

Proposta di un Core ICF per l'outcome riabilitativo

Alessandro MANELLI^{1,6}, GianLuca GUAZZONI², Elisa Rosa BROIDO^{3,6}, Nicola SCHIAVONE^{4,6}, Veronica BROIDO^{5,6},
Valentina Gianpaola MARINI^{1,6}

¹ SSD, Gestione Attività Riabilitative, Dipartimento Cure Primarie, ASL1 Imperiese

² Infermiere professionale, libero professionista

³ Studentessa in Scienze Motorie Università Cattolica del Sacro Cuore - Milano

⁴ MD, Clinica di Riabilitazione, Novaggio (CH)

⁵ Dott.ssa in neuropsicologia del ciclo di vita - Università Bicocca - Milano

⁶ Associazione Aequabilis, via Canessa 3, Sanremo (IM)

Corresponding author:

Manelli Alessandro, SSD Gestione Attività Riabilitative - ASL1 imperiese, via Aurelia Ponente 97, 18038 Sanremo (IM)
email: emanelli@libero.it

Abstract

Introduzione

I LEA nazionali impongono l'inserimento riabilitativo del paziente in strutture adeguate che rispondano al principio costo-beneficio. Un'adeguata analisi del paziente secondo i criteri ICF può aiutare il clinico ad orientarsi nella scelta dell'indirizzo riabilitativo.

Metodi

Abbiamo estratto un core-ICF dalla scheda AGED della Regione Liguria al fine di rispondere ai criteri clinici utilizzati da un reparto di Riabilitazione per l'outcome. Abbiamo analizzato il core secondo i domini ICF e quindi lo abbiamo utilizzato in un reparto di riabilitazione intensiva.

Risultati

Tra i domini ICF i fattori di attività e di ambiente sono risultati i più importanti all'interno del core mentre i fattori familiari ed il fattore intrinseco età non sembrano importanti nel modificare il punteggio quindi l'indirizzo di outcome.

Discussione:

Il core costruito sembra poter orientare il clinico nella scelta dell'indirizzo riabilitativo rispondendo alle esigenze dei nuovi LEA.

Keyword: rehabilitation, classification, checklist

inserite nei propri piani sanitari senza una standardizzazione tassonomica con una molteplicità di denominazioni per strutture che erogano attività diverse.

Attualmente i trattamenti erogati sono quelli previsti dai LEA 2017, secondo le disposizioni regionali attuative dell'art. 8, comma 5 del decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni [2]:

- assistenza ospedaliera in ricovero ordinario o diurno (Day Hospital);
- Day Service;
- assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno;
- assistenza ambulatoriale;
- assistenza domiciliare.

Le normative sull'accreditamento, pur basandosi su un medesimo provvedimento legislativo nazionale, non sono state in grado, nell'attuazione regionale, di risolvere questo problema.

I volumi di attività e la distribuzione dei servizi, sebbene con omogeneità culturale riabilitativa, sono molto sbilanciati fra le diverse regioni o tra aree diverse della medesima regione. Si rende pertanto necessaria una definizione dei vari setting assistenziali, definendo i criteri ed i requisiti che ne stabiliscano l'appropriatezza d'uso in base alle risorse a disposizione.

Introduzione

Le Linee Guida Ministeriali relative alla Riabilitazione edite nel 1998, ribadite recentemente nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA 2017) [1] definiscono una strategia per la presa in carico del malato, per l'elaborazione di

un progetto riabilitativo individuale con programmi di intervento specifici. Tali linee-guida necessitano di ulteriore aggiornamento per quanto attiene all'individuazione e alla misura degli outcome ed ai criteri di appropriatezza di intervento. Le diverse realtà regionali le hanno

