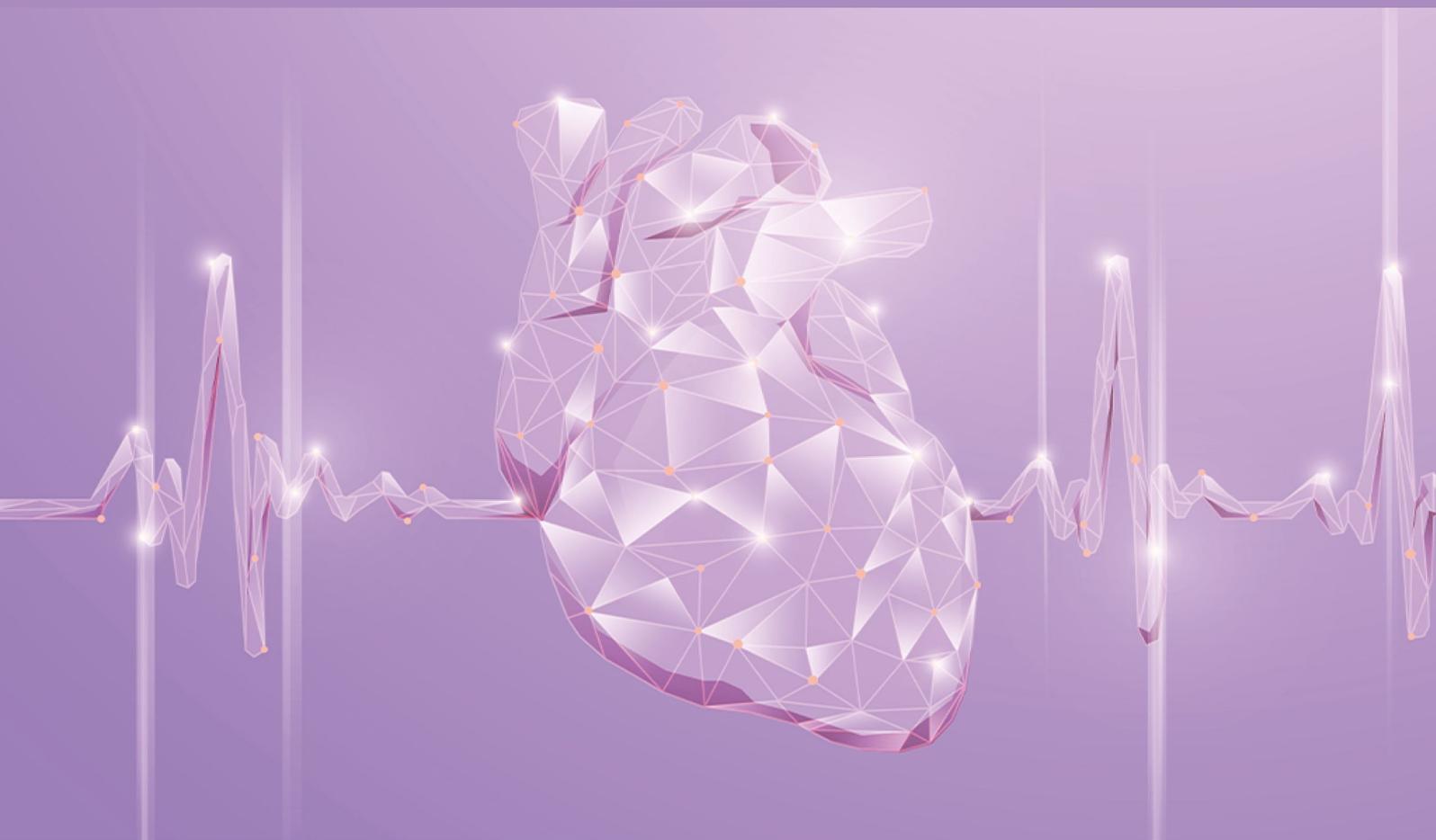


1 MARZO 2021
WEBINAR

**STRATEGIE SANITARIE DI PREVENZIONE
DELL'ICTUS: COME OTTIMIZZARE LA PREVENZIONE
PER UNA POPOLAZIONE PIÙ SANA**

FOCUS CENTRO

DOCUMENTO DI SINTESI



INTRODUZIONE DI SCENARIO

Ogni anno si registrano almeno **100.000 nuovi ricoveri dovuti all'ictus cerebrale**, circa **un terzo delle persone colpite non sopravvive a un anno dall'evento**, mentre **un altro terzo sopravvive con una significativa invalidità**: il numero di persone che attualmente vive in Italia con gli esiti invalidanti di un ictus ha raggiunto la cifra record di quasi 1 milione (Rapporto 2018 Ictus).

In un quadro epidemiologico oggi aggravato dal diffondersi dell'epidemia Covid-19, **l'impatto di patologie croniche o di eventi acuti** con alto tasso di letalità risulta ancora più critico per le famiglie e il Servizio Sanitario Nazionale.

Il carico della malattia sul sistema sanitario è dunque evidente: rilevazioni della Stroke Alliance for Europe (SAFE) hanno infatti stimato come, già nel 2017, **l'impatto economico dell'ictus nell'Unione europea** ammontasse a **60 miliardi di euro**, con un fortissimo sbilanciamento dei costi a favore di ospedalizzazioni d'emergenza, trattamenti in acuzie e riabilitazione, e potrebbe arrivare a **86 miliardi di euro nel 2040**. Il **carico economico** risulta inoltre particolarmente gravoso anche sui **pazienti e i propri familiari**: in Italia l'ictus è oggi la prima causa di disabilità, con un elevato livello di perdita di autonomia e un progressivo percorso di spesa per cure riabilitative ed assistenza. La combinazione di questi fattori sociali ed economici rende pertanto non derogabile un'azione decisa verso la prevenzione dell'insorgenza dell'ictus, che intervenga tanto sulla prevenzione primaria dei fattori di rischio quanto sulla tempestiva e corretta diagnosi di patologie correlate all'ictus.

