



Ricerca in Riabilitazione



Periodico di aggiornamento scientifico
Anno 8° - N° 1 - Dicembre 1999

Il sistema FIM™ CHE COSA È IL SISTEMA FIM.

di Ferdinando Bonfanti

Amministratore Unico, SO.GE.COM srl Milano

La Functional Independence Measure-FIM™ è una scala di misura della disabilità. Essa ha l'aspetto di un questionario e misura l'autosufficienza in 18 attività della vita quotidiana ritenute indispensabili e di regola anche sufficienti per la vita autonoma a domicilio. Per ogni attività il punteggio può variare fra 1 (completa dipendenza) e 7 (completa autosufficienza). Di conseguenza il punteggio totale può variare fra 18 e 126. La FIM fornisce una misura affidabile, valida e sensibile della disabilità complessiva dei pazienti con le più varie menomazioni neuromotorie: dall'emiparesi post-ictale alla protesi articolare, dalla sclerosi multipla alla poli-patologia invalidante geriatrica, fino alle patologie croniche psichiatrico-comportamentali. La scala FIM è ormai uno standard internazionale. Essa si è affermata come valido indice di appropriatezza e di efficacia dell'assistenza riabilitativa. Eppure, più che di

una scala bisognerebbe parlare di un vero e proprio "sistema FIM". Infatti il sistema comprende:

- a) un manuale e rigorose procedure di accreditamento dei rilevatori (è richiesto un Corso della durata di un giorno, concluso da un esame);
- b) una scheda socio-sanitaria con un insieme standard di dati. La scheda consente di correlare le misure FIM alle caratteristiche cliniche e socio-demografiche del paziente;
- c) una banca-dati centrale che analizza le prestazioni di migliaia di unità operative di riabilitazione negli Stati Uniti. La banca-dati fornisce servizi statistici che consistono soprattutto nel controllo di qualità delle rilevazioni e nel confronto fra i dati del singolo utente e i dati normativi generali.

NASCITA DELLO STRUMENTO

La FIM è nata negli Stati Uniti fra il 1984 e il 1987. Un gruppo di lavoro diretto da Carl V Granger (cui si accennerà fra poco) ha risposto al mandato espresso congiuntamente da molte Associazioni Scientifiche: fisiatriche, infermieristiche, di fisioterapisti ecc. L'obiettivo era quello di

sviluppare una scala di misura dell'autosufficienza che avesse i seguenti requisiti:

- a) buone caratteristiche psicometriche (validità, riproducibilità, sensibilità ecc.);
- b) la proprietà di essere "disease and discipline free", ovvero applicabile indipendentemente dalla patologia che avesse causato la disabilità e dalle competenze specialistiche coinvolte nella misura e nel trattamento;
- c) accettazione da parte di tutto il settore riabilitativo, afflitto — allora come adesso — dalla continua proliferazione di scale di misura dell'autosufficienza tutte diverse fra loro.

ASPETTI GIURIDICI E ORGANIZZATIVI

La titolare giuridica del sistema FIM è la UB Foundation Inc., un ente non-profit che è una filiazione della State University of New York (SUNY).

La SUNY, fondata nel 1846, è fra le più antiche e prestigiose Università pubbliche degli Stati Uniti. Essa ha diverse sedi nello Stato di New York, fra le quali una nella città di Buffalo ove si trova un famoso Policlinico con un Dipartimento di Medicina Riabilitativa. Qui la FIM è nata e

continua — per così dire — ad avere la propria residenza ufficiale.

Lo sviluppo pratico del sistema è affidato a *Uniform Data System for Medical Rehabilitation-UDSmr*, un'agenzia tecnico-scientifica che afferisce anch'essa alla SUNY di Buffalo. UDSmr tiene i corsi FIM in tutti gli Stati Uniti, gestisce la banca dati centrale e offre assistenza tecnica per studi internazionali. Il braccio scientifico di UDSmr è il *Center for Functional Assessment Research-CFAR* che afferisce al Department of Rehabilitation Medicine della stessa Università. Il CFAR non si occupa soltanto di studi che comprendano la scala FIM, ma svolge anche ricerche a tutto campo nel settore dello sviluppo, della validazione e dell'applicazione clinica, gestionale ed econometrica di misure psico-comportamentali in area riabilitativa. Direttore sia di UDSmr, sia del CFAR, sia del Dipartimento di Medicina Riabilitativa presso la SUNY è il prof. Carl V. Granger, medico fisiatra che da decenni è forse la più autorevole voce a livello internazionale in tema di misure funzionali in Riabilitazione.

UN'APPLICAZIONE GESTIONALE IMPORTANTE: LA CLASSIFICAZIONE PER GRUPPI "ISO-RISORSE" IN RIABILITAZIONE

La banca-dati FIM ha consentito di costruire un sistema classificativo dei ricoveri riabilitativi. All'atto del ricovero il caso viene inserito in una categoria diagnostica molto generale (ictus, condizione ortopedica, ecc.). Quindi, sulla base del punteggio FIM e — per alcune categorie diagnostiche — sulla base dell'età, è possibile inserire il caso in un "gruppo funzionale" ("Function related group", FRG) per il quale si può prevedere con notevole precisio-

ne il tempo di degenza, così come il punteggio FIM di dimissione. Il principio di identificare gruppi "isororse" è lo stesso che informa il sistema DRG (Diagnosis Related Groups) in base al quale sono retribuiti, negli Stati Uniti come in Italia, gli ospedali per pazienti acuti. Lo sviluppo di "FRG" basati sulla scala FIM è stato guidato da Margaret G. Stineman, medico fisiatra, professore di Medicina Riabilitativa presso la Pennsylvania State University (abbreviata in Penn State) di Filadelfia, MD-USA. Anche la Stineman è un ricercatore di grandissimo rilievo internazionale. Il sistema di "grouping" statunitense è ora proprietà della Penn State, che ha accordi di licenza con la SUNY. Quindi il sistema FIM-FRG americano nel suo complesso è protetto da un doppio Copyright.