Deve essere garantito alla persona con disabilità un modello di accesso al sistema di welfare chiaro e definito, indipendentemente dall'età e dalla causa che ha generato la condizione di disabilità, nonché una modalità di totale partecipazione alla valutazione e alla definizione del progetto individualizzato. Già la legge n. 104/92 [3] imponeva un modello di accertamento attivo delle abilità presenti nella persona disabile e non soltanto la valutazione della menomazione. Tale modalità è stata ulteriormente rafforzata dall'introduzione, da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2001, dell'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) [4]. L'ICF è un modello unificante per analizzare la complessità delle condizioni di salute e costruire un profilo del funzionamento che ne è la base, attraverso i suoi tre elementi fondamentali (strutture ed attività corporee, funzionamento, abilità e partecipazione). Tutti gli interventi da allora proposti si fondano su un consolidato convincimento culturale (affermatosi nel nostro Paese con la legge 3 marzo 2009 n. 18 [5] di ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità) che pone al centro del sistema il cittadino disabile e la sua famiglia nella loro interazione con l'ambiente sociale e con le istituzioni e che conseguentemente orienta tutte le attività rispetto a tale priorità verificandone i risultati. Lo strumento principale per concretizzare questa impostazione unitaria è il "percorso assistenziale integrato" basato sulla valutazione multidimensionale sanitaria e sociale.

Il "percorso assistenziale integrato" (PAI) è il riferimento complessivo che rende sinergiche le componenti sanitarie e non sanitarie dell'intervento. Coincide per i nuovi LEA [1] con il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e rappresenta lo strumento specifico, sintetico ed organico, unico per ciascuna persona, definito dal medico in condivisione con gli altri professionisti coinvolti. Il PRI o PAI, applicando i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nella International Classification of Function [6], definisce la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari; viene condiviso con

il paziente, quando possibile, con la famiglia ed i caregiver; definisce le caratteristiche di congruità ed appropriatezza dei diversi interventi, nonché la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti.

ICF

La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute [4] rappresenta la revisione conclusiva della Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap (ICIDH) pubblicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1980 a scopo di ricerca. Il testo dell'ICF è stato approvato dalla 54° World Health Assembly (WHA) il 22 Maggio 2001 e ne è stato raccomandato agli Stati Membri l'uso nella ricerca, negli studi di popolazione e nei rapporti. La traduzione italiana è del 2002 [4]. Con la sua approvazione, ICF è entrata a far parte ufficialmente della Famiglia delle Classificazioni Internazionali dell'OMS insieme all'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th revision (ICD-10), all'International Classification of Health Interventions (ICHI), e alle Classificazioni derivate.

L'OMS raccomanda l'uso congiunto di ICD-10 per codificare le condizioni di salute e di ICF per descrivere il funzionamento della persona.

Scopo generale di ICF: "... è fornire un linguaggio standard ed unificato che serva da modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati" [4].

In modo più specifico, ICF può:

- fornire una base scientifica per la comprensione e lo studio della salute come interazione tra individuo e contesto;
- stabilire un linguaggio comune per la descrizione della salute e delle condizioni ad essa correlate, allo scopo di migliorare la comunicazione fra operatori sanitari, ricercatori, pianificatori, amministratori pubblici e popolazione, incluse le persone con disabilità;
- rendere possibile il confronto fra dati raccolti in Paesi, discipline sanitarie, servizi e periodi diversi;

- fornire il modo per codificare in modo sistematico le informazioni nei sistemi informativi.

L'ICF ci permette di acquisire informazioni sul funzionamento degli individui. Cosa succede quando le persone si ammalano? Che cosa possono e non possono fare a causa del loro stato di salute? Che differenza fanno i trattamenti? Per rispondere a queste domande in modo clinicamente rilevante e per confrontare tutti gli individui, i trattamenti nel corso del tempo abbiamo bisogno di definizioni comuni, punti di ancoraggio e un consenso sul quadro concettuale.

Per confrontare i dati di outcome attraverso malattie e interventi abbiamo bisogno di un quadro comune che servirà come una "Stele di Rosetta".

L'ICF consente di collegare insieme questi dati attraverso condizioni o interventi e rendendo l'assistenza sanitaria più efficace, trasparente ed economicamente efficiente.

