

Proposta di riorganizzazione e finanziamento delle attività di riabilitazione.  
di Fabrizio Mastrilli e Francesco Taroni.

L'ultimo capitolo ha per titolo: "Studio per la definizione di un nuovo sistema di valutazione e di finanziamento delle attività assistenziale di riabilitazione e lungodegenza". Il documento anticipava un progetto di ricerca avente per oggetto "Lo sviluppo di un adeguato sistema informativo, la valutazione della validità e trasferibilità dei sistemi di classificazione dei pazienti attualmente disponibili e la definizione di un sistema di finanziamento specifico per i vari settori....Nel corso del progetto, dovranno essere prioritariamente sperimentati strumenti già largamente in uso in altri Paesi, che hanno avuto una relativa diffusione anche in Italia. Gli esempi più noti comprendono il RAI (Resident Assessment Instrument...) da cui è derivato, tra l'altro il sistema di classificazione dei pazienti noto come RUG (Resource Utilization Group), attualmente utilizzato per i pazienti ospiti nelle istituzioni di assistenza a lungo termine, ed i FIM-FRG (Function Related Groups-Gruppi Funzionalmente Correlati), sviluppati a partire dal FIM (Functional Independence Measure, Strumento di Misura della disabilità) per la riabilitazione".

*Commento: l'ASSR non ha poi potuto condurre i progetti auspicati. Tuttavia, due IRCCS-Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico hanno "raccolto il testimone". Nel Corso del 2000 si sono conclusi due progetti di ricerca finalizzata finanziati dal Ministero della Sanità: l'INRCA di Ancona ha diretto una sperimentazione sul sistema RAI-RUG in RSA per anziani, mentre la Fondazione Salvatore Maugeri di Pavia ha concluso una sperimentazione FIM-FRG in Unità di Riabilitazione Ospedaliera post-acuta. In entrambi i casi si è confermata la validità dei sistemi classificativi di origine statunitense quando applicati alla realtà italiana. Alcune Regioni (Lombardia, Friuli-Venezia Giulia) e la Provincia Autonoma di Bolzano hanno già condotto progetti applicativi concreti*

Requisiti generali e specifici per l'accreditamento delle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna.

La Delibera in sé è relativamente breve ma contiene 9 voluminosi allegati (comunque facilmente disponibili su richiesta grazie all'efficienza e alla cortesia dell'Assessorato alla Sanità). L'Allegato 7 ha per titolo: Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di Medicina Fisica e Riabilitazione.

Fra i requisiti organizzativi per ottenere l'accreditamento si prevede esplicitamente

-per i Centri Ambulatoriali di Riabilitazione: *"devono esistere procedure di valutazione del grado di autonomia (fisica, psichica, capacità di collaborazione, capacità di concedere il consenso informato) della persona nella fase di accesso al servizio e alla dimissione"* (pag.238).

-per le Unità Operative di Riabilitazione Intensiva: *"La valutazione iniziale deve includere almeno:....la valutazione delle abilità residue e delle limitazioni funzionali...Tale valutazione deve essere riportata sulla cartella clinica (pag.245).*

*.....Devono essere rilevati e analizzati, almeno su base annua, i seguenti indicatori:..... incremento del FIM o del Barthel Index fra ingresso e dimissione, rilevato sui pazienti trattati..."* (pag.246)

- per le Unità Operative di riabilitazione specificamente destinate al trattamento di esiti di patologie ortopediche, pneumologiche e cardiologiche (Cod.Struttura 56): *"La valutazione iniziale deve includere almeno..valutazione delleabilità residue e delle limitazioni funzionali...Tale valutazione deve essere riportata sulla cartella clinica.....Ai fini di una confrontabilità dei risultati si chiede l'uso di almeno una delle seguenti scale di valutazione che permettano un confronto nazionale ed internazionale (FIM, Barthel Index)"* (pag.247-248)



-per le Unità Spinali: "La valutazione iniziale deve includere almeno..valutazione delle abilità residue e delle limitazioni funzionali...Tale valutazione deve essere riportata sulla cartella clinica..... Deve essere prevista la misurazione dei miglioramenti degli utenti e quindi del raggiungimento degli obiettivi funzionali, attraverso l'utilizzo di scale di valutazione validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento. Ai fini della valutazione dei risultati si chiede l'uso di scale che permettano un confronto nazionale ed internazionale. (pag.258-259) Devono essere rilevati e analizzati, almeno su base annua, i seguenti indicatori:..... incremento del FIM o del Barthel Index fra ingresso e dimissione, rilevato sui pazienti trattati (pag.260)...

