



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

Regione Toscana



Workshop

**I percorsi di riabilitazione in Toscana:
stato dell'arte degli strumenti per la governance**

Firenze, 19 giugno 2015

Il protocollo di monitoraggio

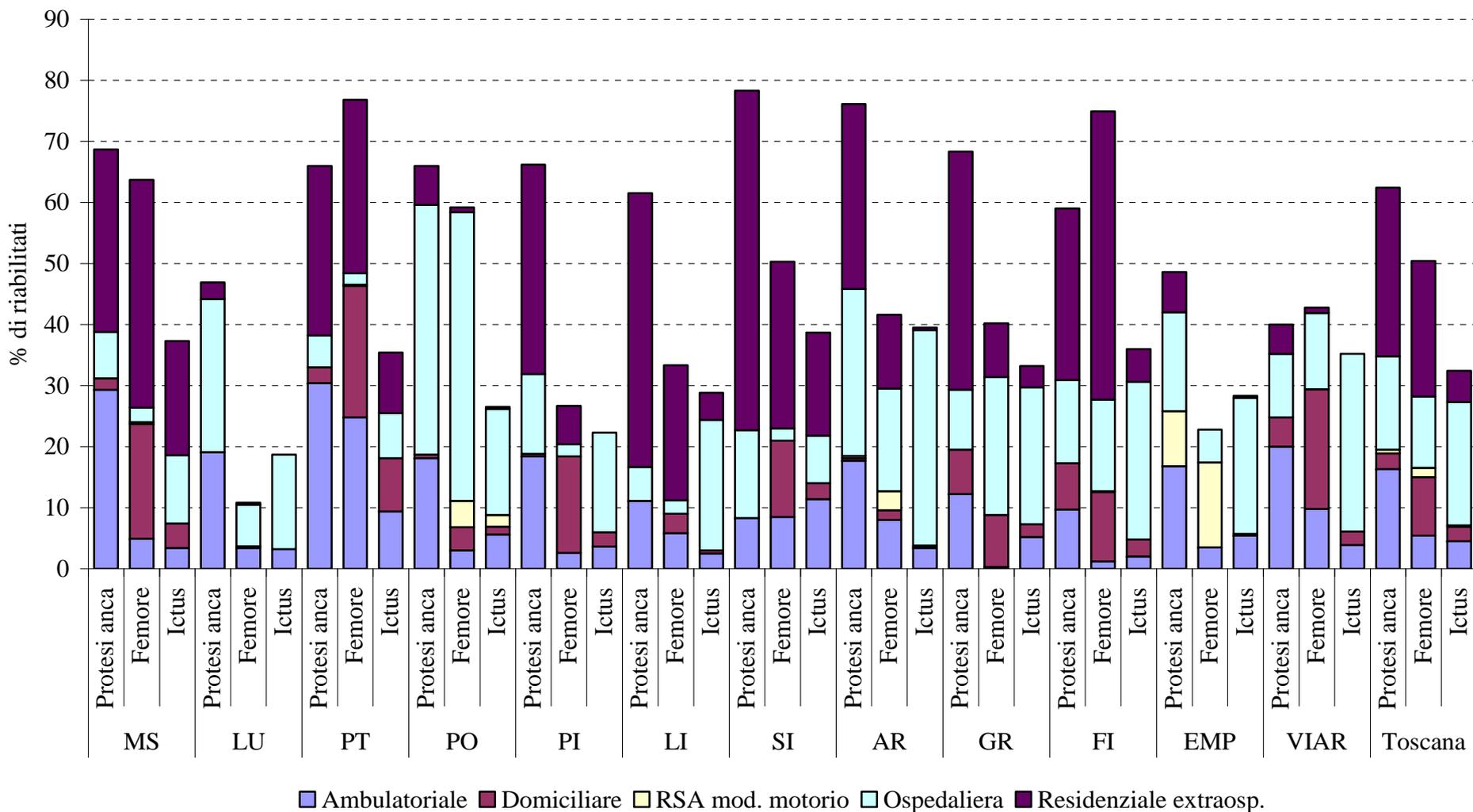
Introduzione

paolo.francesconi@ars.toscana.it

Agenzia regionale di sanità della Toscana

www.ars.toscana.it

% di riabilitati a 28gg per setting assistenziale e AUSL, anno2014 - Fonte: ARS



■ Ambulatoriale ■ Domiciliare ■ RSA mod. motorio ■ Ospedaliera ■ Residenziale extraosp.

