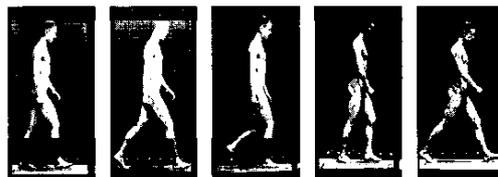


Ricerca in Riabilitazione



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

Tendenze e prospettive nella clinica del movimento

EDITORIALE

Lungodegenza non è stabilità clinica

di Luigi Tesio

E così siamo arrivati davvero alle soglie del sistema di pagamento "prospettico a prestazione" delle degenze ospedaliere. Se la Legge non cambia, dal primo Gennaio 1995 gli ospedali verranno retribuiti non "a posteriori" in base alle giornate di degenza, ma in base alle diagnosi di ingresso dei pazienti (i famosi DRG, Diagnosis Related Groups o gruppi diagnostici isorisorse, 2). Il nuovo sistema dovrebbe incentivare gli ospedali ad abbreviare i tempi di ricovero.

Per esempio, nei primi due anni di applicazione negli Stati Uniti, ove il sistema è in vigore dal 1983, la degenza ospedaliera media dei pazienti di oltre 65 anni è calata da 9.9 a 8.7 giorni (6). Nel precedente numero di questa rivista abbiamo evidenziato quanto poco i DRG convengano alla definizione del pagamento delle degenze riabilitative, i cui costi dipendono dalle condizioni funzionali del paziente molto più che dalla diagnosi di malattia-causa (7,8).

Applicare pedissequamente i DRG alla riabilitazione significa incentivare ciniche procedure di

"scrematura" in fase di accettazione: a parità di "diagnosi" (ad esempio, ictus cerebrale) saranno privilegiati i pazienti con le migliori condizioni funzionali (10).

Non a caso, negli Stati Uniti le degenze riabilitative sono state esentate dal pagamento a pre-

stazione. Tutto risolto, dunque? Anche l'esenzione ha presentato gravi inconvenienti. Primo fra tutti, l'immediato scarica-barile fra gli ospedali, incentivati alla dimissione rapida, e le degenze riabilitative, che invece sono rimaste esenti dal sistema DRG.

Gli operatori delle strutture riabilitative hanno immediatamente percepito un aggravamento clinico complessivo, e soprattutto una maggiore instabilità medico-internistica, dei pazienti dimessi dagli ospedali (4). La percezione ha trovato riscontro in diversi studi obiettivi, fra cui citiamo uno studio comparso nel 1993 sui prestigiosi Archives of Physical Medicine (5). Gli autori hanno semplicemente registrato in quale percentuale i pazienti inviati da degenze ospedaliere dovevano essere rispediti in ospedale-causa le condizioni cliniche - il giorno stesso del ricovero in riabilitazione, o il giorno successivo.

Fra il 1984 (anno di avvio del sistema DRG) ed il 1989 la struttura degli autori ha ricoverato 812-1134 pazienti l'anno. In questi stessi anni la percentuale di ri-ospedalizzati entro 48 ore è salita, guarda caso, da 1.5% a 3.1%. La Fig. 1 sintetizza le diagnosi d'invio (A) e le complicazioni (B) di questi pazienti. Che si tratti di un effetto-DRG e non di una variazione epidemiologica "neutrale" è dimostrato da un dato emblematico, riportato nello stesso lavoro.

Il sistema DRG negli Stati Uniti non si applica a tutti gli assistiti ma

4 IL CRAMPO QUESTO SCONOSCIUTO, MALATTIA MUSCOLARE O MALATTIA NEUROLOGICA?

8 PERIARTRITE DI SPALLA: DALLA LESIONE ALLA RIABILITAZIONE

10 TOSSINA BOTULINICA E RIABILITAZIONE. UNA NUOVA SINERGIA?

14 ORTESI PER IL PARAPLEGICO: CAMMINARE NON È TUTTO

15 GIOVANNI ALFONSO BORELLI, 1680: MECCANICA, MOVIMENTO, VITA

21 IN LIBRERIA

22 R in R: INDICE 92-94

23 RICONOSCIMENTI

**ANNO 3° N° 3
DICEMBRE 1994**

solo a quelli coperti da assistenza Medicare (che comunque è di gran lunga la più diffusa). Guarda caso, l'aumento di pazienti da ri-ospedalizzare ha riguardato in molto maggior misura i pazienti Medicare: che sono passati nello stesso periodo dal 33 al 50% dei casi respinti al mittente.

Il primo rimedio efficace è stato quello di imporre al maggior numero possibile di ospedali inviati una visita-filtro, ad opera di un fisiatra della struttura ricevente: filtro molto più efficace, se applicato il giorno stesso in cui è previsto il trasferimento. I pazienti "filtrati" dal fisiatra avevano una probabilità di ri-ospedalizzazione im-

mediata pari a 1.2% contro il 3.9% dei pazienti non filtrati. Il costo dello scarica-barile, in termini sia umani, sia finanziari, rimaneva comunque molto elevato. Nel caso dei malati riabilitativi, dunque, il sistema DRG sembra indurre uno spostamento occulto di costi (cost shifting), più che un loro abbattimento reale.