-per le Unità per le gravi cerebrolesioni: La valutazione iniziale deve includere almeno..la valutazione delle abilità residue e delle limitazioni funzionali...Tale valutazione deve essere riportata sulla cartella clinica....Deve essere prevista la misurazione dei miglioramenti degli utenti e quindi del raggiungimento degli obiettivi funzionali, attraverso l'utilizzo di scale di valutazione validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento... Ai fini della confrontabilità dei risultati si chiede l'uso di almeno una delle seguenti scale di valutazione che permettano un confronto nazionale e internazionale (FIM, Barthel Index) .....(pag.265-266). Devono essere rilevati e analizzati, almeno su base annua, i seguenti indicatori:..... incremento del FIM o del Barthel Index fra ingresso e dimissione, rilevato sui pazienti trattati (pag.266-267)...."

Commento: le norme di accreditamento -in linea con i più avanzati criteri di management sanitario- danno evidenza alle misure funzionali sulla persona, alla necessità che esse siano non soltanto validate scientificamente ma anche accettate dalla comunità scientifica come standard. La FIM o l'indice di Barthel sono le uniche scale di disabilità rese obbligatorie (l'una o l'altra) esplicitamente. In questo, la Regione Emilia-Romagna ha anticipato addirittura la normativa statunitense, che fa della scala FIM -dal Gennaio 2002- una strumento obbligatorio per la determinazione del pagamento delle Unità di Riabilitazione Ospedaliera per i pazienti assistiti da programmi Medicare (circa il 65% dei casi). I particolari sono disponibili sul sito statunitense [www.udsmr.org](http://www.udsmr.org)

---

### **Regione Friuli-Venezia Giulia, Agenzia Regionale per la Sanità, 2001-2002**

**Progetto sperimentale gestionale:**

"Rete informativa sul percorso riabilitativo del paziente con ictus nella Regione Autonoma del Friuli-Venezia Giulia".

Il progetto è consistito nel monitoraggio clinico-funzionale di tutti i primi casi di ictus cerebrale osservati per 12 mesi nella Regione. La scala FIM è stata l'indicatore principale, cui si sono associati i dati ufficiali della Scheda di dimissione Ospedaliera e un insieme di altri dati neurologici e funzionali. Il protocollo di rilevazione è stato applicato sia in fase acuta, sia in tutte le possibili ulteriori tappe del percorso riabilitativo (riabilitazione ospedaliera, RSA, casa di riposo, ambulatorio). Lo studio ha

prodotto moltissime informazioni circa appropriatezza ed efficacia dei diversi percorsi, oltre che una prima versione di sistema classificativo tipo FIM-FRG per il case-mix dei ricoveri ospedalieri. E' in fase di discussione l'estensione della sperimentazione alla intera casistica riabilitativa, oltre che ai casi di ictus cerebrale.

---

### **Provincia Autonoma di Bolzano, Assessorato alla Sanità/Ripartizione Ospedali, 2001-2002**

**Progetto sperimentale gestionale:**

Applicazione della scala FIM- Functional Independence Measure alla gestione della degenza riabilitativa.

La scala FIM è stata rilevata sistematicamente per 18 mesi a tutti i ricoveri in degenza riabilitativa ospedaliera pubblica nella Provincia, all'ingresso e alla dimissione. Lo studio ha consentito considerazioni di appropriatezza, efficacia ed efficienza delle diverse strutture coinvolte, ed ha portato ad una prima versione di sistema classificativi del case-mix tipo FIM-FRG per i ricoveri riabilitativi ospedalieri della Provincia. La sperimentazione è stata poi estesa all'anno 2003.

---

### **Regione Lombardia, DGR 1 Marzo 2000- N.6/48960, BURL 27.3.2000 Anno XXX, N.83**

Preso d'atto della comunicazione del Presidente Formigoni, Assessore Bernardo e Assessore Borsani avente ad oggetto: "Documento direttore per la redazione del Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2000-2002".

Si sottolinea specificamente il paragrafo relativo a "Qualità delle prestazioni". Il testo riporta: "Controllare, anche attraverso l'individuazione di metodologie scientificamente fondate e di indicatori oggettivi attendibili, la qualità degli "outcomes" e dei prodotti finali fruiti dai cittadini utenti costituisce d'altro canto il modo migliore di verificare "l'appropriatezza delle prestazioni erogate" assolvendo uno degli obblighi principali posti dal legislatore in capo alla regione ed alle sue aziende".