Piano d'indirizzo per la riabilitazione

approvato da conferenza stato-regioni febbraio 2011

recepito da RT con DGR 300/2012

a) Governo clinico

Il Governo Clinico integrato è un approccio globale alla gestione dei servizi sanitari che pone al centro i bisogni delle persone. Fare la cosa giusta, al momento giusto, nel posto giusto rappresentano la sintesi del concetto di qualità tecnica. A tal fine vengono impiegate metodologie e strumenti quali le linee guida ed i profili di assistenza basati su prove di efficacia, la gestione del rischio clinico, i sistemi informativi costruiti a partire dalla cartella clinica integrata (informatizzata), la valorizzazione del personale e la relativa formazione, l'integrazione disciplinare e multiprofessionale, la valutazione sistematica delle performance del processo (*output*) per introdurre innovazioni appropriate ed il coinvolgimento di tutti i soggetti, le associazioni di volontariato e la comunità.



Delibera

N 677

del 30-07-2012

Proponente

LUIGI MARRONI

DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità'/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile ANDREA LETO

Estensore MARCO TAGLIAFERRI

Oggetto

Sviluppo della rete integrata dei servizi di riabilitazione: approvazione linee di indirizzo regionali per i setting di riabilitazione ortopedica in fase di post-acuzie

Allegato A

Linee di indirizzo per i setting di riabilitazione ortopedica in fase di post-acuzie



Condizione clinica	Fattori clinici che influenzano il percorso	Fattori funzionali che influenzano il percorso	Fattori sociali che influenzano il percorso	Percorso	Durata Indicativa	% stimata
Protesi elettiva di ginocchio o anca	Instabilità clinica (vedi CIRS)			cod 56	15 giorni	1-10%
	Demenza grave (MMSE<10)			counseling riabilitativo	max 3 sedute con cadenza settimanale	1%
		Barthel preintervento < 75		ex art 26 residenziale	15 giorni	1- 20%
			paziente solo o con sostegno non idoneo e/o con condizione abitativa inadeguata	ex art 26 o modulo riabilitativo RSA con garanzia standard riabilitativi	15 giorni	24%
				Riabilitazione territoriale (domiciliare e/o ambulatoriale)	15 sedute per ginocchio, 10 sedute per anca	55%



Condizione clinica	Fattori clinici che influenzano il percorso	Fattori funzionali che influenzano il percorso	Fattori sociali che influenzano il percorso	Percorso	Durata indicativa	% stimata
Frattura Femore con carico non concesso				counseling riabilitativo	max 3 sedute con cadenza settimanale	5%
	Instabilità clinica (vedi CIRS)			Low care	30 giorni	5%
			paziente solo o con sostegno non idoneo e/o con condizione abitativa inadeguata	RSA/cure intermedie	30 giorni	5%
Frattura Femore con carico concesso				Riabilitazione territoriale (domiciliare e/o ambulatoriale) in continuità con ospedale per acuti	24 sedute	25%
			paziente solo o con sostegno non idoneo e/o con condizione abitativa inadeguata	ex art 26 o modulo riabilitativo RSA con garanzia standard riabilitativi	21 giorni	20%
		disabilità grave anamnestica (Barthel pre evento < 50)		counseling riabilitativo	max 3 sedute con cadenza settimanale	2%
		disabilità anamnestica moderata (Barthel pre evento >50 e < 75)		Riabilitazione residenziale ex art 26	21 giorni	15%
		instabilità clinica (vedi CIRS)		cod 56	21 giorni	22%
		demenza grave (MMSE < 10)			counseling riabilitativo	max 3 sedute con cadenza settimanale





Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

UFFICIO X

**METODOLOGIA PER LA DEFINIZIONE
DEI CRITERI/PARAMETRI DI APPROPRIATEZZA ED
EFFICIENZA DEI RICOVERI
DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA**

SINTESI

FEBBRAIO 2013

La **potenziale inappropriata clinica** nei ricoveri preceduti da evento acuto viene valutata sia considerando la coerenza tra evento di riabilitazione e tipologia di evento acuto precedente (*criterio della correlazione clinica*) sia considerando le giornate intercorse tra la dimissione dall'evento acuto e l'ammissione in riabilitazione (*criterio della distanza temporale*);

La **potenziale inappropriata organizzativa** è analizzata rispetto alla durata di degenza del ricovero riabilitativo (*criterio dell'intervallo temporale*), definendo un **limite minimo di giornate di degenza**, al di sotto del quale si determina un'area di *potenziale inappropriata*.

