



Società Italiana di
Gerontologia e
Geriatria

RIABILITAZIONE GERIATRICA

Appropriatezza e qualità delle prestazioni riabilitative

Compliance and quality of rehabilitation therapy

A. SALVIA, V. REBELLA, F. PAPALIA, S. AMATO

Direzione Sanitaria Fondazione Santa Lucia IRCCS, Roma

Italian laws from 1992 to 1999, written in order to obtain efficient and effective National Health Service, introduced the notion of quality of therapies in the context of the same medical system.

In the rehabilitation field, we can identify a large number of quality' aims: Patient satisfaction and his rights, equal admittance to therapies, health workers' professionalism, organization quality and health welfare service integration.

We can instead define appropriate all those therapies based on scientific evidences; therapies that can answer to Patients' needs and must be guaranteed by National Health Service.

Rehabilitation service must give care continuity, therapies efficacy. Moreover, it has to offer different frequency levels of therapies, taking in to account Patients' needs.

Beside the control of the hospital activity must guarantee the efficiency source not at damage of the appropriateness and the quality of therapy: in doing so it safeguard people's health.

Appropriate and congruous controls to rehabilitation are those that aim to prove extended and reiterated hospitalization and unappropriated admission.

Health Service better quality and approach, obviously supported with steady and financial resources, can be obtained only with a better use of the clinical and managerial resources.

Key words: Compliance • Quality • Rehabilitation

Introduzione

Le conseguenze dell'invecchiamento demografico in termini di cronicizzazione delle patologie ed aumento dei casi di non autosufficienza e disabilità medio-grave, impongono una riorganizzazione del sistema dell'offerta assistenziale (attraverso il potenziamento dei servizi del territorio, l'integrazione tra ospedale e territorio e lo sviluppo di modelli organizzativi di continuità assistenziale) ed un ripensamento dei sistemi di finanziamento per reperire le risorse necessarie a soddisfare una domanda sempre crescente di servizi sanitari e sociosanitari¹.

Il crescente fabbisogno assistenziale da parte degli anziani, anche in ottemperanza alle diverse disposizioni di legge (ha determinato una progressiva riduzione dei posti letto ospedalieri per acuti a favore di quelli per la Riabilitazione e lungodegenza post-acuzie: si è passati dai 6,5 per mille abitanti di cui 1 per mille riservato alla riabilitazione (art. 10 comma 1 legge 595/85) ai 5 per mille abitanti di cui 1 per mille riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie (art. 3 comma 4 legge 205/2001).



PACIN editore

■ Corrispondenza: dott. Antonino Salvia, Fondazione "Santa Lucia" IRCCS, via Ardeatina 306, 00179 Roma, Italy - Tel. +39 06 51501405 - E-mail: a.salvia@hsantalucia.it

La Riabilitazione può essere definita come un *processo di soluzione dei 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, sociale ed 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*².

Pertanto, a differenza delle altrettanto fondamentali attività di Prevenzione e Cura, la Riabilitazione si occupa degli individui nella loro globalità bio-psico-sociale, dal momento che tale processo deve coinvolgere anche la famiglia del disabile, quanti sono a lui vicini e, più in generale, il suo ambiente di vita.

La moderna Medicina Riabilitativa agisce soprattutto nella prima fase dell'evento morboso a rischio di disabilità, prevenendo le lesioni e le menomazioni secondarie; ciò comporta una concentrazione massiva delle risorse operative già nella prima fase della malattia, quando si hanno maggiori possibilità di recupero e di modificabilità del deficit e quindi l'intervento terapeutico riabilitativo risulta più efficace.

La Riabilitazione è, quindi, un settore complesso cui afferiscono svariate competenze e che costituisce (insieme alla prevenzione e alla diagnosi e cura) uno dei cardini delle attività sanitarie (art. 2 della legge 833/78).

L'intervento riabilitativo, che comprende prestazioni sanitarie quali la diagnosi ed il bilancio funzionale, la definizione di un progetto e di un programma riabilitativo, l'utilizzo di diversi strumenti terapeutici, nonché la valutazione psicologica e sociale dei soggetti ed il loro reinserimento, viene erogato con il contributo di numerose figure professionali (fisiatra, altri medici specialisti, psicologo, fisioterapista, terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, logopedista, ortottista, terapeuta occupazionale, educatore, assistente sociale, tecnico ortoprotesista, infermiere professionale, ecc.).

