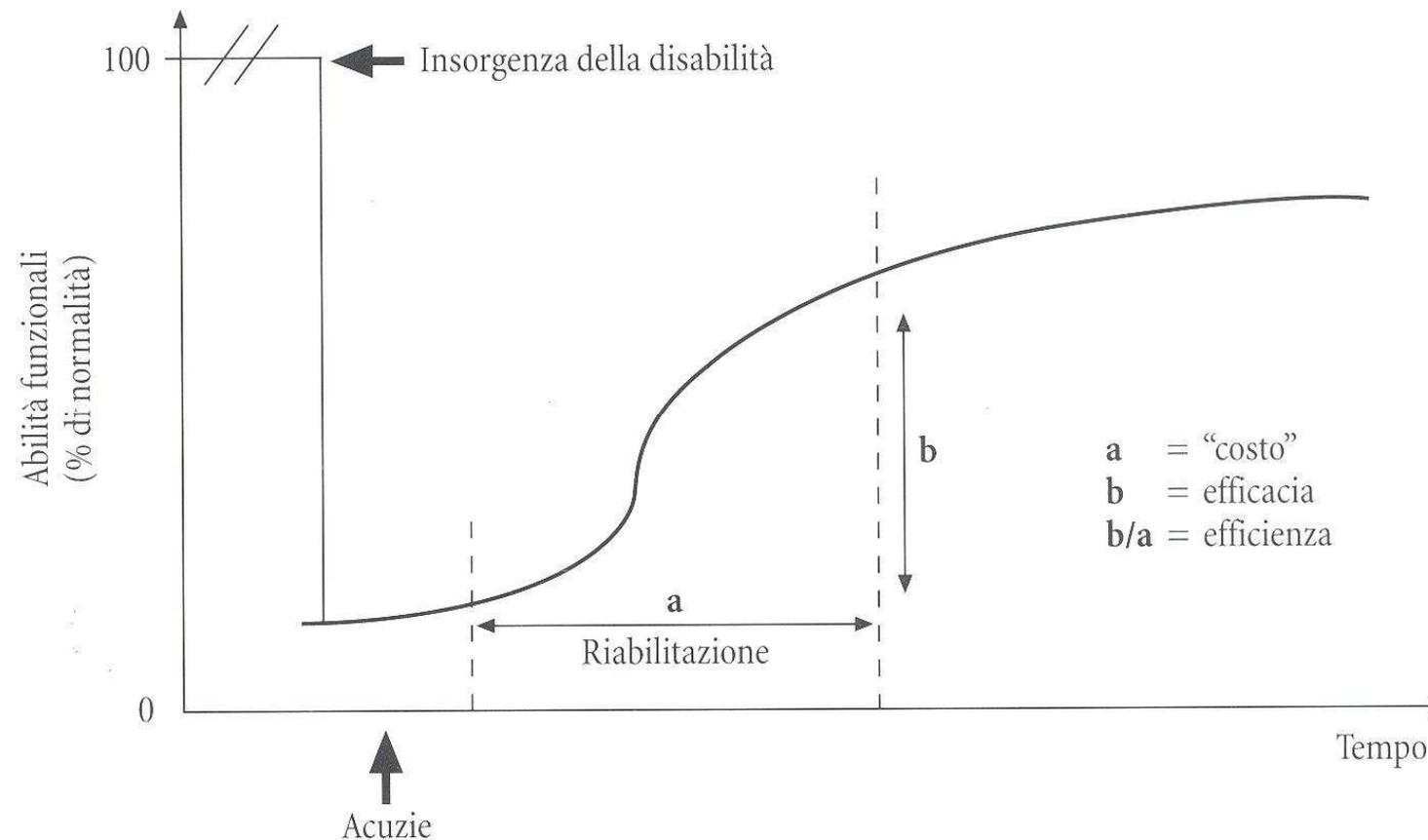
quali difficoltà?

- ❑ Definizione dell'intervento
- ❑ Individuazione del confronto più appropriato
- ❑ Difficile standardizzare le procedure
- ❑ Abilità tecnica/relazionale del terapeuta o efficacia della tecnica
- ❑ Contesto /24 h/supporto familiare,
- ❑ Partecipazione attiva del paziente indispensabile
- ❑ Benefici attesi piccoli anche se importanti
- ❑ Difficile individuare strumenti "oggettivi" per valutare il risultato

(Liberati A, 2005, mod)



VALUTAZIONE DELL'EFFICIENZA DELLE CURE RIABILITATIVE



(Hamilton et al 1987)



MA BISOGNA FARE ATTENZIONE CHE

- ❑ **La ricerca non sempre produce le informazioni necessarie che poi vengono**
 - ❑ **rapidamente disseminate**
 - ❑ **facilmente trasferibili**

- ❑ **Il giudizio di appropriatezza è fortemente dipendente da:**
 - ❑ **valori e prospettive di chi lo formula,**
 - ❑ **contesto socio-culturale,**
 - ❑ **contesto finanziario organizzativo del sistema sanitario di riferimento**



FONTI DI MAGGIOR SPRECO IN AMBITO SANITARIO

(*Berwick e Hackbarth, JAMA 2012*)

Costituiscono almeno il **20% dei costi sanitari**

- sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci
- inadeguato coordinamento dell'assistenza
- sovra-utilizzo di interventi diagnostici e terapeutici
- complessità amministrative
- tecnologie sanitarie acquistate a costi eccessivi
- frodi ed abusi



FONTI DI MAGGIOR SPRECO IN AMBITO SANITARIO

(Berwick e Hackbarth, JAMA 2012)

□ sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci:

- gap tra ricerca e pratica clinica
- può ritardare, rendere parziale od impedire la guarigione
- aumentare le complicanze,
- richiedere ricoveri ospedalieri ed interventi sanitari più costosi
- causare assenze dal lavoro

(Da N. Cartabellotta, Sole 24 ore,
22-28 gen 2013, mod.)



FONTI DI MAGGIOR SPRECO IN AMBITO SANITARIO

(Berwick e Hackbarth, JAMA 2012)

□ inadeguato coordinamento dell'assistenza:

- “rimbalzo” del paziente tra setting assistenziali diversi, in particolare tra ospedale e territorio
- situazioni critiche per le persone con malattie croniche evolutive o in condizione di grave disabilità dove l'assistenza a livello di cure primarie deve essere integrata con interventi specialistici, ricoveri ospedalieri in DO o DH, utilizzando tutte le strategie della “*transitional care*”

(Da N. Cartabellotta, Sole 24 ore,
22-28 gen 2013, mod.)



FONTI DI MAGGIOR SPRECO IN AMBITO SANITARIO

(Berwick e Hackbarth, JAMA 2012)

□ sovra-utilizzo di interventi diagnostici e terapeutici:

- convinzione dei sanitari e della utenza che “*more is best*”
- “*medicina difensiva*”

Questo incrementa i rischi per il paziente e i costi per il SSN e utente (procedure diagnostiche invasive per rassicurare medici e pazienti, ricoveri per malattie lievi o croniche senza esacerbazione acute, screening di efficacia non documentata, utilizzo di costosissimi farmaci in pazienti neoplastici terminali o neurodegenerativi in fase avanzatissima, ...)

(Da N. Cartabellotta, Sole 24 ore,
22-28 gen 2013, mod.)



FONTI DI MAGGIOR SPRECO IN AMBITO SANITARIO

(Berwick e Hackbarth, JAMA 2012)

□ **complessità amministrative:**

- **sovraccarico di obblighi burocratici che sottrae tempo prezioso ai professionisti sanitari**
- **ipertrofia del comparto amministrativo con conseguente alti costi per il personale**
- **scarsa informatizzazione “efficace”**

*(Da N. Cartabellotta, Sole 24 ore,
22-28 gen 2013, mod.)*



FONTI DI MAGGIOR SPRECO IN AMBITO SANITARIO

(*Berwick e Hackbarth, JAMA 2012*)

❑ tecnologie sanitarie acquistate a costi eccessivi:

- mancata definizione di costi standard
- assenza di regole ben definite per le acquisizioni
- ritardo nei pagamenti
- etc.....

(Da N. Cartabellotta, *Sole 24 ore*,
22-28 gen 2013, mod.)



FONTI DI MAGGIOR SPRECO IN AMBITO SANITARIO

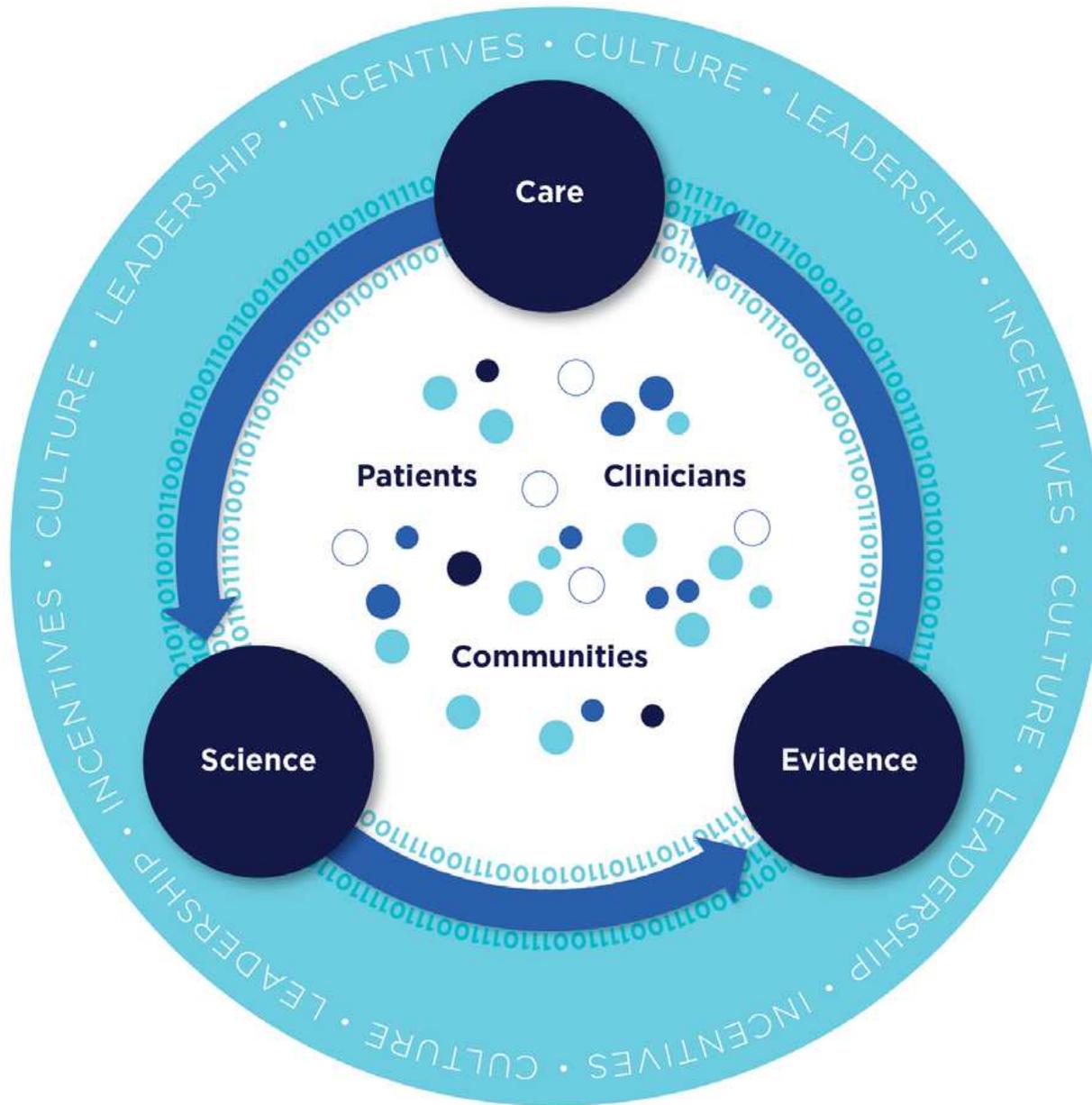
(Berwick e Hackbarth, JAMA 2012)

❑ frodi ed abusi:

- comportamenti opportunistici permessi da leggi, regolamenti
- controlli inadeguati
- truffe
- fatture false
- etc

*(Da N. Cartabellotta, Sole 24 ore,
22-28 gen 2013, mod.)*





A continuously learning Health Care System

(Institute of Medicine of the National Academies USA)



PRINCIPALI ASPETTI NORMATIVI DI RIFERIMENTO



SERIE GENERALE

*Spediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b
Legge 23-12-1996, n. 662 - Filiale di Roma*

Anno 139° Numero 124

GAZZETTA



UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

DECRETI E DELIBERE DI ALTRE AUTORITÀ

**CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO**

Provvedimento 7 maggio 1998

**Linee-guida del Ministero
della sanità per le attività
di riabilitazione**



Piano d'indirizzo per la Riabilitazione (PINDRIA)

***(GU n.50, Supplemento ordinario n.60,
02.03.2011)***



Piano di indirizzo per la Riabilitazione 2011

- 1. Analisi della situazione italiana**
- 2. Il ruolo della Riabilitazione: l'affermarsi del modello bio-psico-sociale**
- 3. Interdisciplinarietà in riabilitazione**
- 4. La Riabilitazione nel continuum assistenziale**
 - a) Governo clinico**
 - b) Percorso Riabilitativo unico**
 - c) I luoghi di cura**
- 5. La ricerca in riabilitazione**
- 6. Spesa Sanitaria e Riabilitazione**
- 7. conclusioni**



CRITERI GUIDA DEGLI INTERVENTI DELLA RIABILITAZIONE

Centralità del paziente
e dei suoi bisogni

Orientamento all'outcome

Progetto e programmi riabilitativi
con garanzia della continuità del percorso di cura

Coinvolgimento attivo del paziente
nella definizione dell'outcome e del percorso di cura

Lavoro in team interprofessionale



MISSION DELLA RIABILITAZIONE

Educare ed aiutare la persona disabile a raggiungere il **miglior livello di vita possibile** sul piano fisico, funzionale, affettivo, emozionale, relazionale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, pur nell'ambito della limitazione della sua menomazione e della quantità e qualità di risorse disponibili

(Basaglia N., 2009)



LA RIABILITAZIONE

è un **“processo”** di **soluzione di problemi** e di **educazione** nel corso del quale si porta una persona disabile a raggiungere il **miglior livello di vita** possibile sul piano fisico, funzionale, emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, pur nell'ambito della limitazione della sua menomazione e della quantità e qualità di risorse disponibili

(Linee guida nazionali 1998)



PINDRIA 2011

1. La Riabilitazione: analisi della situazione italiana

“I trattamenti sono erogati nelle fasi di:

- **riabilitazione intensiva;**
- **riabilitazione intensiva ad alta specializzazione;**
- **riabilitazione estensiva;**

ed in regime di:

- **assistenza ospedaliera in ricovero ordinario o diurno (Day Hospital);**
- **Day Service;**
- **assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno;**
- **assistenza ambulatoriale;**
- **assistenza domiciliare.”**



PINDRIA 2011

2. Il ruolo della Riabilitazione: l'affermarsi del modello bio-psico-sociale

Scopi della Riabilitazione

- “... lo scopo dell'intervento riabilitativo è “**guadagnare salute**”, in un'ottica che vede la persona con disabilità e limitazione della partecipazione non più come “malato”, ma come “persona avente diritti” (Conferenza di Madrid del 2002, anno europeo della persona con disabilità). Quindi compito dell'intervento riabilitativo è definire la persona” per poi realizzare tutti gli interventi sanitari necessari a far raggiungere alla persona stessa, nell'ottica del reale **empowerment**, le condizioni di massimo livello possibile di funzionamento e partecipazione, in relazione alla propria volontà ed al contesto.”



LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

LEA

DPCM 12 gennaio 2017

GU n.65 del 18.03.2017

Supl.Ordinario n.15

PRECEDENTE DPCM 29 novembre 2001 !!





DPCM LEA 2017

Le principali caratteristiche del provvedimento

Il nuovo schema di decreto:

- definisce **le attività, i servizi e le prestazioni** garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale
- descrive con **maggiore dettaglio** e precisione prestazioni e attività oggi già incluse nei livelli essenziali di assistenza
- ridefinisce e aggiorna gli **elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti** che danno diritto all'esenzione
- innova **i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica**, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete





LEA 2017

...i LEA in aggiornamento continuo



...per l'aggiornamento periodico e continuo dei livelli essenziali di assistenza è stata costituita la **Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA**, con il compito monitorarne costantemente il contenuto, escludendo prestazioni, servizi o attività che divengano obsoleti e, analogamente, valutando di erogare a carico del Servizio sanitario nazionale trattamenti che, nel tempo, si dimostrino innovativi o efficaci per la cura dei pazienti.



L'obiettivo è creare un Servizio sanitario nazionale che sia sempre al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche e con le esigenze dei cittadini.



MACROLIVELLI DEI LEA

Art. 1

1. Il Servizio sanitario nazionale assicura,....., i seguenti livelli assistenziali di assistenza:

I- prevenzione collettiva e sanità pubblica

II- assistenza distrettuale

III- assistenza ospedaliera



MACROLIVELLI DEI LEA

(DPCM 2017)

Il livello di **prevenzione collettiva e sanità pubblica** si articola nelle seguenti attività:

- a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**
- b) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati**
- c) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro**
- d) salute animale ed igiene urbana veterinaria**
- e) sicurezza alimentare – tutela della salute dei consumatori**
- f) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale**
- g) attività medico legali per finalità pubbliche**

Nell'ambito delle attività sopra indicate il SSN garantisce le prestazioni indicate nell'allegato 1 al presente decreto



MACROLIVELLI DEI LEA

(DPCM 2017)

Il livello dell'**assistenza distrettuale** si articola nelle seguenti attività:

- assistenza sanitaria di base (*MMG, PLS, assistenza medica notturna e festiva, assistenza turistica, ...*)
- emergenza sanitaria territoriale (*118, maxiemergenze, ...*)
- assistenza farmaceutica (*farmacie convenzionate; prontuario farmaceutico nazionale*)
- assistenza integrativa (*dispositivi medici monouso (allegato 2), presidi per diabetici, alimentazioni particolari, malattie rare (allegato 3), ...*)
- assistenza specialistica ambulatoriale (*nomenclatore tariffario, allegato 4*)
- assistenza protesica (*nomenclatore tariffario allegato 5*)
- assistenza termale (*indicate nell'allegato 9*)
- assistenza sociosanitaria **domiciliare** e territoriale
- assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale



MACROLIVELLI DEI LEA (DPCM 2017)

Il livello dell'**assistenza ospedaliera** si articola nelle seguenti aree di attività:

- pronto soccorso
- ricovero ordinario per acuti
- *day surgery*
- *day hospital*
- ***riabilitazione e lungodegenza post acuzie***
- *attività trasfusionali*
- *attività di trapianto di organi e tessuti*
- *centri antiveneni (CAV)*



2017 NUOVI LEA

ART. 17 Assistenza Protesica



ART. 17 Assistenza Protesica

- 1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone di cui all'art. 18 le prestazioni sanitarie che comportano l'erogazione di protesi, ortesi ed ausili tecnologici nell'ambito di un piano riabilitativo-assistenziale volto alla prevenzione, alla correzione o alla compensazione di menomazioni o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento delle abilità residue, nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito.**



ALLEGATO 12

Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica

Art. 1

Procedura di erogazione

- 1. La procedura di erogazione dell'assistenza protesica si articola nelle seguenti fasi: formulazione del piano riabilitativo-assistenziale individuale, prescrizione, autorizzazione, erogazione, collaudo, follow up. Le regioni adottano misure idonee per semplificare, agevolare e accelerare lo svolgimento della procedura, evitando di porre a carico degli assistiti o dei loro familiari adempimenti non strettamente necessari.**
- 2. Il piano riabilitativo-assistenziale individuale è formulato dal medico specialista in collaborazione con l'equipe multidisciplinare sulla base delle esigenze espresse dall'assistito. Il medico specialista deve essere in possesso di specifiche competenze per la prescrizione di protesi, ortesi e ausili tecnologici. Le regioni possono prevedere l'istituzione di elenchi regionali o aziendali dei medici prescrittori.**

ALLEGATO 12

Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica

Art. 1

Procedura di erogazione

3. Il piano riabilitativo-assistenziale individuale deve riportare:

- a) l'indicazione della patologia o della lesione che ha determinato la menomazione o la disabilità;
- b) una diagnosi funzionale che riporti le specifiche menomazioni o disabilità;
- c) la descrizione del programma di trattamento con l'indicazione degli esiti attesi dall'equipe e dall'assistito in relazione all'utilizzo della protesi, ortesi o ausilio a medio e a lungo termine;
- d) la tipologia di dispositivo e gli adattamenti o le personalizzazioni eventualmente necessari;
- e) i modi e i tempi d'uso del dispositivo, l'eventuale necessità di aiuto o supervisione nell'impiego, le possibili controindicazioni ed i limiti di utilizzo ai fini della risposta funzionale;
- f) l'indicazione delle modalità di follow-up del programma e di verifica degli esiti ottenuti rispetto a quelli attesi dall'equipe e dall'assistito.



ALLEGATO 12

Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica

Art. 1

Procedura di erogazione

- 4. Il medico e l'equipe sono responsabili della conduzione del piano e della verifica periodica dei risultati attesi, a medio e lungo termine, indicati dal piano stesso.**
- 5. Le prestazioni di assistenza protesica che comportano l'erogazione dei dispositivi contenuti nel nomenclatore, allegato 5 al presente decreto, sono erogate su prescrizione del medico specialista di cui al comma 2, effettuata sul ricettario standardizzato del Servizio sanitario nazionale. Le regioni possono individuare le modalità con le quali è consentita ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta o ai medici dei servizi territoriali la prescrizione di alcuni ausili di serie inclusi nell'elenco 2B di cui al citato nomenclatore.**

ALLEGATO 12

Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica

Art. 1

Procedura di erogazione

- 6. Nel caso in cui risulti necessario l'allestimento, l'adattamento o la personalizzazione di un ausilio di serie, la prestazione è prescritta dal medico specialista ed eseguita dalle figure professionali di cui al comma 4 dell'articolo 17 del presente decreto, nell'ambito del contratto di fornitura di cui all'articolo 3.**
- 7. Sono parimenti erogate su prescrizione dello specialista le prestazioni di manutenzione, riparazione, adattamento o sostituzione di componenti delle protesi e ortesi su misura, indicate nell'elenco 1 del nomenclatore, allegato 5 al presente decreto, fatti salvi i casi, individuati dalle regioni, in cui la prescrizione può essere effettuata dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta o dal medico del servizio territoriale.**

ALLEGATO 12

Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica

Art. 1

Procedura di erogazione

- 8.** La prescrizione deve essere **coerente** con il piano riabilitativo-assistenziale individuale e deve riportare la specifica menomazione o disabilità, le definizioni e i codici identificativi delle tipologie di dispositivi.
- 9.** La prestazione deve essere **appropriata** rispetto al **bisogno dell'utente** e compatibile con le caratteristiche del suo **ambiente di vita** e con **le esigenze degli altri soggetti coinvolti nel programma di trattamento**.
Le regioni promuovono l'ulteriore sviluppo dell'appropriatezza della prescrizione e del corretto svolgimento del piano riabilitativo-assistenziale individuale, anche avvalendosi delle informazioni rilevate nell'ambito del sistema di monitoraggio della spesa sanitaria di cui all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni.

ALLEGATO 12

Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica

Art. 1

Procedura di erogazione

- 10.** L'erogazione della prestazione è autorizzata dall'azienda sanitaria locale di residenza dell'assistito, **previa verifica amministrativa della titolarità del diritto dell'assistito, della presenza del piano riabilitativo-assistenziale individuale e della completezza della prescrizione.** Le regioni disciplinano le modalità di rilascio dell'autorizzazione, anche in forma semplificata, **prevedendo il tempo massimo** per la conclusione della procedura da parte dell'azienda sanitaria locale.
- 11.** La prestazione di assistenza protesica è erogata dai soggetti di cui agli articoli 2 e 3 entro il **tempo massimo fissato dalla regione.**
- 12.** All'atto dell'erogazione di un dispositivo su misura, l'erogatore rilascia una **certificazione di congruità attestante la rispondenza del dispositivo** alla prescrizione medica autorizzata, il suo perfetto funzionamento e il rispetto delle normative in materia. La certificazione è allegata alla fattura ai fini della corresponsione della tariffa da parte dell'azienda sanitaria locale.



ALLEGATO 12

Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica

Art. 1

Procedura di erogazione

13. Salvo casi particolari disciplinati dalla Regione, lo **specialista prescrittore, responsabile della conduzione del piano riabilitativo-assistenziale individuale, unitamente all'equipe multidisciplinare, esegue il collaudo dei dispositivi su misura inclusi nell'elenco 1 di cui al nomenclatore allegato 5 al presente decreto, degli ausili di serie di cui all'elenco 2A, nonché degli ausili di serie di cui all'elenco 2B qualora sia stata richiesta una prestazione del professionista sanitario abilitato all'esercizio della professione o arte sanitaria ausiliaria o di **altri tecnici** con specifiche competenze professionali nell'ambito degli **ausili per comunicazione e informazione (ICT)**. Il collaudo consiste in una **valutazione clinico-funzionale** volta ad accertare la corrispondenza del dispositivo erogato a quello prescritto e la sua efficacia per lo svolgimento del piano. Qualora il collaudo accerti la mancata corrispondenza alla prescrizione, il malfunzionamento o l'inidoneità tecnico-funzionale del dispositivo, l'erogatore o il fornitore è tenuto ad apportare le necessarie modifiche o sostituzioni. Le **regioni definiscono il tempo massimo** per l'esecuzione del collaudo e regolamentano i casi in cui lo stesso non venga effettuato nei tempi previsti.**

ALLEGATO 12

Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica

Art. 1

Procedura di erogazione

14. Per le tipologie di **dispositivi di serie** inclusi nell'elenco 2B di cui al nomenclatore allegato 5 al presente decreto, prescritti in **assenza di una prestazione di adattamento** o di personalizzazione da parte del professionista sanitario o di altri tecnici competenti nell'ambito degli ausili ICT, **l'avvenuta consegna del dispositivo prescritto è attestata dall'assistito. In caso di mancata corrispondenza alla prescrizione, di malfunzionamento o di inidoneità tecnico-funzionale del dispositivo, l'assistito richiede il collaudo al medico prescrittore e si applicano le disposizioni di cui al comma 13.**

ALLEGATO 12

Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica

Art. 2

Individuazione degli erogatori di protesi e ortesi su misura

- 1.** Ai sensi dell'articolo 8-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, le regioni e le aziende sanitarie locali assicurano le prestazioni di assistenza protesica che comportano l'erogazione dei dispositivi su misura inclusi nell'elenco 1 del **nomenclatore allegato 5 al presente decreto, avvalendosi di soggetti iscritti al registro istituito presso il Ministero della salute ai sensi dell'articolo 11, comma 7, del decreto legislativo del 24 febbraio 1997, n. 46, e accreditati dalle regioni ai sensi della normativa vigente, previa verifica del possesso dei requisiti di cui al comma 2.**
- 2.** Con accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sono definite linee di indirizzo per la fissazione dei **requisiti per l'accreditamento** dei soggetti di cui al comma 1, tali da garantire la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate e il rispetto delle esigenze dell'assistito in termini di accessibilità, riservatezza e comfort ambientale.



ALLEGATO 12

Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica

Art. 2

Individuazione degli erogatori di protesi e ortesi su misura

- 3. Le regioni e le aziende sanitarie locali definiscono gli accordi e stipulano i contratti** previsti dalla normativa vigente, con gli erogatori di protesi e ortesi su misura accreditati ai sensi del comma 1. **Ferme restando le tariffe massime delle prestazioni di assistenza protesica** fissate dal Ministero della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8-sexies, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, **le regioni adottano il proprio sistema tariffario.**
- 4. E' garantita la libertà dell'assistito** di scegliere l'erogatore delle prestazioni di assistenza protesica che comportano l'erogazione dei dispositivi su misura tra i soggetti accreditati titolari degli accordi o dei contratti di cui al comma 3.



ALLEGATO 12

Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica

Art. 3

Fornitura dei dispositivi di serie di cui agli elenchi 2A e 2B.

1. Nella prescrizione di dispositivi di serie inclusi negli elenchi 2A e 2B di cui al nomenclatore allegato 5 al presente decreto, **il medico riporta la definizione e il codice corrispondente** alla tipologia del dispositivo.
2. Nelle more dell'istituzione del **Repertorio dei dispositivi di serie** di cui all'articolo 1, comma 292, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, per l'erogazione dei dispositivi di serie inclusi negli elenchi 2A e 2B di cui al nomenclatore allegato 5 al presente decreto, e per la determinazione dei relativi prezzi di acquisto **le regioni e le aziende sanitarie locali stipulano contratti con i fornitori aggiudicatari delle procedure pubbliche di acquisto espletate secondo la normativa vigente. I capitolati di gara prevedono che i soggetti aggiudicatari assicurino, quando prescritto dal medico** e in ogni caso per la fornitura di apparecchi acustici, l'adattamento o la personalizzazione dei dispositivi da parte di professionisti sanitari abilitati all'esercizio della specifica professione o arte sanitaria ausiliaria, nonché la manutenzione, la riparazione o la sostituzione di componenti dei dispositivi stessi. Nella **valutazione delle offerte** le regioni e le aziende sanitarie locali adottano criteri di ponderazione che **garantiscono la qualità delle forniture, la durata del periodo di garanzia** oltre quello fissato dalla normativa di settore, la capillarità della distribuzione e la disponibilità di una gamma di modelli idonei a soddisfare le specifiche esigenze degli assistiti.

ALLEGATO 12

Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica

Art. 3

Fornitura dei dispositivi di serie di cui agli elenchi 2A e 2B.

- 3.** Le aziende sanitarie locali assicurano che i dispositivi di serie inclusi nell'elenco 2A, a garanzia della corretta utilizzazione da parte dell'assistito in condizioni di sicurezza, **siano applicati o messi in uso da un professionista sanitario abilitato all'esercizio della specifica professione o arte sanitaria ausiliaria.** A questo fine le aziende sanitarie locali possono avvalersi di professionisti sanitari operanti presso le stesse, presso soggetti privati convenzionati con l'azienda sanitaria locale (Centri Ausili), presso i soggetti accreditati e contrattualizzati per la erogazione dei dispositivi su misura di cui all'articolo 2 della presente Intesa ovvero di professionisti sanitari messi a disposizione dalle aziende aggiudicatrici delle procedure pubbliche di acquisto. La remunerazione del servizio di messa in uso è fissata nell'ambito delle convenzioni, dei contratti o dei capitolati di gara. Per i dispositivi di cui all'elenco 2B, il soggetto fornitore assicura in ogni caso all'assistito le istruzioni necessarie per il corretto utilizzo del dispositivo.

ALLEGATO 12

Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica

Art. 3

Fornitura dei dispositivi di serie di cui agli elenchi 2A e 2B.

4. Il Ministero della salute adotta le misure necessarie per monitorare il percorso degli ausili di serie, dalla produzione alla consegna all'assistito, a garanzia della qualità della fornitura.



ALLEGATO 12

Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica

Art. 4

Norme transitorie.