La **potenziale inefficienza** è analizzata rispetto alla durata di degenza del ricovero riabilitativo (*criterio dell'intervallo temporale*), definendo un **limite massimo di giornate di degenza**



Consiglio Sanitario Regionale Regione Toscana

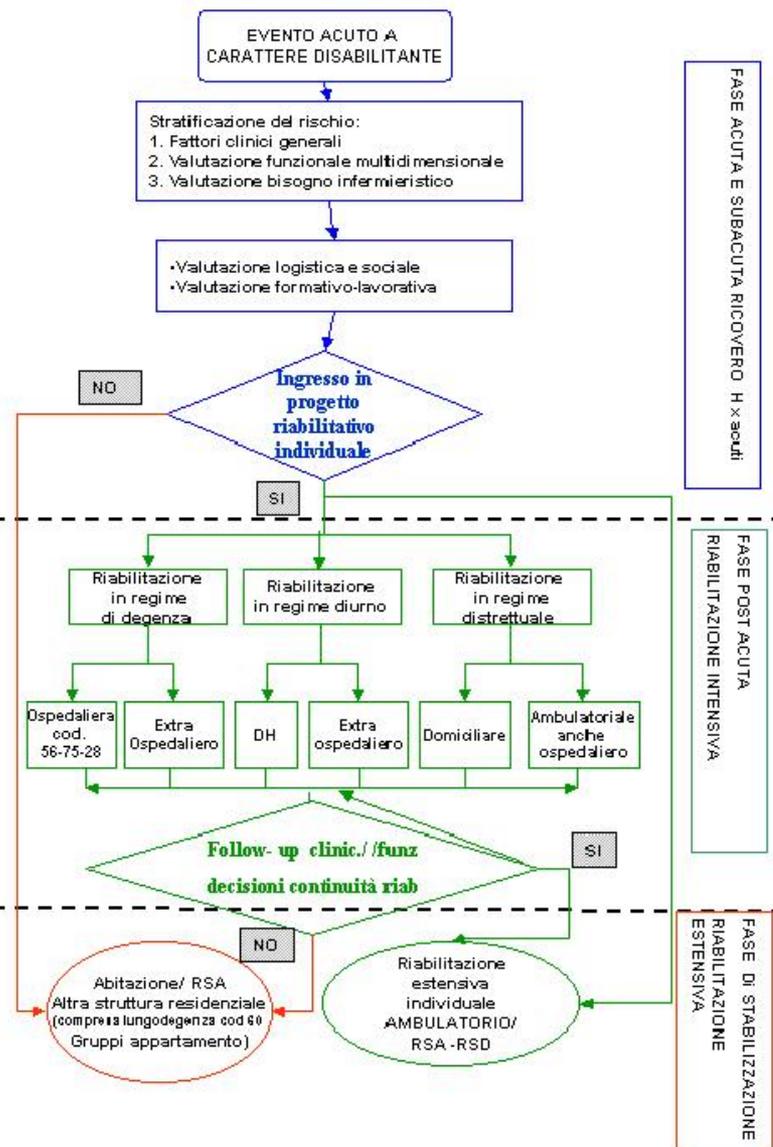


Documento Regionale di indirizzo sui Percorsi Riabilitativi

Giugno 2013

Percorsi riabilitativi in regime di ricovero intensivo ordinario ed intensivo ed estensivo territoriale

Diagramma di flusso dei percorsi assistenziali e riabilitativi



Patto per la salute 2014-16

approvato luglio 2014

3. In coerenza e a sviluppo di quanto previsto dal Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del 10 febbraio 2011, e in linea con i principi di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera contenuti nel suddetto Piano, si conviene sulla necessità di definire entro sei mesi dalla stipula del presente Patto, un documento di indirizzo che individui criteri di appropriatezza di utilizzo dei vari setting riabilitativi, per garantire alla persona con disabilità un percorso riabilitativo integrato all'interno della rete riabilitativa.



Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012 – 2015

(deliberazione consiglio regionale novembre 2014)

2.3.4.3. La riabilitazione: dal totale recupero della funzionalità alla valorizzazione dell'autonomia residua

Azioni

Definizione del percorso riabilitativo

appropriatezza organizzativa: le condizioni di instabilità clinica, modificabilità funzionale e necessità di supporto assistenziale del bisogno espresso definiscono il setting di intervento ritenuto necessario per lo specifico progetto riabilitativo individuale

Realizzazione della rete integrata dei servizi di riabilitazione tramite il Governo Clinico

Il Governo Clinico integrato è un metodo gestionale dei servizi sanitari che pone al centro i bisogni delle persone e la continuità terapeutica. L'uso corretto delle risorse impone una organizzazione strutturata a rete dell'offerta riabilitativa, quanto più omogenea possibile sul territorio regionale, una definizione chiara e precisa dei criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione, una precisa mappatura dei soggetti erogatori.



Con i dati del Sistema Informativo Sanitario Regionale, **possiamo:**

misurare la percentuale di assistiti che,
per esempio dopo un ictus,
accedono a servizi di riabilitazione,
per area di residenza,
azienda di erogazione e
setting assistenziale



Con i dati del Sistema Informativo Sanitario Regionale, **non possiamo:**

esprimere giudizi di **appropriatezza clinica**

(chi ne aveva bisogno, è stato riabilitato ?) e

appropriatezza organizzativa

(chi è stato riabilitato, è stato riabilitato nel setting più appropriato ?)

perché non abbiamo dati sulle caratteristiche dei pazienti che ne determinano

l'eligibilità alle cure riabilitative (deficit funzionale e potenzialità di ricupero) e

l'indicazione al setting più appropriato (condizioni cliniche e sociali)

