



Società Italiana di
Gerontologia e
Geriatria

RIABILITAZIONE GERIATRICA

Il percorso di cura integrato dell'emiplegico (Dal DEA al domicilio: un'esperienza di monitoraggio del percorso)

The integrated course of treatment of stroke (from Emergency ward to home: a monitoring experience)

M. BEJOR, M. SARTORI*, C. CHESSA**, M. VIAGGIANO***

Fisiatra UO RRF IRCCS "S. Matteo", Pavia; * Internista, UO Clinica Medica II IRCCS "S. Matteo", Pavia; ** Fisiatra UO RRF Fond. "Maugeri", Pavia; *** Geriatra, UO Riabilitazione, Fond. "Don Gnocchi", Salice Terme, Pavia

The Authors present the result of the clinical governance of stroke patients through an integrated net of acute and rehabilitation wards. Discharge to home or to other wards, neurological status (NIHSS), functional outcome (FIM) and comorbidity (CIRS) are considered.

Key words: Stroke • Functional outcome • Discharge • Clinical governance

Introduzione

L'IRCCS policlinico "S. Matteo" di Pavia in vista dell'Ammissione alla sperimentazione della trombolisi endovenosa con Alteplase (r-tPA) (autorizzata nel Dicembre 2003) e dell'implementazione di tecniche tromboendoarteriectomiche è stato, oggetto di una riorganizzazione interna al fine di garantire un percorso di cura integrato per i pazienti ictali.

Questa riorganizzazione ha comportato la definizione all'interno della Clinica Medica II di un'area Ictus dedicata, dotata di letti monitorati, a cui far affluire i pazienti ictali in corso di stabilizzazione clinica ed ha visto la costruzione di una *rete interna* che, partendo dal DEA, prevede interventi precocissimi dell'UO di Radiodiagnostica, di altre UO ad alta intensità terapeutica eventualmente interessate (Rianimazioni, Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare, Radiologia interventistica) e l'intervento dell'UO di Recupero e Rieducazione Funzionale (RRF) e di una *rete esterna* che coinvolge altre strutture riabilitative di degenza extramurali (l'UO di Neuroriabilitazione della Fondazione "Maugeri" e l'IDR "S. Maria alle Fonti" - fond. "Don Gnocchi" - di Salice Terme).

L'UO di RRF interviene all'interno dell'Area Ictus Dedicata, programmando la presa in carico riabilitativa specifica secondo quanto previsto dalle linee guida SPREAD¹ entro 48/72 ore e si occupa anche della presa in carico riabilitativa dei pazienti ictali ricoverati presso le altre UO della Clinica Medica.

L'UO di RRF concorre alla somministrazione delle scale di valutazione della profondità della lesione neurologica (NIHSS)² e della comorbilità (CIRS)³, provvede alla valutazione del grado di indipendenza funzionale (FIM)⁴; di tutti i pazienti ictali dimessi dal DEA ed inoltre provvede al "triage" riabilitativo cioè fornisce le indicazioni relative alla destinazione del paziente alla dimissione (riabilita-



zione intensiva, riabilitazione estensiva, domiciliare) in accordo con le altre strutture riabilitative facenti parte del percorso.

In queste strutture si provvede, oltre che alla presa in carico riabilitativa che prosegue quella iniziata nell'AID o nelle altre UO per acuti, alla somministrazione all'atto dell'ammissione e della dimissione, delle tre scale già proposte in acuto.

Queste tre scale vengono inoltre somministrate anche agli altri pazienti ricoverati e non provenienti dal IRCCS "S. Matteo".

Obiettivi del lavoro

L'obiettivo di questo lavoro è quello di analizzare e verificare il governo clinico del Percorso Stroke nell'ambito dell'UO per acuti (AID e altre UO), nel passaggio da questa al reparto di riabilitazione intensiva e all'interno del reparto di riabilitazione intensiva.

Materiali e metodi

A tutti i pazienti si è somministrata la NIHSS², la CIRS³ e la FIMtm all'ingresso e alla dimissione dall'AID e dal reparto di riabilitazione intensiva.

Il personale delle varie UO che ha somministrato le scale è stato oggetto di addestramento congiunto e di riunioni di verifica.

I dati sono stati elaborati descrittivamente utilizzando le Funzioni statistiche di MS Exceltm.

VERIFICA DEL PERCORSO DI CURA ALL'INTERNO DELLE UO PER ACUTI

Sono stati osservati 71 pazienti ictali sequenzialmente ricoverati tra il 1° dicembre 2003 e dimessi entro il giugno 2004.

