

XV riunione annuale Cochrane Italia

La valutazione complessiva di un percorso di cura: il caso dell' ictus dalla diagnosi alla riabilitazione

Cosa offre la sintesi delle conoscenze disponibili

Stefano Ricci
 UO Neurologia, ASL 1 dell' Umbria
 Editor, Cochrane Stroke Review Group

Modena 14-15/11/2010

Dove siamo

- Sono disponibili nella Cochrane Library numerose revisioni sistematiche sul tema "ictus".
- Il CSRG pone particolare attenzione nell' accettare e successivamente revisionare le proposte inviate, sulla base di:
 - Garanzie tecniche
 - Garanzie cliniche
 - Garanzie di aggiornamento

Per saperlo...

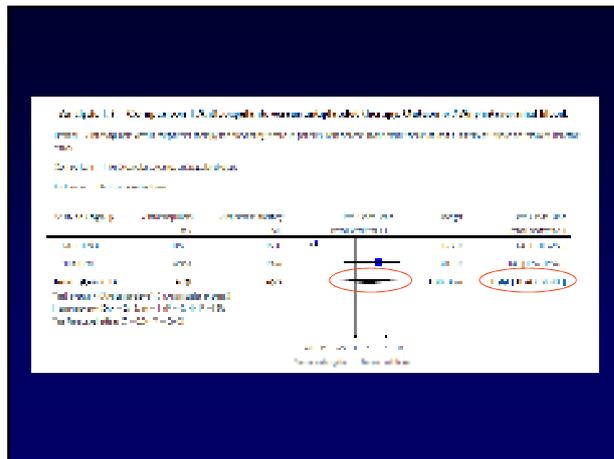
- Non esiste solo la CL
- Infatti molte revisioni sono pubblicate in extenso o come short reports su varie riviste
- In Italia esiste inoltre da qualche anno uno spazio Cochrane al Congresso "Stroke" di Firenze, ove vengono discussi aspetti tecnici e clinici delle revisioni sull' ictus
- Le linee guida SPREAD riportano sempre i risultati delle revisioni Cochrane, che sono considerate fonte di evidenza di grado A.

Andrzej Łuczyszynski and Jonathan Hirst (eds) for prepared by
 the participants with the assistance of Cochrane Stroke Review Group
 History of stroke or generalised tonic-clonic attack (Review)

Stefano Ricci (ed)



THE COCHRANE
 COLLABORATION®



Authors' conclusions

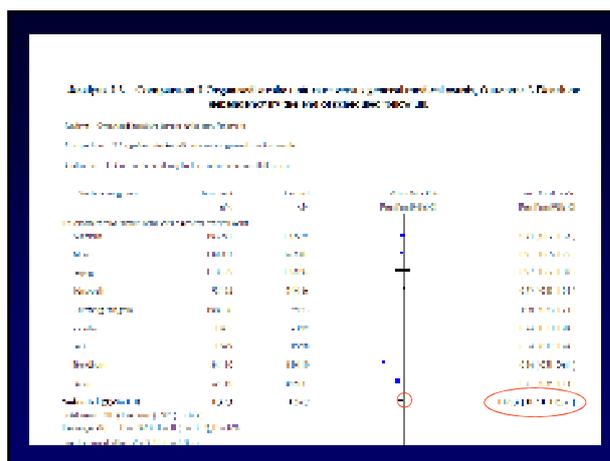
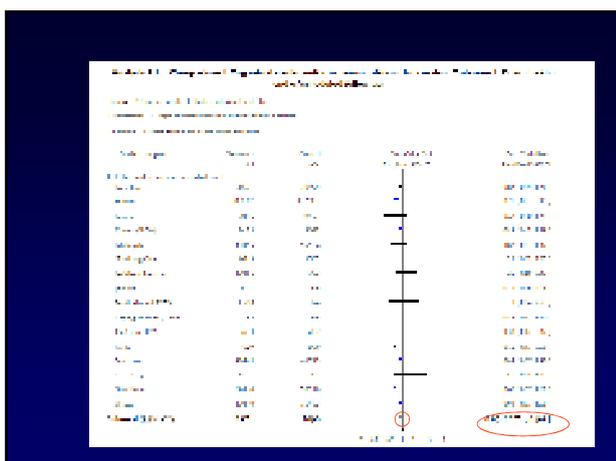
- The evidence from two trials suggests that anticoagulant therapy is superior to antiplatelet therapy for the prevention of stroke in people with NRAF and recent non-disabling stroke or TIA. The risk of extracranial bleeding was higher with anticoagulant therapy than with antiplatelet therapy.