Perché sviluppare un sistema FRG visto che esiste già un sistema DRG? Entrambi i sistemi mirano ad una classificazione che consenta di prevedere il consumo di risorse. La classificazione secondo DRG, tuttavia, si basa sulla diagnosi di patologia (quella principale, ed eventuali comorbidità o complicazioni), e predice circa 30% della varianza dei costi sostenuti dall'ospedale per quel dato tipo di pazienti. Quindi il sistema DRG non considera direttamente le condizioni funzionali del paziente. Per esempio la codifica DRG può dirci se un paziente presenta emiplegia ed anche se ha presentato gravi complicazioni durante il ricovero in fase acuta. Questa informazione diviene insufficiente se lo scopo del ricovero è un progetto di riabilitazione. Infatti non si può sapere in quali condizioni funzionali (motorie, sfinteriche, cognitive) si trovasse il paziente al momento del ricovero. Di conseguenza, come è facilmente intuibile il sistema DRG non è efficace nel prevedere il consumo di risorse imposto dall'assistenza riabilitativa (circa il 12% di varianza spiegata). Il consumo, infatti, dipende in gran parte da costi fissi "alberghieri" molto simili per tutti i pazienti. Anche per la quota variabile il costo giornaliero è molto simile per tutti i pazienti (salvo il caso di craniolesi e mielolesi in fase post-acuta, che impegnano più risorse). Ciò che differenzia il costo del singolo caso è dunque la durata del ricovero, questa sì molto variabile. È intuitivo che la durata tenda ad essere prevedibile sulla base della disabilità all'ingresso. Un sistema tipo FIM-FRG, infatti, predice circa il 30% della varianza del tempo di degenza (e quindi, indirettamente, del consumo di risorse): questa è la stessa prestazione offerta dal sistema DRG sui ricoveri per pazienti acuti.

Inoltre il punteggio FIM costituisce anche a) un indice di appropriatezza: pazienti troppo o troppo poco disabili non sono idonei ad un progetto di riabilitazione

intensiva e b) di efficacia/efficienza: per un dato FRG mi attendo un certo tempo di degenza, ma anche un certo incremento di autosufficienza.

Infine, ragionare per FRG e non per diagnosi di malattia consente anche confronti multicentrici su una base omogenea: si paragoneranno, per esempio, non due casistiche di ictus cerebrale, ma due casistiche di pazienti emiparetici fra loro omogenei per livello di disabilità all'ingresso.

IL SISTEMA FIM NELLA RICERCA INTERNAZIONALE E ITALIANA

La scala FIM ormai è molto presente nella letteratura internazionale e sta diventando lo standard di misura più diffuso all'interno di protocolli di misura di appropriatezza e di efficacia/efficienza dei ricoveri riabilitativi e, più in generale, dei processi di cura e di assistenza rivolti a pazienti non autosufficienti.

Sta diventando molto difficile monitorare le moltissime ricerche che hanno utilizzato la scala FIM. Si è assunto questo compito lo stesso UDSmr, che mantiene una robusta rubrica bibliometrica sul proprio sito web www.udsm.org. Il sito è facilmente visitabile e contiene anche molte informazioni sullo sviluppo del sistema FIM negli Stati Uniti.

La FIM è presente in Italia dal 1993, attraverso una società licenziataria in esclusiva (So.Ge.Com Editrice-Ricerca in Riabilitazione srl-Milano; e-mail: sogecom@tin.it). La Società conduce i corsi di accreditamento, definisce accordi di licenza sotto Copyright e offre servizi epidemiologico-statistici correlati alla scala FIM. In questi anni sono stati pubblicati moltissimi lavori relativi ad applicazioni FIM su casistica nazionale. La FIM si è dimostrata molto bene applicabile alla realtà sanitaria italiana nei suoi vari livelli assistenziali: ospedale per acuti, riabilitazione intensiva ed estensiva, casa di riposo, RSA, assistenza domiciliare.

In particolare sono stati realizzati o sono in corso di svolgimento anche studi di applicazione gestionale, compreso lo sviluppo di sistemi classificativi per gruppi funzionali. So.Ge.Com è soltanto il nodo italiano di una rete di licenziatari internazionali. Le licenze hanno lo scopo di assicurare l'uniformità dello strumento, in termini sia di validità transculturale della traduzione, sia di procedure di formazione degli operatori e quindi, in ultima analisi, di attribuzione dei punteggi. Questa forma di protezione dello strumento è stata la chiave per lo sviluppo della FIM come misura standard, e quindi come strumento ideale per confronti internazionali e per studi multicentrici nazionali. ■