- 1. Nelle more del completamento delle procedure di accreditamento degli erogatori delle protesi ed ausili su misura di cui all'elenco 1, per l'erogazione dei dispositivi e delle prestazioni di cui al citato elenco, l'assistito esercita la libera scelta tra i soggetti già autorizzati per l'erogazione dei dispositivi su misura e iscritti al registro istituito presso il Ministero della salute ai sensi dell'articolo 11, comma 7, del decreto legislativo del 24 febbraio 1997, n. 46, ovvero tra i soggetti autorizzati all'immissione in commercio, alla distribuzione o alla vendita ai sensi della normativa vigente, che dispongano del professionista abilitato all'esercizio della specifica professione o arte sanitaria ausiliaria, operante in nome e per conto del fornitore mediante un rapporto di dipendenza o professionale.**

2017
NUOVI LEA
PER LE ATTIVITÀ
AMBULATORIALI DI
RIABILITAZIONE



TECNICI SPECIALISTI DI DISCIPLINA INDIVIDUATI DALLE REGIONI

- **Nino BASAGLIA – Emilia-Romagna**
- **Giovanna BERETTA – Lombardia**
- **Arrigo BALDO – PA di Bolzano**
- **Pietro FIORE – Puglia**
- **Germano PESTELLI – Emilia-Romagna**
- **Daniela PRIMON – Veneto**
- **Biancarosa VENCATO - Veneto**



CRITERI GUIDA UTILIZZATI DAI FISIATRI CONSULENTI DELLE REGIONI

- **Soddisfacimento** di bisogni sanitari riabilitativi primari della popolazione italiana
- **Aggiornamento** delle prestazioni alle più moderne acquisizioni culturali, scientifiche, tecniche e tecnologiche
- **Aderenza alle linee-guida** ministeriali sulle attività di riabilitazione
- **Valorizzazione** della Medicina Riabilitativa



PRINCIPALI CRITERI GUIDA UTILIZZATI DAL GRUPPO TECNICO SPECIALISTICO

- **“Presa in carico”** vs “erogazione” singole prestazioni e trattamenti
- **Pacchetto-seduta** vs molteplici separate prestazioni
- Riferimento culturale e definitorio a **ICF**
- **EBM**
- **“Misurazione”** (tutte le componenti del team riabilitativo) vs **“refertazione”** (medico)
- **Appropriatezza** erogativa, esecutiva,

OMS ICF



- ◆ **International Classification of Functioning, Disability and Health**
- ◆ **Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute**

OMS 2001



ICF

(in rosso le funzioni e le strutture corporee prese in considerazione nella elaborazione degli interventi valutativi e terapeutici riabilitativi)

PARTE 1	FUNZIONI CORPORE Domini	STRUTTURE CORPOREE Domini
Capitolo 1	(b1) <u>Funzioni mentali</u>	(s1) <u>Strutture del sistema nervoso</u>
Capitolo 2	(b2) <u>Funzioni sensoriali e dolore</u>	(s2) Occhio, orecchio e strutture correlate
Capitolo 3	(b3) <u>Funzioni della voce e dell'eloquio</u>	(s3) <u>Strutture coinvolte nella voce e nell'eloquio</u>
Capitolo 4	(b4) <u>Funzioni dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico e dell'apparato respiratorio</u>	(s4) <u>Strutture dei sistemi cardiovascolare, immunologico e dell'apparato respiratorio</u>

ICF

(in rosso le funzioni e le strutture corporee prese in considerazione nella elaborazione degli interventi valutativi e terapeutici riabilitativi)

PARTE 1	FUNZIONI CORPOREE Domini	STRUTTURE CORPOREE Domini
Capitolo 5	(b5) <u>Funzioni dell'apparato digerente</u> e dei sistemi metabolico ed endocrino	(s5) <u>Strutture correlate all'apparato digerente</u> e ai sistemi metabolico ed endocrino
Capitolo 6	(b6) <u>Funzioni genitourinarie</u> e riproduttive	(s6) <u>Strutture correlate ai sistemi genitourinario</u> e riproduttivo
Capitolo 7	(b7) <u>Funzioni neuro-muscolo-scheletriche e correlate al movimento</u>	(s7) <u>Strutture correlate al movimento</u>
Capitolo 8	(b8) Funzioni della cute e delle strutture correlate	(s8) Cute e strutture correlate



ICF

(in rosso e sottolineate le attività e la partecipazione prese in considerazione nella elaborazione degli interventi valutativi e terapeutici riabilitativi)

PARTE 1	ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE Domini
Capitolo 1	(d1) <u>Apprendimento ed applicazione delle conoscenze</u>
Capitolo 2	(d2) Compiti e richieste generali
Capitolo 3	(d3) <u>Comunicazione</u>
Capitolo 4	(d4) <u>Mobilità</u>
Capitolo 5	(d5) <u>Cura della propria persona</u>
Capitolo 6	(d6) <u>Vita domestica</u>
Capitolo 7	(d7) Interazioni e relazioni interpersonali
Capitolo 8	(d8) Aree di vita principali
Capitolo 9	(d9) Vita sociale civile e di comunità



PRESTAZIONI di VALUTAZIONE



CRITERI GUIDA UTILIZZATI

- Definizione delle **caratteristiche degli strumenti di misura** e delle modalità di valutazione
- Migliore **definizione dei campi d'intervento valutativo**
- Inserimento di **nuove voci** in base alla “mission” della riabilitazione e alle nuove acquisizioni tecnico-scientifiche
- **Valorizzazione dei professionisti**

DEFINIZIONE DELLE CARATTERISTICHE DEGLI STRUMENTI DI MISURA E DELLE MODALITÀ DI VALUTAZIONE

- **Strumenti di misura *validati***
- **o in alternativa, Strumenti condivisi a livello scientifico (con riconoscimento delle *Società Scientifiche* di riferimento)**
- ***associabile* o meno ad altre valutazioni**
- ***refertati***
- ***documentati***



MISURAZIONE e VALUTAZIONE

- **misurare** significa quantificare una osservazione relativa ad oggetti o ad eventi in rapporto ad un sistema di riferimento predeterminato
 - possono misurare tutti coloro che sono stati addestrati all'uso dello strumento

- **valutare** significa attribuire un significato ad un dato, ad una misura o ad un insieme di misure in uno specifico contesto
 - Può refertare solo il medico specialista competente

ICF – Funzioni mentali globali

- Funzioni della coscienza
- Funzioni dell'orientamento
- Funzioni intellettive
- Funzioni psicosociali globali
- Funzioni del temperamento e della personalità
- Funzioni dell'energia e delle pulsioni
- Funzioni del sonno
- Funzioni mentali globali, altro specificato e non specificato



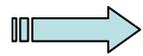
ICF – Funzioni mentali specifiche

- Funzioni dell'attenzione
- Funzioni della memoria
- Funzioni psicomotorie
- Funzioni emozionali
- Funzioni percettive
- Funzioni del pensiero
- Funzioni cognitive di livello superiore
- Funzioni mentali del linguaggio
- Funzioni mentali di calcolo
- Funzioni mentali di sequenza dei movimenti complessi
- Funzioni dell'esperienza del sé e del tempo
- Funzioni mentali specifiche, altro specificato e non specificato
- Funzioni mentali, altro specificato
- Funzioni mentali, altro non specificato



ICF – Funzioni sensoriali e dolore

Funzioni visive e correlate



■ Funzioni della vista

- Funzioni delle strutture adiacenti l'occhio
- Sensazioni associate all'occhio e alle strutture adiacenti
- Funzioni della vista e correlate, altro sp. e non sp.

Funzioni uditive e vestibolari

■ Funzioni uditive



■ Funzioni vestibolari

- Sensazioni associate alla funzione uditiva e vestibolare
- Funzioni uditive e vestibolari, altro specificato e non specificato



ICF – Funzioni sensoriali e dolore

Ulteriori funzioni sensoriali

- Funzione del gusto
- Funzione dell'olfatto
- ⇒ ■ Funzione propriocettiva
- ⇒ ■ Funzione del tatto
- Funzioni sensoriali correlate alla temperatura e ad altri stimoli
- Ulteriori funzioni sensoriali, altro sp. e non sp.

Dolore

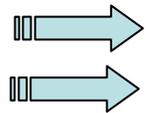
- ⇒ ■ Sensazione di dolore
- Sensazione di dolore, altro sp. e non sp.
- Funzioni sensoriali e dolore, altro specificato
- Funzioni sensoriali e dolore, altro non specificato

ICF – Funzioni della voce e dell'eloquio

- ➡ **■ Funzioni della voce**
- ➡ **■ Funzioni dell'articolazione della voce**
- ➡ **■ Funzioni della fluidità e del ritmo dell'eloquio**
 - Funzioni di vocalizzazione alternativa**
 - Funzioni della voce e dell'eloquio, altro specificato**
 - Funzioni della voce e dell'eloquio, altro non specificato**

ICF – Funzioni dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico e dell'apparato respiratorio

Funzioni del sistema cardiovascolare

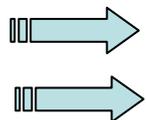


- Funzioni del cuore
- Funzioni dei vasi sanguigni
- Funzioni della pressione sanguigna
- Funzioni del sistema cardiovascolare, altro specificato e non specificato

Funzioni dei sistemi ematologico ed immunologico

- Non considerato nel NTPA dei LEA

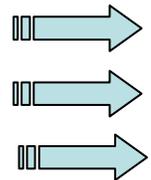
Funzioni dell'apparato respiratorio



- Funzioni respiratorie
- Funzioni del muscolo respiratorio
- Funzioni dell'apparato respiratorio, altro specificato e non specificato

ICF – Funzioni dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico e dell'apparato respiratorio

Ulteriori funzioni e sensazioni del sistema cardiovascolare e dell'apparato respiratorio



- **Ulteriori funzioni respiratorie**
- **Funzioni di tolleranza dell'esercizio fisico**
- **Sensazioni associate alle funzioni cardiovascolare e respiratoria**
- **Ulteriori funzioni e sensazioni del sistema cardiovascolare e dell'apparato respiratorio, altro specificato e non specificato**
- **Funzioni dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico e dell'apparato respiratorio altro specificato**
- **Funzioni dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico e dell'apparato respiratorio non specificato**

ICF – Funzioni dell'apparato digerente e dei sistemi metabolico ed endocrino

Funzioni correlate all'apparato digerente



■ **Funzioni di ingestione**

■ **Funzioni di digestione**

■ **Funzioni di assimilazione**



■ **Funzioni di defecazione**

■ **Funzioni di mantenimento del peso**

■ **Sensazioni associate all'apparato digerente**

■ **Funzioni correlate all'apparato digerente, altro specificato e non specificato**

ICF

Funzioni genitourinarie e riproduttive

Funzioni urinarie

- **Funzioni urinarie escretorie**
- **Funzioni urinarie**
- **Sensazioni associate alle funzioni urinarie**
- **Funzioni urinarie, altro specificato e non specificato**

Funzioni genitali e riproduttive

- **Funzioni sessuali**
- **Funzioni mestruali**
- **Funzioni della procreazione**
- **Sensazioni associate alle funzioni genitali e riproduttive**
- **Funzioni genitali e riproduttive, altro specificato e non specificato**
- **Funzioni genitourinarie e riproduttive, altro specificato**
- **Funzioni genitourinarie e riproduttive, non specificato**



ICF – Funzioni neuro-muscoloscheletriche e correlate al movimento

Funzioni delle articolazioni e delle ossa

- ⇒ ■ Funzioni della mobilità della articolazione
- ⇒ ■ Funzioni della stabilità della articolazione
- Funzioni della mobilità dell'osso
- Funzioni delle articolazioni e dell'osso, altro specificato e non specificato

Funzioni muscolari

- ⇒ ■ Funzioni della forza muscolare
- ⇒ ■ Funzioni del tono muscolare
- ⇒ ■ Funzioni della resistenza muscolare
- Funzioni muscolari, altro specificato e non specificato

ICF – Funzioni neuro-muscoloscheletriche e correlate al movimento

Funzioni delle articolazioni e delle ossa

- Funzioni della mobilità della articolazione
- Funzioni della stabilità della articolazione
- Funzioni della mobilità dell'osso
- Funzioni delle articolazioni e dell'osso, altro specificato e non specificato

Funzioni muscolari

- ⇒ ■ Funzioni della forza muscolare
- ⇒ ■ Funzioni del tono muscolare
- ⇒ ■ Funzioni della resistenza muscolare
- Funzioni muscolari, altro specificato e non specificato



ICF – Funzioni neuro-muscoloscheletriche e correlate al movimento

Funzioni del movimento

- Funzioni del riflesso motorio
- Funzioni della reazione di movimento involontario
- Funzioni di controllo del movimento volontario
- Funzioni del movimento involontario
- Funzioni del pattern dell'andatura
- Sensazioni correlate alle funzioni muscolari e del movimento
- Funzioni del movimento, altro specificato e non specificato
- Funzioni neuro-muscoloscheletriche e correlate al movimento, altro specificato
- Funzioni neuro-muscoloscheletriche e correlate al movimento, non specificato



ICF

Funzioni neuro-muscoloscheletriche e correlate al movimento

Funzioni del movimento

- Funzioni del riflesso motorio
- Funzioni della reazione di movimento involontario
- Funzioni di controllo del movimento volontario



- Funzioni del movimento involontario



- Funzioni del pattern dell'andatura



- Sensazioni correlate alle funzioni muscolari e del movimento



- Funzioni del movimento, altro specificato e non specificato

- Funzioni neuro-muscoloscheletriche e correlate al movimento, altro specificato

- Funzioni neuro-muscoloscheletriche e correlate al movimento, non specificato



PROTESI ed ORTESI

- **VALUTAZIONE ORTESICA**
finalizzata alla prescrizione di ortesi e di ausili tecnologici
- **VALUTAZIONE PROTESICA**
finalizzata alla prescrizione di presidi protesici
- **VALUTAZIONE ORTESICA**
finalizzata al collaudo di ortesi e di ausili tecnologici
- **VALUTAZIONE PROTESICA**
finalizzata al collaudo di presidi protesici



INSERIMENTO DI NUOVE VOCI IN BASE ALLA “MISSION” DELLA RIABILITAZIONE E ALLE NUOVE ACQUISIZIONI TECNICO-SCIENTIFICHE

- valutazione globale del livello di autonomia**
- valutazione del livello di autonomia nella cura della propria persona**
- valutazione del livello di autonomia nelle attività di vita domestica e aree di vita principale**



ICF

PARTE 1	ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE Domini
Capitolo 1	(d1) Apprendimento ed applicazione delle conoscenze
Capitolo 2	(d2) Compiti e richieste generali
Capitolo 3	(d3) Comunicazione
Capitolo 4	(d4) Mobilità
Capitolo 5	(d5) Cura della propria persona
Capitolo 6	(d6) Vita domestica
Capitolo 7	(d7) Interazioni e relazioni interpersonali
Capitolo 8	(d8) Aree di vita principali
Capitolo 9	(d9) Vita sociale civile e di comunità



PRESTAZIONI TERAPEUTICHE



LEGGENDA ALL. 4

Disabilità complesse

- ❑ **disabilità con alterazione di più funzioni secondarie a lesioni del SNC, a polineuropatie gravi, a traumi fratturativi interessanti almeno due arti o un arto e la colonna vertebrale, a patologia reumatologica infiammatoria cronica non degenerativa (AR, connettiviti), a patologia oncologica**

INSERIMENTO NUOVE VOCI “SVILUPPO TECNOLOGICO”

- **Rieducazione motoria mediante apparecchi di assistenza robotizzati ad alta tecnologia**
- **Onde d'urto [focali] mediante apparecchio di litotrissia**
- **Realizzazione ed applicazione di ortesi statica**
- **Realizzazione ed applicazione di ortesi dinamica**
- **Rieducazione individuale all'autonomia nelle attività della vita quotidiana (compreso addestramento care giver)**
- **Rieducazione in gruppo all'autonomia nelle attività della vita quotidiana**
- **Rieducazione del pavimento pelvico**
- **Rieducazione disfagia**



ALLEGATO 4

Leggenda

- ❑ [] : **La parentesi quadra** include sinonimi, termini esplicativi o specifici contenuti della prestazione.
- ❑ () : **La parentesi tonda** include termini descrittivi della prestazione che non implicano una variazione della scelta del codice.
- ❑ **Escluso**: indica che le procedure che seguono tale termine non sono comprese nella descrizione.
- ❑ **Incluso**: raggruppa ulteriori specificazioni o esempi di prestazioni o procedure che devono intendersi comprese in quel codice

ALLEGATO 4

Leggenda

- ❑ **Codificare anche:** segnala che l'eventuale utilizzo di ulteriori prestazioni rispetto alla prestazione principale deve essere codificato in aggiunta.
- ❑ **Non associabile a:** segnala le prestazioni identificate con diverso codice del nomenclatore che non possono essere prescritte ed erogate contemporaneamente a quella prestazione.
- ❑ **H:** indica che la prestazione deve essere eseguita in ambulatori protetti ovvero in ambulatori situati presso strutture di ricovero.
- ❑ **R:** indica che la prestazione può essere erogata solo in ambulatori/laboratori dotati di particolari requisiti ed appositamente individuati dalla Regione.



ALLEGATO 4

Leggenda

- ❑ **Branche specialistiche:** l'elencazione delle prestazioni per branche specialistiche **non definisce né le competenze degli specialisti coinvolti, né dei professionisti e soggetti abilitati alla loro erogazione**, ma ha il solo fine di consentire l'applicazione delle disposizioni che regolano la partecipazione al costo da parte dei cittadini. Le visite specialistiche per le quali non è esplicitamente indicata la branca, sono incluse nella categoria "altre" e possono essere prescritte nella stessa ricetta insieme ad altre prestazioni complementari; pertanto, tali visite devono essere considerate appartenenti alla branca a cui afferiscono tali prestazioni.

ALLEGATO 4

Leggenda

- ❑ **Visita di controllo:** nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione scritta esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita.
- ❑ **Visita a completamento della prima:** nella visita a completamento della prima viene completato l'iter diagnostico, stilata la diagnosi definitiva ovvero evidenziati ulteriori quesiti diagnostici, prescritto un adeguato piano terapeutico ed aggiornata la documentazione clinica.
- ❑ **Visita multidisciplinare:** nella visita multidisciplinare il paziente viene visitato contemporaneamente da più specialisti.
- ❑ **Prima visita:** nella prima visita il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico. Include la visita di un paziente, noto per una **patologia cronica**, che presenta un diverso problema clinico o un'evoluzione imprevista della malattia.

ALLEGATO 4

Leggenda

- ❑ **Medicazioni avanzate di ferita complicata:** la struttura sanitaria che effettua la prestazione è tenuta a conservare la documentazione fotografica della lesione

ALLEGATO 4

Leggenda

- ❑ **Disabilità complesse:** disabilità con alterazione di più funzioni secondarie a lesioni del SNC, a polineuropatie gravi, a traumi fratturativi interessanti almeno due arti o un arto e la colonna vertebrale, a patologia reumatica infiammatoria cronica non degenerativa (AR, connettiviti), a patologia oncologica.

ALLEGATO 4

Leggenda

□ **Medicina fisica e riabilitazione:** le prestazioni di “valutazione funzionale” e “rieducazione” sono riferite alle “funzioni” ed alle “attività” identificate secondo il sistema di Classificazione Internazionale del Funzionamento Disabilità e Salute (ICF): In particolare, secondo tale criterio, le prestazioni di rieducazione sono individuate come:

- rieducazione motoria relativa alle funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento,
- rieducazione motoria cardio-respiratoria relativa alle funzioni dell'apparato cardiovascolare, immunologico e respiratorio;
- rieducazione del linguaggio relativa alle funzioni della voce e dell'eloquio;
- rieducazione della disfagia relativa alle funzioni dell'apparato digerente;
- rieducazione del pavimento pelvico relativa alle funzioni genito-urinarie, incontinenza urinaria;
- rieducazione delle funzioni mentali globali;
- rieducazione delle funzioni mentali specifiche;
- rieducazione all'autonomia nelle attività della vita quotidiana.



ALLEGATO 4

Leggenda

□ **Medicina fisica e riabilitazione:**

In tale nuovo sistema di classificazione, per la prescrizione della **Riabilitazione oncologica, il sanitario dovrà identificare e codificare la prestazione di rieducazione della specifica funzione lesa, in relazione alla natura ed alla localizzazione del tumore, alle sue caratteristiche evolutive e all'impatto della malattia sull'inserimento sociale del paziente.**



ALLEGATO 4

93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b110-b139). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1), SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET (94.01.2). Non ripetibile entro un mese		Medicina fisica e riabilitazione
93.01.4	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b140-b189). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese		Medicina fisica e riabilitazione
93.01.5	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI VESTIBOLARI - EQUILIBRIO. Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b235). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese		Medicina fisica e riabilitazione

ALLEGATO 4

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota	Branca/i
	93.01.6	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL DOLORE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b280-b289). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)		Medicina fisica e riabilitazione
	93.01.7	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLA VOCE E DELL' ELOQUIO [AFASIA - DISARTRIA] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b310-b399). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2). Non ripetibile entro un mese		Medicina fisica e riabilitazione
	93.01.8	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL SISTEMA CARDIOVASCOLARE E DELL'APPARATO RESPIRATORIO Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b410-b429 e b440-b449). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2)		Medicina fisica e riabilitazione
	93.01.9	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL APPARATO DIGERENTE [DISFAGIA - TURBE DELLA DEFECAZIONE] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b510 e b525). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2)		Medicina fisica e riabilitazione
	93.01.A	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI GENITO URINARIE [TURBE VESCICO MINZIONALI - PERINEALI] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b610-b639). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese		Medicina fisica e riabilitazione
	93.01.B	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI DELLE ARTICOLAZIONI E DELLE OSSA Con l'utilizzo strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b710-b729). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese		Medicina fisica e riabilitazione
	93.01.C	VALUTAZIONI DI E MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MUSCOLARI [FORZA - TONO - RESISTENZA] Con l'utilizzo strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b730-b749). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2) e VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)		Medicina fisica e riabilitazione
	93.01.D	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL MOVIMENTO Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b750-b789). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2) e VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)		Medicina fisica e riabilitazione
	93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA CON STUDIO COMPLETO DELLA MOTILITA' OCULARE		Oculistica



ALLEGATO 4

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota	Branca1	Branca2	Branca3
	93.03	VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata al collaudo		Medicina fisica e riabilitazione	Oculistica	Otorinolaringoiatria
	93.03.1	VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata alla prescrizione di presidi protesici		Medicina fisica e riabilitazione		
	93.03.2	VALUTAZIONE ORTESICA. Finalizzata al collaudo		Medicina fisica e riabilitazione		
	93.03.3	VALUTAZIONE ORTESICA. Finalizzata alla prescrizione di ortesi e di ausili tecnologici		Medicina fisica e riabilitazione		
	93.05.3	ANALISI DINAMOMETRICA ISOCINETICA SEGMENTALE. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7) e GAIT ANALYSIS (93.05.8)		Medicina fisica e riabilitazione		
	93.05.4	TEST POSTUROGRAFICO Eseguito con apposito strumentario e refertato. Non associabile a 93.05.5		Medicina fisica e riabilitazione		
	93.05.5	TEST STABILOMETRICO STATICO E/O DINAMICO SU PEDANA Eseguito con apposito strumentario. Non associabile a 93.05.4, 93.05.7, 93.05.8		Medicina fisica e riabilitazione	Neurologia	Otorinolaringoiatria
	93.05.6	ANALISI DELLA CINEMATICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione della cinematica di una o più articolazioni dell'arto superiore inclusa la misurazione di parametri della velocità e linearità del movimento durante l'esecuzione di movimenti standardizzati		Medicina fisica e riabilitazione		
	93.05.7	ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO. Valutazione quantitativa e qualitativa dei parametri spazio-temporali del passo, della cinematica e della dinamica del cammino con l'utilizzo di sistemi optoelettrici e pedane dinamometriche. Non associabile GAIT ANALYSIS (93.05.8)		Medicina fisica e riabilitazione		
	93.05.8	GAIT ANALYSIS Valutazione clinica della menomazione degli arti inferiori, EMG dinamica del cammino, valutazione dei parametri spazio-temporali del passo, della cinematica e della dinamica del cammino con l'utilizzo di sistemi optoelettronici e pedane dinamometriche. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7); VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO (93.08.E); EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE (93.08.F). Non ripetibile entro 12 mesi eccetto dopo intervento chirurgico		Medicina fisica e riabilitazione		

ALLEGATO 4

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota	Branca1	Branca2	Branca3
	93.05.3	ANALISI DINAMOMETRICA ISOCINETICA SEGMENTALE. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7) e GAIT ANALYSIS (93.05.8)		Medicina fisica e riabilitazione		
	93.05.4	TEST POSTUROGRAFICO Eseguito con apposito strumentario e refertato. Non associabile a 93.05.5		Medicina fisica e riabilitazione		
	93.05.5	TEST STABILOMETRICO STATICO E/O DINAMICO SU PEDANA Eseguito con apposito strumentario. Non associabile a 93.05.4., 93.05.7, 93.05.8		Medicina fisica e riabilitazione	Neurologia	Otorinolaringoiatria
	93.05.6	ANALISI DELLA CINEMATICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione della cinematica di una o più articolazioni dell'arto superiore inclusa la misurazione di parametri della velocità e linearità del movimento durante l'esecuzione di movimenti standardizzati		Medicina fisica e riabilitazione		
	93.05.7	ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO. Valutazione quantitativa e qualitativa dei parametri spazio-temporali del passo, della cinematica e della dinamica del cammino con l'utilizzo di sistemi optoelettrici e pedane dinamometriche. Non associabile GAIT ANALYSIS (93.05.8)		Medicina fisica e riabilitazione		
	93.05.8	GAIT ANALYSIS Valutazione clinica della menomazione degli arti inferiori, EMG dinamica del cammino, valutazione dei parametri spazio-temporali del passo, della cinematica e della dinamica del cammino con l'utilizzo di sistemi optoelettronici e pedane dinamometriche. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7); VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO (93.08.E); EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE (93.08.F). Non ripetibile entro 12 mesi eccetto dopo intervento chirurgico		Medicina fisica e riabilitazione		
	93.07.1	BIOIMPEDENZIOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO DI IDRATAZIONE		Endocrinologia	Neurologia	
	93.07.2	PLICOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE		Neurologia		
	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA DI UNA SINGOLA FIBRA. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B. Prescrivibile una sola volta sulla ricetta		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione	
	93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA Analisi quantitativa. Con esame ad ago		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione	
	93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, faringei, diaframma, perineali]. Escluso: EMG dell'occhio (95.25)		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione	Urologia
	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE. H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceettivi agli arti		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione	
	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA. Stimolazione ripetitiva per nervo e frequenza di stimolo		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione	
	93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione	
	93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione	
	93.08.A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Incluse tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione	
	93.08.B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Incluse tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione	
	93.08.C	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Incluse tutte le fibre indagabili. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17).		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione	
	93.08.D	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli. Incluse tutte le fibre indagabili.		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione	

ALLEGATO 4

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota	Branca1	Branca2
	93.08.E	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)		Medicina fisica e riabilitazione	
	93.08.F	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)		Medicina fisica e riabilitazione	
	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo principale. Fino a 6 segmenti		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione
	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo principale. Fino a 4 segmenti		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione
	93.09.3	VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (ADL primarie o di base e ADL secondarie e/o IADL). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione secondo attività e partecipazione ICF. Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (93.09.5); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (93.09.4)		Medicina fisica e riabilitazione	
	93.09.4	VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (ADL secondarie e/o IADL). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione secondo attività e partecipazione ICF (d510-d699). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2); VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (93.09.3); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (93.09.5)		Medicina fisica e riabilitazione	
	93.09.5	VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (ADL primarie o di base). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione secondo attività e partecipazione ICF (d510-d599 e d350-d499). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2); VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (93.09.3); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (93.09.4). Non ripetibile entro un mese		Medicina fisica e riabilitazione	

ALLEGATO 4

93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 30 minuti. Ciclo massimo di 10 sedute		Medicina fisica e riabilitazione
93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN DISABILITA' COMPLESSE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 60 minuti con almeno 40 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo massimo di 10 sedute		Medicina fisica e riabilitazione
93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO relativa alle funzioni delle articolazioni, delle ossa, del movimento, secondo ICF. Per seduta di 60 minuti e massimo 6 pazienti per gruppi omogenei di patologia. Ciclo di 10 sedute		Medicina fisica e riabilitazione
93.11.6	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta della durata di almeno 30 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Ciclo fino a 10 sedute		Medicina fisica e riabilitazione

ALLEGATO 4

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota	Branca1	Branca2
	93.11.7	ADDESTRAMENTO ALLA RESPIRAZIONE DIAFRAMMATICA, ESERCIZI CALISTENICI Per seduta individuale. Ciclo di 5 sedute		Pneumologia	Medicina fisica e riabilitazione
	93.11.8	RIEDUCAZIONE DELLA DISFAGIA relativa alle "funzioni dell'apparato digerente" secondo ICF dell'OMS. Per seduta della durata di 30 minuti. Ciclo fino a 10 sedute		Medicina fisica e riabilitazione	
	93.11.9	RIEDUCAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO relativa alle "funzioni genito-urinarie", incontinenza urinaria, secondo ICF dell'OMS. Per seduta della durata di 30 minuti. Ciclo fino a 10 sedute		Medicina fisica e riabilitazione	
	93.11.A	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo e logopedico. Ciclo fino a 10 sedute		Medicina fisica e riabilitazione	
	93.11.B	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo. Ciclo fino a 10 sedute		Medicina fisica e riabilitazione	
	93.11.C	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 60 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo e logopedico. Ciclo fino a 10 sedute		Medicina fisica e riabilitazione	
	93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell' disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute		Medicina fisica e riabilitazione	
	93.11.E	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo fino a 10 sedute		Medicina fisica e riabilitazione	
	93.11.F	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare. Per seduta della durata di 60 min. Ciclo fino a 10 sedute		Medicina fisica e riabilitazione	
	93.11.G	RIEDUCAZIONE MOTORIA MEDIANTE APPARECCHI DI ASSISTENZA ROBOTIZZATI AD ALTA TECNOLOGIA. Rieducazione motoria di gravi patologie secondarie a lesioni del SNC, con l'esclusione delle patologie neurodegenerative. Per seduta di 45 minuti. Ciclo di 10 sedute.		Medicina fisica e riabilitazione	

ALLEGATO 4

93.11.H	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 45 minuti con almeno 30 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo fino a 10 sedute		Medicina fisica e riabilitazione	
93.15	MANIPOLAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Per seduta. Ciclo fino a 4 sedute		Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia
93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni. Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare		Ortopedia	Medicina fisica e riabilitazione



