CAPIRe www.capire.org

Valut-AZIONE

Settembre 2012 | Tradurre la conoscenza in decisioni e politiche concrete | NUMERO 3

Come ridurre i tempi di soccorso alle persone colpite da ictus?

Gli effetti di una campagna informativa rivolta ai cittadini residenti nell'area urbana di Berlino

L'ictus rappresenta uno dei più rilevanti problemi di salute pubblica. Una buona parte degli ictus potrebbe avere un esito migliore se si riuscisse ad intervenire tempestivamente. Purtroppo questa consapevolezza è poco diffusa, al punto che la maggioranza dei pazienti colpiti da ictus accumula parecchio ritardo prima di contattare i servizi di emergenza. Oppure incorre nell'errore di recarsi autonomamente in un ospedale qualsiasi, perdendo così altro tempo prezioso. È necessario che i cittadini agiscano correttamente all'insorgere di un ictus. In che modo è possibile fare in modo che ciò avvenga? Le campagne informative possono determinare un cambiamento nel comportamento delle persone che si trovano a gestire questa emergenza? E quali caratteristiche dovrebbero avere tali campagne? La nota prova a rispondere a queste domande a partire da un esperimento controllato randomizzato realizzato nel 2004 nell'area urbana di Berlino.

Il problema dell'ictus

L'ictus è una patologia del sistema cerebrovascolare, che può insorgere secondo due modalità differenti. La prima modalità è definita emorragica ed è determinata dalla rottura di un'arteria cerebrale e dal suo conseguente sanguinamento. L'altra, la più comune, è quella ischemica. Essa si verifica quando si crea un'ostruzione (trombo) all'interno di un vaso sanguigno. In entrambi i casi il flusso di sangue ad alcune aree del cervello si riduce o si interrompe del tutto con conseguenze molto gravi per l'organismo.

"In Italia l'ictus colpisce circa 200mila individui all'anno. E' la terza causa di morte e la prima causa di invalidità"

In Italia si verificano circa 200.000 nuovi ictus ogni anno. Si tratta della terza causa di morte, della prima causa di invalidità e della seconda causa di demenza. Si calcola che a distanza di un anno dall'evento, un terzo dei soggetti sopravvissuti a un ictus, presenta un grado di disabilità elevato, tanto da divenire totalmente dipendenti. Nel 2010 sono attribuiti all'ictus 6 milioni di morti nel mondo. Entro il 2020 questo numero raddoppierà a causa dell'aumento degli anziani e della persistenza dell'abitudine al fumo di sigaretta.

I costi sociali ed economici dell'ictus sono dunque molto rilevanti e in continua crescita. Alcune fonti calcolano che il costo di un invalido da ictus si aggiri attorno ai 30.000 euro annui, esclusi i costi del sistema sanitario. Altre fonti stimano il costo complessivo attorno ai 100.000 euro annui.

La trombolisi come rimedio d'emergenza

Il trattamento dell'ictus è molto diverso a seconda della variante (ischemica o emorragica) con cui si presenta. L'ictus ischemico può giovare di trattamenti efficaci, che riducono i tassi di mortalità e di invalidità, se però l'intervento medico avviene tempestivamente, ovvero prima che le aree del cervello non irrorate dal sangue risentano in maniera irreversibile del mancato afflusso. Liberando l'ostruzione con un intervento di "trombolisi", entro un periodo di tempo che va dalle 4 alle 6 ore, è possibile limitare le conseguenze dell'ictus. Le procedure per la trombolisi sono però effettuabili soltanto da reparti ospedalieri specializzati, detti anche Stroke Unit.

Il tempo necessario a dare il "giusto soccorso" gioca perciò un ruolo fondamentale. Evitare inutili ritardi è l'obiettivo principale della lotta all'ictus.

Quali sono i ritardi da evitare?

Il cosiddetto ritardo evitabile è di solito distinto, in base alle differenti cause, in intra-ospedaliero e pre-ospedaliero.

Copyright © 2012 - *CAPIRe*

Il ritardo intra-ospedaliero è imputabile all'organizzazione degli ospedali e fa riferimento al tempo che intercorre da quando il paziente si presenta in ospedale a quando il miglior trattamento possibile viene somministrato. Il ritardo accumulato in questa fase è di solito causato da carenze organizzative e formative delle strutture ospedaliere. Il ritardo pre-ospedaliero si verifica invece fra l'insorgere dei sintomi e l'arrivo in ospedale del paziente. Questo ritardo nella maggior parte dei casi è imputabile al mancato riconoscimento dell'ictus da parte del paziente (e da chi gli è vicino) e alla messa in atto di comportamenti diversi dalla chiamata immediata del pronto intervento.

