

Ricerca in Riabilitazione



Periodico di aggiornamento scientifico
Anno 3° - n°2 - Settembre 1994
Spedizione in abbonamento postale 50%, Milano

Tendenze e prospettive nella clinica del movimento

EDITORIALE

Quanto costa la riabilitazione?

L'articolo che ospitiamo in prima pagina merita un commento, per quanto esso possa apparire ridondante.

Un recente decreto del Ministero della Sanità (15-4-1994) ha dato il via in Italia al sistema di pagamento prospettico dei ricoveri, inclusi quelli riabilitativi. Il nuovo sistema non è ancora entrato in fase di attuazione pratica, e c'è chi si chiede se davvero ci entrerà mai. Nel caso che la riforma si avverasse ricordiamo al lettore ignaro di che cosa si tratta. Attualmente l'azienda-ospedale viene retribuita con denaro pubblico "a forfait" per ogni giornata di degenza. Il sistema premia economicamente le strutture che ricoverano i malati meno impegnativi e che li trattengono più a lungo. Dal 1983 gli Stati Uniti hanno cambiato le regole del gioco: si paga "a forfait" il ricovero nel suo complesso, a seconda del tipo di patologia, quale che sia il tempo di degenza. Si parla anche di pagamento "prospettico", visto che l'entità del rimborso è nota fin dal momento del ricovero. Le patologie sono classificate in circa 470 cate-

continua a pagina 6

dalla prima pagina
Quanto costa la riabilitazione?

gorie (i famosi DRG: Diagnosis Related Groups, 1), a ciascuna delle quali corrisponde un certo rimborso. Il sistema dovrebbe premiare economicamente le strutture che ricoverano i malati più impegnativi per tempi inferiori. La cura a base di DRG sarebbe alquanto traumatica: non si contano le strutture ospedaliere che hanno dovuto chiudere i battenti negli Stati Uniti (2).

Eppure, laggiù essa sembra aver prodotto risultati positivi: quanto siano trasferibili alla realtà italiana lo vedrà chi vivrà.

Quello che più dovrebbe preoccupare il riabilitatore è il fatto che il legislatore abbia recepito una parte dell'esperienza americana (i DRG) senza coglierne un'altra parte non meno importante: il fatto che i DRG non sono stati applicati alle degenze riabilitative, per il semplice fatto che non funzionano. E come potrebbero? La "diagnosi" descritta da un DRG è sostanzialmente una diagnosi di malattia-causa, che dice poco o nulla delle condizioni funzionali del paziente: proprio quelle per cui lo si avvia ad un iter riabilitativo. A meno che non ci si accontenti del DRG, il 462, che recita lapidario: Riabilitazione (non importa di chi e di che cosa). Un altro esempio? DRG 9: "malattie e traumi del midollo spinale e del canale midollare". Ci ricadono il paziente con neurinoma dorsale asportato lasciando una modesta claudicazione, così come il paraplegico. E poi: quale paraplegico? Il delicato paziente di 75 anni colpito da infarto midollare così come il robusto ragazzo di 20 anni caduto da una motocicletta. Come evitare che la struttura riabilitativa con problemi finanziari trovi ogni possibile scusa per rifiutare il secondo ed il terzo caso, visto che il rimborso sarebbe uguale?

Gli Stati Uniti dopo 11 anni ancora continuano a dibattere su proposte alternative, e nel frattempo si guardano bene dall'applicare i DRG in riabilitazione. L'obiettivo è un sistema di rimborso che riesca a conciliare il concetto di pagamento prospettico con una classificazione dei pazienti basata sull'effettivo costo dell'assistenza riabilitativa.

Sono state formulate proposte organiche sia per le degenze per cronici (i Resource Utilization Groups o RUG, 3), sia per le degenze riabilitative (i Function Related Groups o FRG, 4): la dimostrazione di efficacia dei FRG negli Stati Uniti è cosa di pochi mesi fa.

Per questo, l'articolo di Margaret Stineman è una primizia di cui Le siamo davvero grati. La chiave del suo successo è stata una "diagnosi" non tanto di malattia-causa, ma di tipo di disabilità. E poi, una ragionevole quantificazione della gravità: sono stati utilizzati i punteggi ottenuti sulla scala FIM (5), che al momento rappresenta lo strumento più accreditato per fornire questa informazione; e soprattutto uno strumento disponibile fin da ora anche in Italia. Il sistema FIM-FRG, poi, ha presentato rispetto al sistema DRG una maggior facilità di "calibrazione" (la procedura che assegna ad ogni gruppo un costo): la riabilitazione richiede meno risorse in termini di tecnologie diagnostiche-chirurgiche. Questo rende lecito utilizzare il semplice dato costituito dai giorni di degenza invece che complicati calcoli su costi assistenziali analitici.

Che cosa succederà se i DRG verranno applicati pedissequamente alla riabilitazione? Possiamo aspettarci quello che gli americani chiamano -eufemisticamente- "creaming" (6): la scrematura che le degenze riabilitative opereranno nei confronti dei malati più impegnativi. Nell'affannosa ricerca di ridurre i tempi di ricovero, forse verranno

potenziati i servizi riabilitativi intraospedalieri. Ma ugualmente gli ospedali tenderanno di cortocircuitare (by-passing, come dice la Stineman) le riottose degenze riabilitative. Come? Spingendo verso le degenze per cronici, a bassa intensità sanitaria e per ora immuni dal pagamento prospettico, i pazienti che ancora hanno bisogno di riabilitazione medica impegnativa.

Ci auguriamo che il legislatore si accorga della sua svista e quanto meno sospenda l'applicazione dei DRG alla riabilitazione. Per una volta, però, potremmo addirittura trovarci sul filo di partenza insieme -e non indietro- agli Stati Uniti. Con un sistema imperniato sulla filosofia FIM-FRG potremmo ereditare il risultato dei loro sforzi decennali. Con i DRG, invece, non faremmo che riprodurre un errore che per un decennio essi hanno evitato.

Luigi Tesio

BIBLIOGRAFIA

- 1) Malvi C, Curcio Rubertini BC. Formazione dei DRGs. In: L'informazione per la valutazione dell'attività ospedaliera, pp. 117-147. Assessorato alla Sanità, Regione Emilia Romagna, 1990.
- 2) Bray N et al. An examination of winners and losers under Medicare's prospective payment system. *Health Care Manage Rev* 1994;19,1:44-55
- 3) Fries B, et al. Refining a case-mix measure for nursing homes: resource utilization groups (RUG-III). *Med Care* 1994;32,7:668-685
- 4) Stineman MG et al. A case-mix classification system for medical rehabilitation. *Med Care* 1994;32:366-379
- 5) Tesio L. Riabilitazione: tempo di misure, tempo di bilanci. *Ric Rehabil* 1993;2,2:1-3.
- 6) 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.