Commento: il sistema FIM si inserisce con grande coerenza nella linea di valutare "outcomes" sulla persona sulla base di metodologie scientificamente fondate, ed è rivendicato da diverse strutture proprio come strumento di outcome e quindi elemento di valutazione di qualità.

---

**Regione Lombardia-Assessorato alla Famiglia e alle Politiche Sociali-Direzione Generale – 2000-2002 DGR 2857 22.12.2000 e DGR 5910 del 2.8.2001**

- ◆ **Erogazione sperimentale per l'anno 2001 del buono socio sanitario a favore degli anziani non autosufficienti assistiti in famiglia.**
- ◆ **Affidamento di incarico al CRISP-Università degli Studi di Milano-Bicocca-pre lo svolgimento del progetto di ricerca "Buono socio-sanitario a favore di anziani non autosufficienti assistiti in famiglia: monitoraggio dei profili qualitativi dell'intervento \***

Lo stanziamento " si configura quale intervento innovativo atto a valorizzare la cura dell'anziano a domicilio da parte del proprio nucleo familiare ed a limitare o ritardare la necessità di ricovero in strutture residenziali, offrendo alla famiglia un'ulteriore opportunità di risposta ai bisogni dalla stessa espressi".

Si tratta quindi di una iniziativa di sostegno economico diretto, che tuttavia è sperimentale e impone alla Direzione generale dell'Assessorato "il monitoraggio complessivo dei profili qualitativi dell'intervento... - l'attività di elaborazione e di analisi dei dati propedeutica alla valutazione conclusiva degli esiti della sperimentazione intrapresa e dei suoi sviluppi operativi".

Il buono, pari a 413 Euro mensili, è stato assegnato secondo criteri molto rigidi: l'anziano doveva avere almeno 75 anni, avere un riconoscimento di invalidità civile del 100%, percepire l'indennità di accompagnamento", e rientrare in un limite di reddito familiare. Il buono è stato erogato sperimentalmente per il periodo Aprile-Dicembre 2001 a circa 7000 famiglie fra le 21.000 circa che hanno presentato domanda. La somma può essere gestita in completa autonomia dagli assegnatari, che devono identificare un familiare responsabile dell'assistenza: di particolare interesse, tuttavia, è la possibilità di rivolgersi a organizzazioni che forniscano varie forme di assistenza a domicilio e che siano state accreditate attraverso apposito "patto" con la Regione. Visto l'eccesso di domande, ogni ASL ha dovuto seguire –come da delibera- una graduatoria di età decrescente.

Va sottolineato come sia innovativo il concetto di monitoraggio dell'intervento sperimentale. Con successiva delibera, la Regione ha poi ritenuto di avvalersi operativamente del CRISP- Centro di Ricerca Interuniversitario sui Servizi di Pubblica Utilità alla Persona ([www.crisp-org.it](http://www.crisp-org.it)). Il CRISP ha già attivato un progetto che prevede una rilevazione complessa e accurata di variabili socio-sanitarie sia su un campione di assegnatari a domicilio, sia su un distinto campione – confrontabile per età e sesso- di residenti in RSA. La **scala FIM** è stata scelta come indicatore centrale sia della non-autosufficienza "basale" sia dell'"outcome" complessivo all'atto di una seconda rilevazione che avverrà a distanza di alcuni mesi. Cinquanta medici

designati da tutte le ASL lombarde per le rilevazioni hanno già frequentato l'apposito Corso di accreditamento.

*\* Risultati pubblicati in:*

*Il buono socio-sanitario. Anziani non autosufficienti: il monitoraggio del "buono" in Lombardia. A cura di Luigi Tesio. Editore Guerini e Associati, Milano 2003*

**Regione Lombardia, Decreto del Direttore Generale, Direzione Generale Sanità B.U.R.L. 9.7.2001 no.28 pp.2313-2317**

**Criteri per l'assegnazione del punteggio relativo agli indicatori di qualità per le strutture di ricovero e cura che operano in ambito riabilitativo**

