

# Ricerca in Riabilitazione



Periodico di aggiornamento scientifico  
Anno 4 - N° 2 - Ottobre 1995  
Spedizione in abbonamento postale 50%, Milano

## Tendenze e prospettive nella clinica del movimento

### EDITORIALE

## Riabilitazione intensiva e non: quanta o quale?

di Luigi Tesio

Un lavoro americano che mi pare alquanto provocatorio ha posto a confronto l'efficacia e i costi di un trattamento riabilitativo intensivo e non intensivo, in due distinti istituti di ricovero (1).

Sono state analizzate due unità di degenza - geograficamente lontane fra loro - che appartengono a una unica "corporation" riabilitativa. Questa gestisce una unità definita "ospedaliera" (64 letti, compresa una unità ictale di 18 letti) ed una "skilled nursing facility con servizi riabilitativi" di 48 letti.

Vi predomina l'assistenza infermieristica. Fisiatra e specialista in medicina interna sono disponibili una volta la settimana. In compenso sono ben rappresentate fisioterapia e assistenza sociale. Per semplicità chiameremo queste strutture degenza intensiva e non intensiva: in questo rivedendo già ad un primo equivoco del lavoro americano che le definisce invece "acuta" e "sub-acuta" anche se i malati accolti da entrambe le strutture sono reduci da ictus cerebrale recentissimo. In realtà nella degenza intensiva vi sono tempi di trattamento molto più lunghi (oltre 3 ore al giorno contro 2 ore circa nella non intensiva) ed i costi (retta e rimborsi a parcella) sono più elevati. Invece, per quanto strano possa sembrare non vi sono criteri netti, né clinici né amministrativi, che impongano il ricovero di un certo tipo di malato in questo o quel tipo di struttura. Dunque appare interes-

sante studiare se il risultato del ricovero differisca fra le due strutture in funzione della diversa quantità di riabilitazione.

Lo studio ha richiesto un anno e mezzo. La casistica è consistita in 331 casi intensivi e 97 casi non intensivi. Età media: 69 e 68 anni; insorgenza dell'ictus: 19 e 15 giorni prima del ricovero; durata media della degenza: 29 giorni e 24 giorni, rispettivamente nella degenza intensiva e non intensiva. Le condizioni

funzionali sono state misurate in termini di autosufficienza nelle attività della vita quotidiana con la scala FIM che i lettori ben conoscono (2). Il punteggio può variare fra 18 (completa dipendenza) fino a 126 (completa autosufficienza). Il punteggio d'ingresso nelle due strutture era di 52 (degenza intensiva) e 55 punti (non intensiva) e raggiungeva alla dimissione 83 punti contro 76, rispettivamente. Il 71% degli "intensivi" poteva rientrare al domicilio o in una struttura non sanitaria, contro il 67% dei "non-intensivi". Ecco invece una differenza importante: il 6% degli intensivi doveva essere trasferito in ospedale per acuti contro il 12% dei non intensivi.

E veniamo ad alcuni crudi indicatori di costo: nella struttura intensiva una giornata di degenza è costata 1.021 dollari, il che fa 960 dollari per ogni punto FIM e 41.129 dollari per ogni paziente de-istituzionalizzato. Nell'altra struttura le cifre corrispondenti sono risultate: 502 dollari per una giornata di degenza, 591 dollari per un punto FIM, 18.129 dollari per ogni paziente restituito al domicilio.

Conclusione degli Autori: la degenza intensiva vince il confronto in termini di efficacia (guadagno di autosufficienza) ma lo perde alla grande in termini di efficienza (guadagno diviso per i giorni di ricovero). I maggiori costi non generano benefici proporzionali.