È evidente, dunque, la necessità rispetto ad altre discipline mediche, di definire piani di lavoro comuni alle diverse figure professionali coinvolte, per evitare che operatori con differenti qualifiche, competenze ed esperienze, possano trattare i pazienti-utenti erogando prestazioni specialistiche non sinergicamente collegate tra loro quando addirittura contrastanti.

Qualità dell'assistenza riabilitativa

“L'assistenza riabilitativa, comprendente strutture e servizi a diversi livelli (distrettuale, sovra-distrettuale e multizonale) e con diverse modalità di organizzazione dell'offerta (ospedaliera ed extra-ospedaliera, di natura residenziale e semi-residenziale), deve garantire la valutazione del bisogno e l'inquadramento diagnostico sulla base di programmi terapeutici e riabilitativi validati da evidenze scientifiche di efficacia” (Parte I, obiettivo V del PSN 1998-2000)³ ed ancora, “i Servizi e le Istituzioni devono divenire nodi di una rete di assistenza nella quale viene garantita al Paziente l'integrazione dei servizi sociali e sanitari, nonché la continuità assistenziale nel passaggio da un nodo all'altro, avendo cura che venga ottimizzata la permanenza nei singoli nodi in funzione dell'effettivo stato di salute. Dovrà essere, di conseguenza, ridotta la permanenza dei pazienti negli Ospedali per acuti e potenziata l'assistenza riabilitativa e territoriale (paragrafo 2.2.2 del PSN 2003-2005)⁴.

Tali esigenze organizzative rispondono prevalentemente all'imperante necessità di erogare prestazioni sanitarie di qualità più elevata possibile, ma con un costo relativamente contenuto. Donabedian, studioso autorevole e padre della disciplina della “Quality Assurance”, afferma che “l'assistenza sanitaria è di qualità adeguata se gli operatori che la erogano, effettuando gli interventi che il progresso delle conoscenze scientifiche indica come capaci di produrre effetti desiderati e appropriati, (interventi che devono essere congruenti con i valori morali della società e devono essere realizzati in modo tale da generare soddisfazione in coloro che li ricevono) sono in grado di massimizzare i benefici espressi in termini di salute aggiunta a fronte dei rischi corsi per produrli”⁵.

Qualità è, quindi, anche l'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio, che gli conferiscono la capacità di soddisfare i bisogni espliciti ed impliciti del cliente-utente: ovvero essere in empatia con il cliente-utente, definendo il livello di qualità da lui richiesto e percepito e traducendolo in termini aziendali.

Gli interventi legislativi in ambito sanitario succeduti dal 1992 (D.Lgs. 502/92, D.Lgs. 517/93, DPR 14/01/97, D. Lgs. 229/99) sono stati finalizzati a creare un sistema efficace, efficiente e soddisfacente sia per il cliente-utente che riceve le prestazioni sia per chi le eroga (istituzione e personale sanitario) in una condizione di equilibrio tra costi e ricavi.

Tali provvedimenti normativi introducono due importanti concetti:

- l'accreditamento;
- la "qualità delle prestazioni rese nell'ambito dei servizi sanitari nazionali";

prevedendo l'adozione dei sistemi di verifica e revisione di qualità, con l'obiettivo di garantire un'assistenza qualitativamente elevata nei confronti di tutti i cittadini.

Il presupposto innovativo che sottende tali azioni legislative è quello di uscire dal pregiudizio di una cultura medica di tipo tradizionale che considera la persona unicamente come parte malata e dunque in una condizione di passività e dipendenza, e di riattivare un rapporto di fiducia tra l'organizzazione sanitaria ed il cittadino-utente⁶.

