

## Misure di autosufficienza in riabilitazione e in geriatria: strumenti analoghi, scopi diversi

di Luigi Tesio

Nel 1994 sono stati pubblicati su *Medical Care*, prestigiosa rivista americana di sanità pubblica, due articoli molto attesi. Il primo<sup>1</sup> è lo studio di convalida del sistema FIM-FRGs, il secondo lo studio di convalida del sistema RUG (II versione<sup>2</sup>). Che cosa rappresentano queste sigle misteriose? Entrambe definiscono un sistema di classificazione dei ricoveri, cioè un insieme di regole che consentono agli amministratori della Sanità di inserire un certo caso clinico in una "cella isorisorse". Idealmente le celle sono costruite in modo che il costo dei casi che esse contengono sia quanto più possibile omogeneo all'interno di una stessa cella, e quanto più possibile diverso fra celle diverse.

Il sistema di "celle" di solito è costruito come il miglior compromesso fra esigenze puramente statistiche ed esigenze cliniche. Due ricoveri per patologie completamente diverse potrebbero avere in realtà lo stesso costo, ma è comunque opportuno inserirli in due celle distinte: per esempio, per evitare che variazioni dei costi legati ad una delle due patologie a seguito di miglioramenti di tecnologie o procedure possano passare inosservati. Il metodo è concettualmente simile a quello utilizzato per costruire le circa 500 celle del sistema DRGs (Diagnosis Related Groups) che viene utilizzato anche in Italia per classificare i ricoveri ospedalieri "per acuti". Le "celle", però, sono soltanto 53 per il sistema FRG e 44 per il sistema RUG.

Nati come sistemi di controllo di "case-mix" (cioè, sostanzialmente, di tipologia e di impegno assistenziale della popolazione ri-

coverata) questi alberi classificativi sono diventati la struttura portante dei nuovi sistemi di pagamento "a prestazione" di cui tanto si parla. Se ad ogni cella è possibile attribuire un costo medio, è possibile ipotizzare un sistema di pagamento dell'assistenza che sia ragionevolmente semplice ed equo, e nel contempo forfettario e "prospettico". Il tutto, per evitare l'ovvio incentivo alla lievitazione dei costi costituito da pagamenti "a giornata" o a "pie" di lista.

Questo articolo non intende riassumere i due studi che ne sono lo spunto. Ricordiamo che si tratta di due lavori alquanto complessi e che sono il risultato di anni di ricerca su decine di migliaia di casi. Cercheremo invece di introdurre il lettore al contesto metodologico in cui sono maturati, e di chiarire analogie e differenze fra i due sistemi.

Scendiamo più nel dettaglio. La Functional Independence Measure (FIM) è la più accreditata scala di misura della disabilità: quest'ultima viene misurata in termini di autosufficienza in 18 diverse "attività della vita quotidiana" (ADL) raggruppate nelle 6 aree definite: cura della persona, controllo sfinterico, mobilità, locomozione, comunicazione e capacità relazionale/cognitive<sup>3</sup>. La FIM è ormai uno standard internazionale e ha generato anche una banca-dati italiana<sup>4</sup>.

FRG sta per Function Related Groups: il nome evidenzia che il sistema si fonda su una pre-classificazione per 18 tipi di menomazione (ictus, amputazione ecc., quindi non una "diagnosi" eziopatologica) cui segue una sotto-classificazione in base al punteggio FIM entro 72 ore dal ricovero (quindi, una classificazione "funzionale"). Soltanto per la categoria "Stroke" entra in gioco anche l'età del paziente (per inciso, i pazienti più anziani hanno degenze di durata inferiore). Il sistema di celle mira alla previsione del tempo di degenza in riabilitazione, e vi riesce meglio di qualsiasi altro sistema pubblicato fino ad oggi. La sua autrice lo ha recentemente

sintetizzato per i lettori italiani<sup>5</sup>. Solidi dati americani (ma forse in Italia le cose non stanno molto diversamente) dimostrano che il costo complessivo di un ricovero riabilitativo è determinato per il 75% da costi fissi che non cambiano molto a seconda della casistica trattata. Dunque, la durata della degenza è un ottimo "proxy indicator" (per dirla in "slang" americano-gestionale) del costo complessivo del ricovero.

RUG sta per Resource Utilization Groups. Il sistema nasce per la classificazione dei ricoveri in degenze per cronici ("nursing homes") e mira alla previsione dei costi sanitari ("nursing + therapy"), in termini di tempo di assistenza pro-die. Il tempo viene "pesato" in proporzione al salario dell'operatore ("wage-weighted" time). Il sistema si basa su una pre-classificazione dei pazienti-ospiti in una delle seguenti categorie:

- Rehabilitation (Very high intensity, High, Medium, Low)
- Extensive services (nutrizione parenterale e/o broncoaspirazione, tracheostomia, ventilazione meccanica)
- "Special Care" (ustioni, coma, quadriplegia ecc.)
- "Clinically Complex" (afasia, emiplegia, infezione urinaria, chemioterapia, dialisi ecc.)
- "Impaired cognition" (disorientamento, amnesia)
- "Severe Behavioural Problems" (aggressività, allucinazioni)
- "Physical function reduced": chiunque non rientri nelle categorie sopra citate.