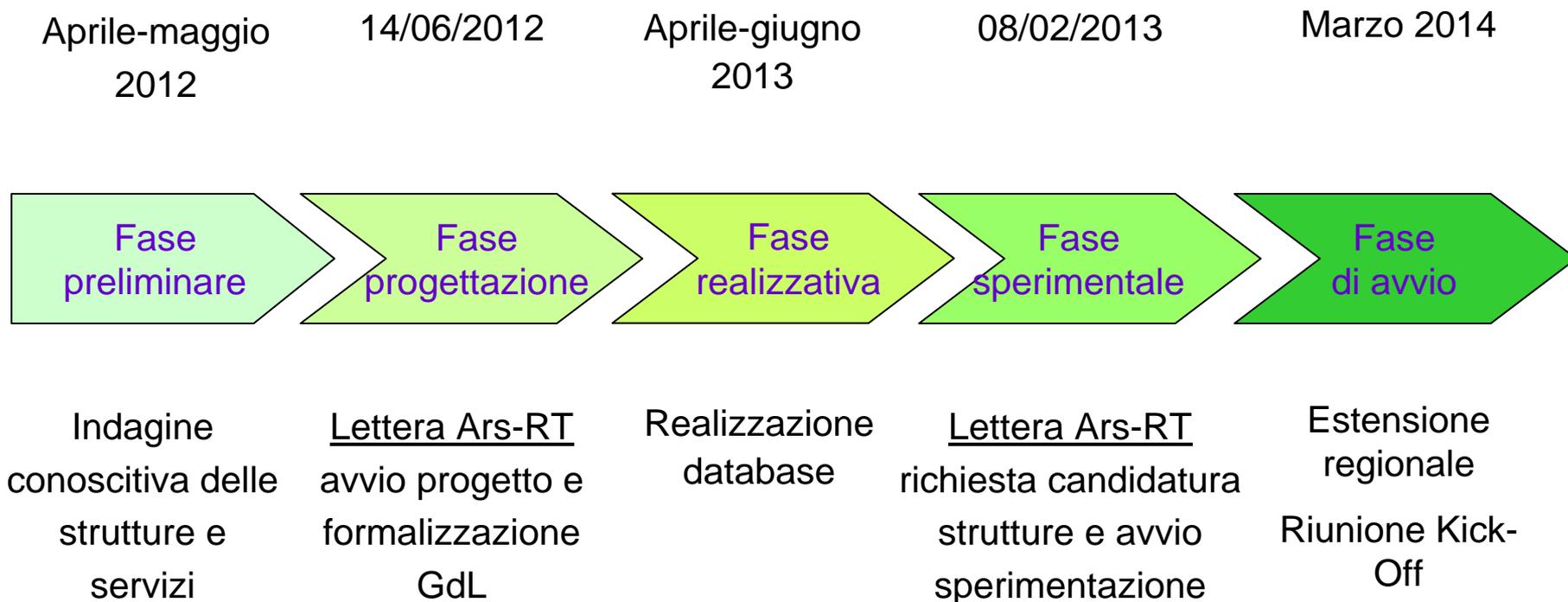


“Protocollo toscano per il monitoraggio dei percorsi di riabilitazione per il governo dei servizi”

- Obiettivo: integrare i flussi esistenti (SDO e SPR) con altri dati al fine di
- valutare se l'offerta riabilitativa copre il bisogno e quanto l'offerta sia appropriata alle necessità della domanda;
- facilitare il governo dei servizi e riorganizzare le risorse.

... un po' di storia

CRONOGRAMMA



Protocollo ...

Percorsi assistenziali in osservazione

ictus
frattura di femore (età > 65aa)
protesi anca e ginocchio
politrauma (GCA e trauma)

Fasi dei percorsi in osservazione

fase acuta (rilevazione retrospettiva dati reparto per acuti)
periodo osservazione 1 (dalla dimissione dal reparto per acuti a 6 mesi dall'evento)
periodo osservazione 2 (fino a 24 mesi)

Nodi della rete riabilitativa: strutture dotate di PRI

Ospedale: cod 56, 75, 60

Territorio: ex. art 26

Rilevazione dati ... quali

Tre sezioni

Anagrafica

dati anagrafici
patologia
1° nodo

Reparti Per Acuti

valutazione in dimissione
setting indicato
segnalazione PUA
avvio riabilitazione

Nodi di Riabilitazione

data e modalità di accesso
rete sociale
scale di valutazione ammissione/dimissione

NODI di RIABILITAZIONE

Data ammissione/inizio presa in carico: _____

Modalità di accesso: in continuità con reparto per acuti/ discontinuità programmata/
discontinuità

Se in continuità specificare: Neurochirurgia /Terapia intensiva o Altro (solo GCA)

Rete sociale è

- Capace di fornire assistenza
- Parzialmente capace/collaborante nella cura del paziente, necessità di sostegno
- Incapace/non collaborante nella cura del paziente
- Paziente senza famiglia

Segnalazione PUA/sistema continuità assistenziale alla dimissione: si/no

Data segnalazione: _____

SCALE DI VALUTAZIONE:



scale di
valutazione
ammissione
/dimissione
(versione
“provvisoria”)