Nella pratica quotidiana, i sanitari dovranno utilizzare solo una frazione di categorie presenti nell'ICF. Come regola generale, il 20% dei codici spiegherà l'80% della varianza osservata nella pratica. Con questa necessità in mente, che ha già creato una serie di strumenti basati su ICF, come l'ICF Checklist e l'OMS Disability Assessment Schedule II (WHO DAS II) [7]. La scheda di valutazione in ambito geriatrico utilizzata dalle ASL in regione Liguria è la scheda AGED-Liguria (Assessment of Geriatric Disability).

La regione Liguria, infatti, nei suoi progetti regionali, e più specificamente negli interventi per la non autosufficienza, ha introdotto la valutazione della non sufficienza, secondo il drg n.1287 del 2007 [8] e il drg n.862 del 2011 [9], che introduce anche l'UVM (unità di valutazione multidisciplinare). Essa consiste in una metodologia di valutazione multidisciplinare (VMD), applicata con la scheda AGED Plus per gli anziani, che consente la misurazione della non autosufficienza attraverso l'esame degli assi: autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali e caratteristiche sociali.

Le voci valutate dal sistema AGED sono: coerenza (intesa come capacità

di organizzare il pensiero e le azioni in modo finalizzato al conseguimento razionale di un obiettivo normale per la vita quotidiana e la condizione del paziente), orientamento, inserimento sociale (inteso come impatto sulla vita di disturbi comportamentali e di relazione), vista, udito, parola, continenza urinaria, continenza anale, igiene superiore e inferiore, capacità di vestirsi, tipo di alimentazione, aiuto nell'alimentazione, mobilitazione da letto, mobilità all'interno della residenza, aiuto nella deambulazione, igiene del posto letto, necessità di nursing infermieristico, procedure mediche e attività riabilitative. La regione Liguria ha adottato il sistema AGED nel 1987 e sino ad oggi la scheda AGED rimane la metodica di misura dell'autosufficienza e quindi il metodo per l'assegnazione di risorse alla popolazione anziana ligure.

Il lavoro presentato ha lo scopo di valutare un core ICF estratto dalla scheda AGED Liguria, e migliorare perciò la valutazione delle capacità, dell'handicap e delle funzionalità del paziente in uscita da un reparto, per poter meglio scegliere la destinazione, nel rispetto della continuità terapeutica e del rispetto dell'economia sanitaria.

Materiali e metodi

Il lavoro è suddiviso in due fasi.

La prima fase è volta allo studio della validità del core ICF estratto da tredici items AGED che meglio si paragonavano al vocabolario ICF. Nella seconda fase è stato invece testato il core ICF creato all'interno di un reparto ospedaliero, in particolare la Fisiatria dell'Ospedale di Bordighera, ASL1 Imperiese, valutando e studiando il risultato ottenuto dal core ICF.

Soggetti

Fase I

Sono stati presi in esame da Ottobre a Dicembre 2013 17 soggetti (7M, 10F), di età compresa tra 75 e 95 anni (media 85,8; dev st 5,98) ricoverati presso l'Ospedale di Sanremo che hanno avuto richiesta di una valutazione sociale per definire le problematiche cli-

AGED	ICF
COERENZA	INTELLETO B117
ORIENTAMENTO	ORIENTAMENTO B1148
C. URINARIA	C. URINARIA D5300
C. ANALE	C. ANALE D5301
IGIENE SUP	IGIENE SUP D 5100
IGIENE INF	IGIENE TOTO D5101
MEZZI DI COMUNICAZIONE	TECNOLOGIA E STRUMENTI E1151
SITUAZIONE ECONOMICA	GESTIONE FINANZE E1650
MOBILITA' ALL 'ESTERNO	MOBILITA' ALL 'ESTERNO D4501
FAMILIARI A DISTANZA	FAMILIARI E31
BARRIERE	BARRIERE E1208
FORME ASSISTENZIALI	BADANTE E340
SUPPORTO RETE SOCIALE	ALTRI OPERATORI E360

niche e quindi l'outcome. I reparti indagati sono stati di fatto quelli di Ortopedia, Medicina, Neurologia, OBI, relativi a tutte le richieste effettuate nel periodo considerato nell'Ospedale di Sanremo dell'ASL1 Imperiese.