ALLEGATO 4

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota	Branca1	Branca2	Branca3
	93.18.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA INDIVIDUALE relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 30 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Ciclo fino a 10 sedute		Cardiologia	Medicina fisica e riabilitazione	Pneumologia
	93.18.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 60 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Max 6 pazienti. Ciclo fino a 10 sedute	88	Cardiologia	Medicina fisica e riabilitazione	Pneumologia
	93.19.3	TEST DI VALUTAZIONE DELLA RISPOSTA MOTORIA ALLA LEVODOPA /APOMORFINA Incluso farmaco		Neurologia		
	93.22.1	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI STATICA e/o dinamica e di cast compreso il materiale di realizzazione		Medicina fisica e riabilitazione		
	93.22.2	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI DINAMICA		Medicina fisica e riabilitazione		
	93.29	CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA'. Correzione manuale di piede torto congenito		Ortopedia		
	93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale. Per seduta collettiva. Ciclo di 12 sedute		Ostetricia e ginecologia		
	93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO. Per seduta di 45 minuti ciascuna e per arto. Escluso: linfedema da insufficienza venosa primitiva e linfedema cronico non responsivo		Medicina fisica e riabilitazione		
	93.39.6	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI DENERVATI. Escluso: Viso		Medicina fisica e riabilitazione		
	93.46	TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI. Trazione con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcilla		Ortopedia		
	93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO Escluso: Minerva gessata (93.52)		Ortopedia		
	93.52	APPLICAZIONE DI MINERVA GESSATA		Ortopedia		
	93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO. Busto gessato		Ortopedia		
	93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE antibrachio-metacarpale e femoro-podalico		Ortopedia		
	93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO		Ortopedia		
	93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: toraco brachiale, femoro-podalico		Ortopedia		
	93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: braccio-antibrachio-metacarpale, tibio-podalico		Ortopedia		
	93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: antibrachio-metacarpale		Ortopedia		
	93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: femoro-tibiale		Ortopedia		
	93.54.8	APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER per dito della mano o del piede		Ortopedia		
	93.54.9	COSTRUZIONE DI SPLINT STATICO. Compreso materiale		Ortopedia		
	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE		Altre		
	93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO femoro-podalico		Ortopedia		
	93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO TIBIO-PODALICO		Ortopedia		
	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO per linfedema		Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia	
	93.56.5	BENDAGGIO PER CLAVICOLA/SPALLA		Ortopedia		



ALLEGATO 4

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota	Branca1	Branca2	Branca3
	93.78.1	RIABILITAZIONE DEL CIECO O DELL' IPOVEDENTE GRAVE. Terapia delle attività della vita quotidiana. Per seduta individuale di 30 minuti. Ciclo di 10 sedute		Medicina fisica e riabilitazione		
	93.78.3	RIABILITAZIONE DELLA FUNZIONE VISIVA NEGLI IPOVEDENTI. Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute		Medicina fisica e riabilitazione		
	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute		Endocrinologia		
	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute		Endocrinologia		
	93.82.3	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL PAZIENTE ASMATICO/ ALLERGICO CON RISCHIO ANAFILATTICO. Seduta individuale		Pneumologia	Dermatologia / Allergologia	
	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE. intero training (minimo 3 sedute)		Otorinolaringoiatria		
	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione	
	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione	
	93.89.4	TRAINING PER DISTURBI AUDIOFONOLOGICI		Otorinolaringoiatria		
	93.94	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (BRONCODILATATORI O ANTIBIOTICI) PER MEZZO DI NEBULIZZATORE Per seduta. Incluso farmaco		Pneumologia		
	93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA. Per seduta		Anestesia/Analgesia		
H	93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI. Per seduta		Pneumologia		
	93.99.2	ADDESTRAMENTO E ADATTAMENTO ALLA PROTESI VENTILATORIA NON INVASIVA E ALL' EROGATORE DI PRESSIONE POSITIVA ICPAP. Per seduta individuale		Pneumologia		
	93.99.3	DRENAGGIO DELLE SECREZIONI BRONCHIALI Per seduta. Ciclo di 5 sedute		Pneumologia	Medicina fisica e riabilitazione	
	93.99.4	MISURA OSSIDO NITRICO ESALATO		Pneumologia	Dermatologia / Allergologia	
	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia	Medicina fisica e riabilitazione	
	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO, M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET, Test di sviluppo psicomotorio		Neurologia	Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia	Medicina fisica e riabilitazione
	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA. Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine, test di attenzione, test di abilità di lettura		Neurologia	Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia	Medicina fisica e riabilitazione
	94.02.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]		Neurologia	Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia	
	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE		Neurologia	Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia	Medicina fisica e riabilitazione

ALLEGATO 4

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota	Branca1	Branca2	Branca3
	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI		Neurologia	Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia	Medicina fisica e riabilitazione
	94.08.3	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia		
	94.08.4	ESAME DELL' AFASIA Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia	Medicina fisica e riabilitazione	
	94.08.5	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia		
	94.08.6	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia		
	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia		
	94.19.1	PRIMA VISITA PSICHIATRICA		Psichiatria		
	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE (per seduta)		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia		
	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE Per seduta		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia		
	94.42.1	PSICOTERAPIA DI COPPIA Per seduta		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia		
	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO. Per seduta e per partecipante (Max 10 partecipanti)		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia		

ALLEGATO 4

95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP). Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi		Medicina fisica e riabilitazione	Neurologia	Oculistica
98.59.5	TERAPIA CON ONDE D'URTO [FOCALI] MEDIANTE APPARECCHIO DI LITOTRIPSIA per trattamento di fasciti plantari, pseudoartrosi, presenza di calcificazioni delle strutture periarticolari della spalla. Per seduta. Fino ad un massimo di 3 sedute. non ripetibili per la stessa patologia entro 12 mesi		Ortopedia	Medicina fisica e riabilitazione	
99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione	Anestesia/Analgesia

**2017
NUOVI LEA**

ART. 22 CURE DOMICILIARI



Art. 22 CURE DOMICILIARI

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. L'azienda sanitaria locale assicura la continuità fra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.



Art. 22 CURE DOMICILIARI

- 3. In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari si articolano nei seguenti livelli:**
- a) cure domiciliari di livello base: (bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o **riabilitativo**). CIA (Coefficiente di Intensità Assistenziale) inferiore a 0,14**

$$\mathbf{CIA = GEA / GdC}$$

GEA: giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare

GdC: giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma



Art. 22 CURE DOMICILIARI

3.

- b) cure domiciliari integrate (ADI) di 1° livello:**
costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale **ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale** ... (necessità di un PAI ovvero di un **PRI**)
CIA compreso tra 0,14 e 0,30
- c) cure domiciliari integrate (ADI) di 2° livello:**
costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale **ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale** ... (necessità di un PAI ovvero di un **PRI**)
CIA compreso tra 0,31 e 0,50



Art. 22 CURE DOMICILIARI

3.

- d) cure domiciliari integrate (ADI) di 3° livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e **riabilitativo**, accertamenti diagnostici, .che, presentano elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,51 e 0,60, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver(necessità di un PAI)**

**2017
NUOVI LEA**

ASSISTENZA OSPEDALIERA



Art. 44 Riabilitazione e LPA

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce, in regime di **ricovero ospedaliero, secondo le disposizioni vigenti, alle persone **non assistibili in day hospital o in ambito extraospedaliero**, le seguenti prestazioni assistenziali **nella fase immediatamente successiva ad un ricovero ordinario per acuti** ovvero a un episodio di **riacutizzazione di una patologia disabilitante**:**

a) prestazioni di **riabilitazione intensiva diretta al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico, medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico, in termini di complessità e/o durata dell'intervento;**

Art. 44 Riabilitazione e LPA

b) prestazioni di **riabilitazione estensiva a soggetti disabili non autosufficienti, a lento recupero, non in grado di partecipare a un programma di riabilitazione intensiva o affetti da grave disabilità richiedenti un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continuativa nelle 24 ore;**

Art. 44 Riabilitazione e LPA

c) prestazioni di lungodegenza post-acuzie a persone non autosufficienti affette da patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale, che hanno bisogno di trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero, e di sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore, nonché di assistenza infermieristica non erogabile in forme alternative.

Art. 44 Riabilitazione e LPA

2. L'individuazione del setting appropriato di ricovero è conseguente alla valutazione del medico specialista in riabilitazione che predispone il progetto riabilitativo e definisce gli obiettivi, le modalità e i tempi di completamento del trattamento, attivando la presa in carico dei servizi territoriali domiciliari, residenziali e semiresidenziali per le esigenze riabilitative successive alla dimissione.

Art. 45 Riabilitazione e LPA

Criteri di appropriatezza del ricovero in riabilitazione

- 1. Si definiscono appropriati i ricoveri ordinari in riabilitazione che non possono essere eseguiti in day hospital o in ambito extraospedaliero con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente e con minore impiego di risorse. Per la determinazione dei ricoveri inappropriati in ambito ospedaliero si applicano le disposizioni di cui all'art. 9 - *quater*, comma 8, del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015 n. 125.**

LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA



LA QUALITÀ

**rappresenta un attributo
essenziale dell'assistenza
sanitaria in generale ed una
componente essenziale di
ogni intervento delle
professioni sanitarie**



LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

**“è l'applicazione di tutti i
servizi necessari della
moderna medicina
scientifica per soddisfare
i bisogni della
popolazione”**

(Lee e Jones, 1933)



EFFICACIA



LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

**definita come assistenza
efficace a migliorare lo stato
di salute e di soddisfazione di
una popolazione in rapporto
alle risorse che la società e gli
individui hanno scelto di
spendere per
quell'assistenza.**

(Institute of Medicine, Washington, 1974)



EFFICIENZA



LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

**come il grado con cui
l'assistenza è conforme a
criteri presenti con un
minimo di spese non
necessarie**

(Williamson, 1978)



LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

come “la capacità di un prodotto di rispondere completamente agli scopi per i quali è stato progettato e costruito al più basso costo possibile”

(Vuori, 1984)



LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

come la frequenza con la quale si realizzano interventi sanitari di dimostrata efficacia (più utili che dannosi) e si evitano interventi più dannosi che utili

(Sackett, 1980)



LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

come “la capacità di migliorare lo stato di salute e di soddisfazione di una popolazione nei limiti concessi dalle tecnologie, dalle risorse disponibili e dalle caratteristiche dell'utenza”

(Palmer, 1988)



L'OMS DEFINISCE LA QUALITÀ

come “la disponibilità di un mix di servizi sanitari diagnostici e terapeutici tali da produrre, con la maggior probabilità possibile per il paziente, l’esito di una assistenza sanitaria ottimale, compatibilmente con le conoscenze raggiunte dalla scienza medica ed in rapporto con fattori biologici quali l’età del paziente, la malattia di cui è affetto, le diagnosi secondarie concomitanti, le risposte al regime terapeutico ed altri fattori connessi; con il minimo dispendio di risorse per raggiungere questo risultato, con il minor rischio possibile di ulteriori danni o disabilità in conseguenza a tale terapia e con la massima soddisfazione possibile del paziente riguardo al processo di assistenza, alla sua personale interazione con il sistema sanitario ed ai risultati ottenuti”.



“fare qualità”

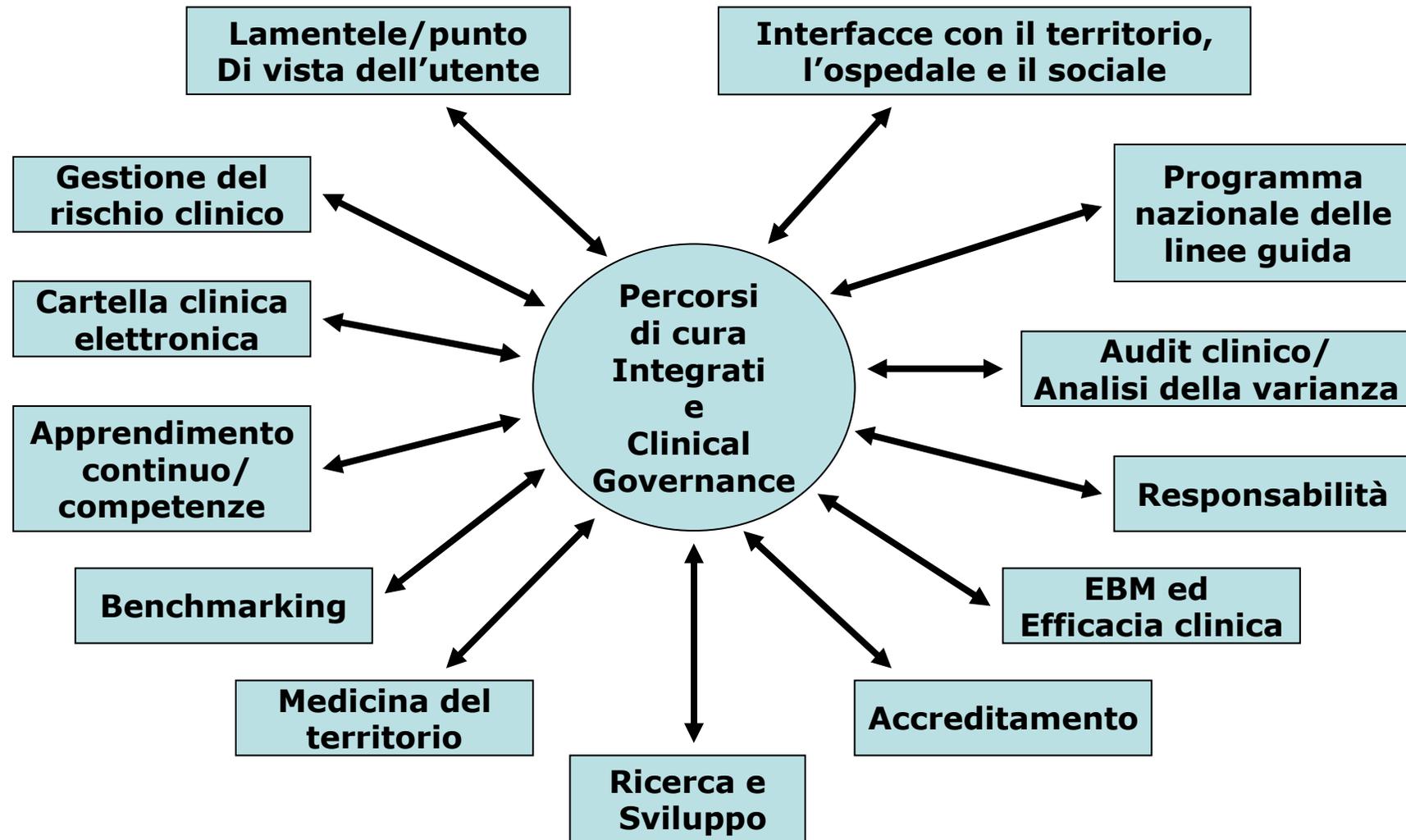
- La parola **qualità** è ormai largamente **abusata**. Sarebbe meglio usarla meno e specificare invece ciò che si intende fare, ad esempio “valutare, standardizzare o migliorare... (*lo specifico problema che si intende affrontare*)”

“fare qualità”

“Fare qualità” si intende essenzialmente:

- ❑ **individuare opportunità di miglioramento ed effettuare progetti di valutazione e miglioramento per realizzarle.** Tra questi progetti indubbiamente hanno particolare peso quelli costituiti dai percorsi assistenziali;
- ❑ **redare e approvare procedure organizzative** che siano basate su una analisi attenta dei processi e contribuiscano a ridurre sprechi e ritardi;
- ❑ **redare e approvare linee guida**, intese come sequenze di raccomandazioni che riguardano comportamenti professionali, basate il più possibile sulle evidenze scientifiche (le raccomandazioni delle linee guida e anche importanti elementi delle procedure dovrebbero essere incorporati in percorsi assistenziali);
- ❑ fare in modo che procedure, linee guida e percorsi assistenziali **vengano applicati e verificarne l'applicazione.** Lo sviluppo di procedure, linee guida, percorsi assistenziali non seguito dalla loro applicazione rappresenta uno spreco tra i più frustranti. Procedure, linee guida e percorsi assistenziali vanno o applicati o cambiati o annullati;
- ❑ **aggiornare** procedure, linee guida e percorsi assistenziali periodicamente, sulla base di nuove acquisizioni tecnologiche, delle novità della letteratura scientifica e delle indicazioni venute dalla verifica della loro applicazione;
- ❑ mettere in atto un **sistema di monitoraggio** (almeno degli eventi avversi principali e dei livelli di soddisfazione di pazienti e familiari), in modo da individuare opportunità di miglioramento e da poter intervenire tempestivamente qualora la situazione peggiori.

L'agenda della qualità



QUALITÀ

□ ***Manageriale***

□ ***Relazionale*** (percepita dagli utenti)

□ ***Professionale***

anche se nella realtà spesso si sovrappongono

(P. Morosini, 2004)



QUALITÀ

Attualmente la maggiore attenzione va ancora alla valutazione e al miglioramento:

- ❑ **della qualità manageriale o gestionale**, rivolta essenzialmente all'efficienza (contenimento dei costi e aumento della produttività, intesa come rapporto tra volume di prestazioni e costi) e all'integrazione tra i processi aziendali
- ❑ **della qualità percepita o relazionale**, relativa alla soddisfazione degli utenti
- ❑ **Qualità sociale**: che ha a che fare con capacità dei servizi sanitari di rispondere ai bisogni di una popolazione (accessibilità ed equità)..

(P. Morosini, 2004)



ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE



ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI SANITARI

**Attività professionale
volontaria, mirante a garantire
che la qualità delle prestazioni
sanitarie non scenda sotto a
livelli minimi ritenuti accettabili
e nel contempo attivi un
processo di un suo
miglioramento continuo.**



AUTORIZZAZIONE CERTIFICAZIONE OBBLIGATORIA

procedura di **valutazione esterna**
della struttura finalizzata a
verificare la presenza dei
requisiti strutturali minimi
previsti dalla **normativa** per
poter erogare la prestazione
sanitaria



CERTIFICAZIONE FACOLTATIVA DI QUALITA' (ISO 9000)

procedura di **valutazione esterna** della struttura, dell'organizzazione e del processo **nell'ipotesi che il rispetto della norma** e dei requisiti individuati dal valutatore esterno **siano predittivi della qualità dell'assistenza erogata** e delle attese dell'utente finale.



IMPORTANZA DELLE CERTIFICAZIONI

2013 >



ISO 22000

Questa certificazione garantisce la sicurezza sulla rigorosa selezione ed analisi qualitativa degli ingredienti utilizzati nei prodotti alimentari.

< 2007



ISO 9001

Scopo primario di questa certificazione è il miglioramento continuo delle prestazioni dell'azienda, che favoriscono il miglioramento nel tempo della qualità dei propri beni e servizi

ACCREDITAMENTO

■ **ISTITUZIONALE:**

obbligatorio in quanto previsto da disposizioni legislative

■ **DI ECCELLENZA:**

volontario, testimonia alla comunità, ai possibili utenti il livello di qualità ed affidabilità delle strutture erogatrici e del servizio fornito



ORIGINE E SVILUPPO DEI SISTEMI DI ACCREDITAMENTO

- **1917 (1913) - L'American College of Surgeons vara L'Hospital Standardization Program**
- **1951 - Nascita negli USA della **Joint Commission on Accreditation of Hospital** (JCAH) per iniziativa dell'Am. College of Physicians, Am. College of Surgeons, Am. Hospital Association, Am. Medical Association, Canadian Medical Assocoation**
- **1964 - Proposta del primo set di standard per le attività ambulatoriali da parte dell'American College Health Association (ACHA)**
- **1965 - Il Governo Federale USA, attraverso il "Medicare Act" riconosce validità all'accREDITAMENTO rilasciato dalla JCAH**



ORIGINE E SVILUPPO DEI SISTEMI DI ACCREDITAMENTO

- **1966 - Nascita negli USA della **Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF)****
- **1975 - La JCAH costituisce l'Accreditation Council for Ambulatory Health Care (ACAHC) con il compito di sviluppare standard per servizi destinati ai pazienti ambulatoriali esterni**
- **1979 - L'American College Health Association (ACHA) costituisce l'Accreditation Association for Ambulatory Health Care (AAAHC)**



STRUTTURA DELLA CARF

STRUCTURE of CARF

Since its inception in 1966, CARF has benefited from national organizations joining together in support of the goals of accreditation. These organizations, representing a broad range of expertise, are divided into two categories of membership: Sponsoring Members and Associate Members.

SPONSORING MEMBERS

American Academy of Neurology
American Academy of Orthopaedic Surgeons
American Academy of Orthotists and Prosthetists
American Academy of Pain Medicine
American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation
American Hospital Association
American Network of Community Options and Resources
American Occupational Therapy Association, Inc.
American Pain Society
American Physical Therapy Association
American Psychological Association
American Rehabilitation Association
American Speech-Language-Hearing Association
American Spinal Injury Association
American Therapeutic Recreation Association
Association of Rehabilitation Nurses
Brain Injury Association, Inc.
Federation of American Health Systems
Goodwill Industries International, Inc.
International Association of Jewish Vocational Services
International Association of Psychosocial Rehabilitation Services
Paralyzed Veterans of America
United Cerebral Palsy Associations

ASSOCIATE MEMBERS

American Association for Partial Hospitalization, Inc.
American Association on Mental Retardation
American Congress of Rehabilitation Medicine
American Horticultural Therapy Association
American Osteopathic College of Rehabilitation Medicine
Association of Mental Health Administrators
Dietetics in Physical Medicine and Rehabilitation
National Alliance for the Mentally Ill
National Association for Music Therapy, Inc.
National Association for the Dually Diagnosed
National Association of Addiction Treatment Providers
National Association of Alcoholism and Drug Abuse Counselors
National Association of Social Workers
National Association of State Mental Health Program Directors
National Coalition of Arts Therapy Associations
National Community Mental Healthcare Council
National Easter Seal Society
National Rehabilitation Association
National Spinal Cord Injury Association
National Therapeutic Recreation Society



ORIGINE E SVILUPPO DEI SISTEMI DI ACCREDITAMENTO

- 1988 - la JCAH estende la propria attività di accreditamento alle strutture extra-ospedaliere ed assume l'attuale denominazione di Joint Commission on Accreditation of Health Organization (JCAHO)
- 1992 - In **Italia** viene emanato il **DL n.502** nel quale viene introdotto il riferimento ai “nuovi rapporti” che dovranno regolare gli scambi all'interno del Servizio Sanitario Riformato fondati sulla remunerazione a prestazione, **l'accREDITAMENTO** e il controllo di qualità (e successive integrazioni del 517/93)



ORIGINE E SVILUPPO DEI SISTEMI DI ACCREDITAMENTO

- **DPR 14.01.1997** “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle provincie autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.”
- **PSN 1998-2000**, nel capitolo “Strumenti per la garanzia dei livelli di assistenza”: paragrafo b) Funzioni di tutela e di produzione è incluso il punto “- **la realizzazione operativa dell’istituto dell’accreditamento in tutto il Servizio sanitario nazionale;**”

ORIGINE E SVILUPPO DEI SISTEMI DI ACCREDITAMENTO

- **DL 229/99 art.8** (Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali), 8-bis (Autorizzazione, accreditamento ed accordi contrattuali), 8-ter (**autorizzazioni alla realizzazione delle strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie**), 8 quater (**Accreditamento istituzionale**), 8-quinques (**Accordi contrattuali**)

ACCREDITAMENTO IN ITALIA

(sentenza Corte Costituzionale
n.416/95)

L'accreditamento è una operazione da parte di una autorità od istituzione (nella specie regione), con la quale si riconosce il possesso da parte di un soggetto o di un organismo di prescritti specifici requisiti e si risolve, come nella fattispecie, in iscrizione in elenco, da cui possono attingere per l'utilizzazione altri soggetti (assistiti-utenti delle prestazioni sanitarie).



ACCREDITAMENTO STRUTTURE SECONDO 229/99



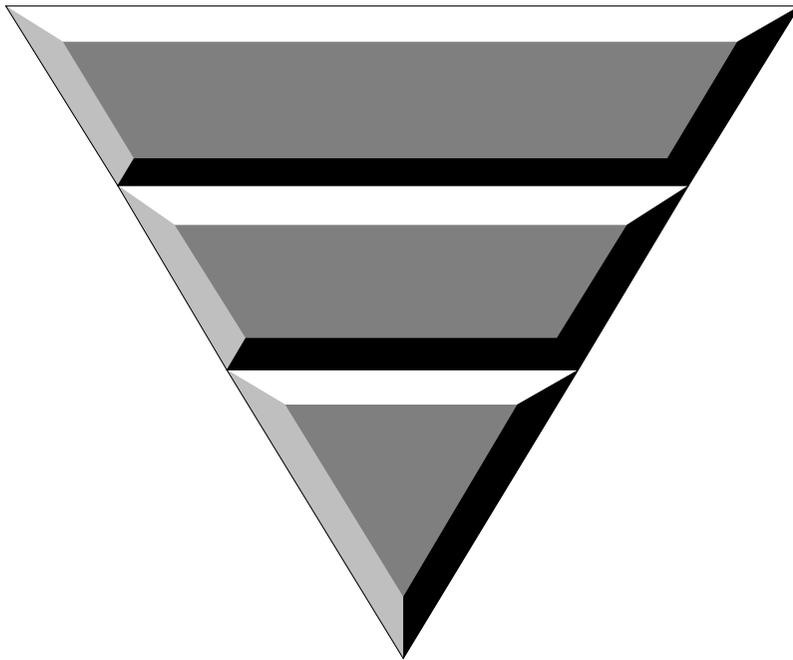
ASPIRE to EXCELLENCE

- **A – Assess the Environment**
- **S – Set Strategy**
- **P – Person Served and other stakeholders – obtain input**
- **I – Implement the Plan**
- **R – Review Results**
- **E – Effect change**

CARF 2009-2010



Triangle of Success...



- ***Skill...Attitude...
Knowledge***
- ***95% of training
based on technical
knowledge not on
skill and attitude
BUT...85% of
success depends
upon skill and
attitude !!!***

CHANGE...

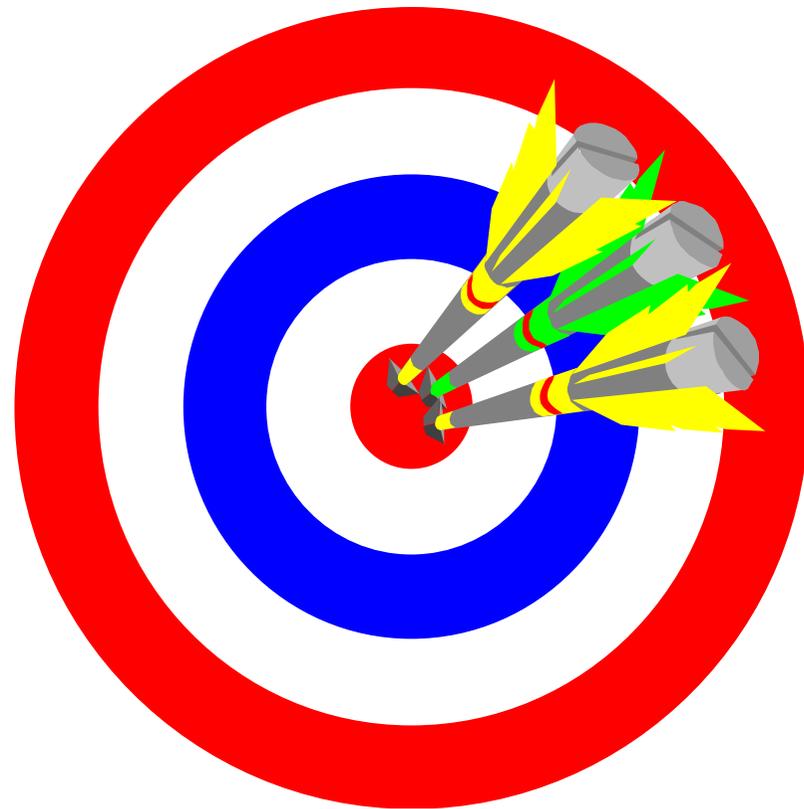


■ ***Sacred cows
make great
hamburgers...***

What performance indicators?

Top three indicators across all groups and programs:

- **Cost of care**
- **Durability of outcomes**
- **Productivity**



PRINCIPALI AGENZIE DI ACCREDITAMENTO USA PER LA RIABILITAZIONE

■ JCAHO

**basa il processo di accreditamento
sulla presenza di un sistema di
miglioramento della qualità**

■ CARF

**richiede per l'accreditamento la
presenza di un sistema orientato alla
valutazione dell'outcome**

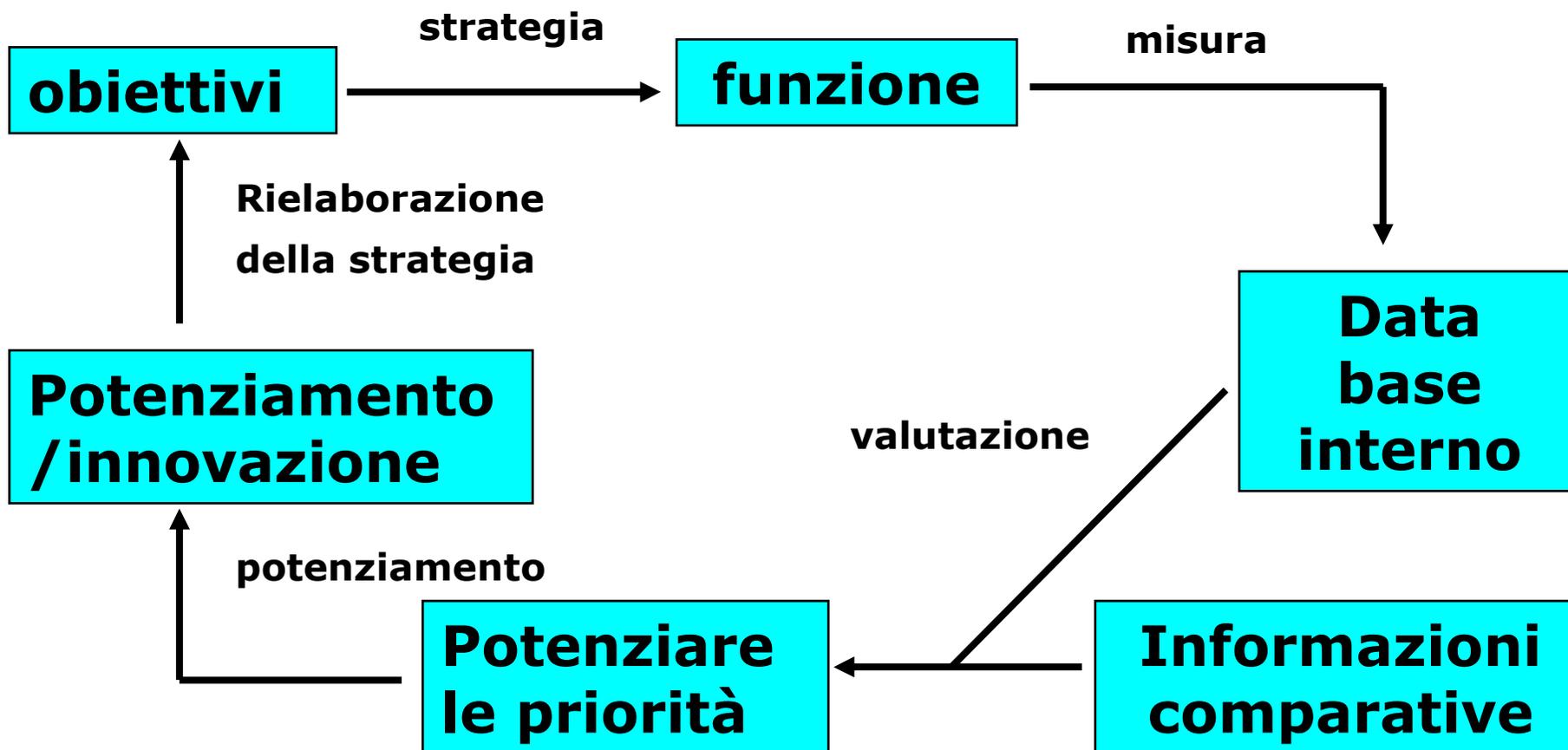


LE QUATTRO PRINCIPALI CRITICITÀ DI UNA ORGANIZZAZIONE SANITARIA

- **Leadership** (mission, vision, condivisione, priorità, risorse, carisma, competenze, ...)
- **Gestione delle risorse umane** (motivazione, ...educazione, competenze, ...)
- **Gestione delle informazioni** (pianificazione, aggregazione dei dati, diffusione dei dati, confronto dei dati, dati basati sulla conoscenza,...)
- **Migliorare le performance dell'organizzazione** (comunicazione, -..collaborazione, processi di pensiero, ...)



