

Appropriatezza, efficienza e costo della riabilitazione

IL SISTEMA FIM

sito Corso di accreditamento in Italia fra il 1993 e il 2001.

SCALA FIM:

UN SISTEMA FORMATIVO E INFORMATIVO

DATA-BANKING / STUDI GESTIONALI

La scala FIM-Functional Independence Measure™ si presenta come un questionario che censisce 18 “attività della vita quotidiana” (vestirsi, locomozione, controllo sfinterico, comprensione ecc.).

Il punteggio in ciascuna voce può crescere fra 1 e 7 al crescere dell'auto-sufficienza (il totale può variare fra 18 e 126). Lo strumento è quello più validato e diffuso a livello internazionale. In Italia ormai esso è uno standard di riferimento.

Esiste una robusta banca-dati che centralizza le misure FIM e quindi fornisce due tipi di servizio:

- *confronto fra i dati dell'utente (ospedale, ASL, Regione...) e dati di riferimento nazionali aggregati;*
- *controllo e certificazione di qualità/verosimiglianza dei questionari, attraverso innovative procedure statistiche.*

LA FORMAZIONE CON ACCREDITAMENTO

Oltre 3500 operatori (medici, fisioterapisti, infermieri) hanno seguito l'appro-

IL PROBLEMA – DISABILITÀ

In Italia vi è una crescente richiesta di cure riabilitative. Aumentano le persone disabili, ovvero le persone che – secondo le definizioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 1980 –

<i>FIM™ – Versione italiana</i> <i>La corretta attribuzione dei punteggi richiede l'apposito Corso di Accreditamento</i>		
<p>Cura della persona</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nutrirsi 2. Rassettersi 3. Lavarsi 4. Vestirsi, dalla vita in su 5. Vestirsi, dalla vita in giù 6. Igiene perineale <p>Controllo sfinterico</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Vescica 8. Alvo <p>Mobilità (Trasferimenti)</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Letto-sedia-carrozzina 10. W.C. 11. Vasca o doccia 	<p>Locomozione</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Cammino-Carrozzina 13. Scale <p>Comunicazione</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Comprensione 15. Espressione <p>Capacità relazionali-cognitive</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Rapporto con gli altri 17. Soluzione di problemi 18. Memoria 	<p><u>LIVELLI</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Autosufficienza completa 6. Autosufficienza con adattamenti/ausili 5. Supervisione/Adattamenti 4. Assistenza minima 3. Assistenza moderata 2. Assistenza intensa 1. Assistenza completa

hanno una **ridotta capacità di svolgere attività considerate normali per un essere umano**.

Fra le cause principali tre consistono nell'invecchiamento generale della popolazione, nell'aumento di sopravvivenza a patologie acute e cronico-progressive pur con postumi o esiti invalidanti e nell'aumentata sensibilità sociale alla disabilità per la quale non si accettano più risposte di tipo prevalentemente caritativo.

Le persone disabili tendono ad essere non autosufficienti e quindi a richiedere tre tipi di intervento assistenziale:

- per la patologia di base,
- per interventi sanitari specificamente riabilitativi (valutazioni funzionali ed esercizio terapeutico),
- per assistenza generica nelle attività di base della vita quotidiana.

Il modello sanitario incentrato sull'ospedale per acuti (esploso negli anni '60) si sta rivelando sempre meno idoneo a rispondere a questo problema. L'organizzazione per "specialità d'organo o sistema" (medicina, chirurgia, ostetricia, ortopedia, oculistica ecc.) è fatta per fornire interventi brevi e riparativi, in quanto (almeno potenzialmente) efficaci sulle cause parcellari della condizione di malattia: un cuore indebolito, un fegato malfunzionante, un osso fratturato ecc.

Al contrario, postumi ed esiti funzionali della malattia richiedono un'orga-

nizzazione "per funzione della persona intera" (deficit motorio, deficit cognitivo, deficit sfinterico) che spesso non è specifica per singole patologie.

Si pensi alla complessa condizione di dipendenza generata da una polifrat-tura oppure da un ictus cerebrale.

I tempi di recupero sono più lunghi; l'intervento è centrato su procedure di esercizio terapeutico; il processo assistenziale non si esaurisce con il ricovero ma deve proseguire in un modello "a rete" (assistenza domiciliare, ambulatorio, reinserimento lavorativo, interventi socio-economici di supporto ecc.).