Tutti i soggetti sono stati valutati con la scheda AGED-Liguria ed un corrispondente ICD-core. In particolare abbiamo preso in considerazione un numero di 13 domande AGED e un corrispondente numero di codici ICF come mostrato di seguito.

I valori di scala degli items AGED prevedono 3 livelli ed in particolare da 0 a 2 punti per item dove 0 è totale dipendenza e 2 totale indipendenza.

Per i codici di "struttura", "funzione" ed "attività e partecipazione" dell'ICF sono presi in considerazione i valori da 0 a 4 dove 0 rappresenta la totale indipendenza e 4 la completa dipendenza. Per i "fattori ambientali" sono stati considerati solo i valori di barriera (0 nessuna, 4 completa) mentre se considerati facilitatori è stato mantenuto il valore di 0 al fine di permettere una scala di eguale entità rispetto ai punti degli altri domini.

Al fine di poter eseguire la statistica ed il paragone abbiamo invertito il vettore direzionale della scheda AGED e moltiplicato per 2 il valore al fine di mantenere una dimensione uguale con l'ICF Core e permettere un paragone statistico.

I dati raccolti nelle **tabelle 1 (a e b)** sono mostrati nei valori originali per la scheda AGED mentre per il core ICF non sono stati considerati i valori che l'ICF descrive come "8" (non specificato) e "9" (non applicabile), valori numerici che avrebbero alterato lo studio statistico.

Fase II

Sono stati presi in esame tutti i soggetti che sono stati dimessi dal reparto di Fisiatria dell'Ospedale di Bordighera con età superiore a 60 anni dal mese di Novembre 2013 al mese di Gennaio 2014, per un totale di 25 soggetti (7M, 18F) di età compresa tra 62 e 93 anni (media 77,2 anni, deviazione standard 9,4).

A tutti i soggetti è stato proposto, dallo stesso operatore, il core ICF.

La somma dei singoli punteggi ICF è stata sia considerata come punteggio globale che considerata come punteggio per dominio. I punteggi relativi a E31 (familiari), E340 (Badante) e E360 (altri operatori) sono stati considerati solo se valori ICF da .0 a .4 e quindi mediati prima della somma.

Analisi statistica

I risultati ottenuti sono stati espressi come valori di somma (punteggio), media e deviazione standard (DS).

L'analisi statistica della differenza della media è stata eseguita usando il test "t di Student" utilizzando il software SPSS ver.19©. Per tale test il valore di α è stato considerato 0.01. Pertanto il valore di $p \leq 0.01$ è stato valutato come significativo per la differenza della media.

Per l'analisi della concordanza tra le due metodologie indagate è stato utilizzato il metodo di Kappa di Cohen [10].

Il Kappa di Cohen è un coefficiente statistico che rappresenta il grado di accuratezza ed affidabilità in una classificazione statistica; è un indice di concordanza calcolato in base al rapporto tra l'accordo in eccesso e l'accordo massimo ottenibile attraverso

una “matrice di confusione” (o tavola di contingenza) che prende in considerazione il totale delle domande esaminate (197 per i 17 soggetti esaminati).

$$k = \frac{\text{Pr}(a) - \text{Pr}(e)}{1 - \text{Pr}(e)}$$

Dove $\text{Pr}(a)$ è data dalla somma della prima diagonale della matrice e rappresenta la proporzione dei giudizi concordanti tra i giudici. $\text{Pr}(e)$ è il prodotto dei totali positivi sommato a quelli negativi e rappresenta la proporzione dei giudizi concordanti casualmente.

Infatti $-1 < k < 1$

Esistono diversi “gradi di concordanza”, giudizi qualitativi, in base ai quali possiamo definire se Kappa di Cohen è scarso o ottimo:

- se k assume valori inferiori a 0, allora non c'è concordanza;
- se k assume valori compresi tra 0-0,4, allora la concordanza è scarsa;

- se k assume valori compresi tra 0,4-0,6, allora la concordanza è discreta;
- se k assume valori compresi tra 0,6-0,8, la concordanza è buona;
- se k assume valori compresi tra 0,8-1, la concordanza è ottima.

