

L'appropriatezza dei programmi di riabilitazione nelle malattie respiratorie croniche

Michele Vitacca¹, Marilena Barbisoni², Laura Comini², Gloria Francolini², Mara Paneroni¹, Jean Pierre Ramponi².

¹ Reparto Pneumologia Riabilitativa, ² Direzione Sanitaria Fondazione S. Maugeri IRCCS, Istituto di Lumezzane (BS), Italia

SCOPO

Scopo dello studio è quello di valutare, attraverso l'impiego di un nuovo score (ARRS= appropriateness respiratory rehabilitation score) creato ad hoc, l'appropriatezza della prescrizione ed il setting per l'inclusione di pz per la riabilitazione polmonare (RP)

METODI

La ARRS misura 17-items basati su funzione, condizione clinica, disabilità, fragilità e partecipazione (da 0 = minima appropriatezza a 34 = massima appropriatezza) (tabella 1). La ARRS è stata retrospettivamente calcolata su 123 referti di pazienti respiratori (tabella 2) consecutivamente ammessi al nostro ambulatorio specialistico respiratorio (ASR). I dati sono stati recuperati dal referto specialistico inviato al MMG dove veniva prescritta la allocazione finale del paziente che poteva essere: non indicazione alla RP (NR), indicazione alla RP da outpatient (OR) o da ricoverato (IR).

RISULTATI

Lo score ARRS differiva tra i pazienti in ciascuna delle allocazioni considerate (settings) essendo statisticamente più elevato in NR versus OR o IR (per entrambi $p < 0.001$) (figura 1). Per definire adeguata la appropriatezza alla prescrizione di RP, i ricercatori hanno arbitrariamente identificato 3 range di valori: lo score per la non prescrizione (NR) era compreso tra 0-10 (fino al 30% dello score totale), per la prescrizione da outpatient (OR) tra 11-17 (cioè tra il 31 ed il 50% dello score totale), e per la prescrizione da ricoverato (IR) era >18 (superiore al 51% dello score totale). Comparando la decisione di allocazione dello specialista e la appropriatezza calcolata con i cut-off dello ARRS, l'adeguatezza prescrittiva era superiore nella indicazione al setting IR vs OR ($p=0.029$) (figura 2). In dettaglio gli specialisti durante le visite ambulatoriali hanno sottostimato i bisogni per la RP in regime di ricovero (IR) nel 48% dei casi (cioè non offrendo percorsi di riabilitazione) o forzando i pazienti in un setting a più bassa potenzialità organizzativa e tecnologica (15% dei casi). Nel 48% dei referti con indicazione a OR gli specialisti hanno sovraprescritto la RP mentre nel 30% dei casi ricoverati gli specialisti hanno scelto un setting più costoso (IR vs OR).

Tabella 1: Score Appropriately Riabilitazione Respiratoria (ARRS)

ITEMS	Score		
	0	1	2
FEV ₁ % pred./VC % pred.	> 65 %	36-64 %	≤ 35 %
Dispnea, MRC score (0-4)	0-1	>1	>2
Abitudine al fumo	non fumatore	ex- fumatore	fumatore
Riacutizzazioni severe nell'ultimo anno	0	1	>1
Ospedalizzazioni nell'ultimo anno	0	0, o un accesso al PS	>0 o due accessi al PS
Attività fisica (cammino, bicicletta, scale)	> 4 ore/settimana	2-4 ore/settimana	< 2 ore/settimana
Attività di vita quotidiane	normali	limitate	allettato/ sedia a rotelle
Stato soggettivo di benessere	ottimo/buono	discreto	scadente
Depressione	nessun trattamento	terapia saltuariamente	in trattamento farmacologico
Ansia	nessun trattamento	terapia saltuariamente	in trattamento farmacologico
Comorbilità	0	1	1 cardiaca/neurologica o > 1
Età	< 60	60-74	> 74
BMI, Kg/m ²	21-24	> 24	< 21
Necessità e disponibilità di assistenza	non necessaria	necessaria e disponibile a tempo pieno	necessaria ma disponibile sporadicamente o non disponibile
Aderenza terapeutica (farmaci/ossigeno)	completa	incostante	mancata aderenza
CAT score	<10	10-15	> 15
6MWT, metri	> 350	< 350 and >250	< 250

Legenda: FEV₁ = volume espiratorio forzato; VC= capacità vitale MRC = Medical Research Council; PS= Pronto Soccorso; BMI = body mass index; CAT = COPD Assessment Tool; WT = walking test.