A questa prima classificazione segue, in analogia con il sistema FRG, una sotto-classificazione in base a punteggi di autosufficienza su una scala concettualmente analoga alla FIM, ma alquanto semplificata. Infatti si considerano soltanto le voci: mobilità a letto, trasferimenti, uso del WC, alimentazione; a ciascuna viene attribuito un punteggio di autosufficienza su 4 livelli. In alcuni casi è previsto un terzo livello classificativo basato su: numero di modalità te-

rapautiche "intensive" ricevute (ad esempio, broncoaspirazione + ventilazione meccanica), livello di depressione, numero di modalità di prestazioni di nursing riabilitativo ricevute (ad esempio: medicazione di moncone + mobilizzazione articolare).

Fra i molti sistemi proposti per la classificazione dei ricoveri in case di riposo<sup>6</sup> il sistema RUG è fra i più "predittivi", così come il sistema FRG è il più predittivo fra quelli applicati a degenze riabilitative.

Al di là di questo, i due sistemi FRG e RUG differiscono fra loro molto più di quanto non si assomiglino.

In comune essi hanno la metodica statistica che guida questo tipo di ricerca, e il ruolo decisivo assegnato a misure di autosufficienza, che riescono evidentemente a riassumere in gran parte il carico assistenziale dovuto ai più vari interventi sia sanitari, sia socio-assistenziali.

Vediamo ora due differenze fondamentali:

1. Il sistema FRG mira a predire il tempo di degenza in riabilitazione.

Il sistema RUG mira a predire i costi sanitari diretti in casa di riposo. Infatti, esso parte dalle premesse che il tempo di degenza è potenzialmente illimitato nei malati cronici, e che i costi variano moltissimo da paziente a paziente a seconda del carico infermieristico/inter-nistico.

2. Il sistema FRG si presta alla costruzione di sistemi di pagamento «prospettici» con proprietà "incentivanti" ("incentive validity") rispetto all'efficienza della assistenza riabilitativa, tenuto conto del fatto che il recupero di autosufficienza è un obiettivo primario del ricovero stesso. Il sistema RUG paga «a pie' di lista» per l'assistenza effettivamente prestata al paziente.

Si badi bene: il sistema di pagamento NON è il sistema di clas-

sificazione. Il primo utilizza il secondo, ma non può non risentire di scelte sostanzialmente politiche. Quindi, i sistemi di pagamento possono variare moltissimo, anche se utilizzano le stesse informazioni prodotte - per esempio - dallo stesso sistema FRG.

Nulla vieta di decidere di creare o meno una soglia di durata della degenza oltre la quale il pagamento da forfettario diviene "per giornata". Si può decidere o meno di incentivare comunque il ricovero di pazienti con condizioni all'ingresso più compromesse, o con particolari patologie (nel caso delle mielolesioni, ad esempio, si possono presumere standard assistenziali superiori e quindi più costosi). Si può decidere o meno di utilizzare i punteggi FIM come indice di appropriatezza dei ricoveri, e via decidendo<sup>7</sup>. Inevitabilmente quando un sistema di classificazione diviene un sistema di pagamento occorre prevedere controlli e sanzioni che ne impediscano distorsioni strumentali. In generale, comunque, il sistema FRG incentiva il rapporto più alto possibile fra benefici e costi: non vi è alcun interesse, da parte della struttura, ad erogare terapie superflue, né a mantenere il paziente in condizioni di dipendenza. Il sistema RUG riconosce, invece, la medicalizzazione del paziente: il pagamento dipenderà dalle cure prestate, indipendentemente dalla loro necessità ed appropriatezza (che si assumono controllate in altro modo). Prendiamo il caso di un paziente che abbia bisogno di "medium intensity rehabilitation" (almeno 150 minuti settimanali, distribuiti su almeno 5 giornate). Dal punto di vista strettamente economico converrebbe forse somministrargli comunque "high intensity rehabilitation" (almeno 300 minuti di riabilitazione settimanali): in questo modo, allo stesso paziente il sistema RUG attribuisce un "case-mix index" (sostanzialmente, un peso assistenziale, e quindi forse una retta quotidiana) superiore del 27%. Ma il "case-mix index"

aumenta addirittura dell'85% se lo stesso paziente a un certo punto riceve alimentazione parenterale, ha una tracheostomia e viene broncoaspirato, anche se non riceve più alcun trattamento riabilitativo. Il caso viene classificato fra quelli - più costosi - che richiedono "extensive services", per i quali nemmeno si misura il carico riabilitativo.