Di questi pazienti si sono verificati i risultati nell'ambito dell'IRCCS "S. Matteo", individuando in prima istanza i pazienti trattati in AID e in altre UO, evidenziando quindi le caratteristiche dei due gruppi in termini di comorbidità (CIRS), profondità della neurolesione (NIHSS) e stato funzionale (FIM), e la loro destinazione alla dimissione (decesso, domicilio, riabilitazione intensiva, riabilitazione estensiva, altre UO per acuti).

Si è provveduto inoltre a verificare la valenza dei parametri rilevati in rapporto al processo di "decisione interna" cercando di porre in evidenza le componenti che hanno determinato l'indirizzo alla dimissione in modo da poter verificare l'efficienza del percorso interno con un'operazione di "bench-

marking" rispetto a quanto riportato in letteratura per altre strutture similari.

VERIFICA DEL PERCORSO DI CURA ALL'INTERNO DELLE UO DI RIABILITAZIONE

Sono stati osservati 45 pazienti (25 provenienti da "S. Matteo", 20 da altri ospedali) ricoverati presso l'UO di Neuroriabilitazione della Fondazione "S. Maugeri" di Pavia.

Per la sorveglianza del percorso all'interno del reparto di riabilitazione intensiva, è stato osservato l'andamento dei parametri di comorbidità (CIRS), profondità della neurolesione (NIHSS) e stato funzionale (FIM).

Per i pazienti provenienti dall'IRCCS "S. Matteo" erano disponibili tre rilevazioni (durante la degenza nell'UO per acuti, all'ingresso e alla dimissione dalla riabilitazione intensiva); per i pazienti ictali provenienti da altri ospedali erano disponibili due rilevazioni (effettuate all'ammissione ed alla dimissione).

La verifica del percorso di cura interno al reparto di riabilitazione intensiva è stata effettuata prendendo in considerazione separatamente il gruppo di pazienti provenienti dal "S. Matteo" e da altri ospedali e valutando lo stato funzionale dei pazienti inviati al domicilio.

Sono state determinate le differenze riscontrate in termini di risultato funzionale (FIM) tra la valutazione clinico riabilitativa all'ammissione e quella alla dimissione ed in rapporto con la destinazione alla dimissione.

Risultati

VERIFICA DEL PERCORSO DI CURA ALL'INTERNO DELLE UO PER ACUTI

All'interno dell'IRCCS "S. Matteo" dal 1° dicembre 2003 ad oggi sono stati valutati e trattati 71 pazienti ictali di cui 48 all'interno dell'Area Ictus Dedicata e 23 in altre UO della Clinica Medica.

Tipo di dimissione

La differenza più rilevante tra il gruppo dei pazienti trattati in AID e quelli provenienti da altre UO del Pol. "S. Matteo" consiste nella percentuale di pazienti inviati in riabilitazione estensiva (6,3% contro 17,4) e nella percentuale di pazienti trasferiti in altri reparti per acuti a causa dell'identificazione di patologie concomitanti che mettevano a rischio la vita del paziente (8,3%).

Tab. I. Tabella riassuntiva del tipo di dimissione dei pazienti ictali trattati in acuto.

	DEC	%	DOM	%	EXT	%	INT	%	ALTR	%	TOT	%
AID	3	6,3	17	35,4	3	6,3	21	43,8	4*	8,3	48	67,6
ALTRE UO	2	8,7	8	34,8	4	17,4*	9	39,1	0	0	23	32,4
tot	5	7,0	25	35,2	7	9,9	30	42,2	4	5,6	71	100

DEC = Deceduti; DOM = A domicilio; EXT = Riabilitazione estensiva; INT = Riabilitazione intensiva; ALTR = In altre UO per acuti; * = Dato diverso tra i due gruppi.

La percentuale di pazienti deceduti è lievemente superiore in AID sebbene la differenza non sia significativa.

All'interno di AID sembra esservi, forse grazie al triade riabilitativo, una maggior propensione o facilità ad inviare i pazienti in riabilitazione intensiva, il monitoraggio continuo è forse in grado di far emergere patologie concomitanti altrimenti non concomitanti.

Efficienza dei decisori interni

L'analisi di congruenza interna del percorso di cura all'interno del reparto per acuti, e dell'AID in particolare, ha permesso di verificare che i tre parametri rilevati (NIHSS = parametro clinico specifico, FIM = parametro funzionale; CIRS = parametro clinico non specifico) sono dei buoni decisori interni.

Supponendo che il decesso possa essere considerato l'esito peggiore di un percorso di cura dei reparti per acuti, ciascun paziente può essere collocato all'interno di un gruppo (cluster) in una posizione determinata da un sistema di coordinate il cui valore è rappresentato dai singoli parametri misurati.