Tabella 2: Caratteristiche demografiche, antropometriche, funzionali dei pazienti oggetto di studio

PAZIENTI, n	123
Malattia ostruttiva, n	105
Malattia restrittiva, n	18
Età	71±11
Maschi, n	65
BMI, Kg/m ²	24±3
Fumatori, n	24
Ex-fumatori, n	58
SaO ₂ , %	94±2
FEV ₁ % pred.	59±24
FVC, % pred.	74±23
CAT, score	13±6
6MWT, metri	332±136

Legenda: SatO₂=saturazione arteriosa ossigeno;; FVC= capacità vitale forzata;

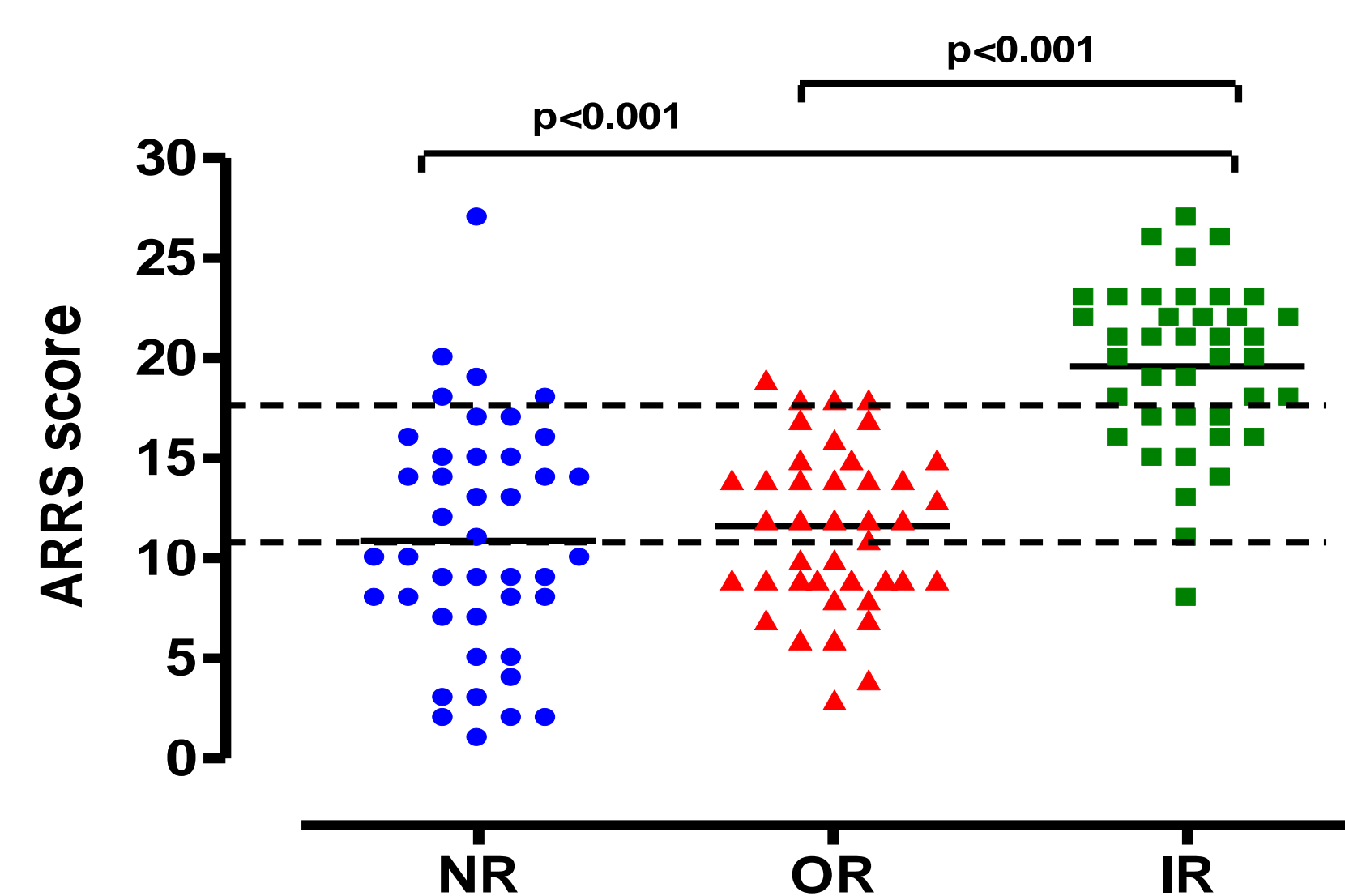


Figura 1. Punteggi attribuiti dall'applicazione della ARRS alle prescrizioni specialistiche indicate nei report NR, OR e IR. La barra rappresenta il valore della mediana. Le linee tratteggiate rappresentano i cut-off per l'appropriatezza diagnostica (0-10 per NR, 11-17 per OR e >18 per IR)