Ricerca in Riabilitazione
SOGECOM

www.ricercainriabilitazione.it

ha come obiettivo principale "la produzione e la promozione culturale in ambito medico-scientifico". Fin dal 1992 la Società si è rivolta al settore della Medicina Riabilitativa. L'idea-guida è stata quella di diffondere un modo scientifico di operare in un settore che è in ritardo nei metodi e nei risultati rispetto al resto delle scienze bio-mediche. SOGECOM ha sviluppato due linee formative complementari: la didattica e una rivista scientifica.

Le iniziative SOGECOM si articolano in circa 10-12 Corsi e Convegni ogni anno. Vi si trattano tematiche innovative con contenuti e metodi rigorosamente scientifici. Fra i temi affrontati vanno citati: **la scala FIM: Functional Independence Measure**, standard internazionale per la misura di disabilità; la **autotrazione vertebrale/trazione Lombare attiva per l'ernia discale lombare**; i sistemi di **posturografia Equitres** per le atassie; la **semiologia EMG-assistita delle reazioni posturali e di equilibrio**. Gli eventi hanno un taglio teorico-pratico e vi sono ammessi solitamente fino a 50 partecipanti. Docenti e ricercatori che collaborano stabilmente o su singoli progetti sono selezionati, in Italia o all'estero, per qualità tecniche e comunicative. Dal 2001 per tutti gli eventi SOGECOM viene richiesto l'accREDITAMENTO **ECM-Educazione Continua in Medicina**, secondo le normative emanate dal Ministero della Sanità.

I **Corsi FIM**, in particolare, hanno avuto finora circa 3000 partecipanti, fra i quali circa 2000 medici. I Corsi hanno ottenuto **7 crediti ECM**. Essi vengono tenuti periodicamente su licenza esclusiva nazionale di **Uniform Data Systems for Medical Rehabilitation**, Agenzia della State University of New York-Buffalo NY, che riconosce l'esame di fine Corso. Vengono attuate formali procedure di verifica dell'apprendimento da parte dei partecipanti.

La rivista **"Ricerca in Riabilitazione"** è anch'essa didattica e svolge formazione e aggiornamento su temi emergenti o controversi, colti dalla più recente letteratura internazionale.

so.ge.com editrice ricerca in riabilitazione srl via PIlino, 8 - 20129 Milano, Italy
tel/fax +39-029520244
sogecom@tin.it ---- www.ricercainriabilitazione.it

LA RISPOSTA SANITARIA. APPROPRIATEZZA ED EFFICACIA

In Italia è in corso una imponente riconversione di letti "per acuti" in letti di riabilitazione, con un corrispondente accreditamento di nuovi soggetti che offrono prestazioni riabilitative.

A questo ri-orientamento della spesa sanitaria non corrisponde ancora un chiaro indirizzo nei meccanismi di iden-

tificazione della appropriatezza e della efficacia delle prestazioni.

I ricoveri "per acuti" sono identificati obbligatoriamente attraverso la SDO-Scheda di Dimissione Ospedaliera, che prevede codifiche diagnostiche secondo standard internazionali (International Classification of Diseases, nona revisione con modificazioni cliniche, ICD9-CM).

Ciascuno degli oltre 9000 codici ICD9-CM può confluire in uno (e in uno soltanto) dei circa 500 *Diagnosis Related Groups* (o DRG). I DRG raggruppano "le malattie" secondo un doppio criterio a cascata: prima secondo analogie clinico-patologiche (per esempio, malattie del sistema nervoso, mediche o chirurgiche, midollari o encefaliche...) e poi secondo analogia nel consumo di risorse in fase acuta.

Per esempio tutte le patologie neurologiche confluiscono in una trentina di DRG. In diverse Regioni italiane il sistema DRG è utilizzato concretamente per il pagamento dei ricoveri per acuti, secondo un criterio forfettario (un DRG = una tariffa) integrato da varie forme di correzioni (abbattimenti tariffari per ricoveri ultra-brevi, riconoscimento di funzioni speciali per ospedali che abbiamo pronto soccorso o altri servizi particolari ecc...).