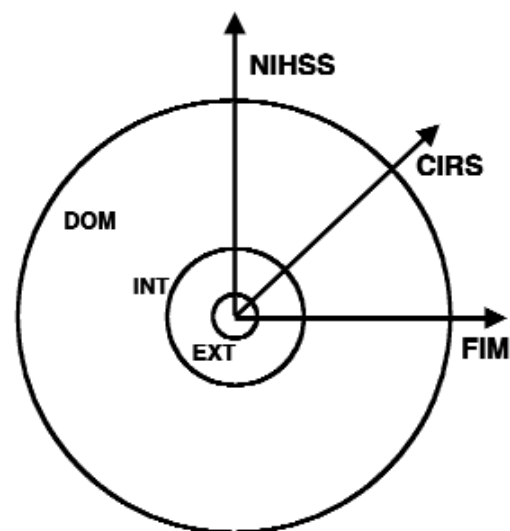
Il triage di dimissione risulta tanto migliore quanto più distinte (lontane tra loro) sono le classi identificate.

Normalizzando i valori medi ottenuti da ciascun gruppo nei parametri rilevati ed attribuendo il valore 0 (zero) ai parametri medi del gruppo dei deceduti, è stato possibile calcolare il "raggio" dell'intorno in cui si distribuiscono i tre gruppi rispetto al rischio decesso: in pratica si è determinato di quanto "dista" ciascun gruppo dal "rischio decesso".

Il valore assoluto di tali distanze è rappresentato in Figura in cui i cerchi rappresentano l'intorno su

Tab. II.

	Deceduti	Domicilio	Estensiva	Intensiva
Distanza da decesso	0	2,2	0,2	0,7

Fig. 1. Distanza dal rischio decesso dei pazienti dimessi da AID.

cui si distribuiscono i pazienti: quelli che vanno direttamente al domicilio sono quelli effettivamente più lontani dal rischio decesso (valore di peso = 2,2), quelli che vanno in riabilitazione estensiva sono quelli più vicini (valore di peso = 0,2), quelli che vanno in riabilitazione intensiva si dispongono ad una distanza intermedia (valore di peso = 0,7). Le tre scale utilizzate sembrano quindi in grado di assumere efficacemente il ruolo di decisori di percorso.

Valutazione dell'efficienza del triage in acuto

La valutazione dell'efficienza del processo valutativo (trriage) e del trattamento nell'ambito riabilitativo all'interno dell'Ospedale per acuti è stata effettuata con una operazione di Benchmarking utilizzando i dati da letteratura ⁵.

Rispetto a quanto riportato dall'esperienza internazionale si è potuto ricoverare in AID una percentuale lievemente inferiore di pazienti ictali, decisamente superiore invece la durata mediana della degenza.

Tab. III. Destinazione alla dimissione (percentuale di pazienti).

Dimissione	% Australia	% AID + Altre UO	% Altre UO	% AID
Deceduti	12	7	9	6
Domicilio	32	35	35	35
Estensiva	10	10	17	6
Intensiva	43	42	39	44
Altro	3	6	0	8

Tab. IV. Percentuale di pazienti che ammessi all'ospedale per acuti sono stati trattati in AID od in altre UO e durata mediana della degenza.

% Pz. trattati	AID	Altre UO
OSM	68	32
Australia	76	24
Durata degenza	GG	
OSM	12	
Australia	7	

Follow-up in riabilitazione intensiva

I pazienti seguiti anche nel reparto di Riabilitazione Intensiva fanno rilevare un ulteriore miglioramento dei parametri considerati secondo un andamento che vedeva soprattutto il miglioramento dei parametri funzionali registrati alla dimissione (FIM media + 33%) e neurologici (NIHSS - 15%) mentre la comorbilità si manteneva costante e cioè i pazienti erano stabilizzati (CIRS quasi invariata).

Si assiste ad una progressiva regressione della compromissione neurologica ed ad un recupero funzionale molto importante.

Tab. V. Punteggio ottenuto nelle varie scale alle tre rilevazioni effettuate dai pazienti che da AID sono passati in riabilitazione intensiva.

NIHmed	NIH1riab	NIH2riab	FIMmed	FIM1riab	FIM2riab	CIRSmed	CIRS1riab	CIRS2riab
8,9	7,3	5,1	59,7	67,9	93,4	23,5	20,9	20,6

med = Rilevazione effettuata in rep per acuti; riab = rilevazione effettuata in riabilitazione.