ASPETTI CRITICI DELL'AMBIENTE INTERNO DI OGNI ORGANIZZAZIONE SANITARIA E IL CIRCOLO VIRTUOSO PER MIGLIORARE LE PERFORMANCE



MOTIVAZIONI ACCREDITAMENTO

- **SANITARIE**
- **ECONOMICHE**
- **EDUCATIVE**



MOTIVAZIONI ACCREDITAMENTO

■ SANITARIE

- garantire adeguati livelli di cura
- migliorare l'efficacia degli interventi
- attivare un processo di MCQ (Miglioramento Continuo della Qualità)

■ ECONOMICHE

- verifica della adeguatezza delle prestazioni da retribuire
- migliorare l'efficienza dei servizi

■ EDUCATIVE

- promuovere un reale processo di formazione continua
- favorire scambio di esperienze e conoscenze

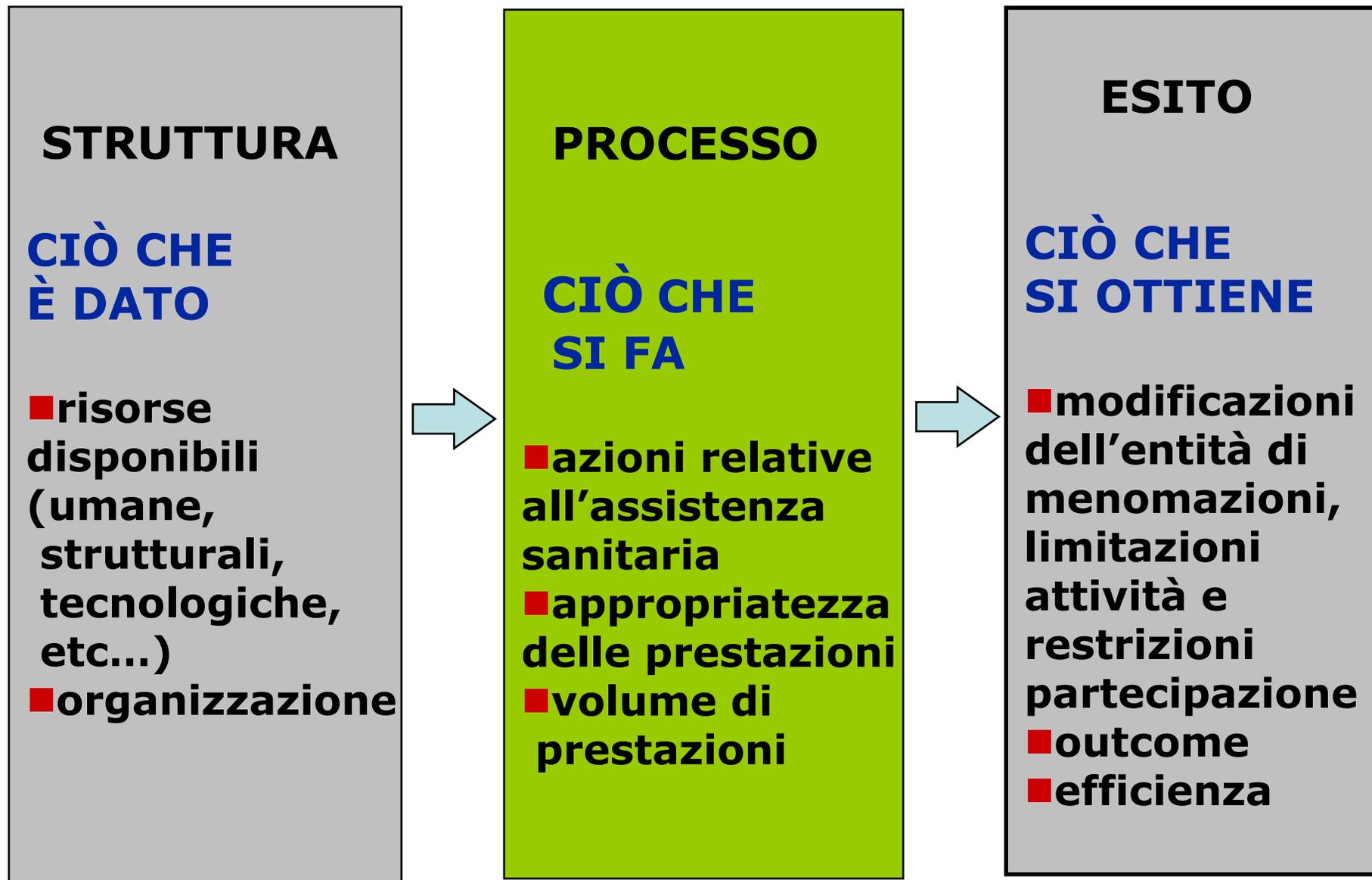


VANTAGGI dell'ACCREDITAMENTO

- raggiungere il consenso su strutture, processi ed esiti
- definizione di standard accettabili e condivisi
- individuazione di carenze
- valutazione obiettiva
- focalizzazione su efficienza ed efficacia
- scambio di esperienze tra esperti
- induzione al cambiamento ed alla soluzione dei problemi
- definizione di adeguatezza dei servizi da parte degli operatori e degli utenti



I TRE ASSI DELLA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DI DONABEDIAN



(A. Donabedian, 1980)



ACCREDITAMENTO

■ STRUTTURALE

orientato sulla valutazione delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative generali

■ PROFESSIONALE

finalizzato alla valutazione del processo e dell'esito, campi dove si esprime la competenza e le capacità dei professionisti



ACCREDITAMENTO

- dei **professionisti**
- delle **strutture organizzative**
- dei **PDTA** (Percorsi Diagnostici, terapeutici, assistenziali)



Regione Emilia-Romagna ASR
"CARTA DI RICCIONE"

ottobre 1996

Il gruppo di professionisti ha individuato tre criteri prioritari come guida all'accREDITAMENTO "professionale":

- **efficacia** provata
- **parsimonia** nell'organizzazione e nello sviluppo delle diverse tipologie di attività
- **informazione** sistematica ed efficace



"CARTA DI RICCIONE" EFFICACIA PROVATA

ottobre 1996

- in osservanza del principio etico-professionale che impone di perseguire il **massimo vantaggio** per i pazienti, bilanciando continuamente i benefici realmente ottenibili con i rischi che sicuramente si corrono quando si interviene per modificare lo stato psicofisico di una persona
- in osservanza del principio per cui il cliente che decide di trarre vantaggio dall'intervento di un **professionista** deve avere in anticipo adeguate garanzie circa il **grado di controllo** di quest'ultimo **sugli strumenti e sulle modalità di sviluppo degli interventi** che gli sono propri



"CARTA DI RICCIONE" PARSIMONIA

ottobre 1996

- si possono realizzare processi di qualità accettabile ed ottenere esiti adeguati in contesti con caratteristiche strutturali, strumentali e materiali molto diverse
- **responsabili del processo assistenziale e dei suoi esiti sono i professionisti**, mentre assetto strutturale, dotazione tecnologica e fornitura di materiale subiscono il condizionamento da parte di soggetti molto diversi dell'organizzazione
- abitualmente i professionisti individuano standard che determinano incrementi tali da non essere abordabili dal punto di vista della fattibilità organizzativa e della compatibilità economica



"CARTA DI RICCIONE" INFORMAZIONE

ottobre 1996

- **pazienti** - per ottenerne la fiducia, aumentare la soddisfazione e la condivisione della responsabilità, per incrementare la possibilità di una adeguata compliance al regime terapeutico, per adottare comportamenti favorevoli al recupero e al mantenimento della salute e dei livelli di funzionalità acquisiti
- **operatori** - per rendere omogeneo il livello delle conoscenze, favorire la condivisione degli obiettivi e dei metodi di intervento assistenziale, per ottenere la collaborazione in funzione della effettiva, efficace e competente realizzazione degli atti richiesti
- **gestori** - per fornire elementi utili per le funzioni di auditing professionale e di valutazione dell'aderenza agli obiettivi operativi per incidere realmente sul processo decisionale



I PROFESSIONISTI SONO ACCREDITABILI SE:

- **adottano sistematicamente** strumenti, tecniche, soluzioni organizzative ed operative **di provata efficacia** e, nel caso non siano ancora disponibili prove incontrovertibili, si adoperano per produrle
- **operano sulla base del principio della parsimonia** definendo sistematicamente appropriatezza ed essenzialità degli interventi decisi e concentrando l'attenzione sul processo assistenziale e sui suoi esiti

I PROFESSIONISTI SONO ACCREDITABILI SE:

- sono **adeguatamente formati** sul piano delle conoscenze, comportamento e tecnico, sono stati **cooptati** sulla base di selezioni dirette a valutarne a priori l'idoneità a sostenere le responsabilità affidate e a partecipare al processo curativo di team e sono stati **inseriti** sulla base di uno specifico piano diretto alla conoscenza del contesto operativo e a favorire la condivisione dei criteri di sviluppo del processo assistenziale;
- hanno scelto uno **stile informativo** nei rapporti con i pazienti, con gli altri operatori e con i gestori.



PROGRAM SEEKING ACCREDITATION

- Comprehensive Integrated Inpatient Rehabilitation Programs
- Outpatient Medical Rehabilitation Programs
- Home- and Community-Based Rehabilitation Programs
- Residential Rehabilitation Programs
- Vocational Services
- Pediatric Specialty Programs
- Brain Injury Programs
- Spinal Cord System of Care
- Stroke Specialty Programs
- Interdisciplinarity Pain Rehabilitation Programs
- Occupational Rehabilitation Programs
- Health Enhancement Programs
- Medical Rehabilitation Case Management

CARF 2009-2010



DGRER n. 327/2004

REPUBBLICA ITALIANA

 **Regione Emilia-Romagna**

BOLLETTINO UFFICIALE

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA REGIONE - VIALE ALDO MORO 52 - BOLOGNA

Parte seconda - N. 20 Spedizione in abbonamento postale - Filiale di Bologna:
art. 2, comma 20/c - Legge 662/96 Euro 16,81

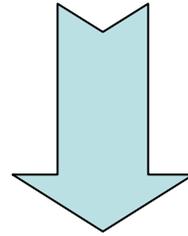
Anno 35 27 febbraio 2004 N. 28

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 febbraio
2004, n. 327

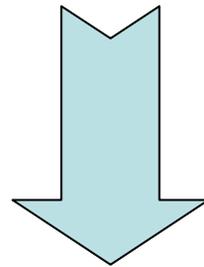
Applicazione della L.R. 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce dell'evoluzione del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti



**COSA MISURARE E
PERCHÉ**

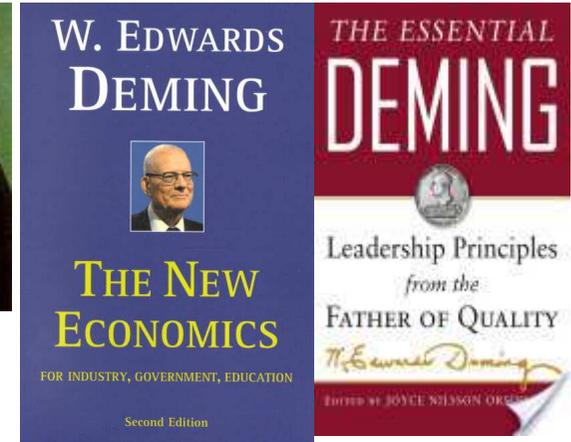


**QUANDO E COME
MISURARE**



COSA PAGARE





**Di Dio ci fidiamo.
Tutti gli altri portano dati**

(W. Deming, 1900-1993)

**Di Dio ci fidiamo.
Tutti gli altri ci portano dati di esito**

*(P. Fonagy, 1996;
psicologo)*





Ernest A. Codman, MD, FACS
(1869-1940)

Mi definiscono eccentrico perché dico in pubblico che gli ospedali, se vogliono migliorare, **devono misurare i loro risultati.**

Devono analizzare i loro risultati per scoprire i loro punti forti ed i loro punti deboli.

Devono confrontare i loro risultati con quelli di altri ospedali...

Queste opinioni non saranno più eccentriche tra pochi anni

(Ernest Amory Codman)

The American College of Surgeons and medicine itself owe a great deal to the life work of Ernest Amory Codman, MD, FACS, who is known more than anything else for his advocacy of the "End Result Idea**". The "Idea" was simply the premise that hospital staffs would follow every patient they treat long enough to determine whether or not the treatment was successful, then learn from any failures, and how to avoid those situations in the future.**

**Ci sono molti limiti
negli indicatori di
performance.**



**Ma ormai bisogna riconoscere che
qualunque organizzazione sanitaria
non può più fare a meno di proporsi di
rilevarli ed utilizzarli**

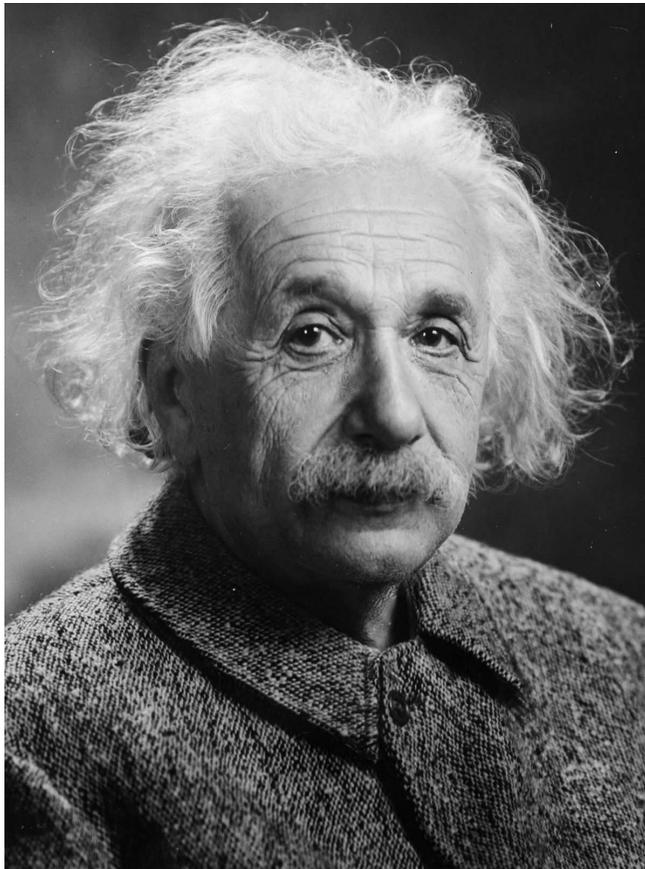
(U. Montaguti, 2002)

**Tutti vogliono le misure, ma
nessuno
vuole essere misurato**

(anonimo)



**Non tutto ciò che può essere
misurato conta e non tutto ciò
che conta può essere misurato**



(A. Einstein)



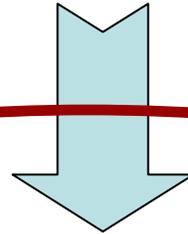
? ,ma !.....



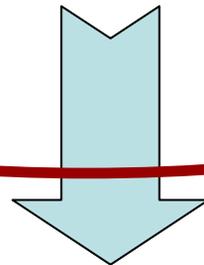
<http://go.to/funpic>



**COSA MISURARE E
PERCHÉ**



**QUANDO E COME
MISURARE**



COSA PAGARE



Scopi della valutazione:

- identificare situazioni di rischio**
- effettuare la diagnosi riabilitativa**
- definire l'eleggibilità per un determinata presa in carico**
- effettuare il progetto riabilitativo**
- documentare le modificazioni nel tempo**
- determinare l'efficacia degli interventi programmati**
- ricerca**



Valutare:

Azione indispensabile per giungere ad una **“diagnosi”**.

Etimologia del termine **“diagnosi”**:

- **“dia gnosis”** = riconoscere, dal greco identificare, valutazione discriminante, constatazione
- **diagnosticare** = voler riconoscere, valutare, identificare, distinguere qualche cosa o qualcuno

Diagnosi

Termine introdotto in Medicina a partire dal XVIII secolo in Francia ed utilizzato in forma clinico descrittiva definita oggi anche “naif-realistica” rispetto alla raccolta, organizzazione ed elaborazione di informazioni in modo sistematico e controllato che identifica la forma di diagnosi definita “scientifica”



Diagnosi “scientifica”

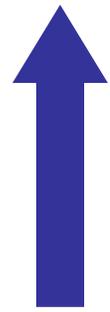
“processo orientato verso la raccolta di dati ed informazioni con la prospettiva di giustificare, controllare ed ottimizzare decisioni e provvedimenti conseguenti”

(Jager e Petermann, 1993)



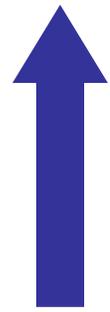
Tipologie di approccio alla valutazione

- ❑ **“bottom-up approach” (“deficit driven”)**, “approccio dal basso verso l’alto” o approccio guidato dal deficit, dalla menomazione
- ❑ **“top-down approach” (“outcome driven”)**, “approccio dall’alto verso il basso” o guidato dal risultato finale desiderato



“bottom-up approach” (“deficit driven”)





“bottom-up approach” (“deficit driven”)

- ❑ rappresenta il tradizionale **modello guidato dal deficit**, dalla menomazione
- ❑ il professionista valuta il soggetto e determina i punti di forza, le necessità e le aree deficitarie, quindi definisce gli obiettivi immediati basati sui riscontri e definisce le strategie d'intervento
- ❑ primariamente utilizzata per identificare la disabilità durante il processo diagnostico
- ❑ utile per identificare le singole menomazioni e negli interventi in soggetti affetti da disabilità non complesse



“top-down approach” (“outcome driven”)





“top-down approach”

(“outcome driven”)

- ❑ modello di valutazione **guidato dall'outcome**
- ❑ per primi vengono definiti gli outcome desiderati, poi si identificano gli ostacoli e i punti di forza del paziente e della sua famiglia in funzione degli outcome individuati, si individuano le strategie utili ad ottenere un miglioramento delle performance, a superare gli ostacoli e al raggiungimento degli outcome
- ❑ il processo di valutazione è continuo durante tutto il processo di recupero (identificare nuovi ostacoli, nuovi punti di forza e conseguenti adattamenti delle strategie d'intervento)





“top-down approach”

(“outcome driven”)

- **primariamente utile per pianificare gli interventi, ossia per realizzare un vero e proprio “Progetto Riabilitativo Individuale”**
- **particolarmente utile nei soggetti in età evolutiva, giovani, adulti ed anziani con complessi quadri di disabilità neuromotorie, cognitive e comportamentali**

VALUTAZIONE IN RIABILITAZIONE

- ❑ sempre in “**positivo**”
- ❑ sempre “**globale**”
- ❑ sempre valutare separatamente le tre **dimensioni** delle conseguenze del danno determinato dalla patologia secondo ICF:
 - menomazione
 - limitazioni nelle attività
 - limitazioni nella partecipazione

VALUTAZIONE IN RIABILITAZIONE

Sempre attività **interdisciplinare**:

- fisiatra
- fisioterapista
- infermiere della riabilitazione
- logopedista
- terapeuta occupazionale
- psicologo
- educatore professionale
- tecnico ortopedico
- operatori sociali



MISURAZIONE e VALUTAZIONE

- ❑ **misurare** significa quantificare una osservazione relativa ad oggetti o ad eventi in rapporto ad un sistema di riferimento predeterminato
- ❑ **valutare** significa attribuire un significato ad un dato, ad una misura o ad un insieme di misure in uno specifico contesto

MISURAZIONE e VALUTAZIONE

N.B.

- ❑ la misurazione è un **mezzo**, e non un fine
- ❑ valutazione è equivalente al termine inglese **“assessment”**
- ❑ il termine **“evaluation”** rappresenta in ambito sanitario un sistema di valutazione sistematica di una attività

VALUTAZIONE IN RIABILITAZIONE

Al fine di minimizzare possibili errori, di valutare le varie condizioni in modo più adeguato, omogeneo e, soprattutto, di attivare un processo virtuoso di trasmissione delle esperienze e di sviluppo delle conoscenze in ambito riabilitativo è indispensabile che le metodiche “**diagnostiche**” utilizzate rispettino una serie di principi che possiamo comprendere nella dizione “**criteri di validazione**”



REQUISITI GENERALI DELLA VALUTAZIONE

- ❑ validità del trattamento (“*treatment validity*”)
- ❑ validità sociale (“*social validity*”)
- ❑ validità convergente (“*convergent validity*”)
- ❑ validità consensuale (“*consensual validity*”)

VALIDITÀ AI FINI DEL TRATTAMENTO

(“*treatment validity*”)

- il processo di valutazione può identificare goal ed obiettivi realizzabili per il paziente e la sua famiglia ?
- il processo valutativo può aiutare a selezionare o ad utilizzare i vari approcci e metodi d'intervento ?
- la valutazione può essere utile a verificare gli effetti, i risultati degli interventi ?

VALIDITÀ SOCIALE

(“*social validity*”)

- il processo di valutazione può identificare goal ed obiettivi che sono considerati come utili ed appropriati per la famiglia, caregiver o la società ?
- i metodi e i materiali della valutazione sono accettabili dai partecipanti ?
- può la valutazione rilevare modificazioni socialmente significative ?

VALIDITÀ CONVERGENTE

(“*convergent validity*”)

- sono utilizzati molteplici approcci e diversi materiali di valutazione ?
- l'informazione è raccolta in diversi setting e da più sorgenti, in particolar modo da diversi membri della famiglia ?
- le valutazioni sono eseguite in più di una occasione ?

VALIDITÀ CONSENSUALE

(“*consensual validity*”)

- l'informazione è socializzata e le prospettive condivise ?
- le dinamiche del team favoriscono la collaborazione e facilitano la negoziazione ?
- sono le decisioni realmente consensuali ?

Caratteristiche di validazione delle metodiche diagnostiche

La raccolta dei dati deve essere “**utile**” (evidente esigenza della metodica ed assenza di strumenti alternativi) ed avvenire in modo “**obiettivo**” (“indipendenza del clinico”) e gli strumenti utilizzati rispettare criteri di:

- **validità**
- **affidabilità**
- **Sensibilità-precisione**
- **semplicità**
- **comunicabilità**
- **normati**



VALIDITÀ

(“*validity*”)

- ❑ la **validità** di una misura è una caratteristica composita; in sostanza si riferisce a quanto un certo strumento sia in grado di misurare effettivamente ciò che pretende di misurare
- ❑ la **validità**, più che una caratteristica “assoluta”, va giudicata “in funzione di una determinata azione”

VALIDITÀ

(“*validity*”)

□ tipi di validità:

- di costrutto
- concorrente
- predittiva
- di contenuto
- ecologica
- apparente

Validità di costrutto

(“*construct validity*”)

- ❑ riguarda il grado in cui uno strumento di misura **aderisce al modello teorico** in base al quale è stato elaborato
- ❑ esempio: il dinamometro isocinetico fornisce misure aderenti a un modello biomeccanico; legame meno evidente tra il test dei gettoni e le capacità di comprensione verbale (quanto il test è influenzato da funzioni attentive, visive, ..?)

Validità concorrente

(“concurrent validity”)

- indica quanto il risultato di una misura si correla con quello di un'altra misura già accettata come valida ed abitualmente definito “**gold standard**”
- esempio: molte scale di misura delle limitazioni delle attività primarie sono state testate mediante un confronto con l'indice di Barthel considerato il “gold standard”

Validità predittiva

(“predictive validity”)

- si riferisce a quanto una certa misura sia in grado di **predire** una situazione futura
- esempio: quanto la scala del coma di Glasgow (GCS – Glasgow Coma Scale) sia predittiva del recupero cognitivo dopo un grave TCE

GCS (Glasgow Coma Scale)

(Teasdale e Jennett, 1974)

APERTURA DEGLI OCCHI		MIGLIORE RISPOSTA MOTORIA		MIGLIORE RISPOSTA VERBALE	
		A comando verbale obbedisce	6		
		A stimolo doloroso localizza	5	Orientata	5
Spontanea	4	Flessione-retrazione	4	Confusa	4
A comando verbale	3	Flessione abnorme (rigidità da decorticazione)	3	Inappropriata	3
A stimolo doloroso	2	Estensione (rigidità da decerebrazione)	2	incomprensibile	2
Assente	1	Nessuna risposta	1	Nessuna risposta	1



Validità di contenuto

(“content validity”)

- ❑ si riferisce a sistemi che includono più misure (ad esempio scale a più item) e indica **quanto un insieme di misure includa aspetti effettivamente rappresentativi dell'ambito che si vuole misurare**
- ❑ esempio: scale di misura ADL (vestirsi, lavarsi, ..) o scale di misura di menomazioni e disabilità o di funzioni motorie e cognitive insieme

VALIDITÀ ECOLOGICA

(“*ecologic validity*”)

- indica quanto uno strumento o un sistema di misurazione sia effettivamente **utilizzabile nel “contesto”** per cui è stato progettato

VALIDITÀ APPARENTE

(“face validity”)

- indica quanto uno strumento dia a chi lo usa **l'impressione** di misurare realmente ciò che vuole misurare.
- è un aspetto largamente influenzato da fattori soggettivi e dall'esperienza dell'utilizzatore
- sul versante tecnico è una caratteristica meno rilevante rispetto alle precedenti

AFFIDABILITÀ

(“reliability”)

- ❑ si riferisce a quanto uno strumento di misura sia capace di dare **risultati analoghi se ripetuto in momenti diversi e/o da persone differenti**
- ❑ indica quanto una misura sia influenzata da errori casuali

AFFIDABILITÀ

(“reliability”)

- nel determinare l’affidabilità si fa riferimento alla **“concordanza”** (**“agreement”**):
 - **“concordanza inter-esaminatore”** **“interrater”**, ossia quanto le misurazioni danno risultati identici se ripetute da esaminatori diversi
 - **“concordanza intra-esaminatore”** **“test-retest”**, ossia quanto le misurazioni danno risultati identici se ripetute dallo stesso esaminatore in momenti diversi
 - **“stabilità”** ossia a quanto le misurazioni danno risultati identici se ripetute da esaminatori diversi in momenti diversi

SENSIBILITÀ

(“sensitivity”)

- ❑ si riferisce alla capacità di uno strumento di misura di **rilevare cambiamenti** nel fenomeno osservato
- ❑ è un requisito la cui importanza è funzione dello scopo che si prefigge
- ❑ rapporto inverso tra affidabilità e sensibilità

PRECISIONE

Lo strumento cattura dettaglio e ampiezza delle reali differenze tra persone?

La precisione si riferisce a **tipo, numero e accuratezza delle reali distinzioni ottenibili dallo strumento**

- ❑ **Formato delle categorie di risposta:**
 - ❑ **Si/no; scala tipo Likert; VAS, ...**
- ❑ **Effetto pavimento e soffitto**
- ❑ **Distribuzione della difficoltà degli item e relazione tra una misura ed il fenomeno sottostante, ecc.**





SCALA LIKERT

- ❑ La scala Likert fu ideata dallo psicometrico americano Rensis Likert nel 1932 con lo scopo di elaborare un nuovo strumento, più semplice rispetto ad altri, per la misurazione di opinioni e atteggiamenti (cfr. Likert, 1932).
- ❑ E' molto utilizzata perché di facile costruzione. E' costituita da una serie di affermazioni (item) semanticamente collegate agli atteggiamenti su cui si vuole indagare: ciascun item rileva lo stesso concetto sottostante, per questo motivo è una scala unidimensionale. Gli item sono presentati agli intervistati sottoforma di batterie. L'intervistato è chiamato ad esprimere il **su grado di accordo/disaccordo con ciascuna affermazione** scegliendo tra cinque o sette modalità di risposta che vanno da : **completamente d'accordo, d'accordo, incerto, in disaccordo, in completo disaccordo** (nella versione originale utilizzata da Likert vengono così definite: **strongly agree, agree, uncertain, disagree, strongly disagree**).
- ❑ A ciascuna modalità di risposta viene attribuito un punteggio (5, 4, 3, 2, 1 oppure 4, 3, 2, 1, 0), la somma (media) dei punteggi alle risposte di ciascun individuo sull'intera batteria rappresenta la posizione dell'individuo sul concetto indagato. Per questo motivo la scala Likert è una scala additiva.

SEMPLICITÀ

- ❑ si riferisce alla **facilità e semplicità d'uso** dello strumento di misura
- ❑ caratteristica che insieme alla comunicabilità viene spesso etichettata con il termine strumento “amichevole”

COMUNICABILITÀ

- si riferisce alla **facilità di comunicare** ad altri operatori interessati i risultati della misura

NORMATA

- si riferisce alla necessità che ogni strumento di misura sia corredato da **istruzioni chiare e precise** relative alle modalità di somministrazione, di rilevamento e di codifica dei risultati (deve essere indicato l'ambito o le attività in cui lo strumento può essere utilizzato e le norme di codifica da adottare)

VALUTAZIONE IN RIABILITAZIONE

livelli di misurazione

- ❑ scale nominali
- ❑ scale ordinali
 - a punteggio ponderato
 - scala gerarchica
- ❑ scale ad intervallo
- ❑ scale di rapporti
- ❑ scale composite, profili, indici

SCALA NOMINALE

- ❑ ogni osservazione viene attribuita ad una **categoria** scelta fra due o più alternative possibili e mutuamente esclusive (non sono vere e proprie misure in quanto non hanno un significato quantitativo, ma piuttosto qualitativo)
- ❑ esempi: emiparesi destra/emiparesi sinistra, assenza/presenza di afasia, ICF, ICD
- ❑ in questo tipo di scale i numeri attribuiti alle categorie hanno solo uno scopo di codifica

ICF - Esempio Codifica delle funzioni corporee

☐ **persona con emiparesi spastica**

Codifica:

☐ **forza muscolare**

b730 (funzioni della forza muscolare)

b7302 (forza dei muscoli di un lato del corpo)

b7302.2 (media gravità della menomazione)

☐ **tono muscolare**

b735 (funzioni del tono muscolare)

b7352 (tono dei muscoli di un lato del corpo)

b7352.3 (grave gravità della menomazione)



SCALA ORDINALE

- ❑ le osservazioni sono classificate secondo la “**intensità**” con la quale possiedono una determinata caratteristica
- ❑ esempi: definire il livello di gravità di un evento patologico con l’attributo “**lieve**”, “**moderato**”, “**grave**” o essere indicati rispettivamente come 1, 2, 3; (es. EDSS di Kurtzke; scala di Ashworth, ...)
- ❑ questi punteggi non hanno vero significato numerico

Valutazione del tono muscolare secondo Ashworth (1964)

Punteggio	Tono muscolare
0	Tono normale
1	Lieve incremento del tono all'inizio della mobilizzazione
2	Iper tono costante con possibilità di mobilizzare facilmente l'arto
3	Moderato ipertono con difficoltosa mobilizzazione passiva dell'arto
4	Iper tono severo (grave) con arto rigido

Massachusetts General Hospital

FUNCTIONAL AMBULATION CLASSIFICATION (FAC)

(Holden MK et al, 1984)

Categoria		Definizione
0	Cammino non funzionale	Il soggetto non è in grado di camminare, deambula solo tra le parallele o richiede supervisione o assistenza fisica di più di una persona per deambulare fuori dalle parallele
1	Cammino dipendente da assistenza fisica (livello 2)	Il soggetto richiede assistenza fisica di non più di una persona con contatto continuo su superficie piana per sostenere il paziente e controllare equilibrio e coordinazione
2	Cammino dipendente da assistenza fisica (livello 1)	Il soggetto richiede assistenza fisica di non più di una persona su superfici piane con contatto intermittente o leggero, per assistere il paziente nel controllo dell'equilibrio e della coordinazione
3	Dipendente da supervisione	Il soggetto può deambulare senza contatto fisico su superfici piane. Necessita della sola supervisione di non più di una persona per consigli e sulla coordinazione e l'affaticamento
4	Dipendente dalla superficie	Il soggetto, può deambulare autonomamente su superfici piane, mentre necessita di supervisione o assistenza fisica per su superfici non piane, piani inclinati o scale
5	Indipendente	Il soggetto è indipendente su tutte le superfici e scale



WALKING HANDICAP SCALE

Si intervista il paziente chiedendo come cammina negli ambienti indicati nella prima colonna della tabella segnando per ogni voce se è in grado di camminare: in modo indipendente (I), con supervisione (S), con assistenza fisica (A) oppure se è in grado di muoversi in carrozina (C) o se non è in grado di muoversi per nulla (NP) (Perry J, Garret M, Gronley JK, Mulroy SJ, 1995)

Luogo	Fisiologico	Gestione della casa limitata	Gestione della casa illimitata	Molto limitato in ambito sociale	Mediamente limitato in ambito sociale	Non limitato in ambito sociale
Bagno	C	S	I	I	I	I
Stanza da letto	C	S	I	I	I	I
Entrare-uscire da casa	C	A	S	I	I	I
Marciapiede	NP	C	S	I	I	I
Piccolo negozio	NP	NP	C	C	S	I
Luogo pubblico non affollato	NP	C	C	C	S	I
Luogo pubblico affollato	NP	NP	C	NP	C	I



CATEGORIE FUNZIONALI DI CAMMINO

(Perry J, Garret M, Gronley JK, Mulroy SJ, 1995)

- ❑ **Cammino fisiologico**: cammina solo come esercizio
- ❑ **Cammino limitato a casa**: usa il cammino per alcune attività domestiche; richiede assistenza per alcune attività deambulatorie. Se è necessaria la carrozzina per gli spostamenti in bagno ed in camera, le altre attività possono essere eseguite con la sola supervisione.
- ❑ **Cammino non limitato a casa**: è in grado di usare il cammino in tutte le attività domestiche, senza necessità della carrozzina. Può muoversi in bagno senza assistenza (può aver bisogno di supervisione). Ha difficoltà nelle scale e nei terreni sconnessi; necessita quantomeno di supervisione per entrare ed uscire di casa e per salire sul marciapiede
- ❑ **Cammino molto limitato in ambito sociale**: indipendente nell'entrare ed uscire da casa e salire sul marciapiede; necessita di un certo grado di assistenza nei piccoli negozi e nei centri commerciali poco affollati
- ❑ **Cammino mediamente limitato in ambito sociale**: può svolgere tutte le attività sociali poco impegnative senza l'uso della carrozzina; necessita di assistenza nei centri commerciali affollati. Può svolgere attività senza assistenza (ma può necessitare di supervisione) nei centri commerciale poco affollati o nei piccoli negozi
- ❑ **Cammino non limitato in ambito sociale**: Indipendente in tutte le attività a casa ed in ambito sociale (parzialmente). Può gestirsi sui terreni sconnessi. Può frequentare centri commerciali affollati con sola supervisione.