Scala/area di valutazione	Ammissione	Dimissione
Rankin (<i>Ictus</i>)	0-5	0-5
Barthel	0-100 (versione semplificata)	0-100 (versione semplificata)
CIRS: numero item con punteggio superiore o uguale a 3 (cod 56 ed ex art 26 resid.)	0-14	0-14
CIRS: numero item con punteggio superiore o uguale a 4 (cod 56 ed ex art 26 resid.)	0-14	0-14
CIRS: Instabilità clinica (ex art 26 amb. E domiciliare.)	Si/No	Si/No
LCF (GCA in nodo cod. 75)	0-8	0-8
FAC (Frattura Femore con concessione carico, protesi anca e ginocchio)	0-5	0-5
FIM	0-126	0-126
SPPB (escl. Frattura Femore senza concessione carico)		0-12
Decadimento Cognitivo	grave/medio/lieve	grave/medio/lieve
Comportamento	0-10 (scheda UVM DHS-HC)	0-10 (scheda UVM)
Comunicazione	2-14	2-14
Area sensoriale	1. Non presenta deficit rilevanti 2. Presenta alcuni deficit correggibili 3. Cecità o sordità completa	1. Non presenta deficit rilevanti 2. Presenta alcuni deficit correggibili 3. Cecità o sordità completa
Bisogni internistico/ assistenziali	[Si/No] 1. Alimentazione parenterale 2. SNG/PEG 3. Tracheostomia 4. Respiratorie/Ventilazione Assistita 5. Ossigenoterapia 6. Dialisi 7. Ulcere da decubito	[Si/No] 1. Alimentazione parenterale 2. SNG/PEG 3. Tracheostomia 4. Respiratorie/Ventilazione Assistita 5. Ossigenoterapia 6. Dialisi 7. Ulcere da decubito
Assistenza	<input type="checkbox"/> Non necessita di cure mediche (1) <input type="checkbox"/> Necessita di cure mediche e/o infermieristiche saltuariamente (2) <input type="checkbox"/> Necessita di cure mediche e/o infermieristiche due volte a settimana (3) <input type="checkbox"/> Necessita di cure mediche e/o infermieristiche quotidianamente (4)	<input type="checkbox"/> Non necessita di cure mediche (1) <input type="checkbox"/> Necessita di cure mediche e/o infermieristiche saltuariamente (2) <input type="checkbox"/> Necessita di cure mediche e/o infermieristiche due volte a settimana (3) <input type="checkbox"/> Necessita di cure mediche e/o infermieristiche quotidianamente (4)

scale di valutazione ammissione/dimissione

Scala/area di valutazione	Ammissione	Dimissione
Rankin (<i>Ictus</i>)	0-5	0-5
Barthel	0-100 (versione semplificata)	0-100 (versione semplificata)
CIRS - comorbidità: numero item con punteggio superiore o uguale a 3 (escl amb/dom)	0-14	
CIRS - severità: media punteggi 13 categorie (escl amb/dom)	0-4	
Scala SIC - Bernardini 2004	0-5	
LCF (<i>GCA in nodo cod. 75</i>)	0-8	0-8
Decadimento Cognitivo (<i>esclusa GCA cod 75</i>)	grave/medio/lieve-assente	grave/medio/lieve-assente
Comportamento	0-10 (scheda UVM DHS-HC)	0-10 (scheda UVM)
Comunicazione	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non presenta deficit rilevanti 2. Presenta alcuni deficit correggibili 3. Incapacità a comunicare 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non presenta deficit rilevanti 2. Presenta alcuni deficit correggibili 3. Incapacità a comunicare
Area sensoriale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non presenta deficit rilevanti 2. Presenta alcuni deficit correggibili 3. Cecità o sordità completa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non presenta deficit rilevanti 2. Presenta alcuni deficit correggibili 3. Cecità o sordità completa
Bisogni assistenziali	<p>[Si/No]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alimentazione parenterale 2. SNG/PEG 3. Tracheostomia 4. Respiratorie/Ventilazione Assistita 5. Ossigenoterapia 6. Dialisi 7. Ulcere da decubito 	<p>[Si/No]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alimentazione parenterale 2. SNG/PEG 3. Tracheostomia 4. Respiratorie/Ventilazione Assistita 5. Ossigenoterapia 6. Dialisi 7. Ulcere da decubito



ARS TOSCANA

agenzia regionale di sanità
www.ars.toscana.it

Scala di instabilità clinica (SIC)

0. **Stabile**: Con problemi clinici che necessitano di un monitoraggio medico-infermieristico e/o strumentale (M-MI/S) *programmabile*, anche circa-bisettimanale
1. **Moderatamente stabile**: Con problemi clinici che necessitano di un M-MI/S *programmabile* una o più volte/settimana ma non quotidiano
2. **Moderatamente instabile**: Con problemi clinici che necessitano di un M-MI/S routinario una volta al giorno
3. **Instabile**: Con problemi clinici che necessitano di M-MI/S semi-intensivo quotidiano (almeno un altro accesso oltre a quello previsto di routine)
4. **Altamente instabile**: Con problemi clinici che necessitano di M-MI/S intensivo pluriquotidiano (almeno due altri accessi oltre a quello previsto di routine)

* Monitoraggio medico-infermieristico e/o strumentale significa: visita medica completa o valutazione attenta "problema orientata" e/o esami di laboratorio e/o strumentali.