Sempre secondo Donabedian, la qualità dell'assistenza possiede sette attributi principali misurabili⁷:

- *efficacia assoluta*: capacità dimostrata di produrre gli effetti desiderati;
- *efficacia relativa*: capacità concreta di produrre benefici in termini di salute;
- *efficienza*: capacità di produrre benefici per il paziente con la minor quantità di rischi;
- *appropriatezza*: erogazione di interventi di dimostrata efficacia, con la giusta indicazione, al momento giusto e nella giusta quantità;
- *accettabilità*: coerenza con i principi morali e con i valori condivisi dalla società civile;
- *accessibilità*: disposizione dei servizi idonea a favorirne l'utilizzazione da parte degli utenti che ne hanno reale necessità;
- *soddisfazione degli utenti*: soddisfazione in termini di efficacia ma anche come percezione individuale.

L'insieme di questi attributi costituisce elemento concreto per la valutazione della qualità e dell'adeguatezza delle prestazioni sanitarie erogate, che tuttavia, non può prescindere dal prendere in considerazione tre dimensioni correlate⁸:

- la *struttura*: modalità organizzative, dotazione di attrezzature, di spazi e di personale, la competenza e l'esperienza degli operatori sanitari, ecc.;
- il *processo*: insieme delle attività assistenziali, delle procedure diagnostico-terapeutiche, continuità assistenziale, comportamento degli operatori, rapporto interpersonale medico-paziente, comfort e privacy del contesto ambientale, ecc.;
- l'*esito*: cambiamento dello stato di salute da attribuire al processo assistenziale, ma anche il grado di conoscenza acquisita della propria malattia, il cambiamento nel comportamento conseguente al miglioramento dello stato di salute

e, soprattutto, la soddisfazione per l'assistenza ricevuta.

È necessario che la valutazione della qualità assistenziale sia fatta su tutti e tre questi livelli, dal momento che è possibile affermare l'esistenza di un rapporto di causa-effetto tra struttura, processo ed esito; è estremamente probabile, anche se non sempre possibile, che una struttura sanitaria di buon livello sia in grado di sviluppare un buon processo assistenziale che abbia maggiori probabilità di concludersi con un buon risultato, così come è altamente probabile che un buon risultato sia l'effetto dell'esistenza di un buon processo e di una buona struttura⁹.

In quest'ottica, dunque, l'esito positivo di un atto medico non consiste solo nel miglioramento dello stato di salute del malato, ma anche nella soddisfazione provata e riconosciuta tale da chi riceve l'assistenza.

Per chi programma e gestisce i servizi sanitari è indubbiamente importante misurare e valutare la qualità erogata, ma deve essere altrettanto fondamentale misurare la qualità percepita dall'Utente che è sempre il protagonista del progetto di salute, prendendo in considerazione non solo i suoi bisogni e le sue attese, ma anche le potenzialità e le risorse che egli può offrire. Questa nuova visione rende evidente l'esistenza nell'Utente di una capacità di svolgere ruoli attivi e costruttivi che vanno oltre il mero esercizio della protesta o della denuncia, fino ad oggi l'espressione più frequentemente manifestata¹⁰.

La valutazione che l'utente fa di un servizio è determinata sia da fattori oggettivi sia da fattori soggettivi, cioè sia da cosa gli viene effettivamente offerto sia da cosa egli si aspetta di ricevere.

Se si considera la qualità come concetto relativo al cliente, le caratteristiche che deve avere il prodotto (anche quello "sanitario") sono funzione delle aspettative e dei bisogni del cliente. In questo contesto, la qualità è definita come "grado di discrepanza tra le aspettative o desideri del cliente e le prestazioni effettivamente ricevute e quindi la sua percezione sul servizio"¹¹.

Questo tipo di valutazione si basa su un concetto mutuato dal mondo delle aziende che operano sul mercato, ovvero quello della customer satisfaction (livello di soddisfazione del cliente), che per essere praticata efficacemente deve anche saper stimolare la partecipazione attiva dell'utente, favorendo l'acquisizione di un buon grado di consapevolezza sulla propria salute, sui propri interessi e diritti.