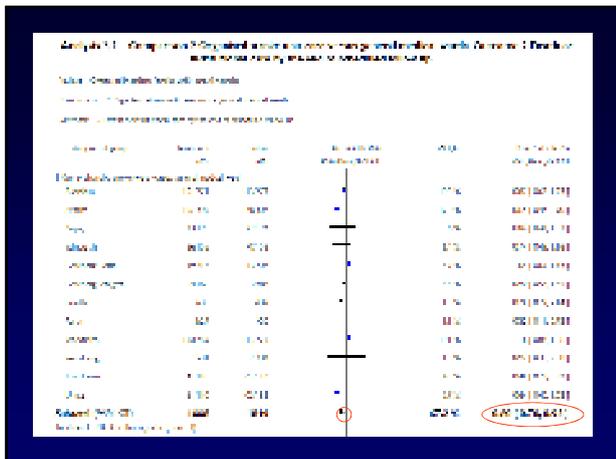
Applicazione dell' evidenza

- Problemi di "paura", di organizzazione (chi lo porta a fare l' INR?), di compliance
- L' applicazione è quindi molto modesta
- Cambierà (ma a che costi?) con i nuovi anticoagulanti?
- Aspettiamo la revisione?

Teoria e ..."praticaccia"

- SPREAD e la consensus italiana (Stroke 2003) concludano esattamente come suggerito dalla revisione Cochrane.
 - The Journal of Cardiovascular Surgery 2009 Aprile;50(2):171-82
 - SPREAD 2010
- Tuttavia è molto frequente che i pazienti vengano trattati con stent, senza che siano informati delle evidenze disponibili