Tab. VI. I valori medi di gruppo dei parametri considerati.

	Media	Min	Max	Dev. St
età	76,1	65,0	89,0	7,2
deg ac	11,5	4,0	22,0	6,2
deg riab	51,5	28,0	85,0	21,6
nih 0	8,9	5,0	17,0	4,0
nih 1	7,3	3,0	15,0	3,8
nih 2	5,1	2,0	10,0	2,9
FIM 0	59,7	18,0	103,0	28,3
FIM 1	67,9	30,0	119,0	30,5
FIM 2	93,4	31,0	120,0	34,0
dd fim	30,0	0,0	61,0	24,7
CIRS 0	23,5	19,0	32,0	3,9
CIRS 1	20,9	15,0	26,0	3,0
CIRS 2	20,6	15,0	26,0	2,9

deg ac = Durata della degenza in UO per acuti; deg riab = Durata della degenza in UO riabilitazione intensiva; dd fim = Differenza tra punti FIM alla dimissione ed all'ingresso.

VERIFICA DEL PERCORSO DI CURA ALL'INTERNO DELLE UO DI RIABILITAZIONE INTENSIVA

Nel corso del loro ricovero in riabilitazione intensiva sono stati osservati, oltre ai pazienti provenienti da AID e dalle altre UO di "S. Matteo" (presi in carico dall'UO RRF dell'IRCCS "S. Matteo") anche pazienti provenienti da altre strutture.

Questa situazione ci ha permesso, oltre che di verificare l'andamento degli elementi decisori già rilevati in prima istanza per i pazienti provenienti da AID, anche di fare dei confronti tesi a rilevare eventuali differenze negli esiti post ictali che potessero essere messe in relazione al differente percorso di cura.

Verifica sui pazienti provenienti da irccs "S. Matteo" (con 3 rilevazioni)

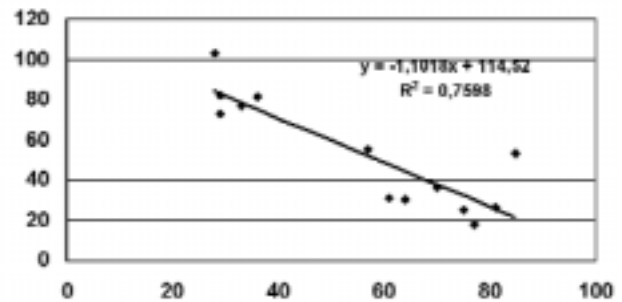
I valori di gruppo ottenuti sui tre parametri rilevati nei pazienti provenienti da AID sono evidenziati nella Tabella seguente.

Previa normalizzazione dei valori, si è proceduto, a generare la seguente Tabella di correlazione tra i vari elementi che sono serviti a verificare gli elementi decisori in rapporto all'esito del trattamento.

Si può notare come la durata della degenza in riabilitazione intensiva sia molto ben inversamente correlata (CC - 0,87) con la FIM all'ingresso e come questa correlazione abbia un andamento quasi lineare ($r^2 = 0,77$).

Un altro valore correlato inversamente con un elevato coefficiente di correlazione (CC - 0,87) è il valore di FIM all'uscita con il valore di NIH all'uscita,

Fig. 2. Correlazione tra FIM all'ingresso e gg degenza.



ma questa correlazione non ha un andamento lineare ($r^2 = -0,6$).

Confronto tra pazienti provenienti da irccs "S. Matteo" e pazienti provenienti da altri ospedali (con 2 rilevazioni)

Normalizzando i dati rilevati sui pazienti provenienti dai Reparti sottoposti a presa in carico riabilitativa ed a triage riabilitativo all'interno dell'IRCCS "S. Matteo" e quelli rilevati sui pazienti provenienti da altre strutture è stato quindi possibile verificare le differenze dimostrate dai due gruppi sottoposti al percorso di cura interno all'UO di riabilitazione intensiva.