Tra i diritti dell'utenza si possono individuare¹²:

- accesso ai servizi nei tempi più brevi possibili;

- cure di qualità adeguata;
- informazione obiettiva sull'offerta di prestazioni ospedaliere disponibili e sul beneficio dei progressi della medicina in campo diagnostico e terapeutico;
- libertà di scelta del luogo di cura e del trattamento terapeutico fra diverse opzioni possibili;
- diagnosi e atti terapeutici sintetizzati in una cartella clinica nel rigoroso rispetto della riservatezza nei confronti di terzi;
- diritto a veder presi in considerazione dalla struttura eventuali reclami dell'utente.

Gli indicatori relativi al grado di soddisfazione dell'utente sono definiti dal Decreto del Ministero della Sanità 15 ottobre 1996¹³ (in attuazione dell'art. 14 D.L. 502/92); i 79 indicatori sono stati definiti da una Commissione apposita nominata dal Ministero della Salute e suddivisi in quattro gruppi:

- personalizzazione/umanizzazione;
- diritto all'informazione;
- prestazioni alberghiere;
- aspetti della prevenzione.

Infatti, anche se nei giudizi espressi dall'utente sulle prestazioni sanitarie ricevute è spesso inclusa la valutazione dell'aspetto tecnico, nella maggior parte dei casi egli non possiede le conoscenze scientifiche per farlo (ed a ciò debbono infatti provvedere altri professionisti) ma può efficacemente esprimere giudizi su ciò che vede e vive all'interno della struttura sanitaria, ovvero alcuni aspetti che non sono propriamente medici, quali ad esempio l'umanizzazione delle strutture, la personalizzazione del percorso sanitario ed il diritto alla diffusione di informazione¹⁴.

In ambito riabilitativo possono quindi essere individuati diversi obiettivi di qualità, quali ad esempio:

- perseguire la soddisfazione dell'utente;
- garantire i diritti e la soddisfazione degli utenti;
- garantire l'uniformità di accesso alle prestazioni di riabilitazione;
- garantire la qualità tecnica delle prestazioni;
- garantire la qualità organizzativa del sistema di erogazione delle prestazioni;
- garantire l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, al fine di attivare il "percorso assistenziale-riabilitativo";
- tutelare la sicurezza degli operatori e degli utenti;
- valorizzare la professionalità degli operatori.

Per ciascuno di questi obiettivi è quindi possibile individuare una serie di azioni prioritarie, che devono essere perseguite per conseguire gli obiettivi stessi, come descritto in Tabella I.

Appropriatezza dell'assistenza riabilitativa

Il concetto di appropriatezza è delineato nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, nel D. Lgs. 229/99 e nel DPCM 29 novembre 2001¹⁵: vengono definite appropriate le prestazioni di efficacia documentata che, per modalità di erogazione e rispondenza ai bisogni dei cittadini, devono essere assicurate dal Servizio Sanitario Nazionale agli assistiti.

Sono inoltre definiti essenziali i livelli di assistenza che, in quanto necessari (per rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute della popolazione) ed appropriati (rispetto sia alle specifiche esigenze di salute del cittadino sia alle modalità di erogazione delle prestazioni), debbono essere uniformemente garantiti su tutto il territorio nazionale e all'intera collettività, tenendo conto delle differenze nella distribuzione delle necessità assistenziali e dei rischi per la salute.

In ambito riabilitativo l'allegato 2A del DPCM 29 novembre 2001 ha escluso totalmente dai Livelli Essenziali di Assistenza le seguenti prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale:

- esercizio assistito in acqua;
- idromassoterapia;
- ginnastica vascolare in acqua;
- diatermia a onde corte e microonde;
- agopuntura con moxa revulsivante;
- ipertermia non altrimenti specificata (NAS);
- massoterapia distrettuale riflessogena;
- pressoterapia o presso-depressoterapia intermittente;
- elettroterapia antalgica;
- ultrasuonoterapia;
- trazione scheletrica;
- ionoforesi;
- laserterapia antalgica;
- mesoterapia;
- fotoforesi terapeutica;
- fotochemioterapia extracorporea;
- fotoforesi extracorporea.