Gli stessi autori attenuano poi le imbarazzanti conclusioni. Innanzi tutto la casistica è limitata e proviene da due sole unità operative. Inoltre molti dei pazienti dimessi dalla struttura intensiva sono stati inseriti in una "transitional living facility": una struttura rara da noi e che consiste in una struttura abitativa simile ad un normale domicilio in cui il paziente viene gradualmente ri-adattato al rientro a casa. Presumibilmente molti di questi pazienti sono poi rientrati a casa ma questo non appare dai dati. Inol-

**4** DISABILITÀ E "FRAILTY" IN RIABILITAZIONE GERIATRICA: UN QUADRO UNICO, UN EQUILIBRIO INSTABILE

**8** MUSCOLI ISCHIOCRURALI E LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE: AMICI O NEMICI?

**12** RECUPERO DI FORZA E RECUPERO FUNZIONALE: NON DIVIDIAMOLI NELL'EMIPRESI

**15** TOSSINA BOTULINICA: FARMACO ANTI-SPASTICO MUSCOLARE O NERVOSO?

**18** IN LIBRERIA

**18** LIBRI PERVENUTI

ANNO 4° N° 2

Periodico associato a:

**A.N.E.S.** Associazione Nazionale Editoria Specializzata

tre, la maggior autonomia dei pazienti intensivi alla dimissione si traduce, presumibilmente, in minori costi assistenziali nel lungo periodo: altro fenomeno che dai dati non compare. Infine non si è tenuto conto di eventuali differenze in co-morbidità che potrebbero spiegare almeno in parte sia la maggior durata della degenza dei casi intensivi sia i suoi maggiori costi giornalieri.

I dati, dunque, sono da prendere con beneficio di inventario ma l'articolo stimola comunque la solita riflessione metodologica (3): finché si confrontano

fra loro zuppe terapeutiche che si distinguono per quantità ma non per qualità è difficile capire quale zuppa sia migliore. Alla domanda: in riabilitazione di più è meglio? bisogna opporre la domanda: di più... di che cosa e a chi?

Prima considerazione: è scorretto mantenere l'equivoco fra due significati dell'aggettivo "acuto": si intende un caso recente o un caso che richiede alta intensità di cura? Non sempre le due condizioni sono concomitanti. Una struttura può essere adeguata per casi recenti ma non intensivi o viceversa. Forse "intensivo", più che "acuto", è il termine appropriato per classificare casi che richiedano cure più impegnative, siano essi ad insorgenza recente o meno. Infatti (seconda considerazione) se si vogliono prevedere dei costi occorre conoscere l'"intensità" sia riabilitativa, sia internistica dei casi trattati effettivamente (e non solo potenzialmente) da una certa struttura: la quale può essere accreditata per questi trattamenti, ma di fatto ricoverare una quota importante di malati meno impegnativi. Scorrettezza? Più che altro necessità, se non sono chiare le regole del gioco.

Tornando al nostro lavoro americano vediamo che la struttura intensiva offriva non solo standard riabilitativi, ma anche standard internistici più elevati, tanto che soltanto (si fa per dire) il 6% dei suoi pazienti dovette essere rinvio in ospedale, contro il 12% dei degenti non intensivi. Ci permetteremo una ipotesi arbitraria, ma non irragionevole: la differenza (il 6%) era costituita da pazienti anch'essi gravi, ma che ciò nonostante sono stati curati dalla struttura intensiva. Se le cose stessero così, dovremmo concludere che la sua maggiore capacità di cura l'ha penalizzata, riducendone l'efficienza. Quel 6% di malati, probabilmente, ha visto il proprio recupero rallentato da complicazioni di vario tipo.