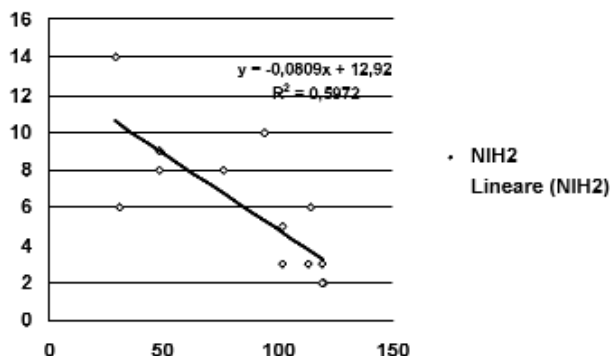
Il grafico successivo presenta, in forma normalizzata, i valori differenziali ottenuti ed evidenzia le differenze tra i valori fatti rilevare dal gruppo proveniente dal "S. Matteo" e quello proveniente da altri ospedali: i valori positivi indicano che il punte-

Tab. VII. Coefficienti di correlazione tra i valori normalizzati fatti rilevare dal gruppo proveniente dall'AID.

	età	diff ev ricov	gg deg	nih 0	nih 1	nih 2	FIM 0	FIM 1	FIM 2	CIRS 0	CIRS 1	CIRS 2
età	1	-0,11	-0,23	-0,08	-0,41	-0,22	0,11	0,13	0,11	-0,35	0,05	0,06
diff ev ricov		1	0,65	0,37	0,34	0,45	-0,64	-0,47	-0,61	0,33	0,40	0,42
gg deg			1	0,63	0,79	0,76	-0,87	-0,76	0,73	0,43	0,55	0,49
nih 0				1	0,86	0,84	-0,73	-0,61	-0,64	0,81	0,65	0,68
nih 1					1	0,91	-0,72	0,71	-0,67	0,76	0,63	0,62
nih 2						1	-0,66	-0,72	-0,87	0,69	0,82	0,80
FIM 0							1	0,57	0,54	-0,63	-0,52	-0,52
FIM 1								1	0,71	-0,44	-0,43	-0,41
FIM 2									1	-0,39	-0,83	-0,78
CIRS 0										1	0,54	0,62
CIRS 1											1	0,99
CIRS 2												1

diff ev ric = Differenza evento acuto ricovero; gg deg = Giorni di degenza; NIH-CIRS-FIM 0 = Scala rilevata nel reparto per acuti; NIH-CIRS-FIM 1 = Scala rilevata all'ingresso in riabilitazione intensiva; NIH-CIRS-FIM 2 = Scala rilevata alla dimissione dalla riabilitazione intensiva; NB = lin grassetto evidenziati i valori significativi.

Fig. 3. Correlazione tra FIM2 e NIH2.



gio/valore fatto rilevare dal gruppo “S. Matteo” era superiore.

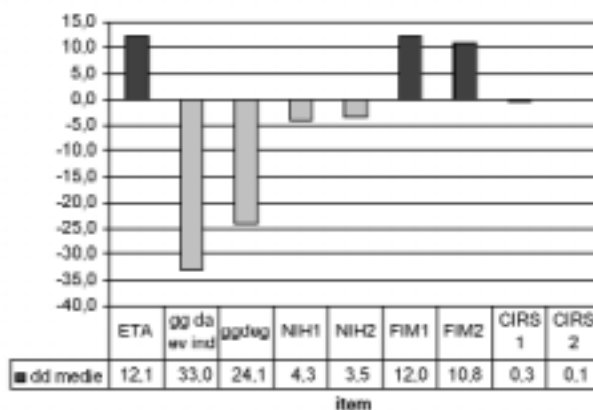
I pazienti provenienti da IRCCS “S. Matteo” sono più anziani, vengono ricoverati più precocemente rispetto a quelli provenienti da altri reparti, hanno una permanenza in riabilitazione più breve, il punteggio FIM medio sia all’ammissione che alla dimissione è più elevato pur presentando una comorbilità sovrapponibile.

La degenza totale dei pazienti ictali che seguono il percorso all’interno dell’AID è quindi molto inferiore rispetto a quella di pazienti che non provengono da un percorso strutturato, i pazienti provenienti da AID inoltre, pur essendo più anziani di quasi 10 anni, sembrano raggiungere un recupero funzionale migliore.

In rapporto alla destinazione alla dimissione si sono verificati i seguenti risultati:

- dimessi verso il domicilio: il 68% dei pazienti provenienti da “S. Matteo” viene dimesso al domicilio dopo 53,71 gg di degenza media, con un punteggio FIM di 103,5 ed un’età media di 71 anni contro il 60% dei pazienti provenienti dagli altri ospedali che permangono in riabilitazione intensiva per 78 giorni con un punteggio finale FIM di 95 ed un’età media di appena 58 anni;
- dimessi verso altro reparto di riabilitazione in-

Fig. 4. Differenza tra gruppi. Media gruppo triage – (meno) media gruppo di altre UO.