I sistemi ICD9 e DRG descrivono principalmente malattie-causa (diabete, infarto miocardio, frattura, cataratta ecc.) ma notoriamente non rendono conto delle condizioni funzionali di disabilità-autosufficienza del paziente. Pazienti diversi reduci da trauma cranico potranno accedere al reparto di riabilitazione con una stessa diagnosi ICD9-CM e DRG ma con condizioni funzionali molto diverse (per esempio, per quanto attiene capacità di movimento e di controllo sfinterico, capacità di comunicazione ecc.). Altrettanto diversi potranno

non essere i tempi di degenza (e quindi i costi) necessari per restituirgli una "abilità" complessiva compatibile con la dimissione.

La codifica attuale ICD9-DRG non consente di valutare adeguatamente appropriatezza ed efficacia del ricovero riabilitativo. Di conseguenza non si possono contrastare in modo ottimale comportamenti opportunistici da parte dei fornitori. In diverse Regioni sono stati fatti tentativi di adeguare la tariffa giornaliera alla diagnosi DRG (per esempio, casi neurologici sono retribuiti più di casi ortopedici) e di disincentivare ricoveri eccessivamente prolungati attraverso abbattimenti tariffari oltre certe soglie temporali determinate su base storica (per esempio, oltre il 90° percentile dei tempi registrati in un'annata di riferimento). Qua e là si fanno tentativi di controllare l'appropriatezza dei ricoveri "spremendo" il sistema ICD9-DRG e la SDO in vario modo: si penalizzano casi meno "freschi" (ricoveri ripetuti, ricoveri lunga distanza da "eventi indice" ben riconoscibili come una frattura o un ictus cerebrale), si premiano casi provenienti direttamente da un ricovero in reparto per acuti invece che da casa ecc.

LA RISPOSTA FIM

La scala FIM, opportunamente integrata con indicatori già presenti sulla SDO, fornisce una risposta a questo problema. Infatti essa misura direttamente le condizioni funzionali del paziente.

Il punteggio all'ingresso già di per sé costituisce un valido indice di appropriatezza. Punteggi troppo alti sono indicativi di ricovero eccessivamente "alberghiero" e che potrebbe

essere sostituito da interventi a minor costo (day-hospital? ambulatorio?). Meno evidente ma probabilmente in crescita è il problema opposto. Anche punteggi troppo bassi possono segnalare inappropriately poiché possono associarsi a pazienti ancora in fase acuta e instabili (per esempio, pazienti febbrili, sottoposti a procedure intensive come nutrizione parenterale ed ossigenoterapia, portatori di osteosintesi che non consentono ancora il carico osseo ecc.). Questi pazienti hanno un rischio più elevato di ri-trasferimento in unità per acuti e comunque non possono ricevere fin da subito lo standard riabilitativo cui l'Unità operativa sarebbe tenuta. La tendenza a spostare in riabilitazione casi ancora acuti rappresenta almeno in parte una forma di pseudo-efficienza definita *cost-shifting* (letteralmente "spostare i costi"): si trasferisce il caso clinico da

un regime retribuito forfettariamente ad uno retribuito "a giornata".

Il punteggio FIM alla dimissione fornisce una sintetica misura di efficacia del ricovero che, in quanto appunto riabilitativo, dovrebbe produrre un qualche aumento di "abilità" complessiva del paziente quale che sia la patologia-causa. Il rapporto fra guadagno FIM (dimissione - ingresso) e tempo di degenza rappresenta un indicatore di efficienza.

L'analisi dei punteggi nelle singole attività censite dalla scala FIM dà poi un quadro molto articolato dei processi assistenziali. Per esempio è possibile evidenziare ritardi nel recupero di autonomia sfinterica rispetto al recupero di autonomia nelle attività motorie e cognitive, ritardi a loro volta suggestivi di una insufficiente attenzione allo svezzamento da presidi per l'incontinenza.

The screenshot shows the website for the Uniform Data System (UDS) and UDSMR International. The main navigation menu includes: About Us, Products, Services, Research, Resources, Subscribers, and Contact Us. The 'History' section is highlighted, containing the following text:

History

UDSMR was developed with support from the U.S. Department of Education, National Institute on Disability and Rehabilitation Research, grant number G008435062. The goal of the project was to develop a method to meet the long-standing need to document the severity of patient disability and the outcomes of medical rehabilitation. The national task force that created the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation, starting in 1983, was co-sponsored by the American Congress of Rehabilitation Medicine, the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation as well as eleven other national professional organizations.

