

Ricerca in Riabilitazione



Periodico trimestrale di aggiornamento scientifico
Anno 2° - n° 2 - Ottobre 1993
Sped. abb. post. gruppo IV - 70%

Tendenze e prospettive nella clinica del movimento

EDITORIALE

Riabilitazione: tempo di misure, tempo di bilanci.

Quanti giorni restano ricoverati in una degenza riabilitativa i pazienti con emiparesi o con paraplegia? E di quanto migliorano da un punto di vista funzionale? E in che percentuale riescono a tornare al domicilio invece che in una degenza per malati cronici? Questo è il tipo di domande che ogni giorno si pongono - e pongono ai medici- gli amministratori della Sanità, costretti a far quadrare bilanci sempre più magri, reclamati in sempre maggior proporzione dall'assistenza riabilitativa. Nelle corsie alcuni riabilitatori storcono il naso di fronte a domande così poco "cliniche" e così generiche: "ciascun malato è un caso clinico e umano unico -rispondono- il suo programma terapeutico deve essere quanto più possibile personalizzato; i conti li faccia l'Amministrazione".

Il più, per fortuna, hanno capito che è loro diritto-dovere proporre alle Amministrazioni i criteri e i dati clinici fondamentali, sui quali soltanto si possono "fare i conti" correttamente: a meno di una pericolosa frattura fra momento assistenziale e momento gestionale. Perfettamente sintonizzato su questa linea Carl V Granger - riabilitatore dell'Università dello Stato di New York nella città di Buffalo- ha pubblicato il suo secondo rapporto annuale sulle degenze riabilitative negli Stati Uniti, relativo al 1991 (5). Ricordiamo che il gruppo di lavoro da lui diretto ha elaborato la Functional Independence Measure (FIM, Fig.1), una

scala di misura di autosufficienza del malato disabile che si sta ormai affermando come standard per la misura del carico assistenziale in riabilitazione (9) grazie alle sue particolari caratteristiche di validità e affidabilità, ed al suo esauriente manuale. La scala viene ormai applicata in oltre 300 strutture di riabilitazione in tutti gli Stati Uniti, ove si è formata una banca dati relativa ad oltre 150.000 casi. Recentemente ne è divenuta disponibile la versione italiana validata (10). Il rapporto di Granger si riferisce a 45.000 casi distribuiti fra 139 unità riabilitative diffuse in 35 stati. Prendiamo i dati relativi ai 15151 casi di ictus cerebrale. In media il paziente restava degente in riabilitazione per 29 giorni (deviazione standard 19) ed aveva il 77% ed il 15% di probabilità di essere dimesso verso il domicilio o -rispettivamente- verso una degenza per malati cronici. Il punteggio FIM in teoria può variare fra 18 (totale dipendenza) e 126 (completa autosufficienza nelle "attività della vita quotidiana"): nei casi di emiplegia analizzati da Granger il punteggio al momento del ricovero in degenza riabilitativa era di 63 (± 22), mentre alla dimissione era di 87 (± 26), con un guadagno medio di 24.5 punti (± 15). I decessi rappresentavano il 5 per mille dei casi: il loro punteggio FIM all'ingresso era 42, assai inferiore -dunque- a quello medio generale. E' facile immaginare quanto questo tipo di dati possa facilitare bilanci e previsioni gestionali.

Musica per gli orecchi degli amministratori, dunque: ma non basta. Il rapporto si estende all'analisi di altre categorie di menomazione, quali le cerebropatie (ictus esclusi, divise poi in traumatiche e non), le paraparesi/ paraplegie (divise in traumatiche e non), le patologie ortopediche globalmente considerate, le malattie neuro-

logiche. E si estende anche all'analisi dei punteggi ingresso-dimissione per singole aree di disabilità: cura della persona, controllo sfinterico, mobilità, locomozione, capacità comunicative, capacità di relazioni interperso-

nali. L'analisi può divenire anche più sofisticata.

Ad esempio, ictus e paraparesi/paraplegie traumatiche ottengono con il ricovero (di 55 giorni per queste ultime) guadagni complessivi simili: 24.5 e 28.1 punti, rispettivamente. Di questi punti, tuttavia, quelli dovuti ad un aumento di autonomia nel controllo sfinterico sono soltanto 1,5 negli emiplegici contro 2,1 nei paraplegici.

D'altro canto, è lecito attendersi che un emiplegico raggiunga il controllo sfinterico relativamente presto

nel corso del suo recupero funzionale complessivo, a differenza del paraplegico.

Molto al di là di quanto lascia intravedere il sintetico rapporto di Granger, negli Stati Uniti l'analisi viene estesa al confronto fra il comportamento di singole strutture -che divengono veri e propri "utenti" dell'Università di Buffalo per quanto riguarda l'analisi dei punteggi FIM- ed il comportamento generale: ricordiamo come sia stato dimostrato che possono esistere notevoli differenze nel consumo di risorse da parte di strutture diverse che pur trattino malati dello

stipo tipo (8). I dati FIM potranno evidenziare deviazioni importanti nei tempi di degenza, nei punteggi al ricovero e/o alla dimissione, o nella misura in cui diverse voci contribuiscono al punteggio complessivo (si veda la scheda allegata a fine articolo).