Le cose sono andate in modo analogo, se non peggio, nelle degenze per cronici: nursing homes, residenze sanitarie assistenziali, o come altro le si voglia definire (6).

D'altronde, con o senza DRG le strutture per cronici da sempre risentono dello "stereotipo secondo cui curare il malato cronico inevitabilmente significa custodirlo senza specifici supporti diagnostici e terapeutici" (1). Parafrasando gli Autori citati, direi che il malato cronico non è meno malato per il fatto che è cronico. Lo studio ha quantificato elegantemente l'impegno sanitario richiesto da questi pazienti, che è troppo semplicistico definire "ospiti".

Gli Autori hanno definito rigorosamente i concetti di "evento clinico avverso" (in sostanza, ogni aggravamento o complicazione delle condizioni cliniche), e del relativo carico medico-infermieristico (attraverso una interessante "severity rating scale"). Retrospectivamente essi hanno esaminato l'insorgenza di ACE, e il corrispondente impegno sanitario, in 106 pazienti (età media 82 anni) degenti presso 3 reparti per cronici, all'interno di un grande istituto geriatrico-riabilitativo. In sintesi, si registrò una media di circa un evento avverso al mese per ogni paziente. Nei tre mesi di osservazione, 3 pazienti morirono, mentre tutti gli altri presentarono almeno un episodio avverso. Nell'80% dei casi l'evento richiese non solo l'intervento del medico, ma complesse procedure medico-infermieristiche: dall'ecografia alla broncoaspirazione, da interventi di piccola chirurgia a radiografie o

esami ematochimici in urgenza. Il 15% circa degli episodi lasciò in esito una nuova menomazione funzionale.

Questo lavoro mette apertamente in guardia contro politiche puramente "sociali" che trascurino l'intervento sanitario nell'assistenza all'anziano. Per inciso, all'interno dell'intervento sanitario sui malati cronici, quello fisiatrico non è certo secondario: nel 60% dei pazienti osservati erano presenti problemi neurologici. Il 30% degli episodi avversi erano classificabili come neurologici, muscoloscheletrici, respiratori, o come cadute a terra. Con l'avvento del sistema DRG, la situazione non potrà che "sanitarizzarsi" ulteriormente.

Che fare? Alcune soluzioni sono già state individuate dalla comunità scientifica.

Per prima cosa, è urgente un accordo su indicatori delle condizioni funzionali del paziente, che siano almeno in parte svincolati dalle diagnosi eziologiche. Occorre che le degenze riabilitative e per cronici possano classificare su questa base i loro pazienti e possano quantificare le variazioni di stato funzionale. Abbiamo già indicato nella Functional Independence Measure (FIM,9) uno standard di grande utilità per il malato riabilitativo. Lavori come quello citato, ad opera di colleghi italiani, vanno nello stesso verso nell'area cronico-geriatrica. Altri contributi sono già stati forniti nell'ambito dell'assistenza domiciliare, o di singole patologie di particolare impegno riabilitativo, come il trauma cranico, le mielolesioni, il coma.

Senza indicatori funzionali sensibili alle variazioni di stato clinico, si possono introdurre al massimo incentivi alla riduzione dei costi, ma non incentivi al miglioramento delle prestazioni (visto che non si misura il risultato). Occorre combattere la convinzione rassegnata, spesso inconscia, che dopo

Ricerca
in Riabilitazione

in Italia: via Broletto, 15 - Milano
tel. 02/27.0741 - Telex 327209
Abbonamento annuo L. 1.000.000 - 24.000

Direttore Responsabile Luigi Ferrero

Redazione Grafo (Autore) Milano

Segretaria di Direzione
Mina Clara Anselmi

Il Servizio di Fisioterapia Clinica Ortopedica
Dipartimento Ortopedico San Raffaele
Milano

Hanno collaborato i seguenti autori:

Fausto Balloccani, Istituto per lo Studio e
l'Inferenza Clinica, Università degli Studi di
Milano

Rosario Galati

Franco Molteni, Istituto di Studi e Cura
in Riabilitazione Villa Borghese, Roma

Messaggio Corio

Alessandro Rossi

Anno 3 - n. 3 - Dicembre 1994

Aut. Trib. RG N. 15 del 12 Aprile 1992

Spedizione in abb. postale 40% (art. 1, comma 20,
Legge 662/96) - C.A.P. 20138 - Milano

Periodico S. I. G. E. C. O. M. - Roma

Stampa: Tipografia del Belga
Vercelli (VC)

È coperta dalla assicurazione RSCG
Wolke - Ditta Pubblicitaria del Nord
1041280

l'ospedale ci sia una sorta di capolinea sanitario: per il quale il paziente (o per lui lo Stato) può pagare un biglietto a tariffa ridotta e fissa. I lavori citati documentano (ma gli addetti ai lavori lo sanno bene da sempre) che vi è ancora un viaggio sanitario lungo e tortuoso, e che il costo del biglietto deve poter essere commisurato alle necessità ed alle prestazioni rese.