CLASSIFICAZIONE DI FRANKEL ADATTATA DALL'ASIA

CLASSE	GRADO DELLA LESIONE
A	lesione completa
B	lesione incompleta, conservata solo la sensibilità
C	lesione incompleta, conservata motricità parziale non funzionale
D	lesione incompleta, conservata una motricità funzionale
E	completo ripristino della sensibilità e della motricità



Scala di Frankel e ASIA

(1969)

1992)

Punteggio	Descrizione
A	Lesione completa, non funzionalità motoria o sensitiva al di sotto del livello della lesione
B	Soltanto sensibilità; sensibilità preservata in un certo grado sotto il livello della lesione; non si applica a lievi discrepanze tra il livello motorio e sensitivo ma si applica in caso di risparmio del midollo sacrale
C	Funzione motoria inefficace; qualche funzione motoria conservata sotto il livello della lesione, ma non di utilità per il paziente
D	Funzione motoria efficace; funzione motoria valida conservata sotto il livello della lesione; i pazienti di questo gruppo possono camminare con o senza aiuto
E	Recupero; funzione motoria e sensitiva normale; possono essere presenti riflessi anomali

Scala di compromissione ASIA

- A = **Completa:** nessuna funzione motoria o sensitiva è conservata nei segmenti sacrali S4-S5
- B = **Incompleta:** la funzione sensitiva ma non quella motoria è conservata sotto il livello della lesione e si estende nei segmenti sacrali S4-S5
- C = **Incompleta:** la funzione motoria è conservata sotto il livello della lesione, ma la maggior parte dei muscoli chiave sotto il livello della lesione hanno un grado di funzione inferiore a 3
- D = **Incompleta:** la funzione motoria è conservata sotto il livello della lesione, e la maggior parte dei muscoli chiave sotto il livello della lesione hanno un grado di funzionalità uguale o superiore a 3
- E = **Normale:** le funzioni motoria e sensitiva sono normali

SCALA ORDINALE

A PUNTEGGIO PONDERATO

- nelle scale ordinali a punteggio ponderato (“**weighted scales**”) gli intervalli numerici convenzionali fra i vari livelli non sono mantenuti uguali (1, 2, 3, ... 10, 20, 30, ...), ma ad essi **attribuiti valori numerici variabili in funzione del “peso”** che si attribuisce alle differenze di livelli (ad es. “Arm Score” del Motricity Index)

TCT

Trunk Control Test del Motricity Index

	PUNTEGGIO		
Girarsi sul lato patologico	0	12	25
Girarsi sul lato sano	0	12	25
Passaggio da supino a seduto	0	12	25
Equilibrio in posizione seduta	0	12	25
Punteggio totale controllo del tronco			



Istruzioni per TCT

Trunk Control Test del Motricity Index

Punteggio:

0= il paziente non è in grado di effettuare da solo quanto richiesto dall'esaminatore

12= il paziente è in grado di effettuare il movimento richiesto ma soltanto con aiuto non muscolare (ad es. usando le braccia per sostenersi quando sta seduto, etc); può utilizzare l'esaminatore come sostegno

25= il paziente è in grado di effettuare il movimento richiesto come di norma
Sono testati quattro movimenti con il paziente disteso sul letto:

Girarsi sul lato patologico: dalla posizione supina il pz. è invitato a girarsi sul lato malato. Può sostenersi sul letto con il braccio sano.

Girarsi sul lato sano: dalla posizione supina il pz. è invitato a girarsi sul lato sano; se il paziente si aiuta con gli arti sani il punteggio è = 12.

Passaggio dalla posizione supina a quella seduta: partenza dalla posizione supina; il pz. può usare le braccia per sostenersi. Punteggio = 12 se il pz. si sostiene a sponde, trapezi, etc.

Equilibrio da seduto: seduto ai bordi del letto, piedi appoggiati a terra, al pz. viene chiesto di mantenere l'equilibrio da seduto per 30 secondi. Punteggio =12 se il soggetto necessita di un sostegno con le mani per restare in equilibrio; punteggio = 0 se non è in grado di mantenere l'equilibrio.



Arm Score del Motricity Index

ARTO SUPERIORE DESTRO		Punteggio					
		0	11	19	22	26	33
	Pres a pinza	0	11	19	22	26	33
	Flessione del gomito	0	9	14	19	25	33
	Abduzione del braccio	0	9	14	19	25	33
Punteggio totale arto superiore destro		/100					
ARTO SUPERIORE SINISTRO	Pres a pinza	0	11	19	22	26	33
	Flessione del gomito	0	9	14	19	25	33
	Abduzione del braccio	0	9	14	19	25	33
Punteggio totale arto superiore sinistro		/100					

Istruzioni per Arm Score del Motricity Index

Punteggio Item 1 (presa):

0 = nessun movimento

11 = inizio di prensione (qualche movimento di pollice o indice)

19 = presa possibile ma non contro gravità

22 = presa possibile contro gravità ma non contro resistenza

26 = presa possibile contro resistenza ma più debole rispetto all'altro lato

33 = presa normale



Istruzioni per Arm Score del Motricity Index

Punteggio Item 2-6:

0 = nessun movimento

9 = contrazione palpabile del muscolo, ma senza movimento apprezzabile

14 = movimento visibile, ma non per l'intero range contro gravità

19 = movimento possibile per l'intero range contro gravità, ma non contro resistenza

25 = movimento possibile contro resistenza, ma più debole rispetto all'altro lato

33 = movimento eseguito con forza normale

Punteggio totale AS = somma dei 3 item (presa, gomito, spalla)
=99+1=100

Punteggio totale AI = somma dei 3 item (caviglia, ginocchio, anca)
=99+1=100

Sono testati sei movimenti degli arti. Il paziente dovrebbe essere seduto su una sedia o sul bordo del letto, ma se necessario può essere testato anche in posizione supina. Il test richiede alcuni minuti ed offre una utile indicazione della forza degli arti.



Istruzioni per Arm Score del Motricity Index

Item 1- PRESA = viene chiesto al paziente di afferrare un oggetto (cubo) di 2,5 cm tra il pollice e l'indice. L'oggetto deve essere posto su una superficie piana (es un libro). Controllare i muscoli dell'avambraccio ed i muscoli della mano.

19= l'oggetto cade quando sollevato (l'esaminatore può sostenere il polso)

22= l'oggetto può essere sollevato, ma molto facilmente ricade

Item 2-FLESSIONE DEL GOMITO = gomito flesso a 90°, avambraccio orizzontale e braccio verticale a lato del corpo. Al paziente viene chiesto di piegare il gomito in modo che la mano tocchi la spalla. L'esaminatore pone resistenza con la mano sul polso. Monitorare il m. bicipite.

14= se nessun movimento è visibile il gomito può essere sostenuto (il braccio è orizzontale)

Item 3-ABDUZIONE DELLA SPALLA = con il gomito completamente flesso e contro il torace viene chiesto al paziente di abduire il braccio. Monitorare la contrazione del m. deltoide, il movimento del cingolo scapolare non viene considerato, ci deve essere il movimento dell'omero rispetto alla scapola.

19= abduzione del braccio oltre 90°.



Leg Score del Motricity Index

ARTO INFERIORE DESTRO		Punteggio					
	Dorsiflessione della caviglia	0	9	14	19	25	33
Estensione del ginocchio	0	9	14	19	25	33	
Flessione dell'anca	0	9	14	19	25	33	
Punteggio totale arto inferiore destro		/100					
ARTO INFERIORE SINISTRO	Dorsiflessione della caviglia	0	9	14	19	25	33
	Estensione del ginocchio	0	9	14	19	25	33
Flessione dell'anca	0	9	14	19	25	33	
Punteggio totale arto inferiore sinistro		/100					



Istruzioni per Leg Score del Motricity Index

Item 1 - DORSIFLESSIONE DELLA CAVIGLIA = piedi rilassati in posizione di flessione plantare; al paziente viene chiesto la flessione dorsale del piede (“come lei stesse in piedi sui calcagni”). Monitorare il tibiale anteriore

14= movimento possibile per meno del 50% dell'intero range di dorsiflessione del piede.

Item 5 – ESTENSIONE DEL GINOCCHIO = piedi non appoggiati, ginocchio a 90°; al paziente viene chiesto di estendere il ginocchio fino a toccare la mano dell'esaminatore. Monitorare la contrazione del quadricipite.

14= meno del 50% dell'estensione completa (ad esempio solo 45%)

19= il ginocchio viene completamente esteso ma ricade facilmente

Item 6 – FLESSIONE DELL'ANCA = paziente seduto con anca flessa a 90°; al paziente viene chiesto di sollevare il ginocchio verso il proprio mento: Verificare i “movimenti trucco” associati di propulsione all'indietro, ponendo una mano sulla sciena del paziente e chiedendogli di non inclinarsi indietro: Monitorare la contrazione dell'ileopsoas.

14= meno dell'intero range di flessione possibile

19= l'anca viene completamente flessa, ma l'arto ricade facilmente



SCALA ORDINALE GERARCHICA

- ❑ gli item sono disposti **in ordine di difficoltà crescente o decrescente**
- ❑ si prestano bene a valutazioni di performance, come quelle che si usano per definire il livello di disabilità o di autonomia funzionale
- ❑ esempio: MRC (Medical Research Council) per la misurazione della forza muscolare

MRC

(Medical Research Council 1976)

Punteggio	Condizione clinica
0	Nessuna contrazione
1	Fascicolazioni o tracce di contrazione
2	movimento attivo in assenza di gravità
3	Movimento attivo contro gravità
4	movimento attivo contro gravità e resistenza
5	forza normale



MRC

(Medical Research Council integrata da BRMC 1978)

Punteggio	Condizione clinica
0	assenza di contrazione muscolare; paralisi totale
1	movimento non possibile; sono visibili e/o palpabili deboli contrazioni del muscolo, senza spostamento di segmenti corporei
2	il movimento avviene/è possibile in assenza di gravità
3	il movimento è eseguito contro la forza di gravità, ma non contro la resistenza da parte dell'esaminatore
4	movimento eseguibile in tutta la sua ampiezza, vinto dalla resistenza dell'esaminatore; si attribuisce un valore 4+ se il movimento avviene contro una forte resistenza e 4- se tale movimento avviene contro una resistenza legger (BRMC, 1978)
5	forza normale



ASIA MOTOR INDEX

La forza di ogni muscolo è graduata in base ad una scala a sei punti

0 = paralisi totale

1 = contrazione palpabile o visibile

2 = movimento attivo in assenza di gravità

3 = movimento attivo contro gravità

4 = movimento attivo contro una modesta resistenza

5 = (normale) movimento attivo contro resistenza massimale

NT = non testabile



ASIA MOTOR INDEX

(punti dx 50 sx 50 – punteggio motorio totale 100)

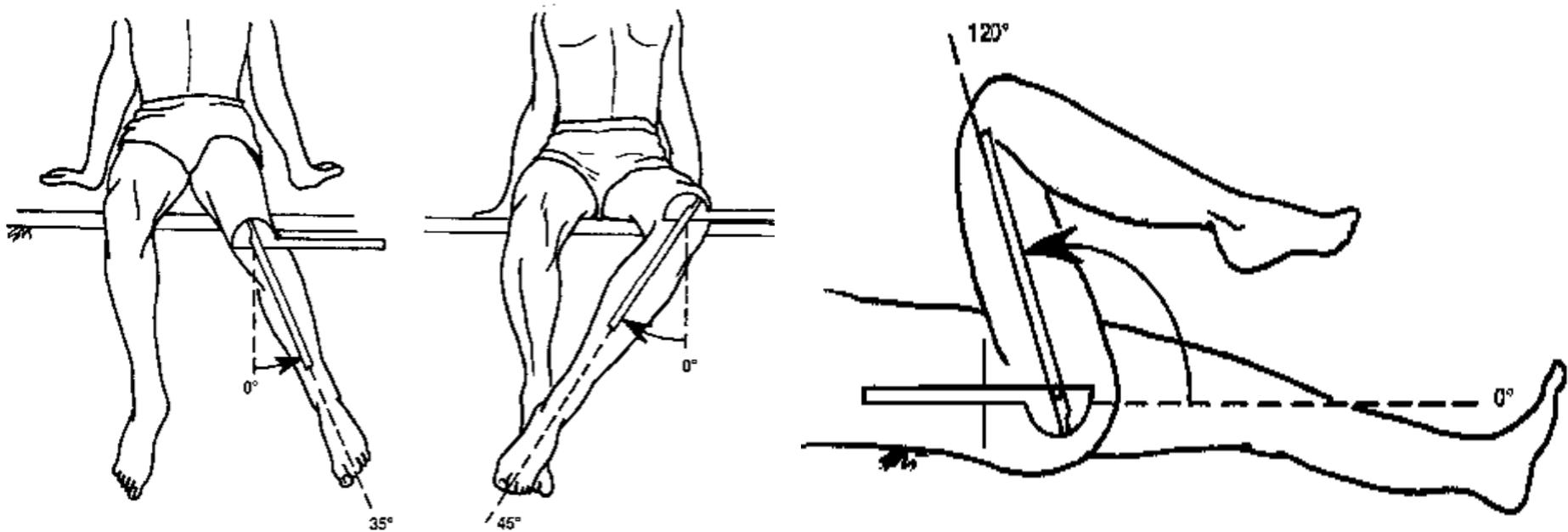
	MUSCOLI CHIAVE	DESTRA	SINISTRA
C ₅	Flessori del gomito	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
C ₆	Estensori del polso	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
C ₇	Estensori del gomito	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
C ₈	Flessori delle dita (falange distale del medio)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
T ₁	Abduttori delle dita (dito mignolo)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
L ₂	Flessori dell'anca	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
L ₃	Estensori del ginocchio	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
L ₄	Dorsiflessori della caviglia	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
L ₅	Estensore lungo dell'alluce	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
S ₁	Flessori plantari della caviglia	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5



SCALA AD INTERVALLO

- una certa caratteristica viene **classificata secondo il suo rango in un ordine predefinito; gli intervalli fra i vari livelli della scala sono uguali** ed esiste una unità di misura costante per le differenze fra livelli diversi (es. misura dei ROM con goniometro, della temperatura con termometro)

Misurazione goniometrica ROM (scala ad intervallo)



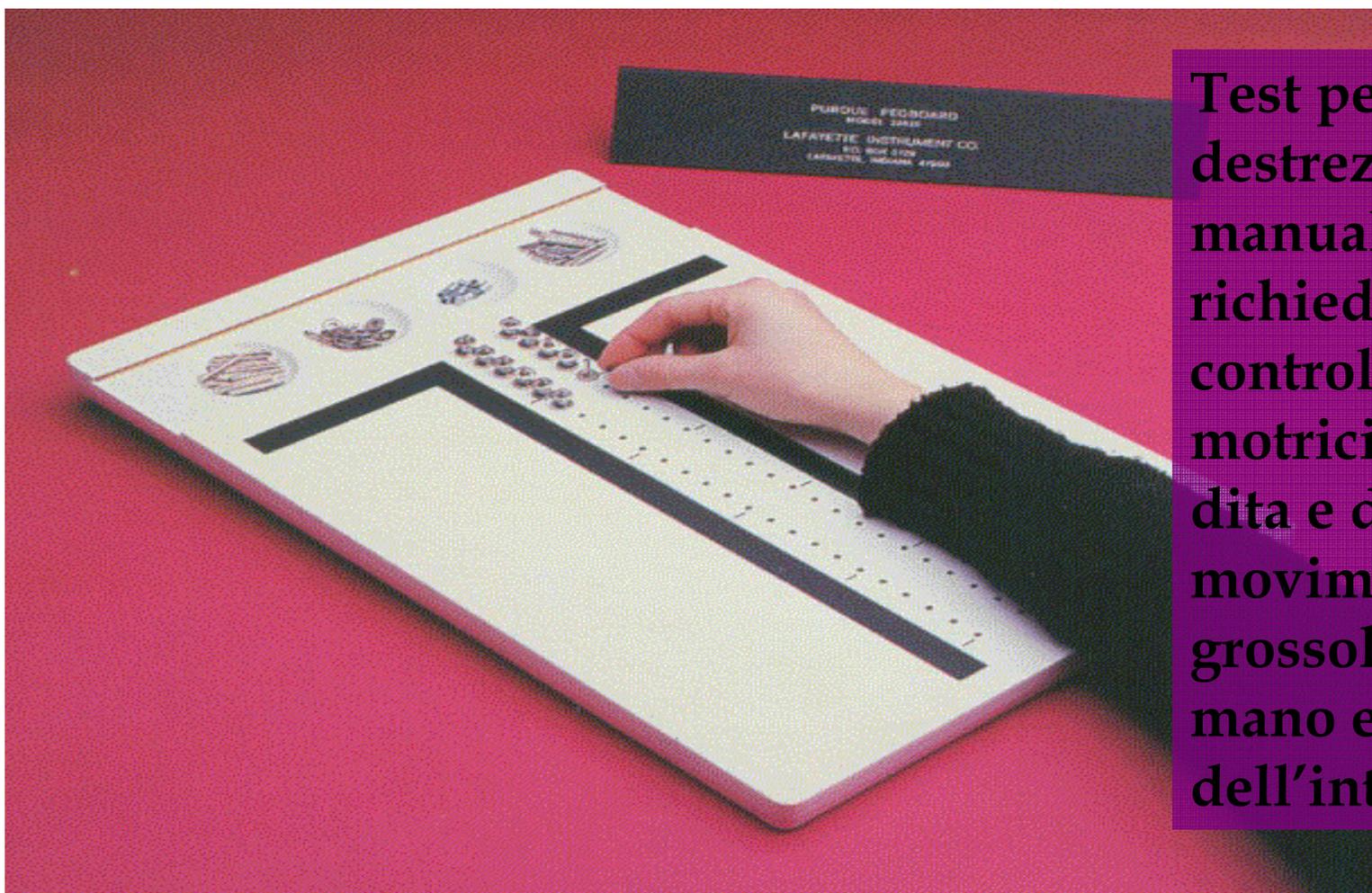
SCALA DI RAPPORTI

- nelle scale di rapporti, alle osservazioni vengono assegnati valori numerici continui secondo le stesse modalità delle scale ad intervalli; in queste scale esiste un valore **“zero” assoluto**, non convenzionale, che indica la completa assenza della caratteristica misurata
- esempi: a- una cosa pesa il doppio di un'altra indipendentemente dal sistema di misura del peso, b- sistemi **“time dependent”** come Purdue Pegboard Test che valuta abilità manipolative o il test di Jebsen per la valutazione funzionale dell'arto superiore dove viene misurato il tempo necessario ad eseguire sette prove



Purdue Pegboard test

(Tiffin J, Purdue University, 1948)



Test per la destrezza manuale che richiede un fine controllo della motricità delle dita e dei movimenti pi grossolani della mano e dell'intero arto



Test di Jebsen (1969)

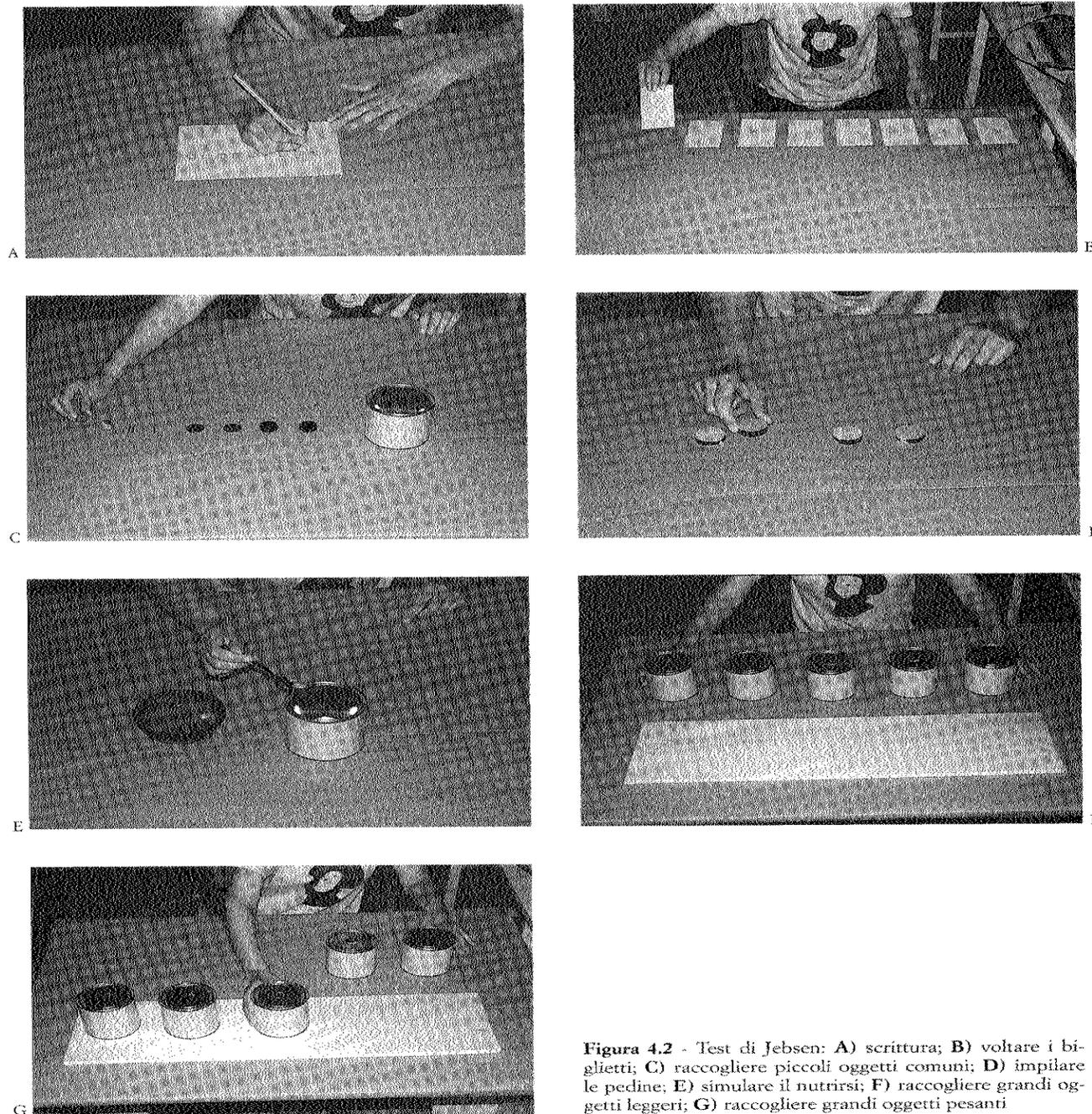
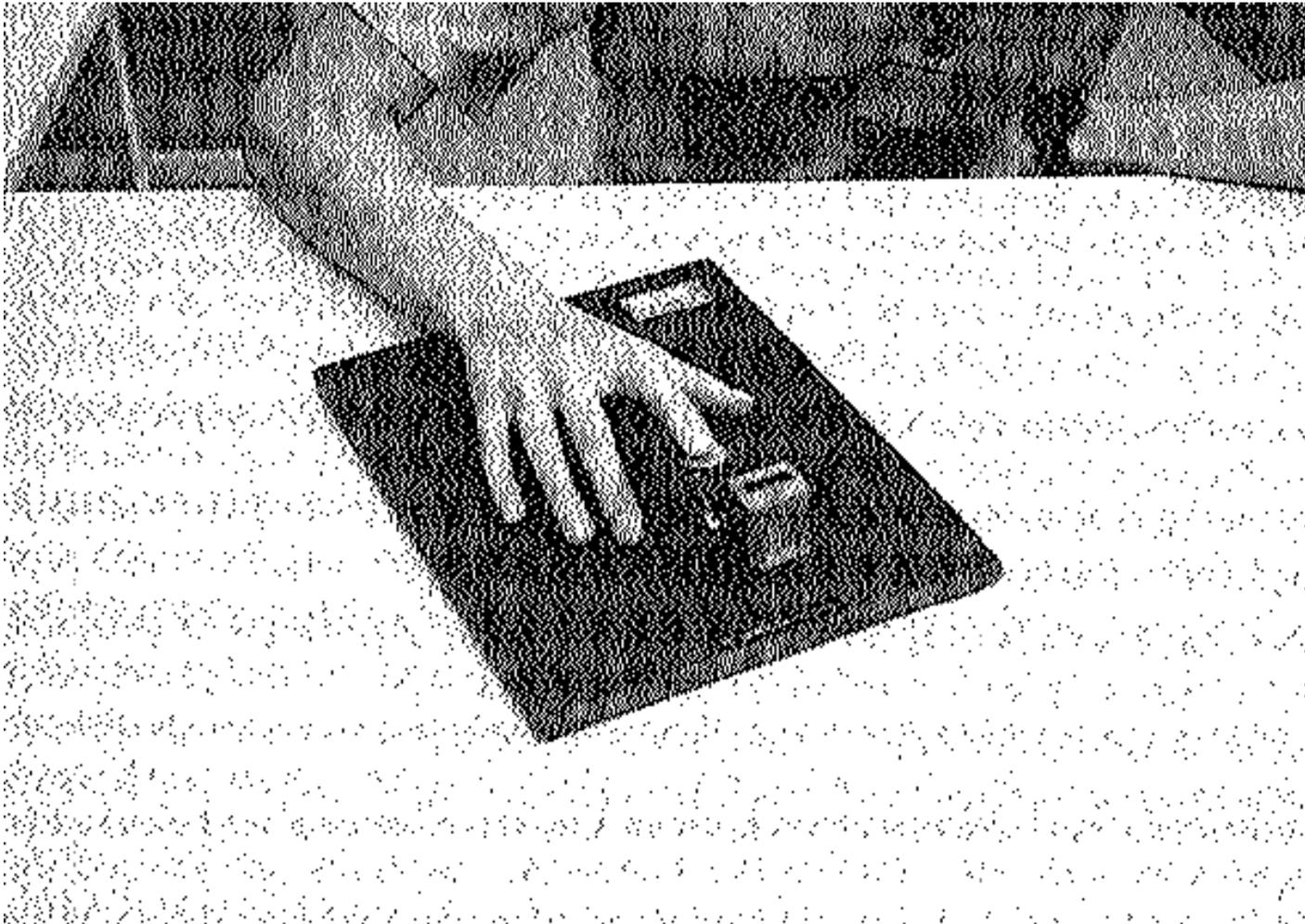
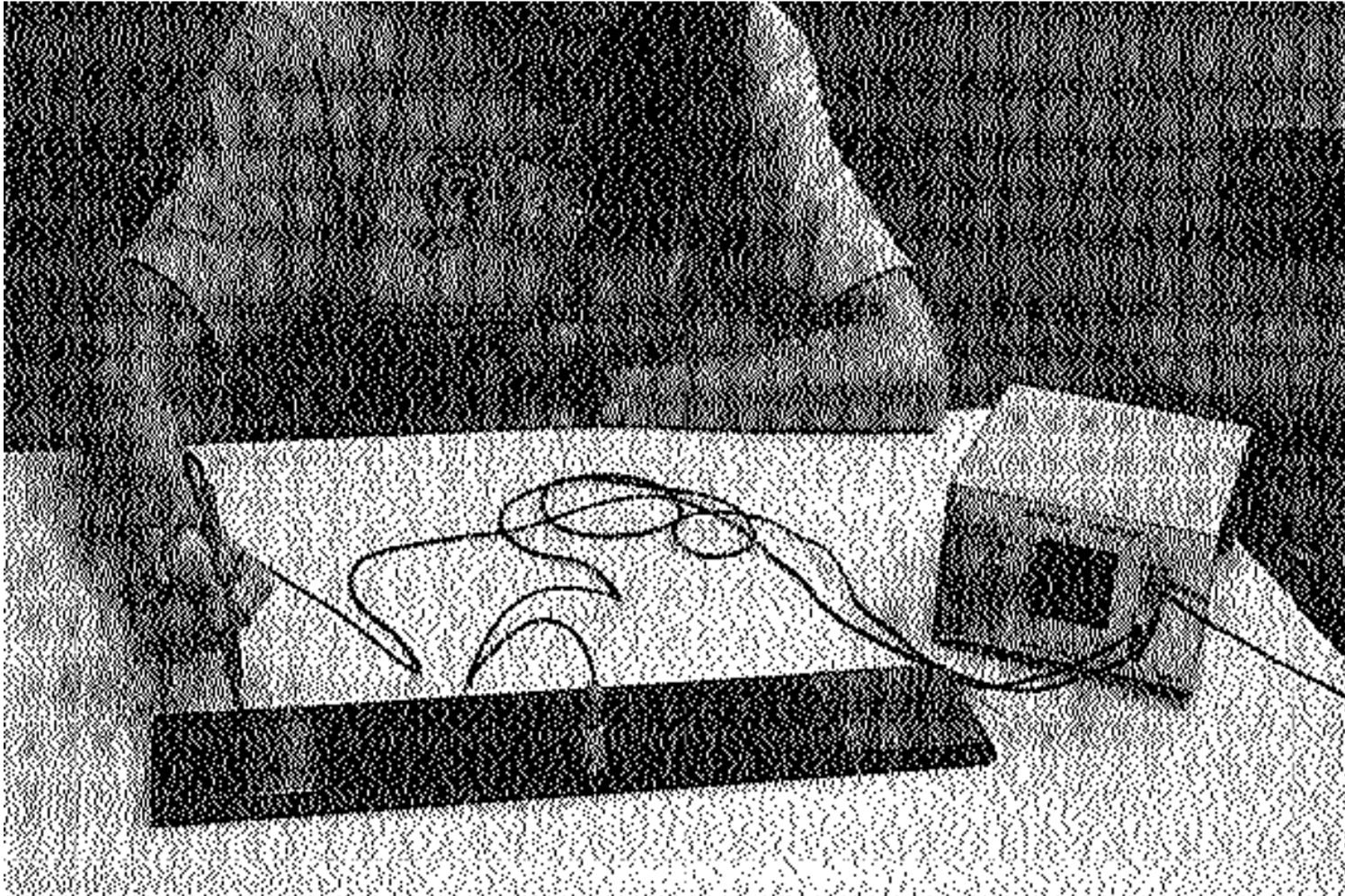


Figura 4.2 - Test di Jebsen: **A)** scrittura; **B)** voltare i biglietti; **C)** raccogliere piccoli oggetti comuni; **D)** impilare le pedine; **E)** simulare il nutrirsi; **F)** raccogliere grandi oggetti leggeri; **G)** raccogliere grandi oggetti pesanti

Finger tapping



Tapping Board



6 MWT (6 Minutes Walking Test)

Si è utilizzato la modalità proposta da Guyatt nel 1985, con le istruzioni standardizzate di Lipkin, adattate ai soggetti con emiplegia post-stroke. Tutti i test vengono eseguiti in un corridoio diritto e poco frequentato di 20m nel quale sono segnate la linea di partenza, di termine del corridoio e ogni 5 m.