Su disposizione regionale la laserterapia antalgica, l'elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia e la mesoterapia possono essere incluse nell'allegato 2B. In quest'ultimo sono invece specificate le prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche: "l'erogazione delle prestazioni ricomprese nella branca è condizionata alla sussistenza di taluni presupposti (quali la presenza di quadri patologici definiti, l'età degli assistiti, un congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente ero-

Tab. I. Obiettivi ed azioni prioritarie per la qualità in ambito riabilitativo.

Obiettivi	Azioni
Garantire i diritti e la soddisfazione degli utenti	<ul style="list-style-type: none"> - Favorire la corretta informazione dell'utente sulle proprie condizioni clinico-funzionali - Definire procedure volte a garantire il rispetto della Privacy
Garantire l'uniformità di accesso alle prestazioni di Riabilitazione	<ul style="list-style-type: none"> - Informare correttamente l'utente sulle procedure necessarie per usufruire delle prestazioni - Definire appropriati criteri per la gestione di eventuali liste di attesa - Valutare l'appropriatezza delle prestazioni da erogare
Garantire la qualità tecnica delle prestazioni	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornamento e adeguamento tecnologico del rapporto tra qualità di prestazione e costi sostenibili - Aggiornamento e adeguamento della formazione professionale
Garantire la qualità organizzativa del sistema di erogazione delle prestazioni	<ul style="list-style-type: none"> - Definire i processi di erogazione delle prestazioni, e le relative responsabilità - Definire le modalità operative e comportamentali degli operatori, puntando alla massima diffusione e coinvolgimento
Garantire l'integrazione tra servizi sanitari e sociali Tutelare la sicurezza degli operatori e degli utenti	<ul style="list-style-type: none"> - Soddisfare le aspettative dei clienti interni - Definire appropriati piani di integrazione, che coinvolgano tutte le figure professionali - Adottare ed attuare procedure finalizzate alla prevenzione del rischio - Definire ed applicare specifiche procedure per la gestione delle emergenze - Attuare specifici programmi di educazione alla salute
Valorizzare la professionalità degli operatori	<ul style="list-style-type: none"> - Promuovere il "lavoro in équipe" - Definire e diffondere protocolli riabilitativi - Definire programmi di formazione per la valorizzazione delle risorse umane, la crescita culturale e lo sviluppo professionale degli operatori

gazione, ecc.) ovvero a specifiche modalità di erogazione (es. durata minima della prestazione, non associazione con altre prestazioni definite, ecc.), fatto salvo quanto previsto all'allegato 2A, punto f".

Per garantire prestazioni effettivamente appropriate, l'organizzazione delle attività di riabilitazione deve rispondere agli obiettivi generali di seguito elencati:

- garantire la continuità assistenziale, assicurando l'organica collocazione della riabilitazione nel circuito "Prevenzione, Cura e Riabilitazione";
- assicurare l'efficacia delle prestazioni rese;
- articolare i livelli di intensità delle prestazioni tenuto conto della natura dei bisogni.

La funzione di controllo dell'attività ospedaliera, componente essenziale della gestione del sistema di finanziamento a prestazione, deve tendere ad assicurare che la distribuzione delle risorse disponibili avvenga equamente tra i soggetti erogatori e, nel contempo, che la ricerca dell'efficienza non si realizzi a scapito dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni, concorrendo in tal modo, alla tutela della salute della popolazione.

Tale funzione si svolge nell'ambito degli indirizzi indicati dalle leggi nazionali (Linee guida n.1/95 di applicazione del DM 14/12/1994; legge 27/12/1997 n. 449; PSN 1998-2000; D. Lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni) con riferimento alla scheda di dimissione ospe-

daliera, come prevista dalla vigente normativa (DM 27/10/2000 n. 380).

Le diverse Regioni si sono dotate di propri sistemi di controllo; il sistema dei controlli nella Regione Lazio è stato definito dalla DGR 10/07/2001 n. 996¹⁶ e successivamente dalla DGR del 14/11/2003 n.1178¹⁷.