Lo studio statistico dei 25 soggetti della fase II dello studio è stato eseguito in forma grafica prendendo in considerazione i valori di pendenza (m) della retta di tendenza dei risultati ordinati in funzione del punteggio ottenuto tramite software Excel 2007 (Microsoft™).

Risultati

Fase I

Le **tabelle 1 e 2** mostrano i dati raccolti per i 17 casi della fase I presi in esame (10 soggetti femminili, 7 maschili, età

compresa tra 75 e 95 anni, media 85,8, dev.st 6,0) con la scheda AGED (**tabella 1**) e per il core ICF (**tabella 2**).

Sono espressi per ogni tabella i valori di media, somma (punteggio) e deviazione standard per ognuno dei soggetti esaminati.

Il test “t di Student” (**tabella 2**) studia i valori di differenza delle medie tra le metodologie e riporta un valore di $p > 0.01$ per tutti e 17 i casi.

La **tabella 3** indica le differenze ottenute tra ICF e AGED-Liguria con valori standardizzati.

In particolare 110/197 domande hanno lo stesso risultato mentre se consideriamo uno scarto di ± 1 questa corrispondenza sale a 170/197. Tale corrispondenza in percentuale è del 55,8% e sale all'86,3% con lo scarto di ± 1 .

Infine il valore di Kappa di Cohen, calcolato in 0.43, rappresenta un va-

Tabella 1.

		PZ1	PZ 2	PZ 3	PZ 4	PZ 5	PZ 6	PZ 7	PZ 8	PZ 9	PZ 10	PZ 11	PZ 12	PZ 13	PZ 14	PZ 15	PZ 16	PZ 17
Sesso		F	F	M	F	F	F	F	F	M	M	F	F	M	M	M	M	F
Età		84	89	89	91	82	95	90	82	89	92	92	80	85	76	89	75	79
Aged																		
Coerenza		0	2	2	2	2	2	0	1	0	0	2	2	0	0	2	2	0
Orientamento		0	2	2	2	2	2	0	1	0	0	2	2	0	0	2	2	0
C. Urinaria		0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
C. Anale		0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Igiene sup		0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Igiene inf		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mezzi di comunicazione		2	2	2	2	2	0	0	1	0	0	0	2	0	0	1	1	0
Situazione economica		-	-	-	2	2	1	2	2	1	1	2	0	0	2	2	2	2
Mobilità all'esterno		0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0
Familiari a distanza		-	-	-	2	2	-	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2
Barriere		-	-	-	2	1	1	2	0	1	2	0	0	1	1	2	1	1
Forme assistenziali		-	-	-	0	2	2	-	2	-	-	-	-	2	-	-	-	2
Supporto rete sociale		-	-	-	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
A > risultato > valore d'indipendenza	media	0,25	0,75	1,50	1,08	1,54	0,92	0,67	0,77	0,42	0,50	0,75	0,75	0,69	0,50	1,25	1,42	0,69
	somma	2	6	12	14	20	11	8	10	5	6	9	9	9	6	15	17	9
	dev. st.	0,71	1,04	0,76	1,04	0,78	0,90	0,98	0,83	0,67	0,80	0,97	0,97	0,95	0,80	0,87	0,67	0,95

Dati raccolti ed analisi ottenute con la scheda AGED Liguria sui 17 casi esaminati.

Tabella II.