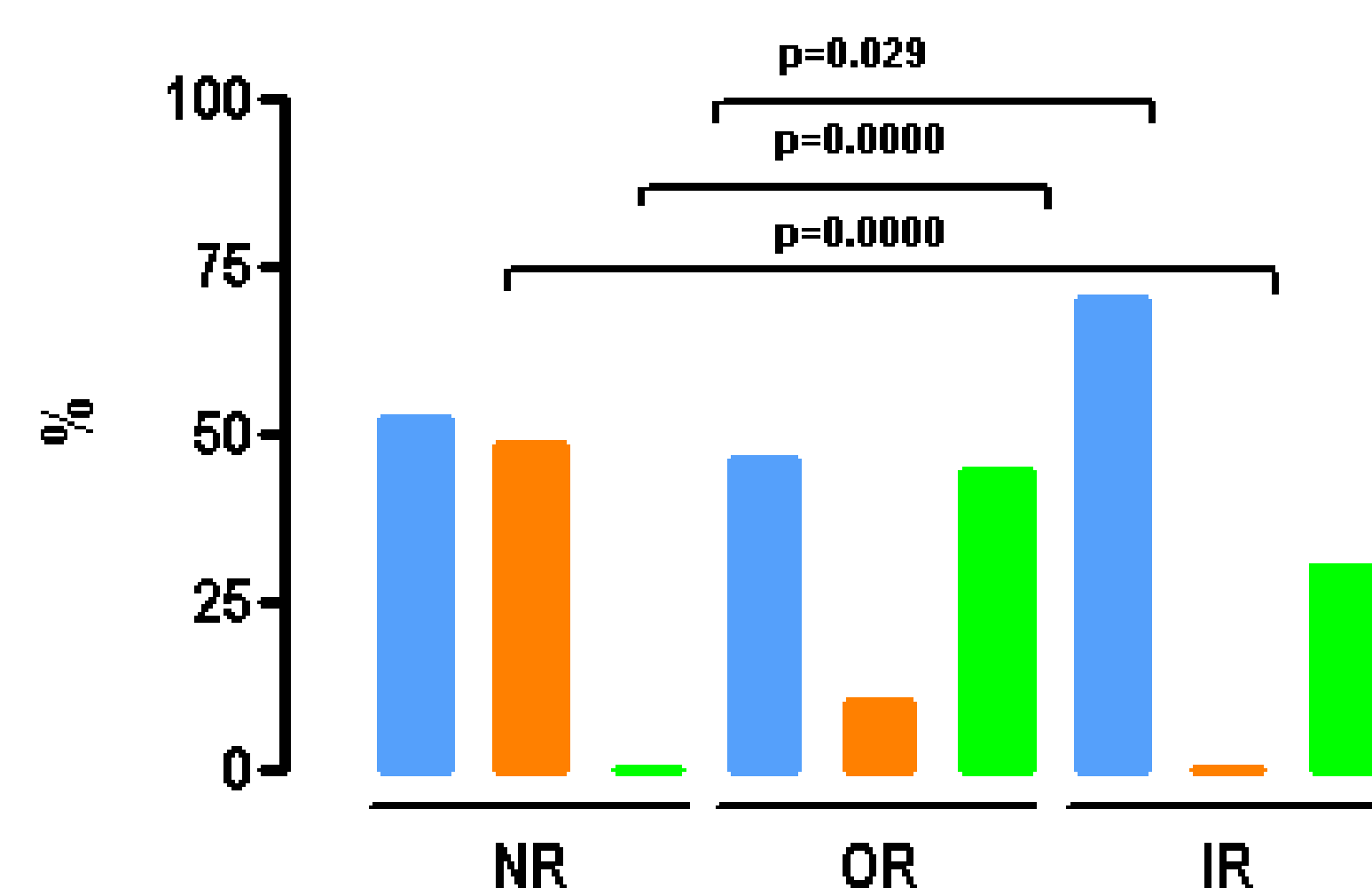


Figura 2. Percentuali di prescrizioni appropriate (barra celeste), sottoprescritte (barra arancio) e sovraprescritte (barra verde) riscontrate nei report NR, OR ed IR in accordo ai valori di cut-off riportati in Figura 1.