Tutto bene, se si dà per scontata l'appropriatezza degli interventi sanitari. Vi è il rischio, evidentemente, di disincentivare lo svezzamento del paziente da flebotomi e trachesotomia, ed il mantenimento di un minimo di intervento riabilitativo. Lo stesso autore del sistema RUG riconosce che "...la classificazione (a fini di pagamento) non può affrontare ogni tipo di problema assistenziale", e che "...molti dei servizi inclusi nel sistema RUG-III affrontano il dato di fatto che la carenza di servizio è stata il problema più serio nella casa di riposo". In poche parole, il sistema RUG è fatto per incentivare l'elevazione degli standard sanitari delle case di riposo e non per incentivarne ruolo ed interventi riabilitativi.

A questo punto, che ruolo gioca il fatto che il sistema FRG utilizza per la misura di autosufficienza la scala FIM mentre il sistema RUG utilizza una sua scala, molto semplificata? Un ruolo concettualmente secondario rispetto alle diverse finalità che i due sistemi di prefiggono.

Il ruolo dell'autosufficienza è ovviamente minore nel sistema RUG, il che spiega il ricorso ad una scala molto semplificata rispetto alla FIM. Non si tratta, dunque, di una scelta motivata dal fatto che la FIM non sarebbe adatta a pazienti in età geriatrica. In realtà, la scala FIM funziona molto bene anche su soggetti in età geriatrica, se le si chiede di misurarne con precisione l'autosufficienza, che è la sola cosa che la FIM di per sé può fare, e meglio di qualsiasi altra scala analoga. Quale importanza dare all'autosufficienza, e quale uso fare della sua misura, è tutt'altro discorso. Le

misure di autosufficienza non servono soltanto alla costruzione di sistemi di pagamento. Esse sono comunque un fondamentale indicatore di necessità del malato, e di qualità dell'assistenza. Un ricovero riabilitativo è appropriato se coesistono un livello elevato di disabilità ed una prognosi di recuperabilità, così che il recupero (o il mantenimento) di autosufficienza possa essere un obiettivo primario del ricovero stesso. In questo contesto, la FIM può fungere da indicatore di appropriatezza, efficacia ed efficienza. Certamente,

strumenti meno perfezionati e più semplici possono bastare per la gestione di una struttura che accolga malati (anziani o meno, poco importa) senza primari obiettivi riabilitativi, ma obiettivi di tipo internistico, associati o meno a finalità di tipo socio-assistenziale. Ma perché accontentarsi?

Vi sono elementi per ritenere che anche in questi casi la FIM possa rappresentare un utile indicatore del carico assistenziale medio sopportato dalla struttura stessa, oltre che un indicatore di qualità dell'assistenza: per esem-

pio, attraverso l'analisi dei livelli di autosufficienza raggiunti nelle diverse aree di cura della persona, controllo sfinterico, mobilità, capacità relazionali/cognitive<sup>8</sup>.

Riabilitazione e Geriatria, dunque, non hanno motivi sostanziali per polemizzare su singoli strumenti di misura dell'autosufficienza. Il vero terreno di confronto è quello dei fini e dei contenuti riabilitativi del ricovero del paziente anziano: il quale ha bisogno di specialisti che parlino un linguaggio comune, ma che sappiano ben recitare ciascuno la sua parte.

---

## BIBLIOGRAFIA

---

1. STINEMAN MG ET AL. *A case-mix classification system for medical rehabilitation*. **Med Care** 1994; 32, 4: 366-379
2. FRIES BE ET AL. *Refining a case-mix measure for Nursing Homes: Resource Utilization Groups (RUG-III)*. **Med Care** 1994; 32,7: 668-685
3. FIM-FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE. *Versione Italiana: manuale d'uso*. **Ric Riabil** 1993; 2 (suppl): pp. 1-44
4. TESIO L. *Banche dati internazionali sulla disabilità: la proposta della Functional Independence Measure*. **Adv Occup Med Rehabil** 1995; 1: 105-114
5. STINEMAN MG. *Eziologia e funzione: un nuovo metodo per predire il consumo di risorse in medicina riabilitativa*. **Ric Riabil** 1993; 2: 1-5
6. FRIES BE. *Comparing case-mix systems for nursing home payments*. **Health Care Financ Rev** 1990; 11,4: 103-119
7. WILKINSON DI, BATAVIA AI, DE JONG G. *Use of functional status measures for payment of medical rehabilitation services*. **Acrh Phys Med Rehabil** 1992; 73: 111-120
8. BO I. ET AL. *Le scale FIM e MMSE come strumenti di gestione nelle residenze sanitario-assistenziali*. Poster; **Atti del XXIII Congresso Nazionale SIMFER**, Pesaro 1995; p. 220