ICF																		
Intelletto b117		3	0	0	0	0	0	3	2	3	4	3	0	4	3	0	0	4
Orientamento b1148		3	0	0	0	0	0	4	2	3	4	3	1	4	3	0	0	4
C. Urinaria d5300		4	4	1	4	0	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	0	4
C. Anale d5301		3	1	1	4	0	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	0	4
Igiene sup d 5100		2	1	2	2	1	3	4	2	3	3	3	4	4	3	2	2	3
Igiene toto d5101		3	1	1	3	3	3	4	2	4	3	4	4	4	3	1	3	4
Tecnologia e strumenti e1151		4	2	1	4	1	3	2	3	4	4	3	2	4	3	2	1	3
Gestione finanze e1650		-	-	-	2	1	2	1	0	3	2	3	1	4	2	0	0	2
Mobilità all'esterno d4501		3	2	2	4	3	2	4	4	4	4	4	4	0	3	2	2	4
Familiari e31		-	-	-	0	3	-	0	2	1	2	3	1	1	3	0	0	0
Barriere e1208		-	-	-	0	2	1	0	4	1	2	3	1	2	2	0	1	1
Badante e340		-	-	-	3	0	0	-	0	-	-	-	-	1	-	-	-	0
Altri operatori e360		-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
A > risultato < valore d'indipendenza	Media	3,13	1,38	1,00	2,00	1,08	1,75	2,42	1,92	2,75	2,83	3,00	2,08	2,69	2,67	1,25	0,83	2,54
8 non si conosce il dato,	somma	25	11	8	26	14	21	29	25	33	34	36	25	35	32	15	10	33
9 dato non disponibile	dev. st.	0,64	1,30	0,76	1,78	1,26	1,48	1,73	1,38	1,36	1,27	1,04	1,62	1,65	0,98	1,54	1,03	1,71
	test t (p)	0,58	0,14	1,00	0,71	0,61	0,02	0,27	0,11	0,05	0,55	0,31	0,34	0,58	0,27	0,34	0,04	0,72

Dati raccolti ed analisi ottenute con l'ICF core sui 17 casi esaminati

Tabella III.

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata	
Validi	-3,00	8	4,1	4,1	4,1
	-2,00	7	3,6	3,6	7,6
	-1,00	47	23,9	23,9	31,5
	,00	110	55,8	55,8	87,3
	1,00	13	6,6	6,6	93,9
	2,00	6	3,0	3,0	97,0
	3,00	4	2,0	2,0	99,0
	4,00	2	1,0	1,0	100,0
	Totale	197	100,0	100,0	

Scarti ottenuti tra ICF-core ed AGED-Liguria con valori standardizzati.

lore che qualitativamente si descrive come “concordanza discreta”.

Fase II

La **tabella 4** ordina i 25 casi presi in esame ordinati secondo il punteggio ottenuto (18F, 7M, età compresa tra 62 ed 93 anni, media 77.2 anni, DS 9.4).

Le colonne di destra evidenziano i punteggi globali per singolo dominio ICF (Funzione, Attività, Fattore ambientale) ed estraggono infine il punteggio del solo sottodominio famiglia (E31, E340 e E360).

I grafici della **Tavola 1** riportano le linee di tendenza secondo l'ordine di punteggio stabilito dalla **tabella 4** ed

in particolare rappresentano: score (che rappresenta la linea di riferimento), età, funzione, attività, fattore ambientale e fattore familiare.

Il valore di pendenza della retta di tendenza (m) dello score risulta essere di 2,017 e viene considerata come riferimento.