Terza considerazione: le ore di trattamento possono fungere da unità di misura del costo della riabilitazione, ma certo non della sua appropriatezza. Quale e quanta terapia riabilitativa sia appropriata deve essere deciso dal medico specialista, caso per caso. Negli Stati Uniti vige la regola che impone per almeno tre ore giornaliere una qualche forma di riabilitazione (motoria, del linguaggio, respiratoria o altro) su ciascun paziente ricoverato in degenze riabilitative. È uno standard molto elevato se si considera che non si può togliere a chi ha meno bisogno per dare a chi ha più bisogno. E infatti lo standard medio di

tre ore ha dovuto essere abbondantemente superato dalla struttura intensiva. Per esempio dobbiamo presumere che 3 ore di qualcosa siano state comunque propinate anche a quel 6% in più di malati critici (rispetto alla degenza non intensiva) che la struttura intensiva è riuscita a non spedire in ospedale: ma erano in grado di beneficiarne?

Quarta considerazione: gli Autori ritengono superfluo fornire una descrizione dell'albero decisionale che li conduceva a prescrivere un certo tipo di terapie a certi pazienti. Vogliamo sperare che tale albero decisionale esistesse e che fosse guidato da un preciso razionale scientifico. Ma ci delude sempre vedere come "la riabilitazione" venga sempre considerata come una zuppa omogenea (cinesiterapia, logopedia ecc.) che varia soltanto in quantità. Si può davvero escludere che variare – e personalizzare – la qualità della zuppa ne aumenti – magari a parità di costi – l'efficacia?

Quinta considerazione: l'efficienza aumenta se si ricovera il malato giusto nel posto giusto: cioè se il malato viene ammesso soltanto dopo una complessa prognosi di recuperabilità e di bisogni riabilitativi che deve tenere conto di una prognosi anche internistica. Per esempio della degenza intensiva dobbiamo da un lato apprezzare la gestione "in casa" dei problemi internistici; dall'altro lato, dobbiamo sospettare che si potesse ridurre la percentuale del 6% di casi rispediti in ospedale: forse alcuni fra loro nemmeno avrebbero dovuto essere ricoverati, mentre altri avrebbero potuto essere trattati in sede anche al costo di un prolungamento del tempo di degenza.

Nell'esperienza americana l'avvento del sistema di pagamento prospettico a prestazione, secondo la classificazione per "gruppi diagnostici isorisorse" o DRG, ha spinto gli ospedali a dimissioni precoci verso le riabilitazioni, ancora pagate per giornata di degenza. È stata ben documentata prima la immediata percezione, da parte degli operatori, di una maggior gravità dei malati ricoverati in riabilitazione (4) e poi l'effettivo aumento della loro instabilità internistica (5). Se così avverrà anche in Italia, ove un sistema di pagamento basato sui DRG è in vigore dal Gennaio 1995, è auspicabile che la gravità complessiva dei casi riabilitativi venga in qualche modo quantificata e riconosciuta economicamente (visto che riduce l'"efficienza" riabilitativa – guadagno funzionale per giorno di degenza – della strut-

## Ricerca in Riabilitazione

via Palagi, 4 - 20129 Milano  
tel/fax 02.29520244 C.C. postale 25750209  
Abbonamento annuo (3 numeri) lire 24.000

**Direttore responsabile:** Luigi Tesio  
*Unità Operativa di Ricerca, Valutazione  
Funzionale e Verifica di Qualità  
in Riabilitazione  
Fondazione Salvatore Maugeri, Clinica del  
Lavoro e della Riabilitazione, Milano*

**Redazione, segreteria:** Laura Perucca  
*Ricercatrice, Associazione Italiana  
Sclerosi Multipla*

Hanno collaborato a questo numero:  
Giorgio Benaglia  
Francesco Sartorio  
*Servizio di Fisiatria Occupazionale  
ed Ergonomia  
Fondazione Salvatore Maugeri, Clinica del  
Lavoro, Novara*  
Bruno Bernardini  
*Servizio di Riabilitazione,  
Istituto Geriatrico  
Piero Redaelli, Milano*  
Alessandra Raschi  
Roberto Gatti  
*Servizio di Fisiatria, Istituto Scientifico  
H San Raffaele, Milano*