NSIS

- Sistema con contenuti informativi in linea con i contenuti informativi previsti dal flusso informativo “prestazioni di riabilitazione territoriale” del gruppo di lavoro NSIS



Studio di Fattibilità per la raccolta di informazioni relative alle prestazioni di riabilitazione territoriale

4° incontro del Gruppo di Lavoro

Patto per la Salute 2014-2016

Sistema informativo sulle prestazioni delle strutture territoriali della riabilitazione

22. La Cabina di regia del NSIS, ai sensi dell'articolo 3 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, determina le modalità e i tempi di realizzazione, i contenuti informativi e il periodico aggiornamento del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni di riabilitazione effettuate in strutture territoriali, comprese le strutture ex articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).



Il set informativo raccolto

Evento: Presa in carico e classificazione iniziale

CLASSIFICAZIONE INIZIALE

Campo	Descrizione	Informazioni di dominio
Vita quotidiana	Indica il livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana ((alimentazione, igiene personale, vestirsi, uso bagno)	1. Autonomo 2. Parzialmente dipendente 3. Totalmente dipendente
Mobilità	Indica il livello di autonomia dell'assistito nell'area di mobilità.	1. Si sposta da solo 2. Si sposta assistito 3. Non si sposta
Cognitività	Identifica l'entità dei disturbi cognitivi (disturbi della memoria, orientamento, attenzione) eventualmente presenti.	1. Disturbi assenti 2. Disturbi moderati 3. Disturbi gravi
Comportamento	Individua l'entità dei disturbi comportamentali eventualmente presenti.	1. Disturbi assenti 2. Disturbi moderati 3. Disturbi gravi
Comunicazione	Identifica l'entità dei disturbi relativa all'area della comunicazione (comprendere/esprimersi)	1. Disturbi assenti 2. Disturbi moderati 3. Disturbi gravi
Area sensoriale	Identifica la presenza di deficit di tipo sensoriale	1. Deficit assenti 2. Deficit moderati 3. Deficit gravi



Il set informativo raccolto

Evento: Presa in carico e classificazione iniziale

CLASSIFICAZIONE INIZIALE

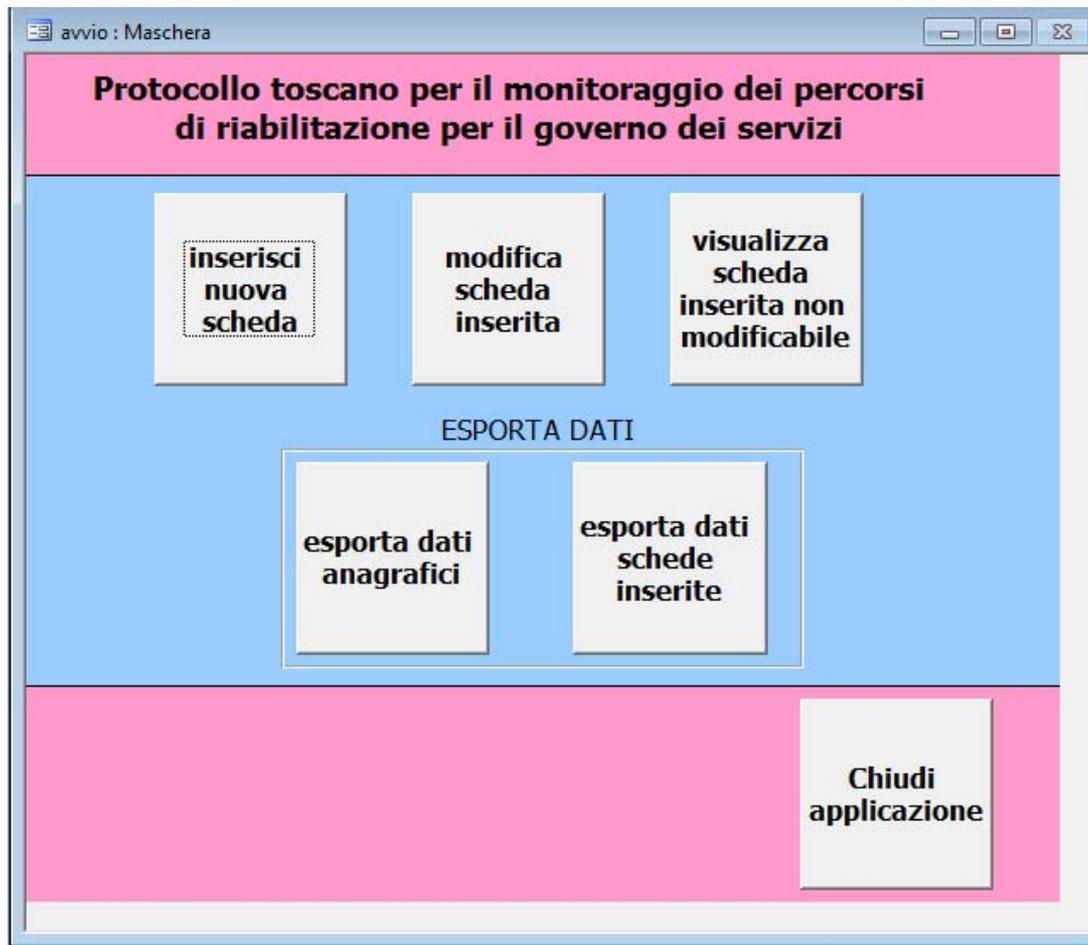
Campo	Descrizione	Informazioni di dominio
Bisogni internistico/assistenziali	Identifica i bisogni internistico/assistenziali che caratterizzano la presa in carico	1. Alimentazione parenterale 2. SNG/PEG 3. Tracheostomia 4. Respiratorie/Ventilazione Assistita 5. Ossigenoterapia 6. Dialisi 7. Ulcere da decubito
Supporto sociale	Indica l'eventuale presenza del supporto delle reti formali ed informali	1. Presenza 2. Parziale/temporanea 3. Assenza