	Età	gg da ev ind	gg deg	NIH1	NIH2	FIM1	FIM2	CIRS1	CIRS2
dd medie	12,1	-33,0	24,1	4,3	3,5	12,0	10,8	0,3	0,1
Media CM	72,2	15,7	56,8	9,6	6,7	57,4	85,8	21,8	21,1
Media AL	60,1	48,7	80,9	13,9	10,2	45,3	74,9	22,1	21,2

tensiva: il 20% dei pazienti di entrambi i gruppi prosegue il trattamento presso altri reparti di riabilitazione intensiva, il punteggio FIM di quelli provenienti da “S. Matteo” è lievemente migliore, la permanenza in riabilitazione intensiva è identica (61,8 gg medi), la comorbilità è uguale;

- dimessi verso altro reparto di riabilitazione estensiva: il 12% dei pazienti provenienti da “S. Matteo” prosegue il trattamento presso altri reparti di riabilitazione estensiva contro il 20% di quelli provenienti da altri reparti, la permanenza in riabilitazione intensiva dei pazienti provenienti da altri reparti è quasi doppia rispetto a quella dei pazienti provenienti da “S. Matteo” (118 gg in media contro 66) la comorbilità è sovrapponibile e, per entrambi i gruppi, è notevolmente superiore rispetto a quella dei pazienti che vanno al domicilio od in altri reparti di ria-

Altre strutture	Età	gg deg	NIH1	NIH2	FIM1	FIM2	CIRS1	CIRS2	numero	% pz
dom	58	78,0	9,6	6,2	56,7	95,0	20,8	20,2	12	60
int	54	61,8	18,0	13,8	29,8	44,8	22,0	20,3	4	20
ext	77	118,3	26,0	21,3	20,7	35,0	27,3	26,7	4	20

S. Matteo	Età	gg deg	NIH1	NIH2	FIM1	FIM2	CIRS1	CIRS2	numero	% pz
dom	71	53,7	8,0	5,1	67,2	103,5	20,9	20,4	17	68
int	69	61,8	14,6	10,4	38,6	55,2	22,2	20,6	5	20
ext	73	66,0	10,7	9,3	33,0	36,0	26,3	26,0	3	12

Tab. VIII. Punteggi medi fatti registrare nei vari item della scala FIM somministrata alla dimissione (i punteggi sono stati ordinati in ordine crescente).

- dom med dopo = punteggio medio fatto registrare dal gruppo dei pazienti che alla dimissione dall'UO di Riabilitazione intensiva andavano a domicilio;
- dom dom med = punteggio medio fatto registrare dal gruppo dei pazienti dimessi direttamente da AID a domicilio;
- inten med dopo = punteggio medio fatto registrare dal gruppo dei pazienti che da Riabilitazione intensiva hanno proseguito il trattamento in altra UO di riabilitazione intensiva;
- exten med dopo = punteggio medio fatto registrare dal gruppo dei pazienti che da Riabilitazione intensiva hanno proseguito il trattamento in altra UO di riabilitazione estensiva;

Domicilio da riab intensiva items FIM	dom med dopo	Domicilio da AID items FIM	dom dom med	Riab intensiva da riab intensiva items FIM	inten med dopo	Riab estensiva da riab intensiva items FIM	exten med dopo
vasca o doccia	4,3	scale	4,4	scale	1,6	vasca o doccia	1,0
scale	4,9	vasca o doccia	4,5	vasca o doccia	1,7	scale	1,0
vestirsi da vita in giù	5,1	WC	4,8	igiene personale	2,0	controllo vescicale	1,2
igiene personale	5,1	deambulatore o carrozzina	5,2	lavarsi	2,1	controllo dell'alvo	1,2
lavarsi	5,2	letto-sedia-carrozzina	5,2	vestirsi da vita in giù	2,1	WC	1,2
vestirsi dalla vita in su	5,3	lavarsi	5,4	vestirsi dalla vita in su	2,2	lavarsi	1,3
WC	5,4	vestirsi dalla vita in su	5,4	WC	2,2	vestirsi dalla vita in su	1,3
deambulatore o carrozzina	5,5	vestirsi da vita in giù	5,4	controllo vescicale	2,7	vestirsi da vita in giù	1,3
rassettarsi	5,6	igiene personale	5,4	controllo dell'alvo	2,7	igiene personale	1,3
letto-sedia-carrozzina	5,7	rassettarsi	5,7	rassettarsi	2,8	letto-sedia-carrozzina	1,5
nutrirsi	5,8	nutrirsi	5,8	deambulatore o carrozzina	3,0	deambulatore o carrozzina	1,8
espressione	5,9	soluzione di problemi	5,8	letto-sedia-carrozzina	3,1	rassettarsi	2,0
controllo dell'alvo	6,1	memoria	5,8	soluzione di problemi	3,1	soluzione di problemi	2,3
soluzione di problemi	6,1	comprensione	6,3	memoria	3,1	memoria	2,3
controllo vescicale	6,2	controllo vescicale	6,4	nutrirsi	3,2	rapporto con gli altri	3,2
comprensione	6,2	controllo dell'alvo	6,5	espressione	4,1	nutrirsi	3,3
memoria	6,2	espressione	6,5	rapporto con gli altri	4,2	comprensione	3,7
rapporto con gli altri	6,3	rapporto con gli altri	6,5	comprensione	4,7	espressione	4,5
Media	5,6		5,6		2,8		2,0
DS	0,5		0,6		0,8		1,0
Punteggio medio	100,9		101		50,6		35,4