IL QUADRO NAZIONALE DELL'ICTUS IN TEMPO DI COVID E IL RUOLO DELLA PREVENZIONE

- L'ictus cerebrale rappresenta la **terza causa di morte**, dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie: quasi **150.000 italiani ne vengono colpiti ogni anno** e la metà dei superstiti rimane con problemi di disabilità anche grave.
- Il **costante invecchiamento demografico** inoltre potrebbe alimentare un **incremento dell'incidenza del 30% tra il 2015 ed il 2035** per cui è importante **investire sull'implementazione delle cure e la prevenzione** anche per evitare che il sistema non regga.
- La **pandemia in corso ha aggravato ulteriormente la situazione** bloccando le cure sul territorio nazionale: la prevenzione, ancora considerata dalle Regioni un costo anziché un fondamentale aiuto, resta il punto dal quale ripartire (A. Aurigemma)
- Molte persone che hanno trascurato pratiche di prevenzione, a causa della pandemia, si sono **acutizzate**: il tema è come uscire dalla contingenza (P. L. Bartoletti)
- In Umbria la difficoltà per il trattamento dell'ictus, legato alla carenza di Stroke Unit e quindi di posti letto, e in particolare per la riabilitazione, problema particolarmente sentito anche prima della pandemia che, soprattutto se si esclude il privato a spese

delle famiglie, oggi si è aggravato notevolmente. Prevenzione, informazione e formazione, a macchia di leopardo, erano in buona parte a carico del volontariato, delle Associazioni specifiche, come ALICe, e non. Le norme anti-Covid hanno colpito enormemente questo settore (M. I. Fuschiotto)