Per quanto attiene alla riabilitazione, nel 2001, sono stati definiti specifici controlli di congruità e di appropriatezza, che tendono a verificare l'esistenza di ricoveri prolungati (episodi di ricovero ordinario per riabilitazione di durata superiore a 90 giorni, se non attribuiti ad un DRG relativo a postumi di sindrome comatosa o di lesione midollare), ricoveri ripetuti (episodi di più ricoveri in regime ordinario in un intervallo di tempo inferiore a 180 giorni in reparti, strutture di riabilitazione senza che sia intercorso un ricovero in reparti per acuti). Il ricovero in day hospital per riabilitazione deve rispondere a necessità assistenziali multiprofessionali e plurispecialistiche, individuando la soglia al di sotto della quale può risultare impropria la giornata di day hospital nel numero minimo di 3 prestazioni differenti e nella durata complessiva non inferiore a 3 ore. Con la DGR 1178/2003, le giornate di degenza ordinaria in riabilitazione valutate come non appropriate vengono remunerate con la tariffa giornaliera prevista per i ricoveri ordinari nei reparti per lungodegenti. Agli accessi di day hospital di riabilitazione che vengono valutati come non appropriati viene riconosciuta una remunerazione pari alla metà della tariffa prevista per il singolo accesso.

Conclusioni

La sfida fondamentale lanciata inizialmente dal PSN 1998-2000 consiste nel miglioramento sensibile dell'accessibilità e della qualità dei servizi sanitari, in presenza di risorse finanziarie costanti in termini reali. Il modo per vincere questa sfida consiste nel miglioramento radicale dell'appropriatezza nel-

Gli interventi legislativi in ambito sanitario succeduti dal 1992 (D. Lgs. 502/92, D. Lgs. 517/93, DPR 14/01/97, D. Lgs. 229/99), finalizzati a creare un sistema efficace, efficiente e soddisfacente sia per il cittadino-utente che per le istituzioni, hanno introdotto il concetto di qualità delle prestazioni rese nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

In ambito riabilitativo possono essere individuati diversi obiettivi di qualità, quali la soddisfazione

l'uso delle risorse, sia in termini di appropriatezza clinica, relativamente alle specifiche esigenze di salute del singolo cittadino, sia in termini di appropriatezza organizzativo-gestionale, relativamente alle modalità di erogazione delle prestazioni.

A questo fine sono funzionali sia il processo di definizione dei livelli essenziali di assistenza, sia il Programma nazionale per le linee guida cliniche e i percorsi diagnostici e terapeutici (PSN 1998-2000, D.Lgs. 229/1999).

Gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione devono ritenersi appropriati quando contribuiscono, realmente, a risolvere un problema di salute e sono basati su conoscenze validate con metodo scientifico e sono accettati dalla comunità scientifica (Medicina Basata sull'Evidenza). Tuttavia, non sempre è possibile stabilire in concreto una correlazione diretta, del tipo causa-effetto, tra atti sanitari e conseguenze e, pertanto, il continuo progresso delle conoscenze rende il concetto di appropriatezza del tutto dinamico¹⁸.

In generale, la condizione di appropriatezza si realizza quando al paziente "giusto" viene reso il servizio "giusto", al momento "giusto" e nella "giusta" quantità.

Come chiaramente individuato dalla Regione Emilia Romagna, l'erogazione di un servizio può risultare inappropriata per diversi motivi:

- quando viene resa una prestazione non efficace;
- quando non viene resa una prestazione efficace;
- quando la prestazione, pur efficace, viene resa in quantità non adeguata alle necessità della persona;
- quando la prestazione viene resa ad un livello assistenziale superiore o inferiore alle necessità della persona.

La natura dei bisogni riabilitativi richiede un'integrazione costante tra gli interventi, attraverso l'attivazione di circuiti riabilitativi, finalizzati alla continuità ed efficacia assistenziale, stabilendo collegamenti organici tra prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere e tra assistenza sanitaria e sociale.

ne dell'utente e l'attenzione ai suoi diritti, l'uniformità di accesso alle prestazioni e la loro qualità tecnica, la professionalità degli operatori, la qualità organizzativa e l'integrazione tra servizi sanitari e sociali.

Sono invece definite appropriate le prestazioni di efficacia documentata che, per modalità di erogazione e rispondenza ai bisogni dei cittadini, devono essere assicurate dal Servizio Sanitario Nazionale ai Pazienti.