La FIM si è rivelata un indice valido di efficacia/efficienza non soltanto nella gestione delle degenze, ma anche nella misura del tempo di assistenza non sanitaria a domicilio: studi condotti su pazienti con sclerosi multipla (4) ed emiparesi post-ictale (3) e su una miscellanea di pazienti

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

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

Attenzione: non lasciare caselle bianche.
Assegnare il punteggio 1 alle attività non valutabili per motivi di sicurezza del paziente

Fig 1. La Functional Independence Measure nella versione italiana (10).

domiciliari con varie disabilità (2) hanno dimostrato che ogni punto FIM mancante "costa" circa 3-4 minuti di assistenza non sanitaria quotidiana.

Il riabilitatore volenteroso, dunque, ha un mezzo in più per proporsi come protagonista di studi costo-beneficio. Quanto agli studi sperimentali e clinici, principi e tecniche di misura di menomazione e disabilità (7) e procedure sperimentali (1) che siano ad un tempo specifiche per la riabilitazione e nel contempo valide, affidabili e standard ormai esistono da tempo. Le principali riviste scientifiche divengono giustamente sempre più esigenti su questo punto.

A chi ci fa presente che la riabilitazione costa abbiamo sempre risposto che la riabilitazione funziona. Adesso possiamo e dobbiamo dire anche in quale misura

BIBLIOGRAFIA.

- 1) American Association of Academic Physiatrists. Physiatric research: a hands-on approach. *Am J Phys Med Rehabil (suppl)* 1991;70,1:S1-S171
- 2) Disler PB, Roy CW, Smith BP. Predicting hours of care needed. *Arch Phys Med Rehabil* 1993; 74:139-143
- 3) Granger CV, Cotter AC, Hamilton BB, Fiedler RC. Functional assessment scales: a study of persons after stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 1993;74:133-138
- 4) Granger CV, Cotter AC, Hamilton BB, Fiedler RC. Functional assessment scales: a study of persons with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 1990; 71:870-875
- 5) Granger CV, Hamilton BB. The uniform data system for medical rehabilitation report of first admissions for 1991. *Am J Phys Med Rehabil* 1993;72,1:33-38
- 6) Heinemann AW, Billeter J, Betts HB. Prospective payment for acute care: impact on rehabilitation hospitals. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;69:614-618
- 7) Johnston MV, Keith RA, Hinderer SR. Measurement standards for interdisciplinary medical rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil (suppl)* 1993;S1-S23
- 8) Osberg JS, Haley SM, McGinnis GE, DeJong G. Characteristics of cost outliers who did not benefit from stroke rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil* 1990;69,3:117-125
- 9) Tesio L, Zoppei G, Lucchelli M, Bassi L. Misure di autosufficienza del malato quali strumenti di gestione sanitaria: la Functional Independence Measure. *QA* 1992; 2:7-11
- 10) Uniform Data System for Medical Rehabilitation. FIM : Functional Independence Measure. Strumento di misura della disabilità. Versione italiana a cura di L. Tesio, manuale d'uso. *Ricerca in Riabilitazione (suppl)* 1993;2:S1-S44
- 11) Wilkerson DL, Batavia AI, DeJong G. Use of functional status measures for payment of medical rehabilitation services. *Arch Phys Med Rehabil* 1992;73:111-120

Come leggere i punteggi FIM?

Facciamo un esempio pratico. Supponiamo che una certa struttura abbia ricoverato pazienti reduci da ictus cerebrali con punteggio all'ingresso nei limiti generali, ma con tempo medio di degenza maggiore (ad esempio 37 giorni contro 29). Supponiamo anche che risulti ridotta (ad esempio 55% contro 75%) la percentuale di pazienti dimessi verso il domicilio, nonostante un "guadagno" di punteggio complessivo nella norma (ad esempio proprio 24). Infine, supponiamo che sia ridotto l'incremento medio del punteggio parziale di autonomia sfinterica (ad esempio 0.5 contro 1.5). Qual'è il motivo dei lunghi tempi di degenza? Non la particolare gravità all'ingresso, almeno finché l'esempio si riferisce agli Stati Uniti: quasi tutte le degenze riabilitative statunitensi ricevono pazienti piuttosto acuti (6), da quando gli ospedali generali hanno fretta di dimetterli perché sono rimborsati "a forfait" e non -come avviene per ora da noi- "a giornata" di degenza (11). Né sembra lecito invocare un basso punteggio complessivo alla dimissione. Le alternative più probabili sono due: o i pazienti trovano alla dimissione particolari difficoltà socio-ambientali oppure la struttura pone scarsa attenzione all'autonomia sfinterica. E' forse prassi una cateterizzazione inutilmente protratta? Quale che sia la causa, per lo meno si è acceso un campanello d'allarme che suggerisce una revisione del processo assistenziale. In più, seguendo queste procedure la struttura risulterà più gradita ad eventuali Enti di controllo o di pagamento, che avranno a disposizione un indice ulteriore per valutarne l'efficienza