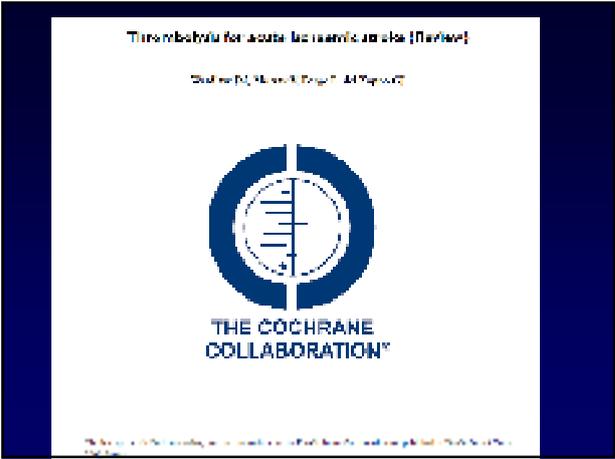


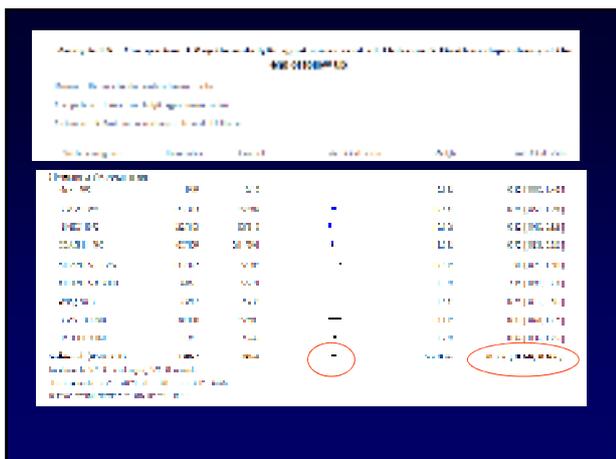
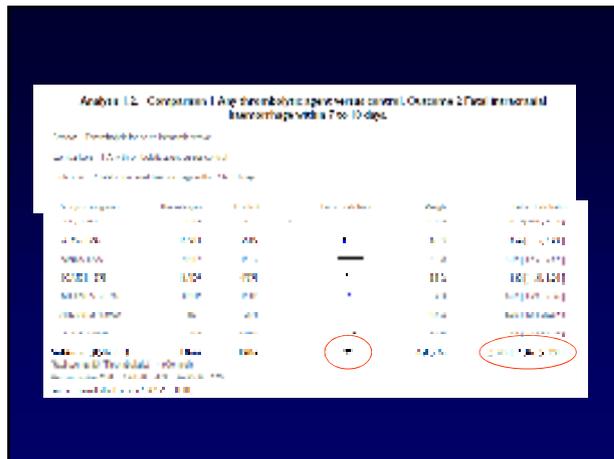
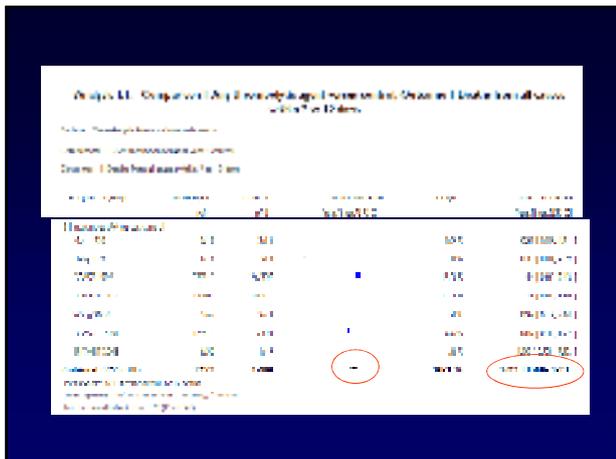
Authors' conclusions

- Stroke patients who receive organised inpatient care in a stroke unit are more likely to be alive, independent, and living at home one year after the stroke. The benefits were most apparent in units based in a discrete ward. No systematic increase was observed in the length of inpatient stay.

Ma da noi...

- Nonostante i piani sanitari regionali ed i documenti ministeriali, abbiamo troppo poche stroke units
- Vi sono problemi di misinterpretazione, di organizzazione ospedaliera, di costi...



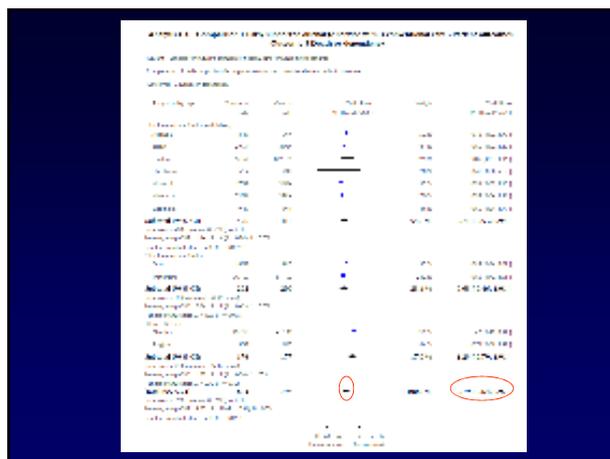
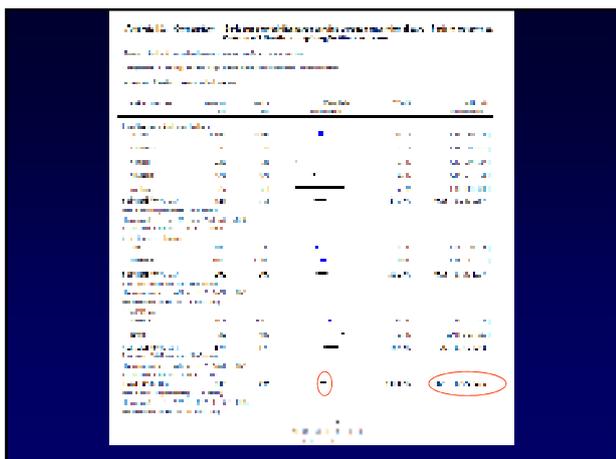


Authors' conclusions

- Overall, thrombolytic therapy appears to result in a significant net reduction in the proportion of patients dead or dependent in activities of daily living. This overall benefit was apparent despite an increase both in deaths (evident at seven to 10 days and at final follow up) and in symptomatic intracranial haemorrhages. Further trials are needed to identify which patients are most likely to benefit from treatment and the environment in which thrombolysis may best be given in routine practice.