Materiale necessario: una sedia vicina alla linea di partenza, un cronometro e scheda di rilevazione dei dati. Prima di eseguire il test il soggetto rimane seduto vicino alla linea di partenza per 10 minuti, durante i quali viene spiegato il mandato e, quindi, rilevata la FC:

"Dovrà camminare il più lontano possibile in 6 minuti di tempo. Prima del test le prenderemo la frequenza cardiaca in un minuto. Al momento della partenza faremo partire un cronometro che sarà fermato nel momento in cui oltrepasserà la linea di termine del corridoio oltre la quale eseguirà l'inversione di marcia, ovviamente il tempo sarà fatto ripartire quando oltrepasserà di nuovo la linea. Durante il test potrà rallentare o fermarsi se è necessario, il cronometro non verrà fermato e potrà continuare il test quando vorrà.

In ogni caso al termine dei 6 minuti si dovrà fermare, ricontrolleremo la frequenza cardiaca e la distanza percorsa"

Durante il test si usano frasi di incoraggiamento ai 3 minuti:

"Siamo alla metà del test, mancano 3 minuti"

e a 5 minuti:

"Ha fatto 5 minuti di cammino, manca l'ultimo minuto".

Al termine del test viene nuovamente rilevata la FC e registrato il dato relativo alla distanza percorsa calcolato moltiplicando il numero di volte che il corridoio è stato percorso per 20m più la distanza fino al punto in cui il soggetto si è fermato.



SCALE COMPOSITE, PROFILI, INDICI

- ❑ in riabilitazione molti sistemi di misura sono formati da più item o gruppi di item molto eterogenei fra loro
- ❑ esempio: FIM contenente item che pur riferendosi tutti al livello di indipendenza funzionale sono raggruppati in sotto categorie di funzioni diverse: cognitive/motorie, mobilità/cura di sé, ...
- ❑ esempi: FIM, DRS (Disability Rating Scale) elaborata per il grave TCE che include item relativi sia a menomazioni, sia a disabilità, che a restrizioni della partecipazione

SCALE COMPOSITE, PROFILI, INDICI

- ❑ quando uno strumento presenta delle caratteristiche di sistema di valutazione composito, multidimensionale, si presta ad essere utilizzato come “**profilo**”
- ❑ l'esaminatore considera simultaneamente i risultati di tutti i diversi sottogruppi di item in modo da ottenere un quadro globale
- ❑ esempio: “Sickness Impact Profile”

SCALE COMPOSITE, PROFILI, INDICI

- ❑ l'uso dei **profili** è tuttavia dispendioso in termini di tempo e comporta difficoltà nella comunicazione dei risultati. Questi inconvenienti possono essere superati da un'operazione di sintesi delle informazioni complessive raccolte in un solo risultato numerico complessivo: **l'indice** (es. Indice di Barthel, QI della Scala dell'intelligenza di Wechsler, punteggio totale della FIM). Questo rende impossibile comprendere come i punteggi siano distribuiti nelle varie dimensioni del sistema di misura.

SCALE COMPOSITE, PROFILI, INDICI

- ❑ **sul versante metodologico il loro uso non appare corretto se è troppo marcata l'eterogeneità dei vari item: non ha senso sommare “mele con pere”**
- ❑ **tuttavia in gruppi omogenei di persone per tipologia di lesione hanno mostrato “validità” concorrente e predittiva tale da renderli utili e maneggevoli in ambito clinico**

Barthel Index

(Mahoney FI e Barthel DW, 1965)

Dimensioni esaminate:

1. Alimentazione	(10-5-0)
2. Fare il bagno	(5-0)
3. Igiene personale	(5-0)
4. Vestirsi	(10-5-0)
5. Controllo anale	(10-5-0)
6. Controllo vescicale	(10-5-0)
7. Trasferimenti in bagno	(10-5-0)
8. Trasferimenti sedia-letto	(15-10-5-0)
9. Deambulazione	(15-10-5-0)
10. Salire le scale	(10-5-0)

Punteggio normale o massimo=100

Tempo di somministrazione 5 minuti

- Elevata validità di costrutto (Wade e Hawer, 1987; Brown et al 1990)
- Elevata predittività per durata del ricovero e vita indipendente (Granger et al, 1979 e 1989)
- Elevata enter-intraesaminatore (Shinar et al, 1987)



FIM

(Functional Independence Measure)

(The Research Foundation of the State University of New York)

Cammino: cm= cammino cr=carrozzina

Comprensione: u= uditiva v= visiva

Espressione: v=vocale nv= non vocale

L I V E L L E	7. Autosufficienza completa 6. Autosufficienza con adattamenti	SENZA ASSISTENZA
	NON-AUTOSUFFICIENZA PARZIALE 5. Supervisione-predisposizioni/adattamenti 4. Assistenza minima (paziente => 75%) 3. Assistenza moderata (paziente => 50%) NON-AUTOSUFFICIENZA COMPLETA 2. Assistenza intensa (paziente => 25%) 1. Assistenza totale (paziente => 0%)	A S S I S T E N Z A

FOLLOW-UP

Cura della persona		
A. Nutrirsi		<input type="text"/>
B. Rassettersi		<input type="text"/>
C. Lavarsi		<input type="text"/>
D. Vestirsi, dalla vita in su		<input type="text"/>
E. Vestirsi, dalla vita in giù		<input type="text"/>
F. Igiene perineale		<input type="text"/>
Controllo sfinterico		
G. Vescica		<input type="text"/>
H. Alvo		<input type="text"/>
Mobilità		
<i>Trasferimenti</i>		
I. Letto-sedia-carrozzina		<input type="text"/>
J. W.C.		<input type="text"/>
K. Vasca o doccia		<input type="text"/>
Locomozione		
L. Cammino, carrozzina	cm <input type="text"/> cr <input type="text"/>	<input type="text"/>
M. Scale		<input type="text"/>
Comunicazione		
N. Comprensione	u <input type="text"/> v <input type="text"/>	<input type="text"/>
O. Espressione	v <input type="text"/> nv <input type="text"/>	<input type="text"/>
Capacità relazionali/cognitive		
P. Rapporto con gli altri		<input type="text"/>
Q. Soluzione di problemi		<input type="text"/>
R. Memoria		<input type="text"/>
PUNTEGGIO TOTALE FIM		<input type="text"/>



Norme FIM

FIM - DESCRIZIONE DEI LIVELLI FUNZIONALI E DEI LORO PUNTEGGI

AUTOSUFFICIENZA.

Non è richiesta un'altra persona per svolgere l'attività.

7- Autosufficienza completa. Di regola tutte le attività che concorrono a costituire la voce in esame vengono eseguite senza rischi, senza necessità di particolari modifiche, senza presidi ortopedici di alcun tipo e in un tempo ragionevolmente breve

6- Autosufficienza con adattamenti. L'attività presuppone uno o più dei seguenti requisiti: l'ausilio di un qualsiasi dispositivo, un tempo più lungo di quanto sia ragionevole fisiologicamente, oppure precauzioni per evitare rischi.

NON AUTOSUFFICIENZA.

E' richiesta l'assistenza di un'altra persona che dia o supervisione o vero e proprio supporto fisico per consentire l'esecuzione dell'attività in questione. Oppure l'attività non è possibile del tutto se manca una persona che assista il paziente

NON AUTOSUFFICIENZA PARZIALE. Il soggetto compie almeno il 50% dello sforzo necessario. I livelli di assistenza richiesti sono:

5- Supervisione o predisposizioni/adattamenti Il paziente richiede un'assistenza limitata ad una presenza esterna, a stimoli costituiti da indicazioni, suggerimenti o esortazioni, senza che vi sia contatto fisico con la persona che lo assiste. Oppure la persona che assiste deve predisporre eventuali ausili o protesi.

4- Assistenza con minimo contatto fisico. Vi è soltanto un minimo contatto fisico fra la persona che dà assistenza e il paziente, che produce il 75% o più dello sforzo richiesto.

3- Assistenza moderata. E' richiesto un aiuto superiore al semplice contatto fisico, oppure il paziente produce uno sforzo compreso fra la metà (50%) e tre quarti (74%) dello sforzo richiesto.

NON AUTOSUFFICIENZA COMPLETA. Il paziente produce meno della metà (meno del 50%) dello sforzo richiesto. E' richiesta un'assistenza intensa o completa perché altrimenti l'attività non può essere eseguita. I livelli di assistenza richiesta possono essere:

2- Assistenza intensa. Il soggetto produce fra il 25% e il 49% dello sforzo richiesto

1- Assistenza totale. Il soggetto produce meno del 25% dello sforzo richiesto.



AMBITI D'USO DELLE MISURAZIONI

- Clinico**
- Informativo – educativo**
- Gestionale**



AMBITI D'USO CLINICO DELLE MISURAZIONI

AMBITI	ATTIVITÀ	CARATTERISTICHE PRINCIPALI DELLE MISURE
CLINICO	Diagnosi	Specificità
	Prognosi	Valore predittivo
	Stima di gravità	Scalabilità
	Scelta e valutazione dei trattamenti	Sensibilità
	Valutazione dell'outcome	Affidabilità
	Comunicazione fra operatori sanitari	Validità di contenuto, di costruito ed apparente; comunicabilità
	Ricerca clinica	Affidabilità; accuratezza; trattabilità statistica
	Audit interno	Validità; sistematicità
	Epidemiologia clinica	Semplicità; affidabilità



AMBITI D'USO INFORMATIVO/EDUCATIVO DELLE MISURAZIONI

AMBITI	ATTIVITÀ	CARATTERISTICHE PRINCIPALI DELLE MISURE
INFORMATIVO / EDUCATIVO	Comunicazione con pazienti, familiari, caregiver, operatori non sanitari, volontariato, ...	Semplicità; Comunicabilità; Validità apparente (“face validity”)

AMBITI D'USO GESTIONALE DELLE MISURAZIONI

AMBITI	ATTIVITÀ	CARATTERISTICHE PRINCIPALI DELLE MISURE
GESTIONALE	Valutazione efficienza	Accuratezza; comunicabilità
	Definizione criteri d'accesso ai servizi	Semplicità; comunicabilità
	Analisi rapporti costo/beneficio e costo/efficacia	Affidabilità; accuratezza
	Impiego delle risorse	Affidabilità; sistematicità
	Miglioramento continuo della qualità dell'assistenza	Comunicabilità
	Valutazione dei programmi attivati	Capacità di orientare le decisioni
	Audit esteno	Comunicabilità

Checklist per la scelta di un sistema standardizzato di misura clinico

- **Scopo**
- **Situazione**
- **Caratteristiche intrinseche dello strumento/sistema di misura**
- **Validità**
- **Affidabilità**
- **Trattabilità statistica**



SCOPO

(a cosa deve servire?)

Porsi almeno queste domande

- **Descrizione di una certa situazione clinica ?**
- **Predizione di un certo evento, decorso, outcome ?**
- **Monitoraggio del decorso clinico, sia spontaneo, sia in risposta a specifici interventi ?**



SITUAZIONE

(dove e quando sarà usata la misura?)

Porsi almeno queste domande

- Chi dovrà utilizzare la misura (solo alcuni operatori del team riabilitativo, tutti i professionisti, personale non sanitario, ...) ?
- A chi dovranno essere comunicati i risultati della misura ?
- Come vengono rilevate le misure (esame diretto del paziente, questionario al paziente o ad altre persone, interviste telefoniche, ...) ?
- Quanto tempo è richiesto per la somministrazione ?
- La situazione di somministrazione è accettabile per il paziente, per l'organizzazione del servizio ?
- In quale fase del decorso clinico sarà usata la misura ?



CARATTERISTICHE INTRINSECHE DELLA MISURA

Porsi almeno queste domande

- **Come sono stati scelti gli item ?**
- **Come vengono codificati i risultati ed attribuiti i punteggi ?**
- **Come vengono registrati i risultati (scheda di rilevazione manuale, inserimenti in computer, ...) ?**
- **È necessario un addestramento specifico degli utilizzatori ?**
- **Sono disponibili istruzioni precise e dettagli per la somministrazione (manuale) ?**
- **La misura è composta da subscale separate ?**
- **I punteggi sono ponderati ? C'è un effetto “soffitto” o “pavimento” ?**
- **Su quale popolazione è stata sperimentata la misura ?**

VALIDITÀ

Porsi almeno queste domande

- **Sono state testate la validità di costruito, predittiva e concorrente?**



AFFIDABILITÀ

Porsi almeno queste domande

- **Ci sono dati sulla affidabilità inter ed intra-esaminatore ?**
- **Ci sono modalità o versioni diverse per la somministrazione della misura ?**
- **Sono noti bias o distorsioni della misura ?**



In conclusione:

Non esiste uno strumento di misura valido o ideale in assoluto, ma deve essere **“contestualizzato”**, ossia correlato agli obiettivi dello studio, al contesto di applicazione,



PROCESSO LOGICO NELLA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI SANITARI DI RIABILITAZIONE

- soggetto valutatore**
- precisa finalità**
- “oggetto” da valutare**
- scelta dei criteri validati di valutazione**
- assegnazione di un “valore” o “peso” al criterio utilizzando scale validate**
- individuazione dei valori di riferimento**
- giudizio conclusivo**



ESEMPIO DELLE FASI DI UN PROCESSO DI VALUTAZIONE

UN SOGGETTO	OPERATORE SSN
per uno specifico obiettivo	verifica efficacia metodica di trattamento lombalgie
identifica un oggetto	servizio per lombalgie croniche
sceglie un criterio	riduzione dolore
utilizzando una tecnica	valutazione dolore e consumo farmaci
su una certa scala	analogo visivi e questionario consumo farmaci
effettua la misura	riduzione del 50% del dolore nel 60% pz e riduzione del 50% del consumo dei farmaci
la confronta con un valore di riferimento	riduzione del 30% del dolore nel 50% pz e riduzione del 40% del consumo dei farmaci
esprime un giudizio	adeguatezza

ESEMPIO DELLE FASI DI UN PROCESSO DI VALUTAZIONE

UN SOGGETTO	OPERATORE ASB	OPERATORE SSN
per uno specifico obiettivo	valutazione	valutazione
identifica un oggetto	assistenza domiciliare	efficienza organizzativa
sceglie un criterio	soddisfazione utente	riabilitazione "stroke"
utilizzando una tecnica su una certa scala	questionario di valutazione qualitativa (soddisfatto / non soddisfatto)	autonomia
effettua la misura	90% di soddisfazione	valutazione clinica in team
la confronta con valore di riferimento	70% risultati di altre indagini	FIM
esprime un giudizio	adeguatezza	FIM media = 83
		FIM media = 86
		inadeguatezza



ESEMPI DI DIMENSIONI DELLA QUALITÀ DA VALUTARE

DIMENSIONE QUALITÀ'	ELEMENTI COSTITUTIVI DELL'ORGANIZZAZIONE
Qualità organizzativa	<ul style="list-style-type: none">• elementi di input ed obiettivi• divisione gerarchica• gestione delle risorse economiche, tecnologiche, strutturali• gestione delle risorse umane• gestione dei sistemi: decisionale, valutativo, informativo, premiante, formativo
Qualità tecnica	<ul style="list-style-type: none">• processi tecnici• processi di supporto
Qualità percepita	<ul style="list-style-type: none">• processi sociali• percezione operatori• percezione utenti

COSA PAGARE ?

- **i servizi erogati:**
 - ◆ le risorse impiegate nell'erogazione dei servizi
 - ◆ la qualità dei servizi

- **case mix**

- **i risultati ottenuti - outcome**

RICOVERI OSPEDALIERI

(Ordinari e DH)

Remunerazione a **giornata di degenza** in rapporto a:

- ❑ **Tipologia di MDC (Major Diagnostic Category del Sistema DRG – Diagnosis-Related Group):**
 - MDC 1 - malattie del SNC e SNP
 - MDC 4 - malattie apparato respiratorio
 - MDC 5 - malattie apparato cardiocircolatorio
 - MDC 8 - malattie dell'apparato locomotore
 - Altri MDC

- ❑ **Codici disciplina:**
 - 75 gravi cerebrolesioni
 - 28 Unità Spinali
 - 56 Riabilitazione intensiva
 - 60 Lungodegenza post-acuzie riabilitazione estensiva

- ❑ **Abbattimento tariffario dopo 60 gg di degenza (salvo diverse indicazioni regionali e delle province autonome)**



CHE COSA MISURARE PER PAGARE LA RIABILITAZIONE?

“Individuare e adottare un **modello di erogazione delle prestazioni sanitarie** che consenta di coniugare i più elevati livelli possibili di **efficienza** e di **equità** con le opportunità e i limiti connessi al contesto socio-economico complessivo, rappresenta la missione primaria di un sistema sanitario pubblico.”

(T. Langiano, 1996)



CHE COSA MISURARE PER PAGARE LA RIABILITAZIONE?

“Le scelte relative agli **strumenti di classificazione e alle modalità di remunerazione e finanziamento rappresentano una **conseguenza** rispetto al **modello generale scelto**.
I sistemi di classificazione e di remunerazione devono essere individuati e valutati in funzione degli obiettivi generali che il sistema sanitario si dà.”**

(T. Langiano 1996)



CHE COSA MISURARE PER PAGARE LA RIABILITAZIONE?

- ❑ **Servizi erogati**
- ❑ **Misure di case mix** (modelli di classificazione)
- ❑ **Misure di outcome** in Medicina Riabilitativa



SERVIZI EROGATI

- ❑ **Definizione dell'appropriatezza, efficacia e qualità dei servizi da erogare/remunerare (“accreditamento”)**
- ❑ **Definizione dei costi dei servizi erogati al singolo utente:**
 - ◆ **“Misurare” i costi di produzione della prestazione**
 - ◆ **Ribaltare i costi generali**
 - ◆ **Incrementare della quota di “giusto guadagno”**

Case Mix - Sistemi di classificazione e remunerazione

Il modello di pagamento deve essere efficiente e equo, sia che preveda pagamenti prospettici per episodio di degenza, rimborsi per rette giornaliere pesate o altro.

Esso si deve basare su un modello di classificazione, che descriva il modo con cui i pazienti sono raggruppati.

Il modello di classificazione deve essere condiviso, clinicamente rilevante, riunire pazienti che consumano livelli omogenei di risorse, essere semplice da gestire e non imporre costi amministrativi inadeguati.



CLASSIFICAZIONE per:

- ❑ malattia (ICD 9 – CM; DRG-MDC)**
- ❑ grado della disabilità/autonomia (misure del carico assistenziale, Barthel Index, FIM,, ICF)**
- ❑ sistema misto**

Quale strumento di misura ha elevata capacità predittiva verso i costi di un episodio di degenza riabilitativa?

La **durata della degenza (LOS – Length Of Stay)** è un buon “proxy indicator” del (proporzionale al) consumo di risorse determinato dal ricovero riabilitativo neuromotorio.

Diverso può essere il costo giornaliero della singola patologia/disabilità (la retta di regressione risorse/LOS ha una pendenza differente).

Mancano studi su vaste casistiche rappresentative della realtà nazionale che comparino in modo appropriato costi giornalieri, LOS, remunerazioni e risultati in MR



E' condiviso tra gli esperti che il parametro LOS risenta della patologia di base ma sia influenzato - in misura anche maggiore - dalle condizioni funzionali/autonomia del paziente, nonché dal sistema di remunerazione.

Per quanto riguarda la patologia di base, l'identificazione del caso clinico ricoverato in reparto riabilitativo è per lo più affidata in Italia ai sistemi ICD-9-CM e DRG, che non tengono conto delle condizioni funzionali del paziente.

Queste classificazioni (ICD-9-CM e DRG) non esprimono a sufficienza né la complessità clinica né il costo dell'episodio di ricovero riabilitativo.

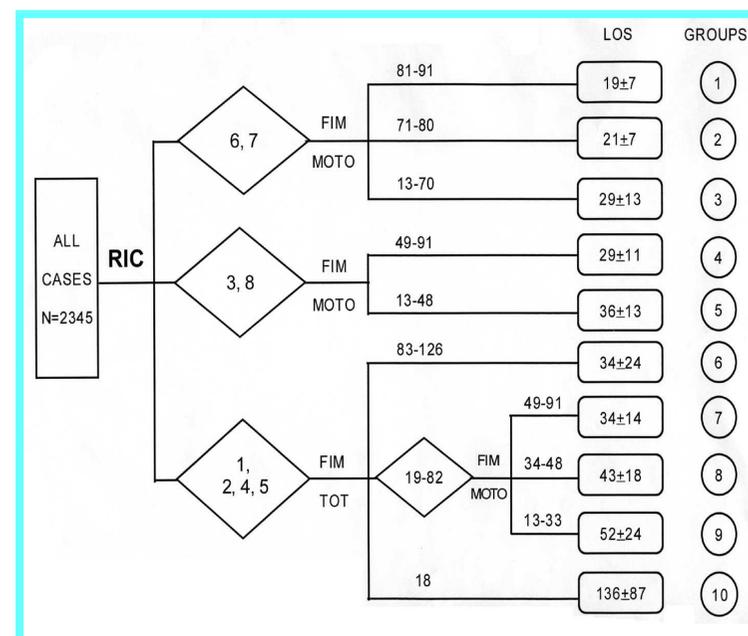


Sistemi di classificazione - Italia

Anche in Italia si è dimostrata la fattibilità di sistemi classificativi ad albero basati sullo stato funzionale del paziente con patologia neuromotoria all'ingresso (FIM, Barthel Index), valutabili positivamente sotto il profilo della sensatezza clinica dei gruppi, della parsimonia del modello, della spiegazione di varianza e della sua stabilità.

□ Il sistema di misura FIM nel controllo di qualità e nella classificazione dei ricoveri riabilitativi e per cronici.

□ Ricerca finalizzata Ministero Sanità 1998-2000, FSM



Sistemi di classificazione

Italia vs. USA vs. Svezia

Sia in USA, sia in Svezia, sia in Italia questi sistemi hanno utilizzato una pre-classificazione a monte della procedura CART, basata sui **Rehabilitation Impairment Code (RIC) o simili**, macro-categorie legate al sistema coinvolto e ad entità nosologiche relativamente omogenee per l'approccio riabilitativo.

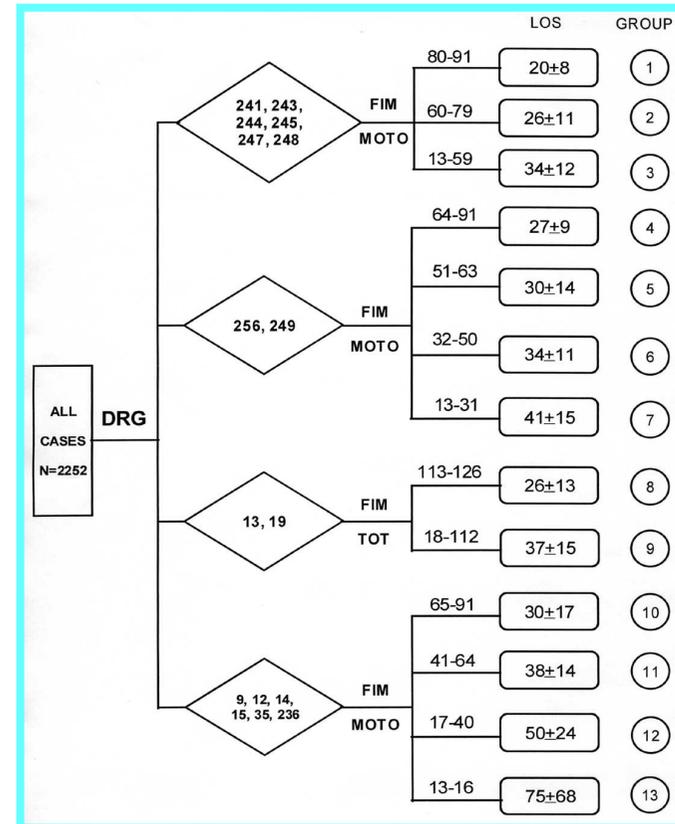
- 01 ICTUS CEREBRALE
- 02 CEREBROPATIA
- 03 MALATTIA NEUROLOGICA
- 04 MIELOPATIA
- 05 AMPUTAZIONE ARTO
- 06 ARTROPATIA
- 07 SINDROME DI DOLORE SOMATICO
- 08 PATOLOGIA ORTOPEDICO-TRAUMATOLOGICA
- 09 CARDIOPATIE
- 10 PNEUMOPATIE
- 11 USTIONI
- 12 DEFORMITA' CONGENITE
- 13 ALTRE MENOMAZIONI DISABILITANTI
- 14 POLITRAUMA

RIC



Sistemi di classificazione Italia vs. USA

In Italia si è anche valutata comparativamente una pre-classificazione per **DRG**, che si è dimostrata **meno** predittiva di quella già illustrata, basata sui **RIC**.



Problematiche legate a "tabella di compatibilità" tra ICD-9-CM/DRG e RIC (o simili sistemi di codifica per pazienti riabilitativi)

Sistemi di classificazione

Italia vs. USA

Alcuni dati ottenuti ed i sistemi elaborati in Italia non sono perfettamente sovrapponibili a quelli esteri (importanza di ricerche nazionali), ma si è dimostrato che:

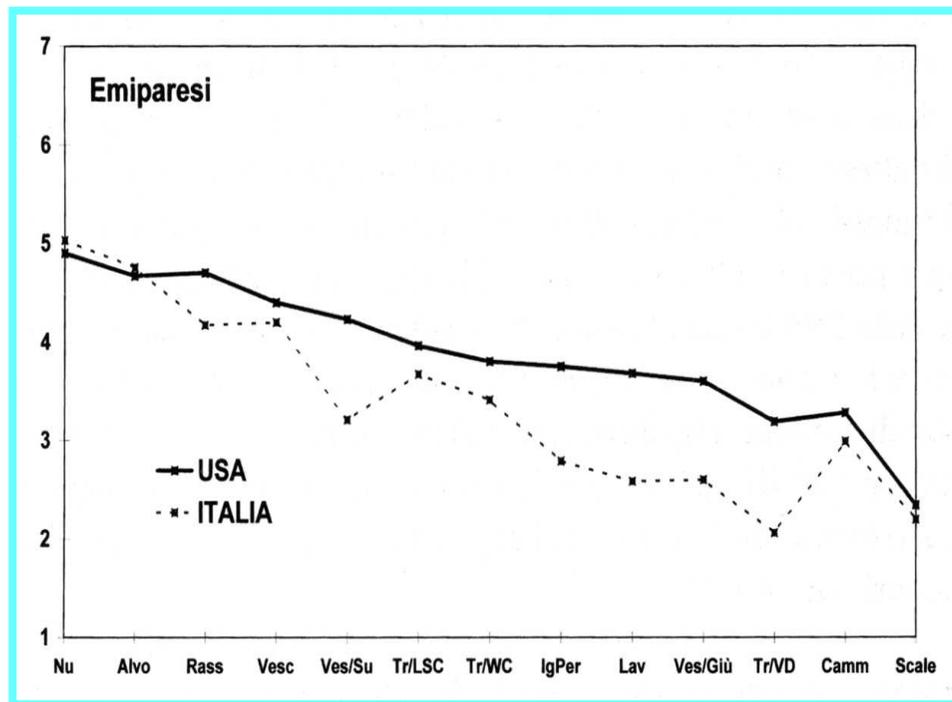
- ❑ vi è sostanziale identità nei criteri generali di ammissione e dimissione in degenza riabilitativa;**
- ❑ gli strumenti Barthel Index e FIM hanno validità transculturale (pur con certi limiti, alcuni dei quali sono ancora in corso di studio).**

Tennant A. et al. Assessing and adjusting for cross-cultural validity of impairment and activity limitation scales through differential item functioning within the framework of the Rasch model – The PRO-ESOR Project. Med Care 42, Jan 2004 [+ J Rehabil Med Jan 2005 (stroke)]



□ le differenze osservate sono probabilmente in funzione di differenze strutturali nei due sistemi sanitari (ad es. carenza di T.O. in Italia).

Tesio L, Granger CV, Perucca L, Franchignoni F, Battaglia MA, Russell C. The FIMtm instrument in the United States and Italy: a comparative study. Am J Phys Med Rehabil. 2002; 81: 168-173;



Mancano studi (nazionali e non) di comparazione delle prestazioni di differenti indici di disabilità/stato funzionale (es. FIM vs Barthel) per questo tipo di utilizzo clinico-gestionale

Predizione di LOS e costi giornalieri

Un recente progetto italiano (**PF Min. Salute**) ha analizzato una serie di parametri di stato clinico e funzionale (MDS-PAC) per predire i costi della degenza riabilitativa e proporre un **sistema innovativo di rimborso**. Lo studio ha mostrato che i rimborsi proposti dal modello correlavano abbastanza bene con i costi rilevati e poco con i rimborsi ottenuti (*Saitto C, Marino C et al. Med Care Sept. 2005, I-II*).

