

9 FEBBRAIO 2021

STRATEGIE SANITARIE DI PREVENZIONE DELL'ICTUS

COME OTTIMIZZARE LA PREVENZIONE PER UNA
POPOLAZIONE PIÙ SANA

DOCUMENTO DI SINTESI



INTRODUZIONE DI SCENARIO

In un quadro epidemiologico oggi aggravato dal diffondersi dell'epidemia Covid19, 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. Sono 185.000 le persone in Italia che vengono colpite da ictus cerebrale ogni anno (il 75% sono ultra 65enni), di cui 150.000 sono nuovi casi e 35.000 sono gli ictus che si ripetono dopo il primo episodio. Ogni medico di base deve assistere dai 4 ai 7 pazienti colpiti da ictus, oltre ad almeno una ventina di sopravvissuti con esiti invalidanti. Il costante invecchiamento demografico potrebbe alimentare un incremento dell'incidenza del 30% tra il 2015 e il 2035. Ogni anno si registrano almeno 100.000 nuovi ricoveri dovuti all'ictus, circa un terzo delle persone colpite non sopravvive a un anno dall'evento, mentre un altro terzo sopravvive con una significativa invalidità: sono quasi 1 milione le persone che attualmente vivono in Italia con gli esiti invalidanti di un ictus (Rapporto 2018 Ictus).

Il carico economico risulta 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 Stroke Alliance for Europe (SAFE) ha 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 costo complessivo per il Servizio sanitario italiano è di circa 16miliardi (ben oltre il 10% del Fondo sanitario nazionale complessivo); il costo per il singolo evento può variare da 5 a 31mila euro a seconda della gravità ed è di 5 miliardi per le famiglie. A fronte di questo, è importante investire sull'implementazione delle cure e 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, anche per evitare che il sistema non regga.

UNA MALATTIA ANCORA TROPPO SOTTOVALUTATA. IL RUOLO DELL'ASSOCIAZIONISMO

Da sempre l'ictus rappresenta una delle patologie più devastanti e temute, ma, nonostante questo, rimane una malattia poco conosciuta. Viene spesso identificato come un male che colpisce a caso e solo le persone anziane. E' una patologia subdola, si presenta quasi sempre all'improvviso ma in brevissimo tempo provoca enormi danni, spesso irreversibili. Tutti elementi che rendono più difficile la prevenzione, che consiste soprattutto nell'informazione, nel sapere chi è il nemico e le armi più efficienti con cui combatterlo.

- A.L.I.Ce. Veneto è attiva nella campagna di informazione e sensibilizzazione della popolazione sulla prevenzione dell'ictus, l'emorragia cerebrale e la fibrillazione atriale facendo conoscere i corretti stili di vita e i sintomi.

- La stessa associazione si pone come collettore di richieste di informazioni e di aiuti da parte dei familiari delle persone colpite: da un lato, le persone ritengono che ne siano colpiti quasi esclusivamente anziani e in prevalenza uomini, e non conoscono le buone pratiche preventive e considerano il problema lontano, dall'altro, vi è molta richiesta di informazioni e di supporto delle famiglie in caso di manifestazione dell'evento morboso su un componente il nucleo.

LE STRATEGIE DI PREVENZIONE

Uno degli interventi più efficaci per affrontare il problema della patologia cerebrovascolare è rappresentato dalle strategie di prevenzione. L'ictus cerebrale soddisfa tutti i requisiti richiesti da un programma di prevenzione primaria e prevenzione secondaria e di sorveglianza sanitaria: ha un'elevata frequenza e gravità, l'esordio della malattia è preceduto da una fase di latenza pre-clinica, sono disponibili validi test di screening ed il trattamento preventivo è in grado di migliorare la prognosi.

- Nell'era post Covid sarà necessario porre moltissima attenzione alle 4 fasce di rischio dei pazienti. Il progetto di prevenzione presentato da Elio Agostoni (Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano), è articolato in successivi passaggi, rappresentati da:

- 1) Individuazione dei soggetti a rischio;
- 2) Graduazione dei soggetti in diverse fasce di rischio (basso, intermedio, alto e molto alto): i soggetti a basso rischio sono il bersaglio della prevenzione primaria non farmacologia (correzione dello stile di vita), i soggetti a rischio intermedio rappresentano il prototipo della prevenzione primaria farmacologia (trattamento dell'ipertensione, diabete etc.), i soggetti ad alto rischio sono passibili di prevenzione primaria farmacologia come i precedenti e talvolta di prevenzione primaria chirurgica (es. edoarteriectomia nella stenosi carotidea asintomatica) ed infine i soggetti a rischio molto alto sono l'obiettivo della prevenzione secondaria farmacologia e/o chirurgica;
- 3) Determinazione di specifici programmi di gestione del rischio differenziati sulla base del grado di rischio.

COSA ACCADE IN VENETO, LOMBARDIA E PIEMONTE

In Italia esiste una globale soddisfazione del governo regionale per quanto riguarda la prevenzione dell'ictus ed essendo l'Italia un Paese in cui vi sono molte associazioni di volontariato, spesso quando non è il sistema sanitario a dare risposte, lo fa il volontariato (V. Caso).

Ma il problema principale riscontrato nelle varie realtà del Nord - Veneto, Lombardia, Piemonte - è quello della riabilitazione immediata e successiva al trattamento ospedaliero, quindi la ricerca di centri specializzati, non convenzionati con il SSN, che grava sull'interessato e sulla famiglia.

- Nelle tre realtà del Nord Italia, la riabilitazione risulta molto decentrata, per questo va potenziata attraverso una assistenza domiciliare e territoriale: l'obiettivo è portare la riabilitazione a casa del paziente. Questo comporterà l'investimento di risorse (P. Cerrato).