Il decreto definisce i punteggi che determinano la graduatoria: quest'ultima dà accesso ad un finanziamento di 40 miliardi complessivi, sulla base di una delibera regionale (dgr 7/491, 3.8.2000) dal titolo "aggiornamento delle tariffe di prestazioni ospedaliere in regime di ricovero" e che fissava appunto gli 11 indicatori di cui si parla. Un apposito gruppo di lavoro "per la valutazione della qualità dell'assistenza erogata in regime di ricovero ordinario nelle strutture di riabilitazione" ha prodotto poi i criteri ripresi dal Decreto del Direttore Generale. Alcuni sono indicatori "di processo": per esempio, il tasso di ricoveri ripetuti e il numero di ore terapeuta/die, mentre altri sono indicatori "di struttura": per esempio la percentuale di posti in camere a due letti e la percentuale di letti monitorizzati. Va qui sottolineato che vi sono due indicatori "funzionali" su questionari, e cioè a) l'utilizzo di strumenti per la valutazione funzionale di *outcome* e b) una misura di soddisfazione del "cliente" o *customer satisfaction*. Il punteggio conseguibile con ciascuno di questi indicatori è relativamente basso (fino a 0.5 punti contro un massimo di 1.5 punti, per esempio, per l'indicatore "camere a due letti").

*Commento: è forse la prima volta che nel panorama legislativo italiano viene esplicitamente riconosciuto, anche dal punto di vista economico, l'utilizzo di indicatori di outcome funzionale della persona in riabilitazione e che si dà dignità di indicatore economico a misure "soft" su questionari. Viene finalmente riconosciuto che il modello operativo della riabilitazione non può basarsi soltanto su indicatori bio-medici come le diagnosi eziopatogenetiche descritte da indicatori tipo ICD-DRG né, tanto meno, soltanto su indicatori strutturali del fornitore. Grazie a questo esplicito riconoscimento, ed al principio che esso può avere una remunerazione specifica, si facilita la strada al perfezionamento sia degli indicatori funzionali da inserire nei sistemi di controllo gestionale delle singole strutture riabilitative, sia (altro lato della stessa medaglia) al perfezionamento dei sistemi di controllo di verosimiglianza e di qualità degli indicatori stessi.*

*In questo contesto la scala FIM si trova in prima linea fra gli indicatori funzionali rilevanti nel monitoraggio del processo e dell'outcome riabilitativi, e con una storia italiana di accreditamento e verifica di qualità lunga quasi dieci anni.*

**Regione Lombardia, DGR N.VII/14059, 8.8.2003.**

**Determinazioni in merito alla remunerazione di alcune funzioni svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati, per il solo anno 2002, non coperte da tariffe predefinite – secondo provvedimento**

Il provvedimento comporta l'assegnazione "del fondo di € 20.525.500,00 previsto per l'incentivazione della qualità dell'assistenza erogata in ricovero ordinario delle strutture di ricovero e cura dotate di UO accreditate di riabilitazione....".

La distribuzione del fondo si basa sull'assegnazione di un punteggio relativo ad indicatori di qualità. Per quanto attiene la riabilitazione, la versione originaria degli indicatori e il criterio di "pesatura" sono descritti in un precedente provvedimento. Nella delibera dell'Agosto 2003 i criteri e i "pesi" sono stati leggermente modificati.

Resta saldo, comunque, il criterio che riguarda il "disporre ed utilizzare scale di valutazione della disabilità e dell'handicap.." Il punteggio su questa particolare voce ha tenuto conto della percentuale di casistica cui sono applicate scale di misura,

nonché della "rilevanza, coerenza ed omogeneità rispetto al campione della scala di valutazione utilizzata". Nel caso in cui una struttura utilizzasse più di una scala, si è fatto riferimento alla scala che riceveva il punteggio più elevato.

Come cita la Delibera, "per le strutture che trattano casistica neuromotoria le scale più impiegate sono la FIM e l'indice di Barthel....Per le strutture che trattano casistica cardiopolmonare più che di scale si deve parlare di test (cammino, dispnea, .....)".

Si riporta di seguito la tabella che nella Delibera dà in sintesi l'elenco delle principali scale impiegate.

*Commento: si ha conferma di come l'utilizzo gestionale della scala FIM come strumento di misura di disabilità ed outcome sia molto esteso – e forse prevalente- in Lombardia . Nel contempo si ha anche conferma di come lo sforzo di utilizzare la FIM possa essere riconosciuto istituzionalmente, anche dal punto di vista finanziario, in quanto elemento di qualità assistenziale.*

Strutture	N°	Scale		Test		Altro	
		FIM	Barthel	Test del cammino	Test da sforzo	Qualità della vita	Valutaz.infermieristica autonomia
Neuromotorie	85	58	42	9	3	6	3
Cardiopolmonari	35	1	2	28	22	7	5

**Regione Liguria, Deliberazione del Consiglio Regionale 20/ 20.1.2004, No.3.**

**Piano Socio Sanitario Regionale 2003-2005**

[www.bur.liguriainrete.it](http://www.bur.liguriainrete.it).