bilitazione.

I pazienti che provengono dal percorso in AID vengono rientrano al domicilio in percentuale maggiore (+8%) degli altri con una degenza media in riabilitazione di 24 giorni in meno. Una percentuale inferiore (-8%) inoltre viene trasferita a reparti di riabilitazione estensiva.

VERIFICA DEGLI ESITI FUNZIONALI

Il profilo funzionale dei pazienti che sono stati oggetto del presente studio si può ricavare analizzando i punteggi medi ottenuti nei vari sottopunteggi della scala FIM somministrata alla dimissione (Tab. VII).

I pazienti che vanno al domicilio sia direttamente dall'AID sia, dopo in media 60 giorni, dall'UO di riabilitazione intensiva, sono discretamente indipendenti con un punteggio FIM mediamente attorno ai 100 punti (min 18 max 126).

Gli items per cui è maggiormente necessaria la supervisione o un aiuto parziale sono quelli relativi all'utilizzo del bagno o della doccia e, limitatamente al gruppo proveniente direttamente da AID, l'utilizzo del WC.

Al termine del percorso di cura in regime di ricovero i pazienti di questi gruppi risultano lucidi, collaboranti e continenti; hanno una discreta capacità di comunicazione ed apprendimento, necessitano

Fig. 5. Differenza tra dimessi al domicilio da riabilitazione int e da AID.

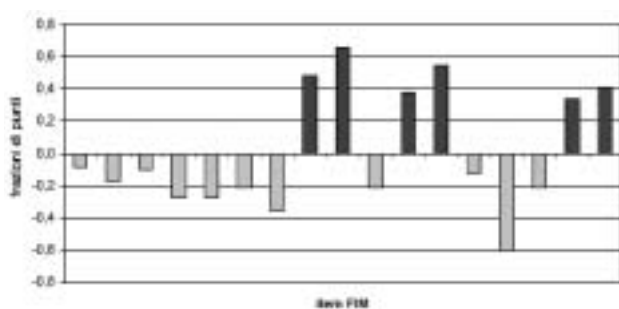
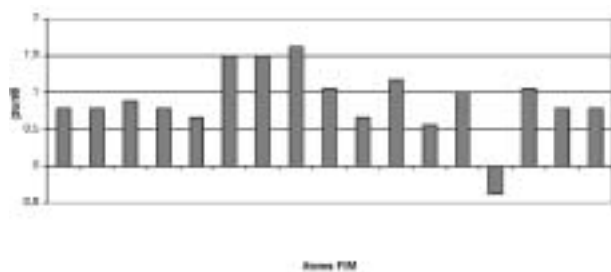


Fig. 6. Differenza tra trasferiti da riabilitazione int a riabilitazione int e da riabilitazione int a riabilitazione esterna. Differenza positiva = prestazione migliore.



almeno di supervisione nei trasferimenti e nell'uso di ausili necessitano di aiuto nell'uso dei servizi e nella mobilità in interni.

I pazienti che continuano il loro percorso di cura in regime di ricovero sono quasi totalmente incapaci di utilizzare la doccia ed il bagno e di muover-

si in interni, sono incontinenti per urina e feci, presentano una pressoché totale dipendenza nella cura della persona e nell'igiene personale, i pazienti che sono indirizzati in riabilitazione estensiva sono anche totalmente dipendenti nella nutrizione; entrambi i gruppi hanno forti limitazioni cognitive con maggiori problemi nel problem solving rispetto all'espressione ed alla comprensione (che comunque sono molto limitate).

Queste osservazioni ci inducono a cercare di sviluppare un intervento riabilitativo domiciliare teso più al versante occupazionale che a quello neuromotorio.

L'esito del percorso di cura dei pazienti ictali provenienti dal "S. Matteo" (sia da AID che da altri reparti della Clinica Medica) è quindi il seguente.