Mentre sul primo tipo di ritardo si può intervenire formando il personale sanitario e imponendo cambiamenti organizzativi ai vari reparti coinvolti, per ridurre il secondo tipo di ritardo si ricorre a campagne di comunicazione rivolte a tutti i cittadini.

LE CAMPAGNE INFORMATIVE FUNZIONANO?

La letteratura internazionale mostra alcuni effetti positivi delle campagne di comunicazione sociale, ma la validità dei risultati è spesso minata dal mancato utilizzo di rigorosi metodi di valutazione.

Quali sono i reali benefici prodotti? Quali canali informativi funzionano meglio? Su quali target di popolazione?

Lo studio presentato in queste pagine è stato condotto a Berlino nel 2004 e tenta di dare una risposta a queste domande, attraverso la conduzione di una sperimentazione controllata [Muller-Nordhorn et al. 2009]. Lo scopo dello studio è verificare se, e in che misura, un'informazione distribuita in modo capillare presso gli abitanti modifica i loro comportamenti nelle situazioni di emergenza e li spinge a chiamare il pronto intervento, riducendo il tempo di arrivo dei pazienti in ospedale.

In cosa consiste l'intervento?

"Viene inviato un kit informativo per spiegare i sintomi da riconoscere e il numero da chiamare"

Alle famiglie viene inviato per posta un kit informativo composto da una lettera, da alcuni adesivi promemoria (idealmente da appendere vicino al telefono o in un altro punto immediatamente accessibile in caso di emergenza) e da un segnalibro. Ognuno di questo oggetti contiene la descrizione dei sintomi dell'ictus e una spiegazione dei comportamenti da adottare in caso di emergenza. Il messaggio è molto semplice: se avete il sospetto di trovarvi di fronte ad un caso di ictus, chiamate senza indugio i servizi di pronto intervento sanitario (in Italia il 118).

L'intervento si fonda sull'ipotesi che questa informazione, facile da capire e collocata su oggetti di uso quotidiano, possa aiutare le persone ad adottare il comportamento più giusto nel caso in cui uno dei loro familiari sia colpito da ictus.

La chiamata immediata al pronto intervento dovrebbe ridurre i tempi di presentazione dei pazienti presso la Stroke Unit, permettendo così ai medici di operare la trombolisi.

In che modo è stata valutata la campagna?

L'intervento ha preso in considerazione 48 aree urbane della città di Berlino, identificate da diversi codici di avviamento postale (cap). Il kit informativo è stato inviato solo alle famiglie residenti in 24 aree (che definiamo aree "trattate"). Le 24 rimanenti costituiscono il gruppo delle "non trattate" o "controlli". L'assegnazione delle aree ad uno dei due gruppi è avvenuta attraverso un processo di randomizzazione, ovvero estraendo a sorte i codici d'avviamento postale. La selezione casuale dei soggetti da sottoporre a trattamento garantisce l'uguaglianza nelle condizioni di partenza. Le differenze osservate successivamente all'intervento possono così essere interpretate come effetti della campagna informativa.

Il kit è stato spedito a tutti i residenti delle aree trattate con almeno 50 anni di età. Il gruppo che ha ricevuto il kit ha anche ricevuto un questionario per la rilevazione