Registrazione dati ... come

Applicativo locale per ciascun nodo fornito da Ars

Tecnologia: *Microsoft Access* compatibile con sistemi *open office*



Dai dati ... alle informazioni

Elaborazione dati

- Report predefinito sui dati raccolti, per singola Asl/AO
- Integrazione dei dati intra-asl e con flussi sanitari correnti (*record linkage* con chiave identificativo universale)
- Calcolo indicatori (copertura, appropriatezza di percorso ed esito) per presidio e area di residenza, per singola Asl/AO e a livello regionale (benchmarking inter-aziendale)

Gli indicatori

- Copertura del bisogno
 - Percentuale di pazienti eligibili riabilitati (previa estensione raccolta dati ai reparti per acuti e data linkage con flussi informativi correnti)
- Appropriatazza organizzativa
 - Percentuale di pazienti riabilitati in un determinato setting eligibili per quel setting
 - Percentuale di pazienti riabilitati eligibili per un determinato setting riabilitati in quel setting
- Esito
 - Recupero funzionale

Ad oggi, quindi, abbiamo definito:

- il set minimo di scale di valutazione da utilizzare / set minimo di dati da trasmettere (*in coerenza con sviluppi NSIS*)
- un sistema (provvisorio) per la registrazione e la trasmissione dei dati
- un primo set di indicatori di appropriatezza e di esito da calcolare

Abbiamo anche sperimentato la produzione di un primo set di indicatori (*sulla base dei dati raccolti con il set “provvisorio” di schede di valutazione*)

Gruppo di lavoro

Elena Fiaschi, Laura Lorenzini (Asl 1)

Ivano Maci (Asl2)

Laura Restano Magazzini, Franco Giuntoli (Asl3)

Bruna Lombardi (Asl 4)

Cristina Laddaga (Asl 5)

Gabriele Gazzarri, Roberto Poggi (Asl 6)

Antonella Lorenzoni, Nicola Lorenzetti (Asl 7)

Daniela Corsi, Lucia Lenzi, Mauro Mancuso (Asl 8)

Patrizia Masini, Lorena Lorenzoni, Massimo Groppi (Asl 9)

Simone Baldi, Andrea Sanquerin (Asl 10)

Francesco Benvenuti (Asl11)

Federico Posteraro (Asl 12)

Pietro Pasquetti (AOUC)

Maria Chiara Carboncini, Carmelo Chisari (AOUP)