- Di quanto si riusciva a fare con incontri informativi anche sui corretti stili di vita rivolti pure alle scuole e ai genitori, convegni, seminari, corsi di recupero e di mantenimento fisioterapico e logopedico, trasporti, screening di massa e non, diretti alla popolazione, al mondo della scuola, ai portatori di interesse, oggi è rimasto ben poco, se escludiamo la logoterapia, per afasici e bambini con problemi di linguaggio non in carico alla USL, che alla presenza in sede ed al trattamento domiciliare ha aggiunto il sistema on line (M. I. Fuschiotto).
- Sulla **informazione, formazione e prevenzione da remoto** per problematiche legate all'ictus e sull'aspetto psicologico, ALICe. (PG) sta lavorando con il Cesvol Umbria di Perugia per incontri di formazione sulla prevenzione rivolti a scuole e nuclei familiari, ma non è assolutamente facile ed è purtroppo riduttivo poiché escludono screening e riabilitazioni (M. I. Fuschiotto).
- In alcune sedi territoriali, fino al 2019 (ante Covid) i volontari di ALICe, e alcuni medici e personale infermieristico delle U.O. di Neurologia hanno eseguito screening gratuiti alla popolazione e divulgato materiale informativo sui principali fattori di rischio dell'ictus cerebrale. In sede di valutazione si è provveduto ad una stratificazione del rischio di ictus cerebrale basandosi sul rilievo di diversi parametri definendo un livello basso, medio e alto di rischio. A seconda dell'inserimento degli utenti in una fascia di rischio piuttosto che in un'altra, gli stessi sono stati poi valutati da un neurologo e per alcuni di loro si è reso necessaria anche l'esecuzione di un ecodoppler dei vasi del collo (D. Toschi)
- **L'arma vincente contro l'ictus è la prevenzione**, più dell'80% dei casi si potrebbero prevenire con semplici controlli e sani stili di vita. È necessaria quindi massima attenzione alla prevenzione primaria e secondaria.
- La Regione Toscana a tale proposito nel 2016 ha sviluppato un virtuoso di progetto di Sanità di iniziativa che deve però essere ulteriormente implementato (P. Francesconi)
- E' in via di sviluppo, sempre in Regione Toscana, il progetto che vede la **collaborazione più concreta tra lo specialista, l'infermiere di famiglia e il medico curante** (P. Palumbo)
- "Riconoscere - Reagire - Ridurre" è la web app realizzata dall'Associazione ALICe che consente di riconoscere un ictus, reagire in modo corretto ed efficace e ridurre il rischio. Fornisce informazioni e approfondimenti sui tipi di ictus, sulle cure e su cosa fare dopo un ictus, e offre la possibilità di **calcolare il rischio di ictus** grazie a un test. La web app, che utilizza la linea grafica della campagna informativa regionale toscana, è un'**applicazione gratuita** per **smartphone** e **pc**, scaricabile dal sito www.ictus3r.it

CONCLUSIONI

Una **ricerca** basata su un sondaggio di 250 stakeholders europei che includono associazioni dei pazienti colpiti da ictus, politici e sanitari coinvolti nella prevenzione, condotta dalla World Stroke Organization e dell'Osservatorio Ictus Italia, ha messo in evidenza che esiste una maggiore sensibilizzazione verso il tema della prevenzione dell'ictus in paesi come Olanda e Inghilterra mentre in Italia esiste ancora un grosso **gap tra l'implementazione delle linee guida per la prevenzione dell'ictus e ciò che in realtà viene fatto.**

Pertanto il panel di esperti concorda su queste premesse:

1. È dimostrato che l'80% degli ictus possono essere prevenuti, attraverso il controllo dei fattori di rischio (F. Pennacchi)
2. **il tema della prevenzione è strategico.** Certamente la prevenzione è in primis una responsabilità individuale basata su stili di vita e su comportamenti corretti: fare movimento, alimentarsi in modo equilibrato, evitare fumo, droghe e alcool, monitorare il proprio stato di salute e in particolare la pressione arteriosa
3. prevenzione è soprattutto **responsabilità delle Istituzioni e della collettività**, dalle politiche regionali alle campagne informative delle AUSL, all'impegno del volontariato (A.L.I.Ce. Emilia Romagna nelle ultime campagne ha posto particolare attenzione alle problematiche dell'Ipertensione Arteriosa e della Fibrillazione Atriale, importanti fattori di rischio di questa terribile malattia) (D. Toschi)
4. E' importante e strategico **rendere consapevoli le persone che possono prevenire l'ictus**, conoscendo i principali fattori di rischio che potrebbero provocare l'evento acuto. (R. Tassi)
5. sul tema della prevenzione incrementare **una rete con il territorio**: un modello è la piattaforma informatizzata Careg di Regione Toscana che permette di fare interagire i MMG con gli specialisti per che garantisce la continuità terapeutica del paziente dopo le dimissioni ospedaliere (P. Nencini)
6. le **giornate di prevenzione** costituiscono una vera prevenzione primaria per le malattie cerebro-vascolari rivolta alla popolazione ed aumentano l'attenzione nei confronti della patologia cerebrovascolare per la quale tanto si è fatto, ma tanto rimane ancora da fare
7. la malattia può essere evitabile grazie ad una **attenta prevenzione e alla conoscenza dei fattori di rischio modificabili**
8. la malattia può essere curabile grazie ad un **tempestivo riconoscimento dei sintomi e al ricorso al 118** per essere trasportati nelle Unità idonee al Trattamento neuro vascolare (Stroke Unit)

9. sono in corso **campagne di informazione e sensibilizzazione** rivolte alla popolazione perché possa effettuare **scelte sempre più consapevoli in materia di salute**, adottare **stili di vita sani**
10. il **Piano nazionale di ripresa e resilienza** prevede un grosso potenziamento dell'assistenza sanitaria e rete territoriale (casa della comunità e presa in carico della persona: 4 miliardi; assistenza domiciliare: 1 miliardo di euro; sviluppo delle cure intermedie: 2 miliardi di euro): la sfida sarà investire bene questi soldi (P. Francesconi)

CALL TO ACTION E PROPOSTE :

Il panel degli specialisti:

1. le **strategie di prevenzione** vedono nel medico uno solo dei molteplici interlocutori che possono avere un ruolo determinante: si può partire intervenendo sulla consapevolezza della popolazione, agendo sulle molteplici modalità di informazione che possono arrivare in modo capillare alle persone, sin dall'età scolare (M. Diomedì)
2. l'importanza di **far conoscere quali sono i fattori di rischio vascolare e l'impatto** che può avere un inadeguato controllo dietetico, della glicemia, della pressione arteriosa, e quanto siano importanti per la salute un corretto stile di vita e mantenere l'esercizio fisico, permetterebbe di avere nella popolazione un fondamentale e necessario alleato nella lotta all'ictus cerebrale (M. Diomedì)
3. dal punto di vista della comunicazione, una **continua ed adeguata integrazione tra ospedali e territorio** (come ad es. il fascicolo sanitario elettronico, la telemedicina) permetterebbe di favorire il controllo clinico del paziente, evitare esami diagnostici inutili e individuare più facilmente le comorbidità, ottimizzando così le possibili strategie terapeutiche di prevenzione individuali (M. Diomedì)
4. **riprendere il legame tra territorio e ospedale** dal punto di vista organizzativo (P. L. Bartoletti)
5. **la telemedicina**: per consulto e monitoraggio dei parametri potrebbe avere un ruolo importante (P. Palumbo)
- 6) Il Covid ci ha messo di fronte a tante difficoltà, tra cui l'impossibilità di fare attività fisica all'aria aperta, ma ha portato per contro anche alcuni vantaggi, ha reso cioè

più facile l'**accesso delle informazioni su supporto informatico**. Questo vantaggio potrebbe essere sfruttato a tappeto per sollecitare la popolazione all'osservazione dei corretti stili di vita (alimentazione sana, attività fisica regolare, non fumare e abbassare il consumo di alcol). A tale proposito, potremmo riprendere senza grosse spese la campagna educativa multimediale rivolta alle scuole che ci permette, grazie alla DAD di coinvolgere più classi in contemporanea (R. Tassi)

7. anche una **attenzione dell'ambiente** può contribuire alla salute pubblica in generale e alla prevenzione delle patologie cerebrovascolari: l'esercizio fisico nei parchi e lungo i percorsi pedonali così come la possibilità di effettuare attività fisica anche nei luoghi di lavoro, sono da considerarsi un ottimo investimento e dovrebbero essere una prospettiva per le azioni di miglioramento (M. Diomedì)