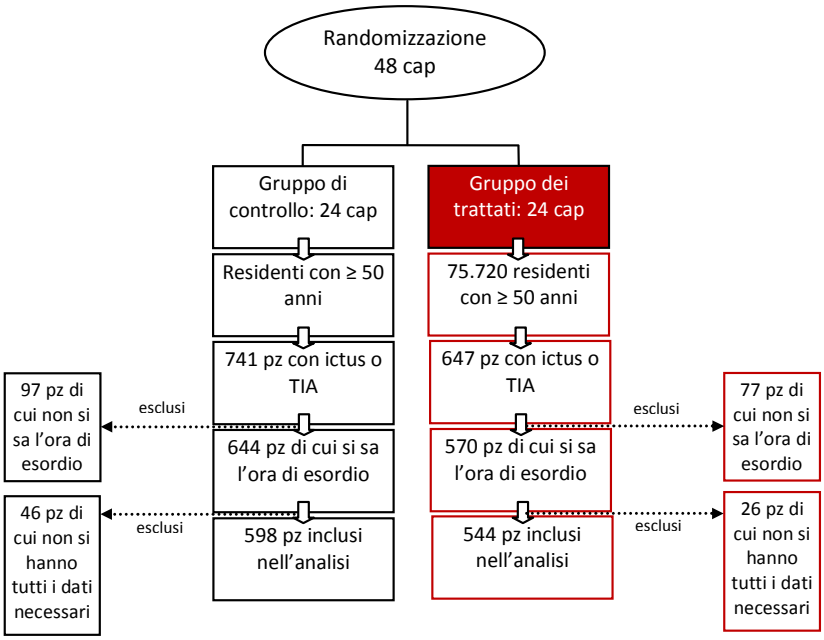
Copyright © 2012 - *CAPIRe*

della conoscenza dei fattori di rischio.

Il kit è stato inviato a 75.720 abitanti tra febbraio ed aprile del 2004. Il periodo di osservazione è stato di circa 20 mesi: da aprile 2004 a dicembre 2005.

In tale periodo i dati ospedalieri hanno rilevato l'ingresso nelle stroke unit considerate di 2.316 pazienti per ictus o ischemia transitoria. Di questi, 741 appartenevano al gruppo di controllo, 647 al gruppo dei trattati e 928 provenivano da altre aree. Questi ultimi, così come i pazienti per i quali era impossibile determinare i tempi di arrivo in ospedale, sono stati esclusi dall'analisi. La tavola 1 a lato sintetizza i risultati della selezione.

Tav. 1 - Le osservazioni sui trattati e i controlli



L'intervento funziona?

Complessivamente l'intervento sembra aver funzionato. I tempi di arrivo in ospedale sono inferiori nel gruppo dei trattati (tav. 2). In media i residenti nelle aree che hanno ricevuto l'informazione impiegano **il 9% in meno del tempo** (circa 35 minuti) per presentarsi alle Stroke Unit. Se si considera la mediana la differenza è ancora più evidente: 22% (circa due ore) in meno.

Suddividendo però i risultati in base al sesso dei pazienti, lo studio mostra come la variazione è significativa (cioè imputabile al trattamento) per le donne, ma non per gli uomini. L'intervento infatti riduce il tempo medio di presentazione per le donne di circa il 26%, mentre per gli uomini si registra un aumento modesto, non citato come significativo. Questi dati vanno considerati anche alla luce del fatto che le donne tendono normalmente (in assenza di trattamento) ad arrivare più tardi rispetto agli uomini.

Tav. 2 - Tempi medi di arrivo in ospedale (ore)

		Trattati	Controlli	Differ. %
Uomini + donne	Media	6:54	6:18	-9%
	Mediana	6:39	8:34	-22%
Uomini	Media	7:05	6:21	12%
	Mediana	8:03	7:39	5%
Donne	Media	5:33	7:29	-26%
	Mediana	5:28	9:19	-41%

Tav. 3 - Arrivi in ospedale entro 2,3 e 4 ore

		Trattati	Controlli	Effetto
Uomini + donne	*Entro 2 ore*	26%	22%	+4
	Entro 3 ore	34%	28%	+6
	Entro 4 ore	39%	36%	+3
Uomini	*Entro 2 ore*	25%	25%	-
	Entro 3 ore	31%	31%	-
	Entro 4 ore	36%	39%	-3
Donne	*Entro 2 ore*	27%	20%	+7
	Entro 3 ore	37%	26%	+11
	Entro 4 ore	42%	32%	+10

Se si considerano i pazienti che si sono presentati nelle Stroke Unit **entro le 2 ore** dai primi sintomi (tav. 3), il gruppo di controllo si attesta al 22% contro il 26% del gruppo dei trattati. Se si considera la soglia a 3 e a 4 ore avremo per il gruppo di controllo rispettivamente il 28% e il 36% dei pazienti, mentre per il gruppo dei trattati rispettivamente il 34% e il 39%.

"Inaspettatamente la campagna informativa riduce il ritardo delle donne… ma non quello degli uomini"

Copyright © 2012 - *CAPIRe*

Quali conclusioni trarre dallo studio?