Il Piano tratta ampiamente il tema della riabilitazione. "E' indispensabile...l'utilizzo di criteri uniformi di raccolta dati sulla condizione del disabile che permettano una sufficiente completezza descrittiva, una adeguata stadiazione, ed un punto di vista valutativo orientato alle possibilità residue. La classificazione ICF-O.M.S. ed in particolare la Check List a questa associata potranno essere strumenti importanti.... In mancanza di adeguata esperienza sperimentale di tale classificazione si ritiene che l'utilizzo di una scala di "dipendenza funzionale", che corrisponda a standard internazionali riconosciuti, possa rappresentare un requisito minimo per la valutazione dell'attività riabilitativa. Si dà indicazione pertanto per l'utilizzo sperimentale della scala F.I.M all'interno della cartella clinica riabilitativa". A pag.735 si delinea ulteriormente il contesto in cui il tema della misura si inserisce: "E' necessario fornire indicazioni che permettano di definire, ai fini

della programmazione aziendale, la composizione del team riabilitativo e l'intensità della tutela medico infermieristica necessarie nelle varie fasi della storia di riorganizzazione sul danno. ....Definizione dei mandati e classificazione dei bisogni possono contribuire a superare, per ciascuna condizione operativa, il concetto di degenza media favorendo l'adozione di quello di degenza propria per la specifica condizione patologica. Possono inoltre contribuire all'identificazione della domanda impropria e alla sua riconversione."

*Commento: si tratta di un esplicito riconoscimento della validità dello strumento FIM ai fini dello studio di appropriatezza ed efficacia dell'intervento riabilitativo, con particolare riferimento a quello in degenza. E' importante il riferimento al sistema ICF-OMS. La misura FIM non va considerata come un'alternativa al sistema classificativo ICF. La FIM, anzi, può rappresentare un utile complemento quantitativo della classificazione (che per definizione è qualitativa). Il piano dà risalto correttamente al fatto che il sistema FIM è già collaudato tanto da consentirne la immediata applicazione all'interno di una cartella clinica riabilitativa.*

Piano regionale della riabilitazione

[www.regione.fvg.it/istituzionale/delibere/delibere.htm](http://www.regione.fvg.it/istituzionale/delibere/delibere.htm)

Il Piano (Cap.8, pp.126 e seguenti) ritiene obiettivo essenziale "lo sviluppo di un sistema informativo integrato per la riabilitazione e per i ricoveri protratti in degenza post-acuta". Esso implica "la progressiva applicazione a tutto il sistema dell'assistenza post-acuzie, intermedia e di lungo periodo, di un modello omogeneo di descrizione e documentazione clinica ed il suo trasferimento in forma sintetica in un nuovo sistema informativo". Si impone "la costruzione di criteri di classificazione dei pazienti e la "definizione di nuovi sistemi di remunerazione che tengano conto del reale bisogno dell'utente". "E' importante, alla luce delle esperienze ancora sperimentali compiute a livello nazionale e regionale, stabilire il miglior modello possibile di pagamento prospettico di taliprestazioni, che tenga conto del carico assistenziale necessario al paziente e quindi dei differenti case-mix esistenti nei diversi setting di assistenza: ospedale, RSA, altre residenze". Per questo "si avvia una fase di studio e analisi dei sistemi di valutazione dei bisogni assistenziali e riabilitativi (FIM e/o Val.Graf.) da cui derivare un nuovo sistema di tariffazione dell'attività riabilitativa intraospedaliera.

*Commento: il Piano ha recepito alcune indicazioni forti emersi dal progetto 2001-2003 "Rete informativa sul percorso riabilitativo del paziente con ictus nella Regione Autonoma del Friuli-Venezia Giulia" (si veda sopra). In particolare si evidenzia che: a) la scala FIM ha guadagnato una candidatura protagonista quale strumento-cardine di un eventuale sistema di tariffazione "per bisogno funzionale" del paziente, e b) si riconosce la necessità di un sistema informativo che consenta di "tracciare" il percorso riabilitativo del paziente (e quindi, implicitamente, la evoluzione del suo recupero funzionale) attraverso sedi diverse e tappe diverse del percorso riabilitativo che va valutato anche unitariamente, quali e quanti ne siano gli episodi di cura.*

---