Tuttavia, alcuni aspetti di questo approccio hanno suscitato **perplexità in esperti internazionali** (*Stineman M et al. Med Care 2005; 43:841-3 - [Editorial]*)

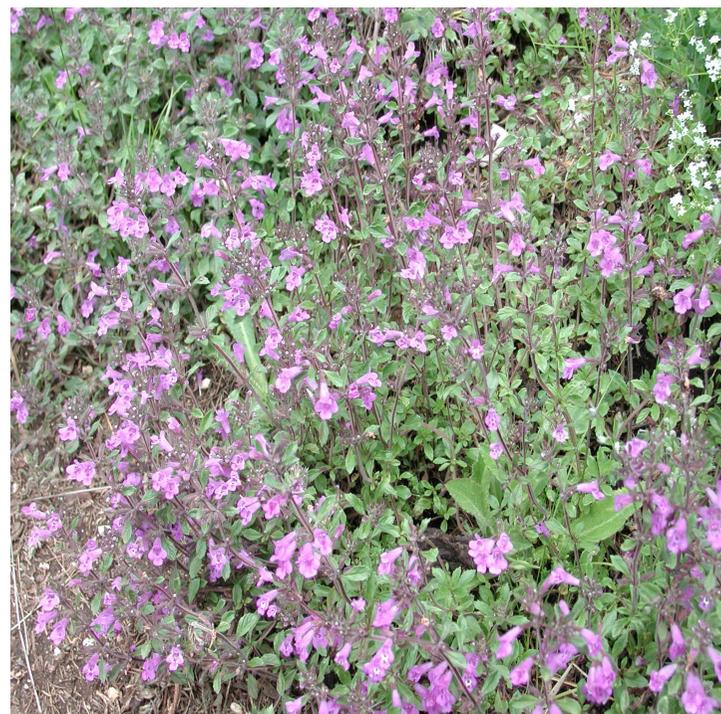


Predizione di LOS e costi giornalieri

“Justifying payment based on **functional gain alone** suggests that the only valuable outcomes of Rehabilitation are related to measurable functional status improvements.”

“Qual è ... la combinazione di elementi che mostra empiricamente di meglio spiegare le differenze nei bisogni di servizi riabilitativi, Outcomes e uso di risorse in Italia?”

*(Stineman M et al. Med Care 2005; 43:841-3
- [Editorial])*



Predizione di bisogni, outcomes e uso di risorse

Quali indicatori di **“qualità delle cure”** vengono a volte già raccolti in alcune Regioni?

- ❑ Distanza dall'evento indice
- ❑ Indicatori di struttura, processo, attività (tasso di ricoveri ripetuti, gg. di formazione, N. letti monitorizzati, intensità dell'intervento riabilitativo: N. di ore per paziente di riabilitazione al giorno, ore TdR/ore PI..)
- ❑ Comorbilità e complicanze
- ❑ Utilizzo di indicatori funzionali all'ingresso e all'uscita e di strumenti per la rilevazione della qualità del servizio percepita dai pazienti...



Che correlazione hanno con bisogni, outcomes e uso di risorse?

Indicatori di “qualità delle cure”

In pratica, è centrale la dimostrazione che:

- ❑ le cure hanno ottenuto il risultato atteso (ad es. “**efficiency pattern analysis**”);
- ❑ vi sia stata prevenzione di “**eventi avversi**” evitabili e la minimizzazione degli effetti di quelli non prevedibili;
- ❑ si è monitorata una serie di “**eventi sentinella**”, prendendo le opportune contro-misure;
- ❑ si è teso al miglioramento continuo dei risultati - anche nel lungo termine - nel rispetto della **salute generale** e **sicurezza** del paziente...



Sistemi di pagamento tramite classificazione

Utile definire:

- ❑ **come incentivare la qualità** delle prestazioni (pur contenendo i costi) attraverso la politica delle remunerazioni: migliore outcome in tempi ottimali? efficiency pattern analysis? progressiva maggiore efficienza nel corso degli anni? casi con gravi deficit? ...
- ❑ **se/come applicare fattori correttivi** a livello di ospedale o di particolari casi clinici.
- ❑ **come applicare meccanismi di controllo** delle rilevazioni: ispettivi? statistici a campione? mediante incrocio con altri indicatori? mediante analisi di coerenza interna dei punteggi degli indicatori?...
- ❑ **come comportarsi in caso di "violazioni" della regola della "continuità terapeutica"?** Ad esempio da parte di Reparto per acuti (discrezionalità) ...

Nuova SDO 2017

A partire dal **1 gennaio 2017** entrano in vigore i disposti previsti dalle **circolare n. 6/2016** che prevedono l'entrata in vigore della nuova **Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)** che è parte integrante della cartella clinica di cui assume le stesse valenze di carattere **medico legale** e conseguentemente le informazioni in essa rilevate devono essere rigorosamente congruenti con quelle presenti nella cartella clinica.



Nuova SDO 2017

- ❑ La cartella clinica ospedaliera rappresenta **l'intero ricovero del paziente nello stesso presidio ospedaliero** e coincide con l'intera storia della degenza all'interno del presidio
- ❑ **La cartella clinica ospedaliera segue il paziente all'interno del presidio**
- ❑ Unica **eccezione** i casi che prevedono il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e al **passaggio dal ricovero in un reparto per acuti alla riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, o viceversa**



Nuova SDO 2017

Si sottolinea quindi che **alla dimissione da un reparto per acuti** della nostra Azienda (Rianimazione, Neurologia, Neurochirurgia, Ortopedia, Medicine, ...) con **trasferimento verso le nostre strutture di riabilitazione e LPA**, pur essendo nella stessa Azienda è obbligatorio che il reparto che trasferisce il paziente chiuda la SDO relativa al ricovero in acuto e i **reparti di riabilitazione devono aprire una nuova SDO**, sia nelle degenze ordinarie sia per il Day Hospital



Nuova SDO 2017

- ❑ La nuova SDO sarà interamente **informatizzata**
- ❑ Per la riabilitazione richiede l'inserimento di codici relativi ad alcune **schede specifiche di valutazione** la cui compilazione da effettuarsi all'**ingresso** (entro 72 ore dal ricovero) ed alla **dimissione** (entro le 72 ore che precedono la dimissione stessa)



Nuova SDO 2017

Scale di valutazione richieste dalla circolare regionale n.9/2016:

- ❑ PER TUTTE LE STRUTTURE DI RIABILITAZIONE E PER TUTTI GLI MDC:**
 - ❑ Barthel Index**
 - ❑ RCS-E**

- ❑ Per Strutture CODICE 56**
 - ❑ MDC 4 (malattie dell'apparato respiratorio)**
 - ❑ La Scala Six Minutes Walk Test (6MWT)**
 - ❑ L'Indice di Barthel della Dispnea**
 - ❑ La Scala di Borg, modificata**
 - ❑ MDC5 (malattie dell'apparato cardio-circolatorio)**
 - ❑ La Scala Six Minutes Wolk Test (6MWT)**
 - ❑ La Scala di Borg, modificata**



Nuova SDO 2017

Scale di valutazione richieste dalla circolare regionale n.9/2016:

- ❑ Per le Mielolesioni (US)**
 - ❑ la scala delle menomazioni ASIA**
 - ❑ la scala Spinal Cord Independency Measure (SCIM)**
 - ❑ il livello neurologico**



Nuova SDO 2017

Scale di valutazione richieste dalla circolare regionale n.9/2016:

PER LE STRUTTURE CODICE 75

Barthel Index

RCS-E

La Scala GCS (solo in acuto)

La Scala GOS

La Scala DRS

La Scala LCF



Nuova SDO 2017

Scale di valutazione richieste dalla circolare regionale n.9/2016:

- ❑ **A CHI SPETTA LA COMPILAZIONE ?**
 - ❑ **Barthel Index** → infermiere
 - ❑ **RCS-E** → medico responsabile
PRI con la collaborazione dei vari professionisti del team
 - ❑ **Altre scale di misura:** team con
**verifica del medico responsabile
PRI**

INDICE DI BARTHEL

*(Validazione Italiana: Galeoto et al.,
Int. J. Neurol. Neurother. – 2015, 2:2)*



ELENCO DELLE PROVE	Data Ingresso	Data Dimissione
ALIMENTAZIONE 0 = Non in grado di alimentarsi 5 = Ha bisogno di assistenza (tagliare la carne, ecc.) oppure necessita di una dieta modificata (dieta semisolida - liquida) o alimentazione artificiale (PEG, ecc.) 10 = In grado di alimentarsi
CAPACITÀ DI FARSI IL BAGNO O LA DOCCIA 0 = Non in grado di lavarsi autonomamente 5 = In grado di lavarsi autonomamente
CURA DELL'ASPETTO ESTERIORE 0 = Ha bisogno di assistenza nella cura personale 5 = In grado di lavarsi la faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi
CAPACITÀ DI VESTIRSI 0 = Non in grado di vestirsi autonomamente 5 = Ha bisogno di assistenza, ma è in grado di vestirsi parzialmente in autonomia 10 = In grado di vestirsi autonomamente (bottoni, cerniere lampo, lacci, ecc.)
TRANSITO INTESTINALE 0 = Non in grado di controllare l'alvo 5 = Occasionalmente non in grado di controllare l'alvo 10 = In grado di controllare l'alvo
VESCICA 0 = Non in grado di controllare la minzione 5 = Occasionalmente non in grado di controllare la minzione 10 = In grado di controllare la minzione
UTILIZZO DEL WC (SEDESI E RIALZARSI, PULIRSI, RIVESTIRSI) 0 = Non in grado di utilizzare il WC 5 = In grado di utilizzare il WC con assistenza 10 = In grado di utilizzare il WC autonomamente
TRASFERIMENTI (DALLA POSIZIONE SEDUTA SUL LETTO ALLA SEDIA E VICEVERSA) 0 = Non in grado di effettuare i trasferimenti 5 = È in grado di stare seduto, ma necessita di massima assistenza nei trasferimenti 10 = È in grado di stare seduto, ma necessita di minima assistenza (verbale o fisica) 15 = È in grado di effettuare i trasferimenti
MOBILITÀ (SU SUPERFICI PIANE) 0 = Non in grado di spostarsi per più di 50 metri 5 = È in grado di spostarsi su sedia a rotelle, anche su percorsi non rettilinei per più di 50 metri 10 = È in grado di deambulare per più di 50 metri con l'assistenza (verbale o fisica) di una persona 15 = È in grado di deambulare (anche con ausili) per più di 50 metri
SCALE 0 = Non in grado di salire e scendere le scale 5 = È in grado di salire o scendere le scale con assistenza 10 = È in grado di salire o scendere le scale autonomamente
TOTALE

INDICE DI BARTHEL



INDICE DI BARTHEL

(Galeoto et al., Int. J. Neurol. Neurother. – 2015, 2:2)

Cognome e Nome

Data di nascita

Diagnosi:
.....

ELENCO DELLE PROVE	Data Ingresso	Data Dimissione
	Valore	Valore
ALIMENTAZIONE 0 = Non in grado di alimentarsi 5 = Ha bisogno di assistenza (tagliare la carne, ecc.) oppure necessita di una dieta modificata (dieta semisolida – liquida) o alimentazione artificiale (PEG, ecc.) 10 = In grado di alimentarsi
CAPACITÀ DI FARSI IL BAGNO O LA DOCCIA 0 = Non in grado di lavarsi autonomamente 5 = In grado di lavarsi autonomamente



INDICE DI BARTHEL

(Galeoto et al., Int. J. Neurol. Neurother. – 2015, 2:2)

CURA DELL'ASPETTO ESTERIORE 0 = Ha bisogno di assistenza nella cura personale 5 = In grado di lavarsi la faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi
CAPACITÀ DI VESTIRSI 0 = Non in grado di vestirsi autonomamente 5 = Ha bisogno di assistenza, ma è in grado di vestirsi parzialmente in autonomia 10 = In grado di vestirsi autonomamente (bottoni, cerniere lampo, lacci, ecc.)
TRANSITO INTESTINALE 0 = Non in grado di controllare l'alvo 5 = Occasionalmente non in grado di controllare l'alvo 10 = In grado di controllare l'alvo



INDICE DI BARTHEL

(Galeoto et al., Int. J. Neurol. Neurother. – 2015, 2:2)

<p>VESCICA</p> <p>0 = Non in grado di controllare la minzione 5 = Occasionalmente non in grado di controllare la minzione 10 = In grado di controllare la minzione</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>UTILIZZO DEL WC (SEDESI E RIALZARSI, PULIRSI, RIVESTIRSI)</p> <p>0 = Non in grado di utilizzare il WC 5 = In grado di utilizzare il WC con assistenza 10 = In grado di utilizzare il WC autonomamente</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>TRASFERIMENTI (DALLA POSIZIONE SEDUTA SUL LETTO ALLA SEDIA E VICEVERSA)</p> <p>0 = Non in grado di effettuare i trasferimenti 5 = È in grado di stare seduto, ma necessita di massima assistenza nei trasferimenti 10 = È in grado di stare seduto, ma necessita di minima assistenza (verbale o fisica) 15 = È in grado di effettuare i trasferimenti</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>



INDICE DI BARTHEL

(Galeoto et al., Int. J. Neurol. Neurother. – 2015, 2:2)

<p>MOBILITÀ (SU SUPERFICI PIANE)</p> <p>0 = Non in grado di spostarsi per più di 50 metri 5 = È in grado di spostarsi su sedia a rotelle, anche su percorsi non rettilinei per più di 50 metri 10 = È in grado di deambulare per più di 50 metri con l'assistenza (verbale o fisica) di una persona 15 = È in grado di deambulare (anche con ausili) per più di 50 metri</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>SCALE</p> <p>0 = Non in grado di salire e scendere le scale 5 = È in grado di salire o scendere le scale con assistenza 10 = È in grado di salire o scendere le scale autonomamente</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>TOTALE</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>



INDICE DI BARTHEL

(Galeoto et al., *Int. J. Neurol. Neurother.* – 2015, 2:2)

Linee guida per la compilazione

- ❑ **l'indice dovrebbe essere utilizzato come misura di ciò che il paziente effettivamente fa, non di ciò che potrebbe dare**
- ❑ **lo scopo principale è di stabilire il grado di indipendenza da aiuto, fisico o verbale, indipendentemente da quanto possa essere limitato e dalla ragione per cui viene erogato**
- ❑ **la richiesta di supervisione rende il paziente non indipendente**
- ❑ **la performance del paziente dovrebbe essere valutata utilizzando la migliore evidenza disponibile. Le fonti abituali sono domande al paziente, ad amici e a parenti e agli infermieri, ma sono importanti anche osservazione diretta e senso comune. In ogni caso, non è necessario testare direttamente**
- ❑ **di solito è importante la performance del paziente nel corso delle precedenti 24-48 ore, ma in alcuni casi sono rilevanti periodi più lunghi**
- ❑ **è consentito l'impiego di ausili per essere considerato indipendente.**



REHABILITATION COMPLEXITY SCALE – EXTENDED (RCS-E)



UN PROBLEMA DI SALUTE: LA "COMPLESSITÀ"

- ❑ Un sistema è "**complesso**" quando risulta composto da diverse, molteplici componenti intrecciate (complexus) tra loro in maniere diverse.
- ❑ Un **sistema complesso** è caratterizzato da una grande quantità di attori/elementi/ caratteristiche, da un cospicuo numero di loro possibili interazioni ed è gravato da rischi rilevanti.
- ❑ Nell'accezione più completa di complessità le componenti di tipo biologico, socioeconomico, culturale, comportamentale ed ambientale, diventano **tutte determinanti di salute.**

COMPLESSITÀ

- ❑ Il termine **“complessità”** ricorre sempre più’ frequentemente nel nostro agire quotidiano e nel linguaggio comune riabilitativo
- ❑ Il **concetto di Complessità** spesso nasce in noi come una **percezione di disagio** di fronte a qualcosa che ci appare in tutta la sua evidenza e abbiamo difficoltà a descrivere e prendere in carico
- ❑ rappresenta una tensione continua tra il **desiderio di dominarla** sfidandola e il **senso di inadeguatezza** che l’idea di affrontarla genera

The Rehabilitation Complexity Scale: a simple, practical tool to identify 'complex specialised' services in neurological rehabilitation

Lynne Turner-Stokes, Rebecca Disler and Heather Williams

Clin Med
2007;7:593-9

The RCS was used initially by its authors to measure the **differences between two types of rehabilitation services** (**"complex specialized"** services intended for patients **with highly complex needs and "district specialist"** services intended for patients with less complex needs) in terms of **patient complexity and rehabilitation service supplied**, with the aim of offering a more suitable tool to determine the refund fees in the rehabilitation field. That study showed clear differences, in terms of RCS score, between the two types of rehabilitation services, with a median cross-sectional score 9 as indicative of more specialized services and more intense care at that time.



REHABILITATION COMPLEXITY SCALE (RCS)

- ❑ **Ideata in Inghilterra nel 2007 da Lynne Turner-Stokes e validata nel 2010**
- ❑ **permette di differenziare tra pazienti neurologici bisognosi di cure più intensive (Complex Specialised Services: score mediano 9) e pazienti trattabili in setting di minor intensità clinico-riabilitativa (District Specialised service: score mediano 7)**
- ❑ **Nel 2012 la Scala è stata riproposta in una **versione estesa** permettendo la definizione di cinque livelli di complessità clinico-riabilitativa ed i corrispondenti sistemi di rimborso dei costi.**



IMPLICATIONS FOR REHABILITATION

- ❑ **Assessing complexity of rehabilitation needs presents a challenge throughout the world**
- ❑ **The Rehabilitation Complexity Scales provide a simple measure of complexity of rehabilitation needs, which take account of basic care, specialist nursing, therapy and medical interventions**
- ❑ **The extended version (RCS-E) may offer a more sensitive tool for detecting patients with highly complex needs for therapy and equipment in specialist rehabilitation settings**



Have a look....



KING'S
College
LONDON

NHS

University of London

The North West London Hospitals

NHS Trust

**The Rehabilitation Complexity Scale –Extended
version (RCS-E) Version 13**



RCS-E

REHABILITATION COMPLEXITY SCALE-Extended

(Turner-Stokes et al, 2012)

- Scala multidimensionale
- Dati paziente
- 5 domini principali

Il layout della scala presenta tre differenti colorazioni:

BLU → istruzioni per la compilazione

ROSSO → suggerimenti proposti dagli autori per aiutare la compilazione

NERO → contenuto degli item



RCS-E DOMINI

- Cura o Rischio (C o R)
5 item ciascuno → **MA** Score 0-4
- Bisogni infermieristici specializzati (N)
5 item → Score 0-4
- Bisogno di cure mediche (M)
5 item → Score 0-4
- Bisogni terapeutici (TD e TI)
5 item ciascuno → **E** Score 0-8
- Necessità di ausili (E)
3 item → Score 0-2

Score Totale = 22



CURA E RISCHIO

- **Cura:** Livello di assistenza necessaria per la propria cura personale.
- **Rischio:** Livello di assistenza necessaria per per mantenere un'adeguata sicurezza personale. Valutabile nel caso in cui il **paziente deambuli** e sia quasi totalmente autosufficiente nella cura

CURA E RISCHIO

Per ogni sotto-scala, cerchiare il massimo livello applicabile

CURA o RISCHIO

Descrive il livello di assistenza necessaria al paziente per la propria cura personale o per mantenere un'adeguata sicurezza personale

NB: Se non sei sicuro sulla risposta da registrare, segna entrambe le opzioni "CURA e RISCHIO", ma applica un solo punteggio, quello di score maggiore tra i due.

BISOGNO DI CURE DI BASE E SOSTEGNO

Include l'assistenza per le attività di base (sia in termini di aiuto fisico che di supervisione)

Comprende: lavarsi, vestirsi, igiene, bisogni corporali, alimentazione e nutrizione, mantenimento della sicurezza personale, ecc.

C 0	Ampiamente autosufficiente. Gestisce i compiti di cura personale in maniera ampiamente autonoma. Può necessitare di assistenza occasionale per iniziare o portare a termine alcune azioni, es. applicare ortesi, legare lacci, ecc.
C 1	Richiede l'aiuto di 1 persona per la maggior parte dei bisogni di cura di base, ad es. lavarsi, vestirsi, bisogni corporali, ecc. Occasionalmente può richiedere l'aiuto di una 2a persona: per es. solo per un'azione specifica come fare il bagno
C 2	Richiede l'aiuto di 2 persone per la maggior parte dei propri bisogni di cura di base
C 3	Richiede l'aiuto di ≥ 3 persone per bisogni di cura di base
C 4	Richiede supervisione costante 1:1 ad es. per gestire la confusione e per mantenere la propria sicurezza



CURA E RISCHIO

RISCHIO – LEGATO A BISOGNI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI

(Una assistenza alternativa principalmente per pazienti "Disabili Deambulanti" i quali possono essere capaci di gestire tutti/o la maggiore parte dei propri bisogni assistenziali di base, ma che presentano qualche rischio di sicurezza personale ad es., a causa di confusione, comportamento impulsivo o disturbi neuropsichiatrici)

Include la supervisione per preservare la sicurezza personale o gestire la confusione, ad es. in pazienti che hanno la tendenza a vagabondare, oppure per gestire i bisogni psichiatrici o di salute mentale.

R 0	<p>Nessun rischio – Capace di mantenere la propria sicurezza personale e di uscire non accompagnato In grado di badare alla propria sicurezza in qualsiasi momento</p>
R 1	<p>Basso rischio – precauzioni standard solo per monitorare la sicurezza all'interno di un ambiente strutturato, ma richiede accompagnamento al fuori del reparto. Mantiene la propria sicurezza personale all'interno di un ambiente strutturato, richiedendo solamente verifiche routinarie, ma richiede accompagnamento quando si trova all'esterno del reparto</p>
R 2	<p>Rischio medio – misure di sicurezza aggiuntive (può essere gestito sotto il controllo di una sezione di Salute Mentale) Misure di sicurezza aggiuntive anche all'interno di un ambiente strutturato, ad es. dispositivi di allarme, sistemi di controllo elettronico (ad es braccialetti di riconoscimento) o monitoraggio superiore allo standard (ad es. 1 o 2 controlli l'ora) OPPURE gestito secondo le regole della Legge sulla salute mentale (TSO, ecc.)</p>
R 3	<p>Rischio elevato – Osservazioni frequenti (può essere gestito anche da un servizio di Diagnosi e cura) Richiede osservazioni frequenti perfino all'interno di un ambiente strutturato, per es. controlli ogni mezz'ora o ogni ora, oppure supervisione 1:1 per parte/i del giorno/notte</p>
R 4	<p>Rischio molto elevato – Richiede supervisione costante 1:1 Richiede una supervisione costante 1:1</p>

BISOGNI INFERMIERISTICI

- Aumenta all'aumentare della complessità del bisogno assistenziale e del numero di figure professionali coinvolte
- Diversa classificazione delle figure infermieristiche rispetto alle Scuole Inglesi



BISOGNI INFERMIERISTICI

BISOGNI INFERMIERISTICI SPECIALIZZATI

Descrive il livello dell'intervento infermieristico qualificato di un infermiere competente/qualificato o specializzato

N 0	Nessuna necessità di cure infermieristiche qualificate – le necessità possono essere soddisfatte dai soli operatori sanitari (OSS)	
N 1	Richiede l'intervento di personale infermieristico competente (competenze di base ed esperienza) es. somministrazione di farmaci, medicazioni di ferite/stomie, monitoraggio infermieristico, nutrizione enterale con sondino nasogastrico, infusione endovenosa ecc.)	<p>Spuntare le discipline infermieristiche richieste e sotto indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Personale OSS <input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica di base <input type="checkbox"/> Infermiere addestrato in riabilitazione <input type="checkbox"/> Infermiere addestrato nei programmi di salute mentale <input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica palliativa <input type="checkbox"/> Infermiere specializzato in neurologia (es. morbo di Parkinson, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica) <input type="checkbox"/> Altro
N 2	Richiede l'intervento di personale infermieristico esperto in riabilitazione es. nella gestione di programmi di mantenimento della postura, della deambulazione/posizione eretta, nell'applicazione di splint, nel supporto psicologico	
N 3	Richiede assistenza infermieristica altamente specializzata ad es. per bisogni assistenziali molto complessi, Quali: - Gestione di tracheostomia - Gestione di alterazioni comportamentali (es. comportamenti provocatorio-aggressivi)/psicosi/bisogni psicologici complessi - Bisogni posturali, cognitivi e di comunicazione complessi - Stati vegetativi o di coscienza minimi, Locked-in syndrome	
N 4	Richiede assistenza infermieristica altamente specializzata (nursing infermieristico di alto livello e monitoraggio intensivo) es. pazienti clinicamente instabili, che richiedono interventi/monitoraggi frequenti (ogni ora o più spesso) da parte di personale infermieristico qualificato (solitamente anche con competenze specifiche nella somministrazione endovenosa di farmaci, ventilazione meccanica, ecc.).	



BISOGNI DI CURE MEDICHE

- Livello di cure mediche richieste per gestione interventi medico-chirurgici
- Livelli assistenziali strutturati diversamente rispetto al Sistema Sanitario Inglese



BISOGNI DI CURE MEDICHE

BISOGNI DI CURE MEDICHE		
Descrive il livello di cura medica richiesta per la gestione di interventi medici/chirurgici		
M 0	Nessun intervento medico attivo – Gestibile dal medico di medicina generale con controlli occasionali	<p>Spuntare gli interventi medici richiesti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Analisi del sangue <input type="checkbox"/> Diagnostica per immagini (TC/RM) <input type="checkbox"/> Altre indagini (Definisci il tipo) <input type="checkbox"/> Adeguamento/monitoraggio dei farmaci <input type="checkbox"/> Procedura chirurgica (es. tenotomia) (definisci il tipo) <input type="checkbox"/> Procedura medica (es. tossina botulinca) (definisci il tipo) <input type="checkbox"/> Opzione specialistica (Disciplina?) <input type="checkbox"/> Argomenti medico-legali o di capacità (di intendere e volere) <input type="checkbox"/> Altro.....
M 1	<p>Indagini/monitoraggi/trattamenti di base</p> <p>Richiede assistenza ospedaliera non acuta, erogabile anche in regime di ricovero in day hospital riabilitativo o in ospedale di comunità con assistenza medica diurna</p> <p>es. richiede solo analisi del sangue/diagnostica per immagini di routine. Il monitoraggio medico può essere attuato 2-3 volte a settimana, con visite di reparto + consulenza telefonica se necessario</p>	
M 2	<p>Interventi medico-specialistici/psichiatrici - per procedure di diagnosi o trattamento</p> <p>Richiede ricovero ospedaliero per necessità di supervisione medica e assistenza infermieristica nelle 24 ore.</p> <p>Necessità frequente o imprevista di consulenza medica specializzata, valutazione/trattamento psichiatrico.</p>	
M 3	<p>Condizione medica/psichiatrica potenzialmente instabile - Richiede copertura medica/psichiatrica continuativa Paziente potenzialmente instabile: può richiedere interventi a qualsiasi ora – per es. per crisi epilettiche incontrollate, immuno-compromissione, o per aggiustamenti farmacologici/valutazione del rischio di emergenza, ecc.) I bisogni devono essere gestiti in un luogo dove sia presente copertura medico/psichiatrica di emergenza 24 ore su 24.</p>	
M 4	<p>Problema acuto medico/chirurgico (o crisi psichiatrica)</p> <p>Richiedente intervento di emergenza</p> <p>Richiede assistenza medica/chirurgica acuta es. per infezione, complicazione acuta, cure post-operatorie. Es. effettivo coinvolgimento dell'assistenza medica (o chirurgica o psichiatrica) 24 ore su 24, pianificato e non pianificato</p>	

BISOGNI TERAPEUTICI

- Presenta 2 Sotto-Domini (TD-TI)
 - TD → Numero di discipline richieste
 - TI → Intensità del trattamento
- **Non** interventi riabilitativi infermieristici (N2)



BISOGNI TERAPEUTICI

BISOGNI TERAPEUTICI

Descrive:

a) il numero delle diverse discipline richieste a fini terapeutici

b) l'intensità del trattamento

Include sedute individuali o di gruppo condotte da terapisti, ma NON interventi riabilitativi da parte del personale infermieristico, che sono indicati alla voce N2.

Discipline terapeutiche: dichiara il numero delle diverse discipline di trattamento alle quali è richiesto di essere attivamente coinvolte nel trattamento

TD 0	0 – nessun coinvolgimento di terapisti	<p>Spuntare le discipline di trattamento richieste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Terapia occupazionale <input type="checkbox"/> Logopedia <input type="checkbox"/> Dietetica <input type="checkbox"/> Assistenza sociale <input type="checkbox"/> Altro 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Psicologia <input type="checkbox"/> Counselling <input type="checkbox"/> Musicoterapia/Arte-terapia <input type="checkbox"/> Ludoterapia/Scuola <input type="checkbox"/> Terapia ricreativa <input type="checkbox"/> Centro per l'impiego più <input type="checkbox"/> Altro 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ortesica <input type="checkbox"/> Protesica <input type="checkbox"/> Bioingegnere <input type="checkbox"/> Altro
TD 1	Solo 1 disciplina			
TD 2	2-3 discipline			
TD 3	4-5 discipline			
TD 4	≥6 discipline			



BISOGNI TERAPEUTICI

Intensità terapeutica: dichiara l'intensità complessiva dell'intervento terapeutico <u>specializzato</u> richiesto al team nel suo insieme	
TI 0	<p>Nessun intervento terapeutico O un totale di input terapeutico <1 ora la settimana – I bisogni riabilitativi sono soddisfatti dallo staff infermieristico/assistenziale o da un programma di esercizi praticati autonomamente</p>
TI 1	<p>Basso livello – meno di giornaliero (es. valutazione/revisione/mantenimento/supervisione) O solamente sedute di terapia di gruppo es. Il paziente non riceve sessioni di terapia quotidiane (o ha < di 1 ora di terapia al giorno) Questo solitamente significa che: a) essi presentano principalmente bisogni di assistenza, infermieristica o trattamento medico, o b) partecipano a programmi a bassa intensità o di gruppo, o c) sono in una fase di riduzione del programma in preparazione alla dimissione.</p>
TI 2	<p>Livello medio – Frequenza giornaliera: sedute individuali con un solo terapeuta per la maggior parte delle sedute O programma di gruppo molto intenso di ≥ 3 ore/giorno. es. Il paziente può essere trattato da diversi terapeuti (si veda TD), ma sempre da un solo terapeuta alla volta. Questi pazienti normalmente sono sottoposti a quotidiane sessioni di terapia, per 5 giorni alla settimana, per un totale di 2-3 ore al giorno (alcune delle quali possono essere periodi di auto-esercizio svolto con supervisione a distanza, se vi è la capacità). In alternativa ricevono sedute di terapia di gruppo con un regime molto intenso (> 3 ore al giorno).</p>
TI 3	<p>Alto livello – Intervento quotidiano con terapeuta PIÙ assistente e/o sedute di gruppo aggiuntive Il paziente richiede un secondo paio di mani per alcune sessioni di trattamento, per alcuni trattamenti (es. mobilizzazioni o trasferimenti), per cui viene trattato da un terapeuta con assistente (che può essere non qualificato). OPPURE richiede un programma intensivo ≥ 25 ore di terapia totale a settimana (es. 4-5 ore al giorno 5 giorni a settimana), alcune delle quali possono essere sedute con l'assistente del terapeuta, oppure, sedute di gruppo in aggiunta al programma di terapia giornaliero individuale.</p>
TI 4	<p>Livello molto elevato – molto intensivo (es. 2 terapeuti esperti o terapia 1:1 per un totale >30 ore/settimana) Il paziente presenta bisogni terapeutici molto complessi che richiedono la presenza contemporanea di due terapeuti qualificati (con o senza un 3° assistente) – es. per bisogni di mobilizzazione o trasferimenti complessi, gestione di comportamenti indesiderati, ecc. OPPURE richiede un programma molto intensivo (es > 30) ore di terapia totale a settimana.</p>

NECESSITÀ DI AUSILI

- Descrive i requisiti per gli ausili personali

NECESSITÀ DI AUSILI

NECESSITA' DI AUSILI			
Descrive i requisiti per ausili personali			
E 0	Nessun bisogno di ausili speciali	Ausili Speciali di Base:	Ausili Altamente Specializzati:
E 1	Richiede ausili speciali di base (disponibile sul mercato)	<input type="checkbox"/> Sedia a rotelle/seduta per disabili <input type="checkbox"/> Cuscino antidecubito <input type="checkbox"/> Materasso speciale <input type="checkbox"/> Ausili per la postura eretta <input type="checkbox"/> Ortesi <input type="checkbox"/> Altro..... ...	<input type="checkbox"/> Controllo ambientale <input type="checkbox"/> Ausilio per la comunicazione <input type="checkbox"/> Sistema di seduta personalizzata <input type="checkbox"/> Ausilio per mantenere la posizione eretta personalizzato <input type="checkbox"/> Ortesi personalizzata <input type="checkbox"/> Ventilazione assistita <input type="checkbox"/> Altro
E 2	Richiede ausili altamente specializzati es. tecnologia elettronica di supporto o ausili altamente personalizzati, realizzati o adattati specificamente per il singolo paziente		

CURA O RISCHIO: descrive il livello di assistenza necessaria la paziente per la propria cura o per mantenere un'adeguata sicurezza personale.