Tutto il panel di esperti propone:

1. la **prevenzione deve essere mirata ad individui e gruppi specifici di persone**, per stimolarli ai comportamenti che possono ridurre il rischio di incidenti cerebro-vascolari (F. Pennacchi)
2. le **campagne informative** (promotrici dell'attività fisica regolare, della dieta sana, del controllo di diabete, ipertensione, e dislipidemia e per moderare fumo ed assunzione di alcolici) **andrebbero completate dal Servizio Pubblico**
3. i **Medici di famiglia** sono gli interlocutori privilegiati per "accompagnare" quanti presentano uno o più fattori di rischio, inclusa la popolazione giovanile, spingendo l'apprendimento dei comportamenti virtuosi e monitorando il prima possibile i fattori di rischio (F. Pennacchi)
4. **massima attenzione alla prevenzione primaria e secondaria**: in merito alla **prevenzione primaria** più informazioni dettagliate sui fattori di rischio a tutte le età, da parte dei medici di medicina generale, dei farmacisti; soprattutto campagne di comunicazione di massa sulla reale possibilità di prevenire un evento altrimenti frequente, grave, invalidante (A. Viviani); per la **prevenzione secondaria** sono necessarie informazioni dettagliate e personalizzate sull'importanza fattori di rischio e sul controllo terapeutico con massimo scrupolo su indicazioni, orari, tipo di farmaci, rischi a non assumerli o assumerli in modo errato, importanza dei controlli (ad esempio, misurare la pressione se si è in terapia per ipertensione) (A. Viviani)

5. **gestione del paziente in prevenzione secondaria**: fondamentale alleanza con il paziente e elaborazione di percorsi gestionali condivisi con altre figure professionali e altre discipline differenti potrebbero dare un valore aggiunto (A. Zini, M. L. Zedde)
6. **potenziare l'educazione sanitaria alla famiglia** presso ambulatori e il coinvolgimento di operatori sanitari (M. L. Zedde)
7. in tema di prevenzione **potenziare strategie di comunicazione attraverso i social media** (M. Paciaroni)
8. La gestione dello stile di vita potrebbe essere sottolineato e reso più pubblico anche con l'aiuto di un un **sistema pubblicitario nazionale** (R. Tassi).
9. ogni paziente è diverso: il **medico di riferimento** deve essere pronto a chiarire qualsiasi dubbio, a rispondere a tutte le domande su come gestire le terapie e i controlli, sottolineando l'importanza di aderire alle prescrizioni (A. Viviani)
10. riproporre in maniera rapida il **modello di emergenza di centralizzazione primaria** per poter assicurare al maggior numero di pazienti l'approccio terapeutico più appropriato (D. Toni)
11. **informare sull'impatto economico dell'ictus** (nell'UE 45 miliardi di euro nel 2016), con un fortissimo sbilanciamento dei costi a favore di ospedalizzazioni d'emergenza, trattamenti in acuzie e riabilitazione (V. Caso)
12. le istituzioni possono incidere con un lavoro su quattro ambiti:
 1. **sensibilizzazione sui fattori di rischio dello stroke e la loro possibile gestione** per informare correttamente la popolazione: ad esempio, la fibrillazione atriale, a cui diversi studi riconducono circa il 25% dei casi di ictus, ancora troppo frequentemente viene diagnosticata solo all'insorgere dell'evento cardiovascolare maggiore.
 2. **potenziamento delle figure professionali** del mondo sanitario, (istituzione dell'infermiere di famiglia, impegno per i medici di medicina generale).
 3. **promuovere l'implementazione delle linee guida cliniche per la prevenzione dell'ictus**, aumentando la comunicazione sulle best practices, evidenziando gli interventi chiave come la gestione della pressione sanguigna e altre azioni preventive e assicurando l'accesso alle terapie.