I valori di m delle altre linee di ten-

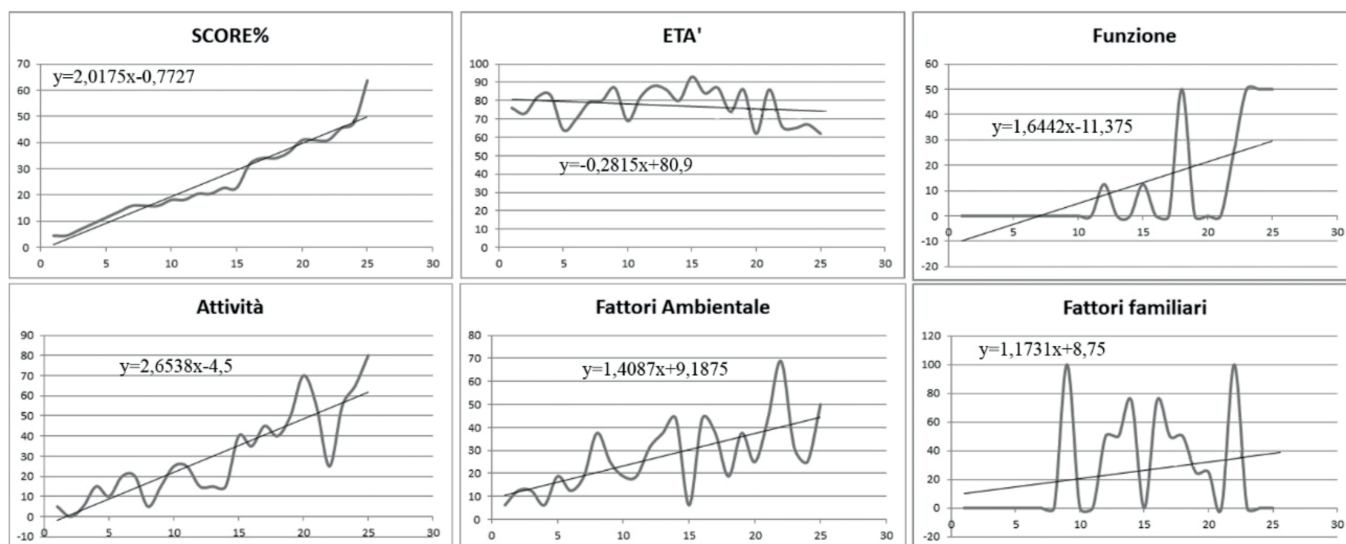


Tavola 1 I grafici della tavola mostrano i punteggi dalla tabella 4 ed in particolare il punteggio complessivo (score%), il fattore intrinseco età, i domini funzione, attività, fattore ambientale e fattore familiare ICF. Le formule mostrano matematicamente l'andamento della pendenza del relativo grafico.

Tabella IV.

Caso	ETA'	SESSO	PATOLOGIA	OUTCOME	SCORE	Funzione	Attività	Fattori familiari	Fattori Ambientale
12	76	M	Neurologico	Domicilio	2	0	1	0	1
13	73	F	Ortopedico	Domicilio	2	0	0	0	2
15	82	F	Ortopedico	Domicilio	3	0	1	0	2
2	83	F	Ortopedico	Domicilio	4	0	3	0	1
17	64	F	Ortopedico	Domicilio	5	0	2	0	3
11	70	F	Ortopedico	Domicilio	6	0	4	0	2
3	79	F	Ortopedico	Domicilio	7	0	4	0	3
8	80	F	Ortopedico	Domicilio	7	0	1	0	6
19	87	F	Ortopedico	Domicilio	7	0	3	4	4
16	69	M	Ortopedico	Domicilio	8	0	5	0	3
25	82	F	Neurologico	Domicilio	8	0	5	0	3
14	88	F	Ortopedico	ADI INF	9	1	3	2	5
18	86	F	Ortopedico	Domicilio	9	0	3	2	6
4	80	M	Ortopedico	Domicilio	10	0	3	3	7
9	93	F	Ortopedico	Domicilio	10	1	8	0	1
1	84	F	Neurologico cronico	Domicilio	14	0	7	3	7
7	87	F	Ortopedico	ADI FKT	15	0	9	2	6

Tabella IV. Continua

Caso	ETA'	SESSO	PATOLOGIA	OUTCOME	SCORE	Funzione	Attività	Fattori familiari	Fattori Ambientale
22	74	F	Neurologico cronico	Domicilio	15	4	8	2	3
23	86	F	Ortopedico	ADI FKT	16	0	10	1	6
6	62	F	Neurologico	Riab. Estensiva	18	0	14	1	4
21	86	M	Ortopedico	Domicilio	18	0	11	0	7
24	66	M	Ortopedico	RSA	18	2	5	4	11
10	65	M	Neurologico	Domicilio	20	4	11	0	5
20	67	F	Neurologico	RSA	21	4	13	0	4
5	62	M	Neurologico	Riab. Estensiva	28	4	16	0	8

La tabella ordina i 25 casi della seconda fase ordinati secondo un punteggio totale decrescente della ICF-core.

denza risultano: età -0,281; Funzione 1,644; Attività: 2,653; Ambiente 1,408; famiglia 1,173.