N.B.: se non sei sicuro sulla risposta da registrare, segna entrambe le opzioni “cura” e “rischio”, ma applica un solo punteggio quello che presenta lo score maggiore tra i due

BISOGNO DI CURE DI BASE E SOSTEGNO

Descrivere il livello approssimativo degli interventi richiesti per garantire le autonomie di base sia in termini di aiuto fisico, sia di supervisione. Per ogni scala cerchiare il massimo livello applicabile.

Ing	
C 0	Ampliamente autosufficiente Gestisce i compiti di cura personale in maniera ampiamente autonoma, può necessitare di assistenza occasionale per iniziare o portare a termine alcune azioni, esempio: applicare/indossare ortesi, legare lacci, ecc.
C 1	Richiede l'aiuto di 1 persona per la maggior parte delle autonomie di base Ad esempio: lavarsi, vestirsi, bisogni corporali, ecc. Occasionalmente può richiedere l'aiuto di una seconda persona: per esempio solo per un'azione specifica come fare il bagno.
C 2	Richiede l'aiuto di 2 persone per la maggior parte delle autonomie di base
C 3	Richiede l'aiuto di 3 o più persone per la maggior parte delle autonomie di base
C 4	Richiede supervisione costante 1:1 , ad esempio per gestire uno stato confusionale e/o per garantire la propria sicurezza.

RISCHIO – LEGATO AI BISOGNI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI

Un'assistenza alternativa principalmente per i pazienti "disabili deambulanti" i quali possono essere capaci di gestire tutti/tutto la maggior parte dei propri bisogni assistenziali di base, ma che presentano qualche rischio di sicurezza personale ad esempio: a causa di confusione, comportamento impulsivo o disturbi neuropsichiatrici.

Include la supervisione per preservare la sicurezza personale o gestire la confusione, ad esempio: in pazienti che hanno la tendenza a vagabondare oppure per gestire i bisogni psichiatrici o di salute mentale.

Ing	
R0	Nessun rischio – capace di mantenere la propria sicurezza personale e di uscire non accompagnato. In grado di badare alla propria sicurezza in qualsiasi momento della giornata.
R1	Basso rischio – precauzioni standard solo per monitorare la sicurezza all'interno di un ambiente strutturato, ma richiede accompagnamento al di fuori del reparto. Mantiene la propria sicurezza all'interno di un ambiente strutturato, richiedendo solamente verifiche routinarie, ma richiede accompagnamento quando si trova all'esterno del reparto.
R2	Rischio medio – misure di sicurezza aggiuntive – può essere gestito sotto il controllo di un servizio di salute mentale. Misure di sicurezza aggiuntive anche all'interno di un ambiente strutturato. Ad esempio: dispositivi di allarme, sistemi di controllo elettronico (ad es. braccialetti di riconoscimento) o monitoraggio superiore allo standard (ad es.: 1 o 2 controlli l'ora). Oppure gestito secondo le regole della legge sulla salute mentale (TSO, ecc.)
R3	Rischio elevato – osservazioni frequenti – può essere anche gestito da un servizio di diagnosi e cura psichiatrico. Richiede osservazioni frequenti, perfino all'interno di un ambiente strutturato; per es.: controlli ogni mezz'ora o ogni ora, oppure supervisione 1:1 per parte/i del giorno/notte.
R4	Rischio molto elevato – richiede una supervisione costante 1:1 Richiede una supervisione costante 1:1



BISOGNI INFERMIERISTICI SPECIALIZZATI

Descrivere il livello dell'intervento infermieristico qualificato di un infermiere competente/qualificato o specializzato.

Ing		
N0	Nessun necessità di cure infermieristiche qualificate – le necessità possono essere soddisfatte dai soli operatori sanitari (OSS).	
N1	Richiede l'intervento di personale infermieristico competente (competenze di base ed esperienza), ad es.: somministrazione di farmaci, medicazioni di ferite/stomie, monitoraggio infermieristico, nutrizione enterale con sondino nasogastrico, infusione endovenosa, ecc.	<p>Spuntare le discipline infermieristiche sottoindicate richieste:</p> <input type="checkbox"/> Personale OSS <input type="checkbox"/> Assistenza Infermieristica di base <input type="checkbox"/> Infermiere addestrato in riabilitazione <input type="checkbox"/> Infermiere addestrato nei programmi di salute mentale <input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica paliativa <input type="checkbox"/> Infermiere specializzato in Neurologia (M. di Parkinson, SM, SLA, ecc.) <input type="checkbox"/> Altro
N2	Richiede l'intervento di personale infermieristico esperto in riabilitazione. Ad es.: nella gestione di programmi di mantenimento della postura, della deambulazione/postura eretta, nell'applicazione di splint, nel supporto psicologico.	
N3	Richiede assistenza infermieristica altamente specializzata , ad esempio per bisogni assistenziali molto complessi, quali: gestione tracheotomie, gestione di alterazioni comportamentali (es.: comportamenti provocatorio-aggressivi) psicosi/bisogni psicologici complessi; bisogni posturali, cognitivi e di comunicazione complessi; stati vegetativi o di coscienza minima, Locked-in sindrome.	
N4	Richiede assistenza infermieristica altamente specializzata (nursing infermieristico di alto livello e monitoraggio intensivo). Ad es.: pazienti clinicamente instabili che richiedono interventi/monitoraggi frequenti (ogni ora o più spesso) da parte di personale infermieristico qualificato (solitamente anche con competenze specifiche nella somministrazione endovenosa di farmaci, ventilazione meccanica, ecc.)	



BISOGNI DI CURE MEDICHE

Descrivere il livello di cura medica richiesta per la gestione di interventi medici/chirurgici

Ing		
M0	Nessun intervento medico attivo Gestibile dal medico di medicina generale per controlli occasionali.	
M1	Indagini/monitoraggi/trattamenti di base Richiede assistenza ospedaliera non acuta, erogabile anche in regime di day hospital riabilitativo o in ospedale di comunità con assistenza medica diurna. Ad es.: richiede solo analisi del sangue/diagnostica per immagini di routine. Il monitoraggio medico può essere attuato 2-3 volte a settimana con visite di reparto + consulenza telefonica se necessario.	Spuntare gli interventi medici richiesti: <input type="checkbox"/> Analisi del sangue <input type="checkbox"/> Diagnostica per immagini (TC/RM) <input type="checkbox"/> altre indagini (definisci il tipo) _____
M2	Interventi medico-specialistici/psichiatrici per procedure di diagnosi e/o trattamento Richiede ricovero ospedaliero per necessità di supervisione medica ed assistenza infermieristica nelle 24 ore. Necessità frequente o imprevista di consulenza medica specializzata, valutazione/trattamento psichiatrico.	
M3	Condizione medica/psichiatrica potenzialmente instabile Richiede copertura medico/psichiatrica continuativa. Paziente potenzialmente instabile: può richiedere interventi a qualsiasi ora (per es.: crisi epilettiche incontrollate, immuno-compromissione, o per aggiustamenti farmacologici/valutazione del rischio di emergenza, ecc.) I bisogni devono essere gestiti in un luogo ove sia presente copertura medico/psichiatrica di emergenza 24 ore su 24.	<input type="checkbox"/> Procedura medica (es.: Tossina Botulinica) (definisci il tipo) _____ <input type="checkbox"/> Opzione specialistica (Disciplina?) _____
M4	Problema acuto medico/chirurgico (o crisi psichiatrica) richiedente intervento di emergenza. Richiede assistenza medico/chirurgica acuta (es.: per infezione, complicazione acuta, cure post-operatorie. Es.: effettivo coinvolgimento dell'assistenza medica (o chirurgica o psichiatrica) 24 ore su 24, pianificato e non pianificato.	<input type="checkbox"/> Argomenti Medico Legali o di capacità di intendere e volere <input type="checkbox"/> Altro _____



BISOGNI TERAPEUTICI

Descrive:

a. il numero delle diverse discipline richieste a fini terapeutici

b. l'intensità del trattamento

include sedute individuali o di gruppo condotte da terapisti, ma NON interventi riabilitativi da parte del personale infermieristico che sono indicati alla voce N2.

Discipline terapeutiche: dichiara il numero delle diverse discipline di trattamento alle quali è richiesto di essere attivamente coinvolte nel trattamento.

Ing				
TD 0	0 - Nessun coinvolgimento di terapisti	Spuntare discipline di trattamento richieste		
TD 1	Solo 1 disciplina	<input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Terapia Occupazionale <input type="checkbox"/> Logopedia <input type="checkbox"/> Dietetica <input type="checkbox"/> Assistenza Sociale <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Psicologia <input type="checkbox"/> Counseling <input type="checkbox"/> Musicoterapia /arteterapia <input type="checkbox"/> Ludoterapia/scuola <input type="checkbox"/> Terapia Ricreativa <input type="checkbox"/> Centro per l'impiego <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Ortesica <input type="checkbox"/> Protesica <input type="checkbox"/> Bioingegneria <input type="checkbox"/> Altro _____
TD 2	2-3 discipline			
TD 3	4-5 discipline			
TD 4	6 o più discipline			



INTENSITÀ TERAPEUTICA

Dichiara l'intensità complessiva dell'intervento terapeutico specializzato richiesto al team nel suo insieme.

Ing	
TI 0	Nessun intervento terapeutico O un totale di input terapeutico inferiore ad 1 ora/settimana - i bisogni riabilitativi sono soddisfatti dallo staff infermieristico/assistenziale o da un programma di esercizi praticati autonomamente.
TI 1	Basso livello – meno di giornaliero (es.: valutazione/revisione/mantenimento/supervisione). O solamente sedute di terapia di gruppo (es.: il paziente non riceve sessioni di terapia quotidiana (o ha >1 ora di terapia al giorno). Questo solitamente significa che: a.essi presentano principalmente bisogni di assistenza infermieristica o trattamento medico; o b.partecipano a programmi a bassa intensità o di gruppo; o c.sono in una fase di riduzione del programma in preparazione alla dimissione
TI 2	Livello medio - frequenza giornaliera: sedute individuali con un solo terapeuta per la maggior parte delle sedute O programma di gruppo molto intenso \geq 3 ore al giorno Es.: il paziente può essere trattato da diversi terapisti (si veda TD), ma sempre da un solo terapeuta alla volta. Questi pazienti normalmente sono sottoposti a quotidiane sessioni di terapia, per 5 giorni alla settimana, per un totale di 2-3 ore al giorno (alcune delle quali possono essere periodi di auto-esercizio svolto con supervisione a distanza, se vi è la capacità). In alternativa ricevono sedute di terapia di gruppo con un regime molto intenso (>3 ore al giorno).
TI 3	Alto livello – intervento quotidiano con terapeuta PIÙ assistente e/o sedute di gruppo aggiuntive Il paziente richiede un secondo paio di mani per alcune sessioni di trattamento, per alcuni trattamenti (es.: mobilizzazioni o trasferimenti), per cui viene trattato da un terapeuta con assistente (che può essere non qualificato). <u>OPPURE</u> richiede un programma intensivo \geq 25 ore di terapia totale la settimana (es.: 4-5 ore al giorno per 5 giorni a settimana), alcune delle quali possono essere sedute con l'assistente del terapeuta, oppure, sedute di gruppo in aggiunta al programma di terapia giornaliera individuale.
TI 4	Livello molto elevato – molto intensivo (es.: 2 terapisti esperti o terapia 1:1 per un totale superiore a 30 ore/settimana) Il paziente presenta bisogni terapeutici molto complessi che richiedono la presenza contemporanea di due terapisti qualificati (con o senza un 3° assistente) - es.: per bisogni di mobilizzazione o trasferimenti complessi, gestione di comportamenti indesiderati, ecc. OPPURE richiede un programma molto intensivo (es.: >30 ore di terapia la settimana)



NECESSITÀ DI AUSILI

Descrivere i requisiti per ausili personali.

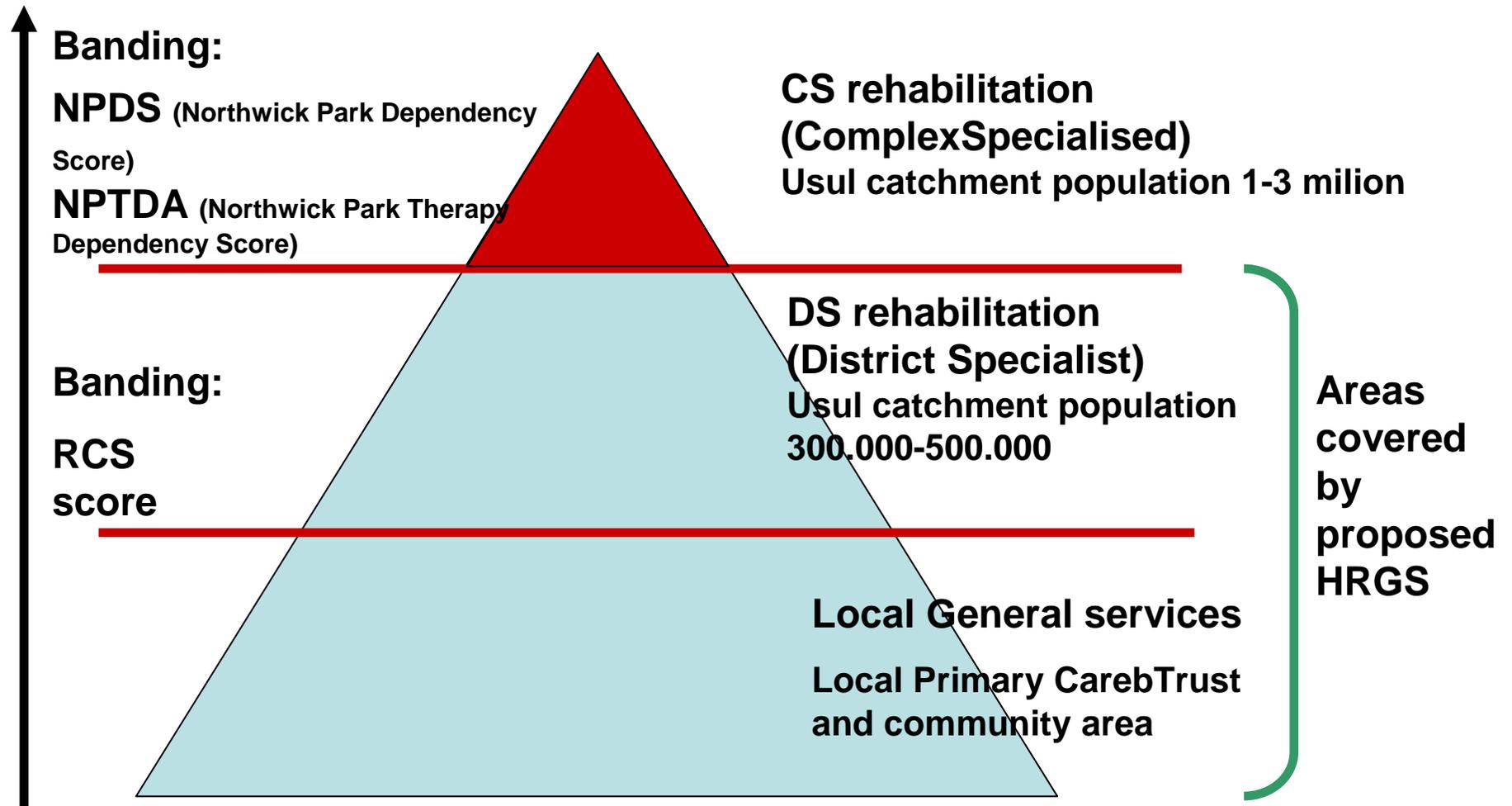
Ing			
E 0	Nessun bisogno di ausili speciali	AUSILI SPECIALI DI BASE <input type="checkbox"/> Sedia a rotelle/seduta per disabili <input type="checkbox"/> Cuscino antidecubito <input type="checkbox"/> Materasso speciale <input type="checkbox"/> Ausili per la postura eretta <input type="checkbox"/> Ortesi <input type="checkbox"/> Altro _____	AUSILI ALTAMENTE SPECIALIZZATI <input type="checkbox"/> Controllo ambientale <input type="checkbox"/> Ausilio per la comunicazione <input type="checkbox"/> Sistema di seduta personalizzata <input type="checkbox"/> Ausilio per mantenere la stazione eretta personalizzato <input type="checkbox"/> Ortesi personalizzata <input type="checkbox"/> Ventilazione assistita <input type="checkbox"/> Altro _____
E 1	Richiede ausili speciali di base (disponibili sul mercato)		
E 2	Richiede ausili altamente specializzati Es.: tecnologia elettronica di supporto o ausili altamente personalizzati realizzati o adattati specificatamente per il singolo paziente.		

Banding for different levels of complexity in rehabilitation.

The version 4.0 health resource groups (HRGs) exclude complex specialised (CS) rehabilitation services. Nevertheless they cover a wide range of complexity with wide cost variations. The Rehabilitation Complexity Scale (RCS) may potentially be used for banding tariffs in the low-medium complexity range, and for identifying those services which carry a highly complex caseload. complex cases.

Complexity of need

Level of service specialisation



PUNTEGGI RCS E APPROPRIATEZZA DEL SETTING RIABILITATIVO

RCS (0-15)	RCS-E (0-22)	Setting
< 6	<9	DH, Amb, RSA, ADI
6-7	9-11	Estensiva
8-10	12-15	Intensiva
11-15	16-22	Alta Intensità

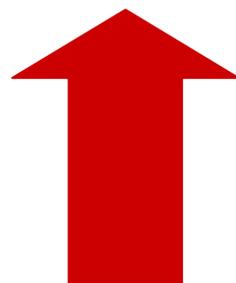


Figure 1. The rehabilitation pathway following major illness or injury. Following major injury or illness, the majority of patients will progress satisfactorily along the pathway to recovery with the support of the local non-specialist (Level 3) services. However, a small number will have more complex needs requiring rehabilitation in specialist (Level 1 or 2) units

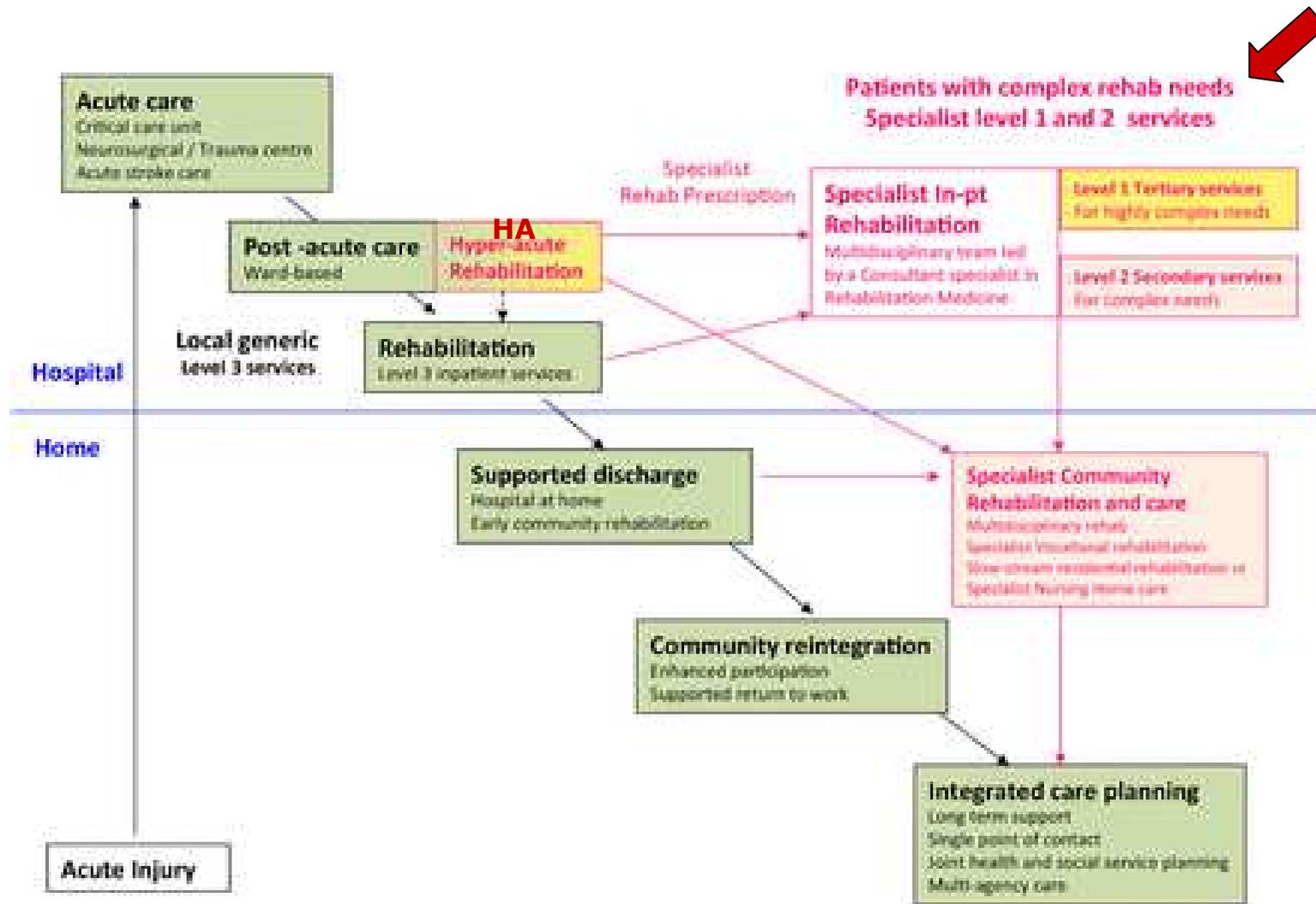
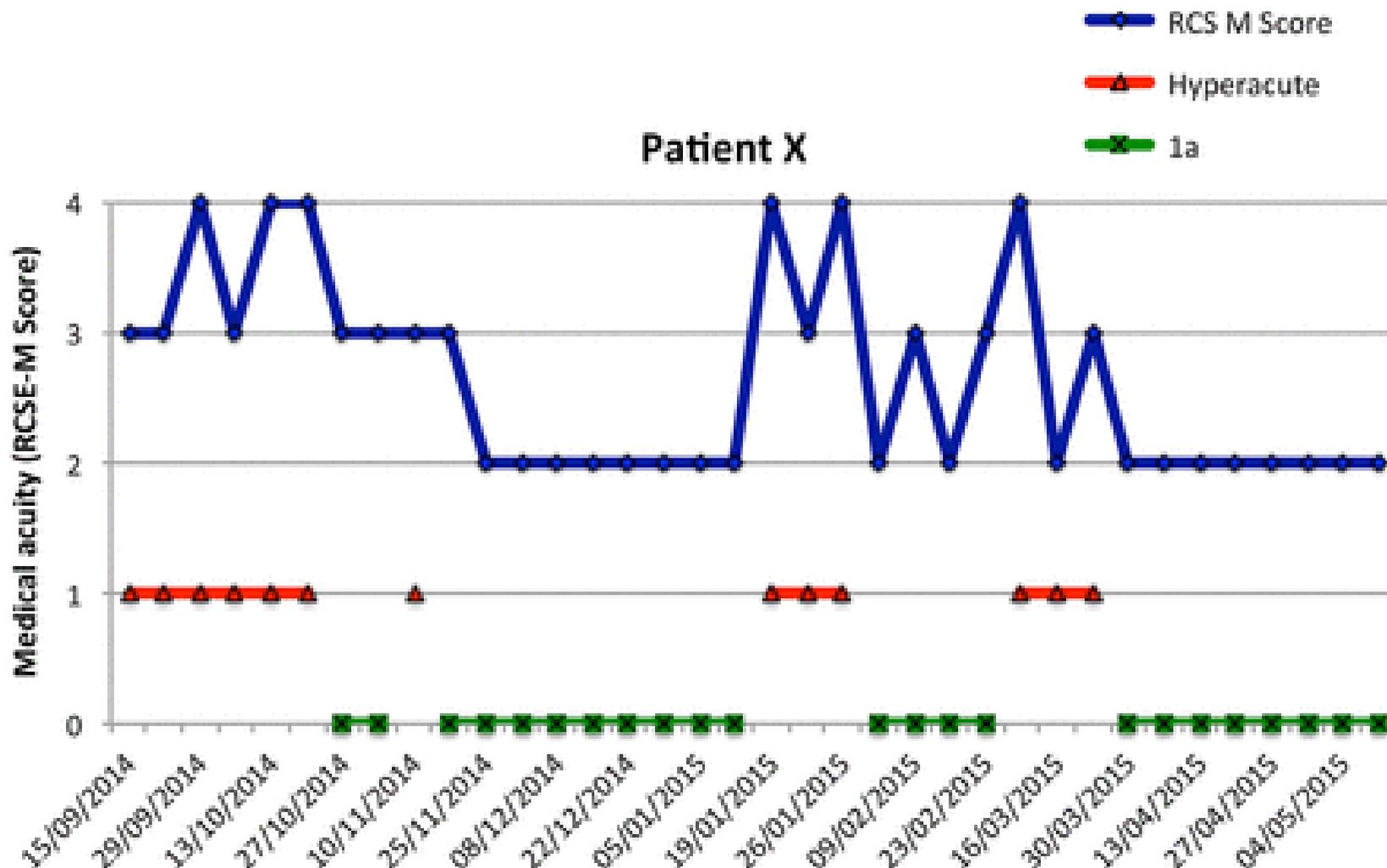


Figure 2. RCSE-M scores and serial allocation between HA and Level 1a beds.
 The figure illustrates the serial RCS-M sores recorded for a single patient over the course of his stay on the London unit. Of his total length of stay (256 days), 165 days were allocated to the Level1a bed-day activity and 91 days to the HA (Hyperacute rehabilitation) activity in four discrete periods, without having to relocate the patient or interrupt his rehabilitation programme



(Turner-Stokes L et al, BMJ Open, 2016)



Barthel Index based on dyspnea

Development of a Barthel Index based on dyspnea for patients with respiratory diseases

- ❑ The patient was holding a summary of the five options of severity of dyspnea, but he had no feedback about the content of the questions posed by the operator.
- ❑ The operator read the following questions to the patient and then filled out the proper score from their responses:
 - ❑ "What is the degree of dyspnea during the course of your grooming-personal hygiene (washing your face, hair, teeth, shaving)?"
 - ❑ "What is the degree of dyspnea when bathing?"
 - ❑ "What is the degree of dyspnea when feeding-eating?"

(Vitacca et al, [Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2016; 11: 1199–1206](#))



Barthel Index based on dyspnea

- ❑ "How is the degree of dyspnea when using the toilet (get up and sit by the water, undress and get dressed to go to the toilet)?"
- ❑ "What is the degree of dyspnea when going up or down a flight of stairs?"
- ❑ "What is the degree of dyspnea when dressing, including socks and shoes?"
- ❑ "What is the degree of dyspnea when you must urinate?"
- ❑ "What is the degree of dyspnea when you must defecate?"
- ❑ "What is the degree of dyspnea when you walk at your own pace (more than 50 m)?"
- ❑ b. "What is the degree of dyspnea in case you need to use the wheelchair to get around for more than 50 m?"
- ❑ "What is the degree of dyspnea when you are performing transfers, such as from bed to chair or vice versa?"

(Vitacca et al, Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2016; 11: 1199–1206)



Barthel Index based on dyspnea

- ❑ "How is the degree of dyspnea when using the toilet (get up and sit by the water, undress and get dressed to go to the toilet)?"
- ❑ "What is the degree of dyspnea when going up or down a flight of stairs?"
- ❑ "What is the degree of dyspnea when dressing, including socks and shoes?"
- ❑ "What is the degree of dyspnea when you must urinate?"
- ❑ "What is the degree of dyspnea when you must defecate?"
- ❑ "What is the degree of dyspnea when you walk at your own pace (more than 50 m)?"
- ❑ b. "What is the degree of dyspnea in case you need to use the wheelchair to get around for more than 50 m?"
- ❑ "What is the degree of dyspnea when you are performing transfers, such as from bed to chair or vice versa?"

(Vitacca et al, Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2016; 11: 1199–1206)



Barthel Index-Dyspnea

Items	Assessment				
	0	1	2	3	4
Options	0	1	2	3	4
Grooming	0	1	3	4	5
Bathing	0	1	3	4	5
Feeding	0	2	5	8	10
Toilet use	0	2	5	8	10
Stairs	0	2	5	8	10
Dressing	0	2	5	8	10
Bowels	0	2	5	8	10
Bladder	0	2	5	8	10
Mobility	0	3	8	12	15
Wheelchair*	0	1	3	4	5
Transfers (bed to chair and back)*	0	3	8	12	15

Notes:

*Not to be filled in if the patient is able to walk.

Answer options:

0= no sign of dyspnea during execution of ADLs;

1= slight dyspnea that does not prevent or slow down execution of ADLs;

2= moderate dyspnea, which can slow down ADLs;

3= severe dyspnea, which can greatly slow down ADLs;

4= extremely severe level of dyspnea, such as to preclude or reduce that activity

(Vitacca et al, Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2016; 11: 1199–1206)



DYSPNEA MEDICAL RESEARCH COUNCIL SCALE (MRC)

(Fletcher et al., 1959)

- 1. mi manca il fiato solo negli sforzi intensi**
- 2. mi manca il fiato se corro sul piano o faccio una leggera salita**
- 3. cammino più lentamente in piano rispetto alle persone coetanee e mi devo fermare**
- 4. mi devo fermare dopo aver camminato in piano per circa 100 metri**
- 5. mi manca il fiato anche quando mi vesto e mi lavo**



SCALA CR 10 DI PERCEZIONE DELLO SFORZO DI G. BORG

(CR 10- Category-Ratio anchored at the number 10, 1981)

- 0** = assolutamente niente "no P"
- 0,3**
- 0,5** = estremamente debole, appena percettibile
- 1** = molto debole
- 1,5**
- 2** = debole leggero
- 2,5**
- 3** = moderato
- 4**
- 5** = forte, pesante
- 6**
- 7** = molto forte
- 8**
- 9**
- 10** = estremamente forte, "max P"*
- 11** = massimo assoluto, il più alto possibile

**max P 0 massimo sforzo precedentemente sperimentato*



OSPEDALE DI MEDICINA RIABILITATIVA "SAN GIORGIO"
Centro "HUB" Regionale per la Riabilitazione delle Gravi Cerebrolesioni



Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitativa

Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara



Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitativa; Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione, Ospedale di Medicina Riabilitativa "S. Giorgio", AOUFE, 2018