4. **sostegno per le tecnologie digitali**, garantendo la disponibilità e l'accesso per operatori sanitari e pazienti, da un lato con maggiori investimenti e dall'altro con modalità di utilizzo definite (V. Caso)

13. **prevedere altre possibili situazioni pandemiche in futuro è un dovere** e a tale proposito è necessario che il mondo medico, della politica sanitaria e della programmazione si attrezzino **rivedendo l'organizzazione, l'integrazione e i canali di acceso in ospedale** per quanto riguarda situazioni meritevoli di attenzione, approfondimento e di valutazione specialistica. L'obiettivo è di **prevedere una assistenza migliore possibile in situazioni di emergenza come quella che stiamo vivendo** (D. Parretti)

SONO INTERVENUTI (i nomi sono riportati in ordine alfabetico):

Antonio Aurigemma, Componente VII Commissione Sanità, Regione Lazio

Pier Luigi Bartoletti, Vice Presidente Nazionale FIMMG

Valeria Caso, Dirigente Medico presso la S.C. di Medicina Interna e Vascolare - Stroke Unit, Membro del Direttivo della World Stroke Organisation e dell'Osservatorio Ictus Italia

Marina Diomedì, Direttore UOSD Unità di Trattamento Neurovascolare, Fondazione Policlinico Tor Vergata, Roma

Paolo Francesconi, Dirigente Responsabile Settore Sanitario dell'Osservatorio di Epidemiologia, Ars Toscana

Marina Ivonne Fuschiotto, Membro Consiglio Direttivo A.L.I.Ce. Città della Pieve (PG)

Alessandro Malpelo, Giornalista Scientifico

Patrizia Nencini, Direttore f.f. Stroke Unit, AOU Careggi, Firenze

Giovanni Orlandi, Direttore Neurologia Ospedale di Carrara, Pisa

Maurizio Paciaroni, Dirigente medico AO Perugia e Professore Sezione di Medicina Interna e Cardiovascolare-Stroke Unit, Università Perugia

Pasquale Palumbo, Direttore Area Dipartimentale malattie cerebrovascolari e degenerative Dipartimento delle Specialità Mediche Azienda USL Toscana Centro

Damiano Parretti, Responsabile Nazionale dell'Alta Scuola e della Macro-Area "Cronicità" SIMG, Perugia

Fabrizio Pennacchi, Presidente Regionale A.L.I.Ce. Lazio

Francesca Pezzella, Dirigente medico Stroke Unit San Camillo Forlanini, Roma

Valentina Solfrini, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Servizio Assistenza Territoriale, Area Farmaci e Dispositivi Medici, Regione Emilia-Romagna

Rossana Tassi, Responsabile UOS Neurosonologia Stroke Unit, AOU Senese

Danilo Toni, Professore Associato Dipartimento di Neurologia e Psichiatria Direttore dell'Unità di Trattamento Neurovascolare, Dipartimento di Emergenza Policlinico Umberto I – Università Sapienza di Roma

Daniela Toschi, Presidente Regionale A.L.I.Ce. Emilia-Romagna

Alessandro Viviani, Presidente Regionale A.L.I.Ce Toscana

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

Maria Luisa Zedde, Dirigente medico Neurologia AUSL Reggio Emilia

Andrea Zini, Direttore Neurologia OM e Rete Stroke Metropolitana Istituto delle Scienze Neurologiche, IRCCS Bologna

il webinar è stato organizzato da **Motore Sanità** in collaborazione con **Cattaneo Zanetto & Co** e realizzato grazie al contributo incondizionato di **Bristol Myers Squibb e Pfizer**

CON IL PATROCINIO GRATUITO DI



**Azienda
Ospedaliero
Universitaria
Careggi**



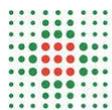
Azienda ospedaliero-universitaria Senese



A.L.I.Ce. ITALIA O.D.V.
Associazione per la Lotta
all'Ictus Cerebrale



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia



SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE

CON IL CONTRIBUTO INCONDIZIONATO DI



Bristol Myers Squibb™



L'EVENTO È ORGANIZZATO IN COLLABORAZIONE
CON CATTANEO ZANETTO & CO.



FINE DOCUMENTO DI SINTESI