Inoltre, occorre incentivare meccanismi di "filtro" funzionale multidisciplinare e specialistico nelle delicate fasi di trasferimento da un modello assistenziale ad un altro: la merce, per così dire, va controllata da chi spedisce e da chi riceve. Ed entrambi devono essere incentivati non solo ad una riduzione dei costi, ma anche ad un miglioramento delle prestazioni, grazie ad indicatori che riconoscano l'impegno effettivamente necessario ed effettivamente prestato (10).

E ancora, nel formulare un giudizio di idoneità o meno al trasferimento, i medici devono poter utilizzare criteri funzionali e prognostici accettati dalla comunità scientifica, meglio ancora se standardizzati: e questo, per trarne sia un

aiuto nel difficile compito, sia un riparo da critiche di arbitrarietà. Per esempio, il livello di autosufficienza motoria - misurata con scale validate come l'indice di Barthel o la FIM - può predire il rischio di successiva ri-ospedalizzazione? Forse no, in casistica cronico-geriatrica generale (1). Forse sì, in casistiche di lesione cerebrale (3). Questo, comunque, è un tipo di domanda cui va data priorità nella ricerca in riabilitazione.

Non mancano, come si vede, gli strumenti culturali per procedere. Ma li userà soltanto chi accetterà che riabilitazione non coincida con assistenza sociale; che cronicità non coincida con stabilità; e che risparmio non coincida con politica economica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bernardini B. et al. Adverse clinical events in dependent long-term nursing home residents. *JAGS* 1993;41:105-111
- 2) Fetter RB (Editor). DRGs: their design and development. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan USA 1991, pp.1-191
- 3) Francisco GE, Kirhblum S, Tameio A, Mingin G. Predictors of acute care transfer during stroke

rehabilitation. (Abstract). *Arch Phys Med Rehabil* 1994;75:1062

- 4) Heinemann AW, Billeter J, Betts HB. Prospective payment for acute care: impact on rehabilitation hospitals. *Arch Phys Med Rehabil* 1988;69:614-618
- 5) Marciniak CM, Heinemann AW, Monga T. Changes in medical stability upon admission to a rehabilitation unit. *Arch Phys Med Rehabil* 1993;74:1157-1160
- 6) Saughnessey PW, Kramer AM. The increased needs of patients in nursing homes and patients receiving home health care. *N Engl J Med* 1990;322:21-27
- 7) Stinemann MG. Eziologia e funzione: un nuovo metodo per predire il consumo di risorse in medicina riabilitativa. *Ric Riabil* 1994;2:1-6
- 8) Tesio L. Quanto costa la riabilitazione? Editoriale. *Ric Riabil* 1994;2:1/6
- 9) Tesio L. Riabilitazione: tempo di misure, tempo di bilanci. Editoriale. *Ric Riabil* 1993;2:1-3
- 10) 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

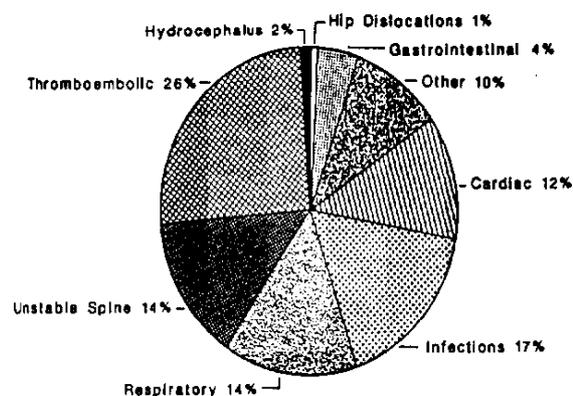
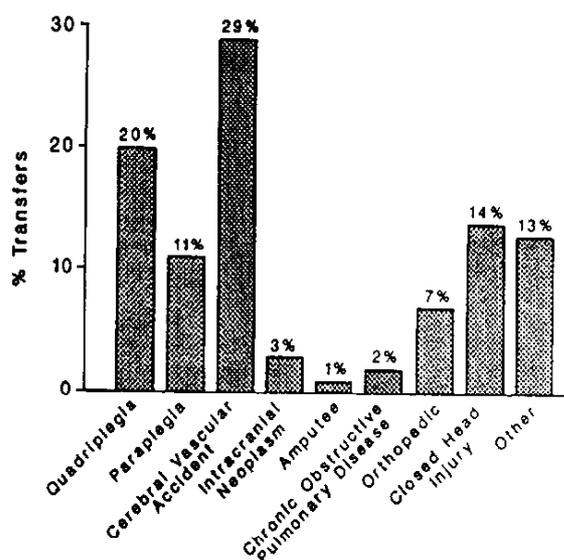


Fig 1. A) Distribuzione delle varie diagnosi di invio in riabilitazione di pazienti che hanno dovuto essere trasferiti entro il giorno successivo in ospedale, cause le condizioni cliniche delle quali è riportata la distribuzione in B) (da Marciniak CM, 5)