Anno 4 - n° 2, Ottobre 1995

Aut. Trib. BG n°18 del 9 Aprile 1992

Spedizione in abbonamento postale 50%  
CMP Roserio, Milano

**Proprietà:**  
SO.GE.COM. Editrice srl - Milano

**Composizione grafica:**  
LimprontaGrafica, Milano

**Stampa:**  
Tipolitografia Bellotti, Vimodrone (Milano)

In copertina: Eadweard Muybridge, 1874;  
Walking, Dover Publication, Inc New York,  
1984; pag. 2

tura ricevente). Nel contempo, però, il malato complessivamente più impegnativo dovrebbe essere appannaggio di strutture in grado di garantire a tutti efficienza terapeutica e sicurezza adeguate. Quindi, filtrare severamente i candidati al ricovero con una visita fisiatrica dovrebbe essere un obbligo sia deontologico sia amministrativo, visto che si tratta di procedura in grado di ridurre l'incidenza di rinvii all'ospedale per acuti. A meno che non si voglia chiamare efficienza quella ottenuta "scremando" a posteriori ben il 12% dei propri pazienti – come ha fatto la struttura non intensiva del nostro articolo americano – con un semplice rimpallo verso l'ospedale. Ciò che avrebbe dovuto fare prima il medico specialista – valutare l'idoneità complessiva alla ria-

bilitazione di un settantenne con ictus fresco di due settimane – è stato presumibilmente lasciato, a ricovero avvenuto, al giudizio di un fisioterapista o di una infermiera che mi immagino fossero oppressi da responsabilità più grandi di loro.

Almeno fino al 1994, in Italia non sembrava presente questo tipo di problemi. Uno studio cui ho collaborato (circa 800 casi, provenienti da 14 degenze riabilitative ospedaliere) suggerisce che il paziente con esito di ictus cerebrale entri in una degenza riabilitativa ospedaliera dopo una media di 43 giorni, contro i 15-19 giorni riportati nell'articolo americano. In compenso, però, soltanto il 2% dei nostri pazienti andrebbe poi incontro a trasferimento in degenza per acuti (6).

Insomma sarebbe quanto mai opportuno che la decisione di quanta e di quale riabilitazione eseguire, di volta in volta e sul singolo caso, venisse lasciata a medici specialisti (primo fra tutti il fisiatra) e non soltanto alla qualifica della struttura ricevente. Nella decisione del medico dovrà rientrare certamente anche la coscienza di avere dietro le spalle una struttura – intensiva o meno che sia – comunque adeguata a quel malato. L'efficienza aumenterà: e non sarà né appannata da una grigia, burocratica uniformità di trattamento, né gonfiata da ciniche e inevitabili scremature. Naturalmente, la condizione necessaria è che misurare l'efficienza si voglia: il lavoro che ho discusso ci annuncia che questa misura non è impossibile, e in fondo nemmeno molto difficile.

#### BIBLIOGRAFIA

1. KEITH RA, WILSON DB, GUTIERREZ P. *Acute and subacute rehabilitation for stroke: a comparison*. Arch Phys Med Rehabil 1995; 76:495-500
2. *UDSmr. FIM-Functional Independence Measure*. Manuale d'uso. Versione italiana a cura di L. Tesio. Ric. Riabil. 1993; 2 (suppl): 44 pp.
3. TESIO L. *Emiparesi: più riabilitazione = più recupero... o no? (editoriale)* Ric. Riabil. 1993; 1:1-6
4. HEINEMANN AW, BILLETTER J, BETTS HB. *Prospective payment for acute care: impact on rehabilitation hospitals*. Arch Phys Med Rehabil 1988; 69:614-618
5. TESIO L. *Lungodegenza non è stabilità clinica. (Editoriale)* Ric. Riabil. 1994; 3:1-3
6. TESIO L, FRANCHIGNONI PP, PERUCCA L, PORTA GL. *The influence of age on length of stay, functional independence and discharge destination of rehabilitation inpatients in Italy* (Disabil Rehabil 1995; submitted)