CONCLUSIONI

In pazienti visitati in un ambulatorio respiratorio: 1. è presente una sotto e sovra prescrizione di RP 2. uno score multi-comprendivo è utile per stadiare la appropriatezza clinica e del setting dove eseguire RP riducendo di conseguenza possibili inefficienze prescrittive

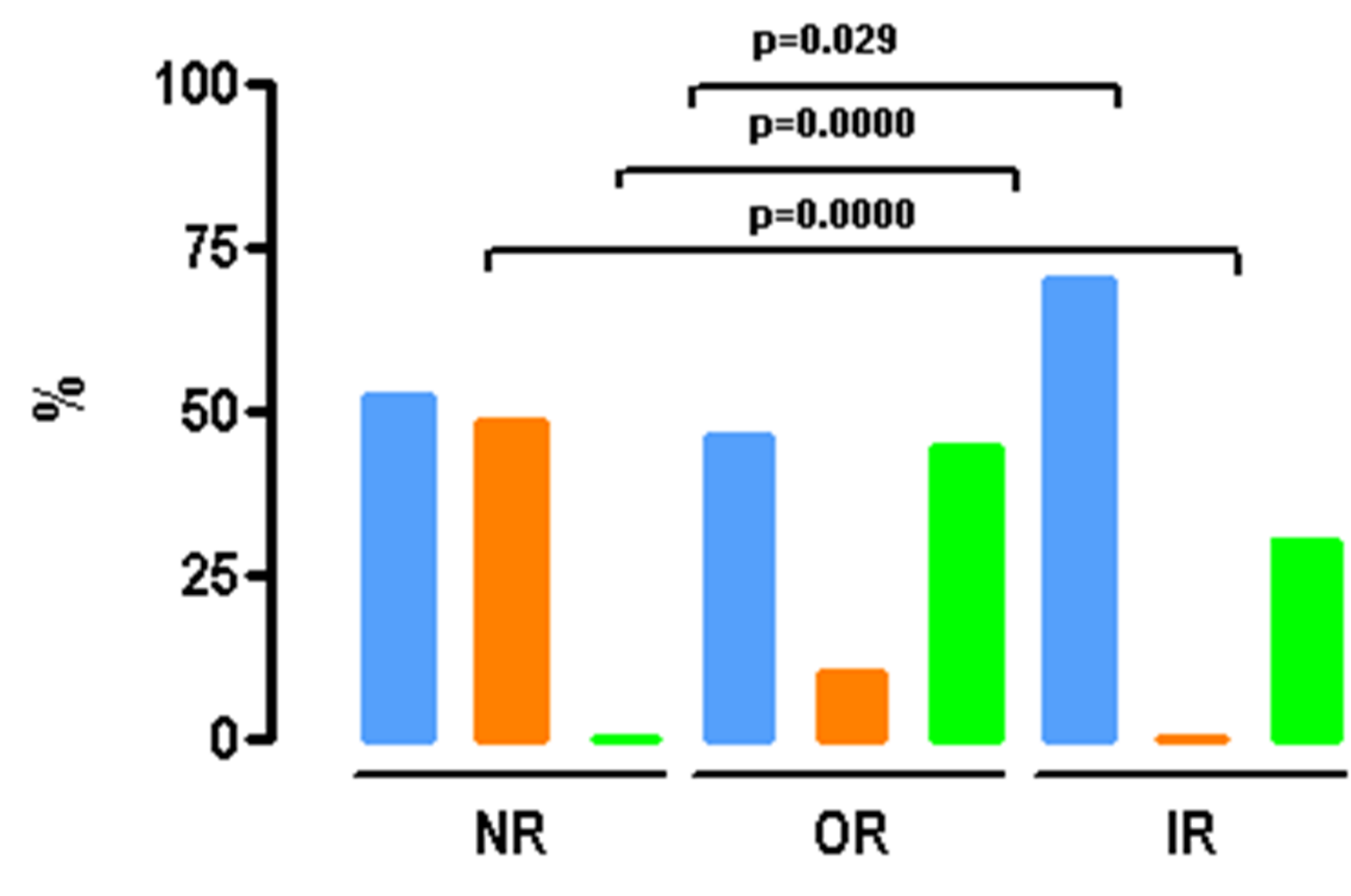
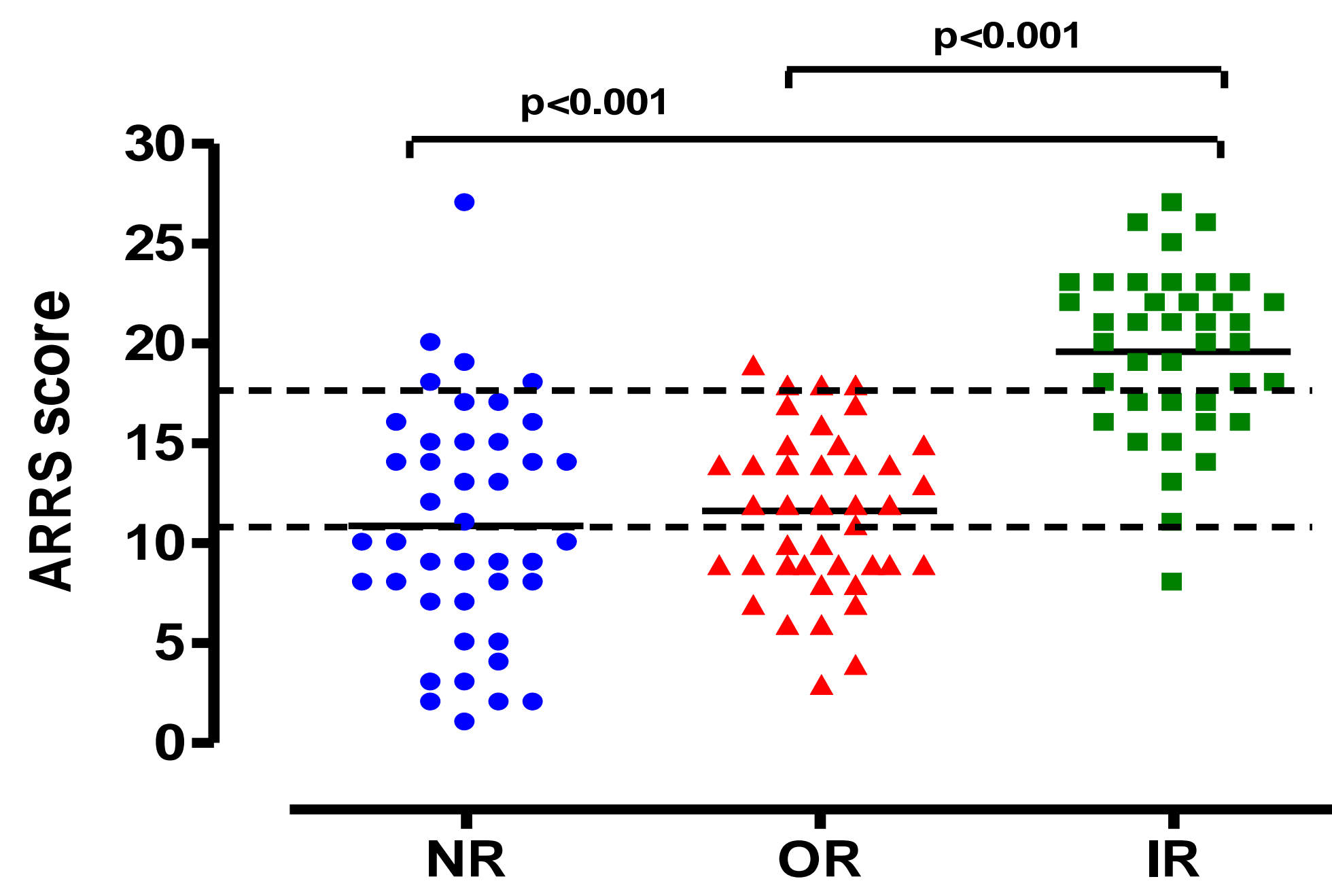
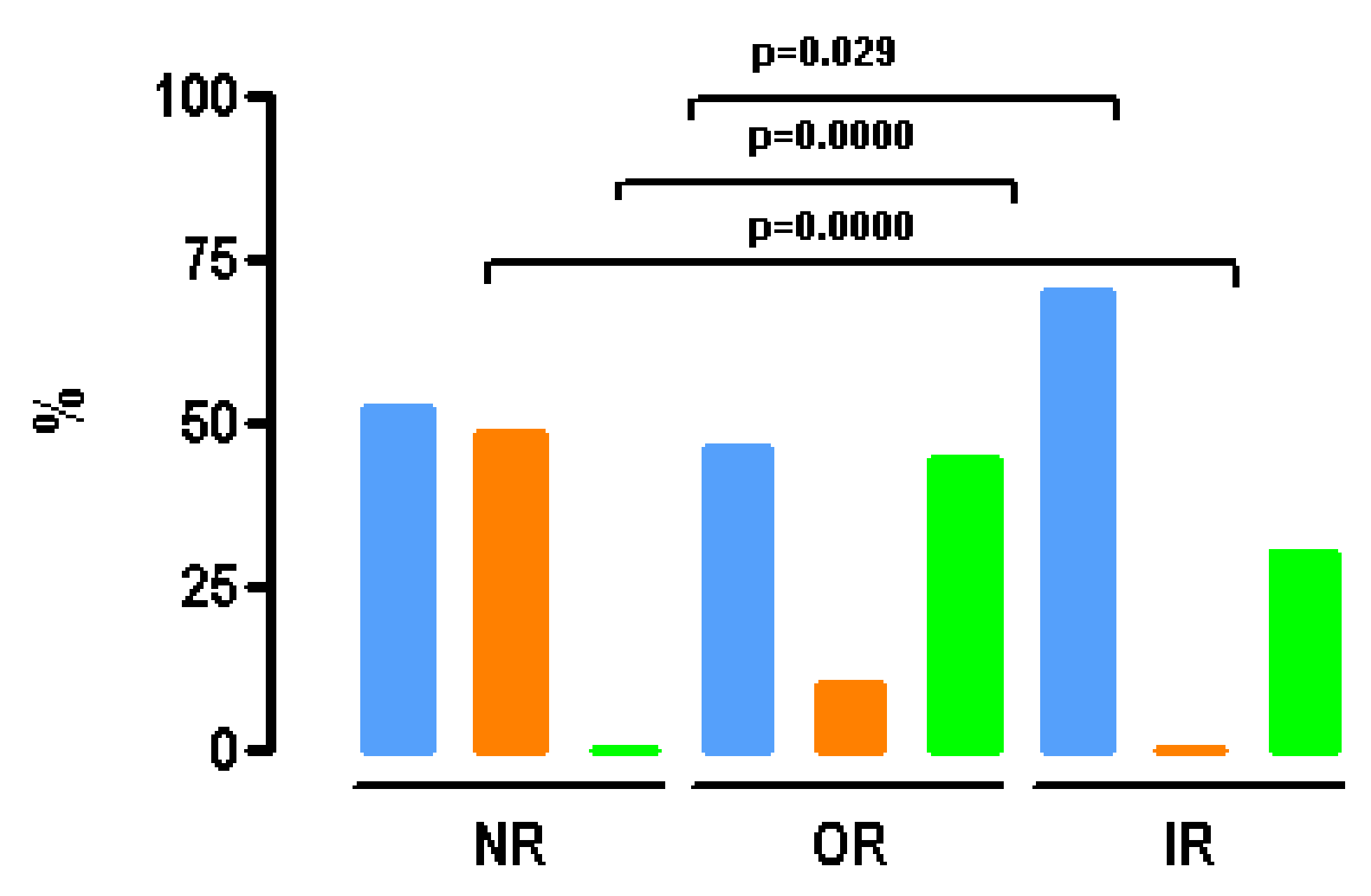


Tabella 2: Caratteristiche demografiche, antropometriche, funzionali dei pazienti oggetto di studio

PAZIENTI, n	123
Malattia ostruttiva, n	105
Malattia restrittiva, n	18
Età	71±11
Maschi, n	65
BMI, Kg/m ²	24±3
Fumatori, n	24
Ex-fumatori, n	58
SaO ₂ , %	94±2
FEV ₁ % pred.	59±24
FVC, % pred.	74±23
CAT, score	13±6
6MWT, metri	332±136



Legenda: SatO₂=saturazione arteriosa ossigeno;;
FVC= capacità vitale forzata;