E da noi?

- Applicazione: problemi di cultura, di organizzazione, ma anche di difesa di “superiorità” e del “territorio”!
- Confusione deleteria tra stroke unit e trombolisi!!
- “Io faccio così, quindi si deve fare così”: grandi ospedali vs piccoli ospedali.

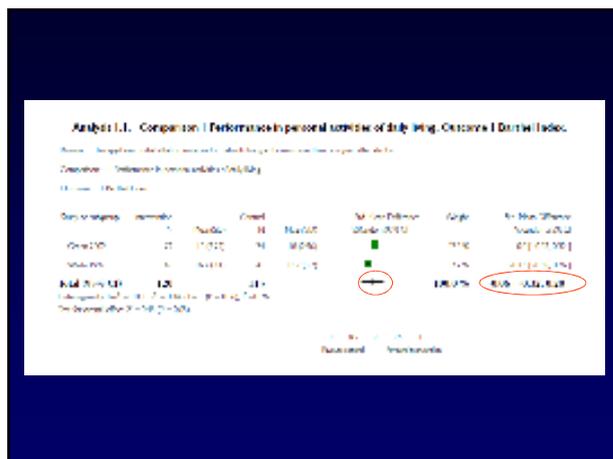


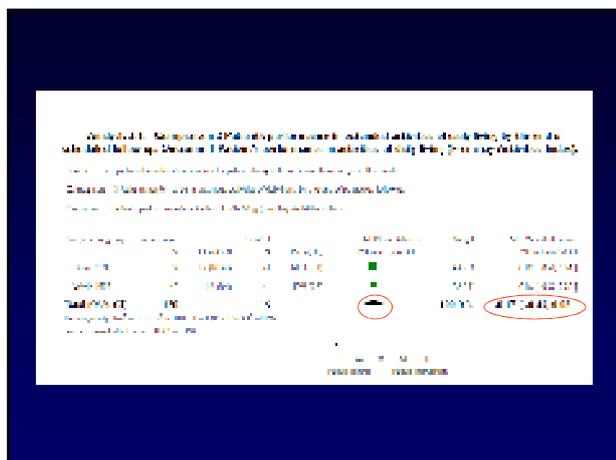
Authors' conclusions

- Appropriately resourced ESD services provided for a selected group of stroke patients can reduce long term dependency and admission to institutional care as well as reducing the length of hospital stay. No adverse impact was observed on the mood or subjective health status of patients or carers.

Ma in Italia...

- Applicabilità? Solo uno studio canadese ha una durata di degenza comparabile alle nostre (9 vs 12); tutti gli altri ricoverano pazienti per tempi da noi ingestibili.
- La riduzione di 8 gg osservata nella revisione potrebbe quindi da noi trasformarsi in un risparmio poco utile. Ci sono però altri vantaggi? Come applicare l' evidenza in Italia?





Authors' conclusions

- This review highlights the dearth of evidence investigating long-term therapy-based rehabilitation interventions for patients with stroke

Quale indicazione trarre?

- Vale davvero la pena di "sprecare" risorse dopo un anno?
- Non sarebbe meglio puntare sulla terapia occupazionale, e sul sostegno al carer (non la badante!)?
- Perché non sperimentare in Italia nuove modalità assistenziali?

Conclusioni

- Molte evidenze ancora mancano
 - Providers e consumers dovrebbero coalizzarsi e chiederci di produrle!
- Ma implementare quelle che ci sono sembrerebbe doveroso
 - Il rapporto costo-beneficio non si può calcolare a 2 anni...
- Il nostro ruolo di clinici che si occupano di EBM dovrebbe essere quello di spiegare, convincere, sperimentare...