

Workshop 14-11-2010 Assistenza all' ictus

Stefano Ricci
CSRG

Relazioni Dr Ferro-Dr Duca

- La confusione tra somministrazione della terapia trombolitica e trattamento in Stroke Unit è tipicamente italiana:
 - La dimostrazione della efficacia delle SU nasce ben prima della terapia trombolitica
 - La SU è efficace per TUTTI i pazienti, soprattutto per i più gravi e per gli emorragici (e anche dopo gli 80aa).
 - La SU è efficace in quanto “Comprehensive”, ovvero non tiene i pazienti solo per 1-2 gg!!
 - I dati sulle SU in acuto (2010) dicono che la prognosi non è modificata
- Ma i nostri Piani Sanitari (ed il Ministero) tengono conto di questo?

Relazioni Dr Ferro-Dr Duca

- Non è importante che il paziente vada in un ospedale con NRX, NCH, etc. Ciò che conta è che vada dove esiste una “vera” SU.
- Non va corso il rischio che, per portare il paziente in un centro super specialistico con l’obiettivo della trombolisi, si finisca poi –non sussistendo una reale indicazione al trattamento- per ricoverare il paziente in degenza normale, assolutamente impropria.
- Occorre concentrare gli sforzi sul trattamento complessivo, non solo sulla trombolisi (<1% in Italia)!

Relazioni Dr Ferro-Dr Duca

- Il Calcolo del Ministero (50 posti per 1000000) è assolutamente sottostimato, se ogni paziente deve avere il diritto di accesso alle migliori cure.
- La scelta degli Ospedali non dovrebbe basarsi sulle caratteristiche del presidio, ma sulla epidemiologia dell’ ictus in quel territorio.
 - Cioè partire dai ricoveri, non dalla popolazione.
- In altri termini, se in un territorio si verificano più di 70-100 ictus all’ anno, nell’ ospedale di riferimento di quel territorio occorrono almeno 4 letti dedicati, a meno di spostare il paziente a distanze spesso ingestibili per la famiglia.

Relazione Dr Ferro-Dr Duca

- DPP e percorsi:
 - Applicabilità in Italia?
 - Guadagneremmo 2-3 gg!
 - Se mai dovremmo confrontare in Italia trasferimento precoce a domicilio con assistenza specifica vs ricovero in riabilitazione intensiva

Relazione Lavalle-Di Giulio

- Non è così ovvio che una aumentata intensità di controllo (monitor) non possa che fare bene.
- Tempo dedicato vs tecnologia dedicata: dipende da che dedica il tempo e a quale tecnologia si fa riferimento:
 - Tempo medico vs tempo fisioterapista
 - Monitor vs strumenti per riabilitazione

Relazione Lavallo-Di Giulio

- Sostenere l' apprendimento: è uno degli elementi di efficacia della SU
- Anche la definizione geografica è considerata un fattore discriminante (vicini si lavora meglio)
- Si può ricavare questo spazio all' interno dell' area subintensiva?

Relazione Lavallo-Di Giulio

- Il problema concreto è che il personale che tratta l' ictus deve avere competenze specifiche ed esercitate.
- Occuparsi di altra patologia riduce l' acquisizione di questa specificità.
- Inoltre il SSN si avvantaggerebbe se si facesse ricerca pubblica di cure, ma questa è fattibile solo se si applica il modello assistenziale SU.

Relazione Lavallo-Di Giulio

- Contatti tra personale SU e personale territoriale
 - Aggiustamenti del domicilio
 - Supporto ai familiari
 - Ausili
 - Terapia occupazionale?

Relazione Lavallo-Di Giulio

- In conclusione, la SU efficace non si colloca direttamente in nessun livello tradizionale di intensità di cura
- Soluzioni:
 - Dividere i letti?
 - Trasferire?
 - Prolungare la degenza?
- Il modello “Stroke Service” nella accezione anglosassone non ha funzionato.
- Problema pratico: se la SU è piena, e arriva un acuto, chi spostiamo?

Relazioni Benvenuti-Taricco

- Quanto deve durare la “riabilitazione cronica”?
- In cosa deve consistere il trattamento dopo 6 mesi?
- La perdita di autonomia dopo 6 mesi dipende completamente dal non uso? O anche dal danno neurologico?
 - Siamo in grado di “predire” su chi concentrare uno sforzo a lungo termine?

Relazioni Benvenuti-Taricco

- Esempio di Glasgow: garantire al paziente di poter fare ciò a cui tiene in modo particolare
 - È il contrario del “teletrasporto” in palestra
 - Per questo l’ outcome non andrebbe misurato solo coi punteggi delle scale, ma con un metodo più complesso che consideri la qualità della vita.

Relazioni Benvenuti-Taricco

- Questa revisione è negativa!



Relazioni Benvenuti-Taricco

- Come spiegare la discrepanza?
 - Problemi tecnici delle revisioni?
 - Metodi di trattamento diversi?
 - Task oriented vs non task oriented

Authors' conclusions

The effects of training on death, dependence and disability after stroke are unclear. There is sufficient evidence to incorporate cardiorespiratory training, involving walking, within post-stroke rehabilitation in order to improve speed, tolerance and independence during walking. Further trials are needed to determine the optimal exercise prescription after stroke and identify any long-term benefits.

Relazioni Benvenuti-Taricco

- Il paziente non va “fermato”!
- Come organizzare il raggiungimento di questo obiettivo a lungo termine
 - ALICE
 - ASL/SSN
 - Privato?
- Un RCT fornisce una risposta operativa. Uno studio osservazionale misura l'entità del problema.