Per fornire prestazioni appropriate, l'organizzazione delle attività di Riabilitazione deve garantire la continuità assistenziale, l'efficacia delle prestazioni rese, articolare i livelli di intensità delle prestazioni tenendo conto della natura dei bisogni del Paziente.

Inoltre, il controllo dell'attività ospedaliera deve assicurare che la ricerca dell'efficienza non si realizzi a scapito dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni, concorrendo in tal modo, alla tutela della salute della popolazione.

Per la Riabilitazione, sono stati definiti specifici controlli di congruità e di appropriatezza, che

tendono a verificare l'esistenza di ricoveri prolungati, ricoveri ripetuti e ricoveri in day hospital ritenuti impropri.

Il miglioramento sensibile dell'accessibilità e della qualità dei servizi sanitari, in presenza di risorse finanziarie costanti in termini reali è possibile solo attraverso il miglioramento radicale dell'appropriatezza nell'uso delle risorse, sia in termini di appropriatezza clinica sia in termini di appropriatezza organizzativo-gestionale.

Parole chiave: Appropriatezza • Qualità • Riabilitazione

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Guzzanti E, Mastrobuono I, Bova D. *Gli anziani e la non autosufficienza: una sfida sanitaria, sociale e finanziaria*. Ig San Pub 2002;LVIII:393-400.
- ² Basaglia N, Pace P. *Il miglioramento della qualità in medicina riabilitativa*. In: Basaglia N, Pace P. *Valutazione e qualità dell'assistenza in medicina riabilitativa*. Guido Gnocchi Editore 1995.
- ³ Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998. *Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000*.
- ⁴ Decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 2003. *Approvazione del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005*.
- ⁵ Donabedian A. *The quality of care. How can it be assessed*. Arch Pathol Lab Med 1997;121:45-50.
- ⁶ Bona M. *L'accoglienza quale indicatore della qualità percepita da operatori ed utenti*. Management Infermieristico 1999;4:22-31.
- ⁷ Donabedian A. *The seven pillars of quality*. Arch Pathol Lab Med 1990;1114:1115-8.
- ⁸ Donabedian A. *Quality Assurance. Structure, process and outcome*. Nurs Stand 1992;7:4-5.
- ⁹ Frisanco R. *La qualità percepita. Indagine sui pazienti dell'Ospedale Fatebenefratelli dell'Isola tiberina*. Ed. Eseditrice, Novembre 2000.
- ¹⁰ Altieri L. *La valutazione in sanità dopo il D. Lgs. 502/1992*. Rassegna Italiana di Valutazione, n. 3; Luglio-Settembre 1996.
- ¹¹ Zeithmal VA, Prasuraman A, Berry LL. *The nature and determinations of customer expectation of service*. J Marketing 1991, n. 1.
- ¹² Ardigò A. *La sfida della società italiana al sistema sanitario*. Tendenze nuove 2000, Gennaio-Febrero, pp. 32-5.
- ¹³ Decreto Ministero della Sanità 15 ottobre 1996. *Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie*.
- ¹⁴ Nanetti L, Cavazza G. *Focus sugli utenti: uno studio per conoscere valutazioni ed aspirazioni dei cittadini sui servizi sanitari*. Qualità 1999;3:147.
- ¹⁵ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001. *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*.
- ¹⁶ Deliberazione Giunta Regione Lazio 10 luglio 2001, n. 996. *Linee guida per i controlli esterni dell'attività di ricovero*.
- ¹⁷ Deliberazione Giunta Regionale Lazio 14 novembre 2003, n.1178. *Piano Sanitario Regionale 2002/2004. Indirizzi strategici: appropriatezza ed efficacia degli interventi sanitari. Sistema regionale dei controlli dell'attività ospedaliera. Modifica della DGR 996/01*.
- ¹⁸ Mininni N. *L'etica dell'appropriatezza e l'appropriatezza dell'etica*. Ital Hearth J 2000;1(Suppl):543-6.
- ¹⁹ Sito internet. www.sahuter.it. Il portale del Servizio Sanitario Regionale della Regione Emilia Romagna.