Discussione e conclusioni

Da quanto studiato si deduce come le due schede siano comparabili per tutti e tredici i valori presi in considerazione. Entrambe valutano gli stessi parametri sia in ambito fisio-patologico che sociale. Dai risultati statistici ottenuti si deduce che le due schede lavorano in modo discretamente concomitante, avendo valore di Kappa di 0,43 (discreto). La differenza sta nella sensibilità delle due valutazioni, in quanto la scheda AGED valuta 3 valori di indipendenza (da 0 a 2), mentre l'ICF ne valuta 5 (da 0 a 4); per questo motivo l'ICF si presenta come la più sensibile delle due.

Il valore di outcome è strettamente legato ad altri criteri che valorizzano una scala, cioè quello di validità, quello di affidabilità, e quello di sensibilità. Questi criteri devono essere paralleli nella comparazione di due misurazioni, eccezion fatta per la sensibilità, che può variare, assicurando un maggior margine di scelta nella valutazione. Questo accade nel caso del core ICF, in cui il metodo di misurazione è costituito da una scala modestamente più ampia rispetto alla scheda AGED e quindi una maggiore sensibilità, pur mantenendo simili criteri di affidabilità e validità dell'AGED. Questo spiega per quale motivo il valore di contiguità Kappa sia solo discreto invece di essere ottimale. Dimostrata la validità del core ICF la

seconda fase dello studio appare importante per provare sul campo tale scheda. Si è scelto come riferimento il reparto di Fisiatria dell'Ospedale di Bordighera, reparto che più degli altri ha variabilità di outcome. Sono in particolare stati presi in esame solo i soggetti con età superiore a 65 anni e ci si è proposti di studiare il core ICF in relazione all'outcome proposto indipendentemente dai medici del reparto al fine di capire se potesse essere uno strumento predittivo.

I dati ordinati nella **tabella 6** sono proposti in ordine crescente secondo il punteggio ottenuto.

Appare già dalla visione della tabella una discreta correlazione tra punteggio ed outcome.

In particolare a punteggio superiore di 18 sono presenti in predominanza outcome verso altre strutture riabilitative estensive.

Abbiamo avuto solo una richiesta di ADI Infermieristico, questa risulta essere non coordinata con il punteggio, d'altronde gli items della scheda AGED/ICF-core non prendono in considerazione parametri legati a lesioni corporee da seguire o farmaci da somministrare.

Le richieste di ADI fisioterapico anche se solo di 2/25 soggetti sono invece racchiuse tra 15 e 16 punti, punteggio intermedio tra outcome domiciliare e outcome verso altra struttura degenziale.

Se consideriamo l'analisi grafica rappresentata dai grafici in **Tabella 1** ed in particolare la retta di tendenza come linea di riferimento su cui basarsi, la rappresentazione dei domini

ICF sembrerebbero dimostrare che i fattori di attività e di ambiente sono i più importanti all'interno del core. Non appare nessuna relazione con l'aumentare dell'età ne sembra correlato al punteggio della scala il fattore familiare.

Il dominio funzione presenta un punteggio ridotto rispetto gli altri domini (funzione 4 versus attività 20 versus ambiente 16). Questo inficia il giudizio sul suo peso anche se la retta di tendenza sembra dare un valore di crescita in funzione della crescita totale dello score. Andrebbe sicuramente aumentato il numero di soggetti studiati al fine di consolidare questo come anche gli altri giudizi.

In conclusione il core ICF darebbe alla scheda AGED un linguaggio internazionale come di fatto vuole l'OMS e il nostro studio ne dimostra una validità pratica nell'uso clinico.

Bibliografia

1. DPCM 12 gennaio 2017
2. DL 30 dicembre 1992, n. 502
3. LEGGE 5 febbraio 1992, n. 104
4. WHO. ICF. Trento: Erickson ed., 2004
5. LEGGE 3 marzo 2009, n. 18
6. World Health organisation. World report on disability. Geneva: WHO;2011.
7. Ustun B, Chatterji S, Rehm J, Kennedy C, Prieto L, Epping-Jordan J, et al. World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO DAS II): development, psychometric testing and applications. Bulletin of the World Health Organization 2010;88:815-823.
8. DGR Liguria 2007, n.1287
9. DGR Liguria 2011, n. 862
10. http://it.wikipedia.org/wiki/Kappa_di_Cohen (2013)