- Con la telemedicina si andrà in questa direzione ma bisogna avere risorse aggiuntive

- E' necessario rivedere i bisogni della riabilitazione con il supporto della tecnologia robotica per portare la riabilitazione a casa (M. Palumbo)

- Il paziente ad alto rischio bisogna cercarlo tramite l'iniziativa del MMG (P. Cerrato).

- Tramite la medicina di base deve svilupparsi una strategia preventiva efficace basata su test preventivi per individuare i pazienti a rischio (R. Ciambetti)

- A tale proposito è importante potenziare la medicina territoriale: oggi è sempre più urgente passare dall'ospedale al territorio, dalla cura alla prevenzione e tornare a dialogare con i MMG. Ci vogliono delle risorse che arriveranno dal Recovery plan (M. Fumagalli)

Pertanto c'è la necessità di:

- Trovare forme condivise con il SSN per trattare il post evento

- È auspicabile lavorare su importanti e strutturali campagne di prevenzione e di ausilio ai soggetti che ne vengono colpiti, considerata l'incidenza sulla mortalità, ma soprattutto sull'invalidità permanente che tali eventi portano e il peso economico che arrecano al SSN (P. Regazzo).

- Professionisti sanitari e associazioni dei pazienti delle tre regioni del Nord in questo confronto hanno chiesto agli stakeholder politici di mettere la prevenzione dell'ictus al primo punto dell'agenda sanitaria regionale.

CONCLUSIONI

La pandemia se ha messo in crisi l'assetto organizzativo delle malattie cronico-degenerative, evidenziando come la stessa riabilitazione risulti l'anello più debole di un percorso complesso, ha anche dimostrato quanto sia importante la medicina di iniziativa o preventiva affinché gli eventi come l'ictus non accadano, e la medicina proattiva supportata dalla telemedicina per migliorare il percorso di assistenza.

Il confronto ha evidenziato la necessità di:

- Investire di più sull'informazione delle malattie cronico-degenerative, sul loro impatto sulla salute, sull'economia e il SSN;
- Intervenire con più efficacia sulla prevenzione primaria dei fattori di rischio (l'80% degli ictus può essere evitato attuando corretti stili di vita);
- Intervenire con più efficacia sulla tempestiva e corretta diagnosi di patologie correlate all'ictus, come ricorda il report pubblicato dall'Economist Intelligence Unit;
- Fare una ricerca sulle politiche e gli investimenti nella prevenzione dell'ictus, comprese le risorse per le campagne di sensibilizzazione, educazione della popolazione e di screening;
- Accanto alle Associazioni, gli infermieri possono aiutare nel percorso di educazione e formazione al paziente e al familiare, percorso che deve continuare con il MMG e il territorio con l'ausilio di corsi e simposi durante l'anno;
- Assicurarsi che venga rispettata l'aderenza al percorso di cura e l'aderenza alla terapia (G. Levato);
- Potenziare l'integrazione tra specialisti (oggi i pazienti sono pluripatologici) e tra ospedale e territoriale attraverso PDTA condivisi;
- M health e health: telesorveglianza, teleconsulto, app, sensori: sfruttare la tecnologia poiché consente di controllare, monitorare e ricevere segnali dai pazienti; i dati raccolti dovranno essere necessariamente integrati e condivisi tra le figure sanitarie;
- Le professioni sanitarie (infermieri, fisioterapisti) devono avere un ruolo sempre più centrale, e il Covid l'ha dimostrato: c'è carenza. E' importante potenziare queste risorse per garantire l'efficacia sia della presa in carico del paziente sia della cura.

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 dell'ipertensione e fibrillazione atriale e altre azioni preventive assicurando l'accesso alle terapie preventive anche innovative.

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.

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

Elio Agostoni, Direttore della Struttura Complessa Neurologia e Stroke Unit del Dipartimento di Neuroscienze, Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano

Claudio Baracchini, Responsabile UOSD Stroke Unit e Laboratorio di Neurosonologia Dipartimento di Neuroscienze ed Organi di Senso Azienda Ospedaliera - Università di Padova

Daniela Boresi, Giornalista

Manuel Cappellari, Gruppo Stroke, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

Stefano Carugo, Professore e Direttore UOC Cardiologia Policlinico, Milano

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

Paolo Cerrato, Responsabile Stroke Unit Dipartimento Neuroscienze AOU Città della Salute - Ospedale Molinette Torino

Roberto Ciambetti, Presidente Consiglio Regionale, Regione del Veneto

Davide Croce, Direttore Centro Economia e Management in Sanità e nel Sociale LIUC Business School, Castellanza (VA)

Marco Fumagalli, Consigliere III Commissione Sanità e Politiche Sociali Regione Lombardia

Franco Groppali, Federazione A.L.I.Ce. Regione Lombardia

Gabriella Levato, MMG Milano

Emanuele Monti, Presidente III Commissione Sanità e Politiche Sociali Regione Lombardia

Michele Palumbo, Federazione A.L.I.Ce. Regione Piemonte

Roberto Pedretti, Direttore Dipartimento Cardiovascolare, Direttore UOC di cardiologia, IRCCS MultiMedica, Sesto San Giovanni (MI)

Carlo Picco, Commissario ASL Città di Torino

Paola Regazzo, Federazione A.L.I.Ce. Regione del Veneto

Franco Ripa, Dirigente Responsabile Settore "Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari", Vicario della Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte

Luisa Roveri, Head of Stroke Unit IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

Con il patrocinio di:



In collaborazione con Cattaneo Zanetto & Co.



Il webinar è stato organizzato da Motore Sanità con il contributo incondizionato di Bristol Myers Squibb - Pfizer