Today, over 1,400 facilities in the United States, Canada, Hong Kong, Finland, the United Kingdom, and Australia subscribe to UDSMR, and the databases include over 2,500,000 patient records. UDSMR has territorial agreements with Hong Kong, Israel, Italy, Finland and South Africa.

Uniform Data System for Medical Rehabilitation
International Subscribers List

Copyright © 2001, Uniform Data System for Medical Rehabilitation, a division of UA Foundation Activities, Inc. All Rights Reserved.

The 'UDSMR International Sites - Italy' section includes the following information:

UDSMR International Sites - Italy

General Information
News
International Sites

SOGECOM EDITRICE RICERCA IN RIABILITAZIONE s.r.l. is located in Milano, Italy and is our territorial licensee for the FIM™ instrument.

The primary goal of SOGECOM, as stated in its bylaws, is "the production and the promotion of cultural activities in medical sciences." The Company has been primarily involved in Rehabilitation Medicine since 1992 and is one of the original international licensees of UDSMR. In pursuing its goal, SOGECOM developed two complementary strategies: Courses and a scientific Bulletin.

Both of these areas are managed by the Scientific Director, Luigi Tesio, M.D., a physician from the Fondazione Salvatore Maugeri in Pavia, Italy. The Director is also a journalist active in both biomedical communication and teaching.

SOGECOM runs 10 to 12 Courses and Meetings yearly in Italy. Cutting-edge topics are explored within a rigorous methodological framework. Among these:

- the FIM™ instrument (formerly known as the Functional Independence Measure), an international standard for the measurement of disability;
- the Active Lumbar Traction technique for low back pain and lumbar disc herniation;
- the EquiTest posturographic platforms for balance assessment and training;
- and the (gamma) FEMG assisted diagnostics of balance and postural instability.

At the bottom of the page, there is a footer: "Visit the website of our International Unit" and "Internet".

Il fatto che la scala FIM venga rilevata secondo criteri standard omogenei e la presenza di una vasta banca-dati nazionale fanno sì che i dati FIM all'ingresso e alla dimissione e i dati di efficacia ed efficienza possano esser confrontati con valori di riferimento. E questo sia per particolari gruppi diagnostici (mielolesi, pazienti con ictus, fratturati di arto inferiore ecc.), sia per la intera Unità operativa, sia per il singolo caso. Si possono produrre sistemi classificativi definiti "Function Related Groups-FRG" (laddove la D/diagnosi dei DRG diviene F/funzione). Casi con analogie diagnostiche e livelli equivalenti di disabilità vengono accorpati in "gruppi omogenei" sui quali si può stimare il consumo di risorse atteso, e su questo costruire un modello di tariffazione o di premio assicurativo "a forfait", analogamente a quanto si è fatto per il sistema DRG.

Dal giorno 1 Gennaio 2002 un sistema classificativo basato sulla FIM è stato adottato negli Stati Uniti per il pagamento dei ricoveri riabilitativi su fondi MEDICARE (circa il 65% del totale dei ricoveri riabilitativi stessi).

In Italia sono già stati condotti diversi studi su larga scala che hanno dimo-

strato la fattibilità di un sistema FIM-FRG anche su casistica nazionale.

Il sistema FIM è protetto dalle leggi internazionali ed italiana sui Copyrights-diritti d'autore. Esso è proprietà di UB Foundation Inc., emanazione non-profit della State University of New York, Buffalo NY. L'Università ha creato un'apposita Agenzia tecnica (Uniform Data System for Medical Rehabilitation, UDS^{MR}, di cui al sito www.udsmr.org). UDS^{MR} promuove sistemi nazionali gestiti su licenza esclusiva, al fine di preservare l'integrità dello standard e di favorire la crescita di robuste banche-dati. Queste ultime sono un requisito necessario per ricerche epidemiologiche e per procedure di controllo di qualità. L'esclusivista italiano del sistema FIM è:

SO.GE.COM srl - Milano
www.ricercairiabilitazione.it

Istituzioni e aziende sanitarie assistenziali possono avere interesse a generare – sulla base di appositi accordi di licenza – una propria banca-dati e ad adottare le tecniche di controllo di qualità delle rilevazioni. Queste ultime costituiscono la base per un credibile accreditamento verso terzi rispetto all'utilizzo del sistema.