L'intervento dimostra di ridurre del 27% il tempo pre-ospedaliero nelle donne colpite da ictus. Dimostra invece di non produrre alcun effetto sugli uomini.

Questa divaricazione fra gli effetti sui due sessi è un esito inatteso.

"L'esito, inatteso, di un maggiore effetto sulle donne necessita di ulteriori studi per comprenderne le cause"

Cosa può spiegare la differenza di efficacia osservata tra uomo e donna?

Per spiegare questo dato, una prima ipotesi formulata dagli autori è che le donne siano più restie a "disturbare" gli altri quando avvertono un malessere. L'intervento potrebbe quindi aver avuto l'effetto di legittimarle maggiormente a cercare aiuto in caso di un evento acuto.

Un'altra spiegazione potrebbe essere relativa al fatto che le donne sono più ricettive per quanto riguarda le raccomandazioni circa la salute.

"Inviare una lettera a firma del principale ospedale della zona fa sentire i cittadini più sicuri nel telefonare al 118"

Per comprendere il reale motivo alla base di tali differenze sarebbero necessarie analisi qualitative, volte a verificare quali fattori entrano in gioco nei due sessi a partire dal momento della ricezione dei kit (e delle informazioni).

Lo studio era stato concepito per verificare gli effetti su tutta la popolazione (uomini e donne); le correlazioni fra il sesso e l'effetto sono emerse solo dopo. Per questo motivo il maggior effetto sulle donne può solo essere una buona ipotesi da verificare, ma non può essere considerato un esito del trattamento.

Il rischio maggiore è di non tenere in considerazione alcuni fattori che potrebbero avere una correlazione con il sesso. Ad esempio, il fatto di essere donna può essere associato a una maggiore probabilità di vivere soli in età anziana per via della nota longevità femminile.

Cosa ha determinato il successo?

Alcune scelte relative al disegno dell'intervento hanno giocato un ruolo importante nel determinare il successo dello studio. Prima fra tutte la scelta di trattare la popolazione con più di 50 anni, una fascia di cittadini che percepisce un maggiore rischio di andare incontro a ictus e che quindi è più sensibile al messaggio.

Secondo, l'invio di una lettera proveniente dal principale ospedale universitario della zona può aver indotto i pazienti a sentirsi più legittimati a chiamare il servizio di emergenza.

Terzo, l'utilizzo di un adesivo collocato vicino al telefono può aver favorito la chiamata al servizio di emergenza in un momento in cui, a causa dello stress, aumenta la possibilità di confondersi e non essere in grado di reagire nel modo più utile. Diversi studi hanno dimostrato come al crescere dell'età, oltre ad aumentare la probabilità di andare incontro a ictus, diminuisce la quota di popolazione che conosce il numero di emergenza, aumentando di molto la possibilità di mettere in atto comportamenti errati in caso di ictus. La disponibilità di un adesivo nel luogo più ovvio in cui recarsi all'insorgere di un emergenza (la postazione del telefono) agevola una risposta pronta e corretta all'ictus.

Riferimenti bibliografici

Ministero della Salute, Quaderni del Ministero della Salute, n. 2 marzo-aprile 2010.
Il Sole 24 Ore Sanità – Censis, Ictus cerebrale. I costi sociali e i bisogni assistenziali, n. 32-33, Settembre 2011.
Lecouturier et al.: *Systematic review of mass media interventions designed to improve public recognition of stroke symptoms, emergency response and early treatment.* BMC Public Health 2010 10:784.
Muller-Nordhorn et al. *Population-based Intervention to Reduce Prehospital Delays in Patients With Cerebrovascular Events.* Archives of Internal Medicine 2009; 16:196.

La presente nota è stata redatta da Alessandro Rotilio sotto la supervisione di Pinuccia Dantino - Servizio Studi e Valutazione Politiche regionali del Consiglio regionale della Lombardia .

Progetto CAPIRe è un'iniziativa della Conferenza dei Presidenti delle Assemblee Legislative delle Regioni e delle Province Autonome. Le attività di ricerca, analisi e formazione sono curate dall'Associazione per lo Sviluppo della Valutazione e l'Analisi delle Politiche Pubbliche di Torino.

CONFERENZA DEI PRESIDENTI DELLE ASSEMBLEE LEGISLATIVE DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

Copyright © 2012 - *CAPIRe*