Conclusioni

La rilevazione sistematica dei parametri proposti dalle linee guida SPREAD (NIHSS, CIRS, FIM) effettuata sistematicamente in tutte le stazioni del percorso di cura dei pazienti ictali, ci consente di analizzare e verificare il governo clinico del Percorso Stroke nell'ambito dell'UO per acuti (AID e altre UO), nel passaggio da questa al reparto di riabilitazione intensiva, all'interno del reparto di riabilitazione intensiva e, per ora, al momento delle dimissioni al domicilio.

La verifica del percorso di cura all'interno delle UO per acuti nel benchmarking contro i dati della letteratura internazionale ci ha permesso di stabilire che i risultati ottenuti in rapporto al tipo di dimis-

Tab. IX. Esito funzionale dei sottogruppi osservati.

	%	Esito funzionale (% FIM)
Deceduti	7	—
Direttamente al domicilio	35	Buono (80% del max)
Al domicilio dopo riab intensiva	28,6	Buono (80% del max)
In riabilitazione intensiva dopo riabilitazione intensiva	8,4	Cattivo (40% del max)
In riabilitazione estensiva dopo ricovero in medicina	10	Pessimo (28% del max)
In riabilitazione estensiva dopo riabilitazione intensiva	5	Pessimo (29% del max)
In altre UO per acuti dopo ricovero in AID	6	—

sione sono solo lievissimamente inferiori, mentre si può ancora fare molto sui tempi di trasferimento verso UO di riabilitazione.

Le tre scale utilizzate sono risultate essere uno strumento efficiente di decisione per guidare la dimissione dei pazienti ed il triage riabilitativo effettuato è soddisfacente in rapporto allo stato clinico dei pazienti (rischio decesso).

La verifica del percorso di cura all'interno delle UO di riabilitazione intensiva ha confermato che i pazienti che provengono da aree specificatamente dedicate alla presa in carico dell'Ictus ottengono risultati migliori sia in termini di tempi di accesso che di permanenza nell'UO di riabilitazione. I risultati funzionali raggiunti, inoltre, sono decisamente migliori rispetto a quelli dei pazienti provenienti da realtà non organizzate.

La verifica degli esiti funzionali dei pazienti che hanno raggiunto il domicilio ci permette inoltre di

identificare delle strategie specifiche per l'intervento riabilitativo domiciliare.

I pazienti dimessi al domicilio sia direttamente dall'AID che dall'UO di riabilitazione intensiva, infatti, fanno registrare le performance peggiori negli items relativi alla mobilità in interni (far le scale) ed all'utilizzo dei servizi igienici (fare il bagno o la doccia, utilizzare il WC), questo significa che un intervento a domicilio per questi pazienti dovrà essere rivolto più agli aspetti occupazionali e di controllo ambientale che a quelli neuromotori.

Le cattive/pessime condizioni funzionali dei restanti Pazienti fanno prevedere un difficile ritorno al domicilio e, se tale ritorno sarà possibile, si renderà necessario un intervento di Nursing intensivo piuttosto che di tipo riabilitativo (questo dato è suffragato anche dallo scadente quadro cognitivo che questi pazienti presentano).

In questo lavoro viene analizzato il governo clinico dello stroke che si è ottenuto tramite la messa in rete di strutture per acuti e riabilitative; vengono presentati i risultati ottenuti in termini di destinazione alla dimissione, compromissione

neurologica (NIHSS), risultato funzionale (FIM) e comorbilità (CIRS).

Parole chiave: Ictus • Risultato funzionale • Tipo di dimissione • Governo clinico

BIBLIOGRAFIA

- ¹ SPREAD 2003 Ictus Cerebrale. *Linee Guida italiane di Prevenzione e trattamento. Versione 4 marzo 2003*. Milano: Pubblicazioni Catel - Hyperphar Group SpA 2003.
- ² Wityk RJ, Pessin MS, Kaplan RF, Caplan LR. *Serial assessment of acute stroke using the NIH Stroke Scale*. Stroke 1994;25:362-5.
- ³ Parmelee PA, Thuras PD, Katz IR, Powell M. *Validation of the Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) in a Geriatric Residential Population*. JAGS 1995;43:130-72.
- ⁴ Hamilton BB, Granger CV, Sherwin FS. *A Uniform Data System for Medical Rehabilitation*. In: Fuhrer MJ, ed. *Rehabilitation Outcomes: Analysis and Measurement*. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes 1987:137-47.
- ⁵ Cadillac DA. *Multicenter Comparison of Processes of care Between Stroke Units and Conventional Care Wards in Australia*. Stroke 2004;35:1035-40.