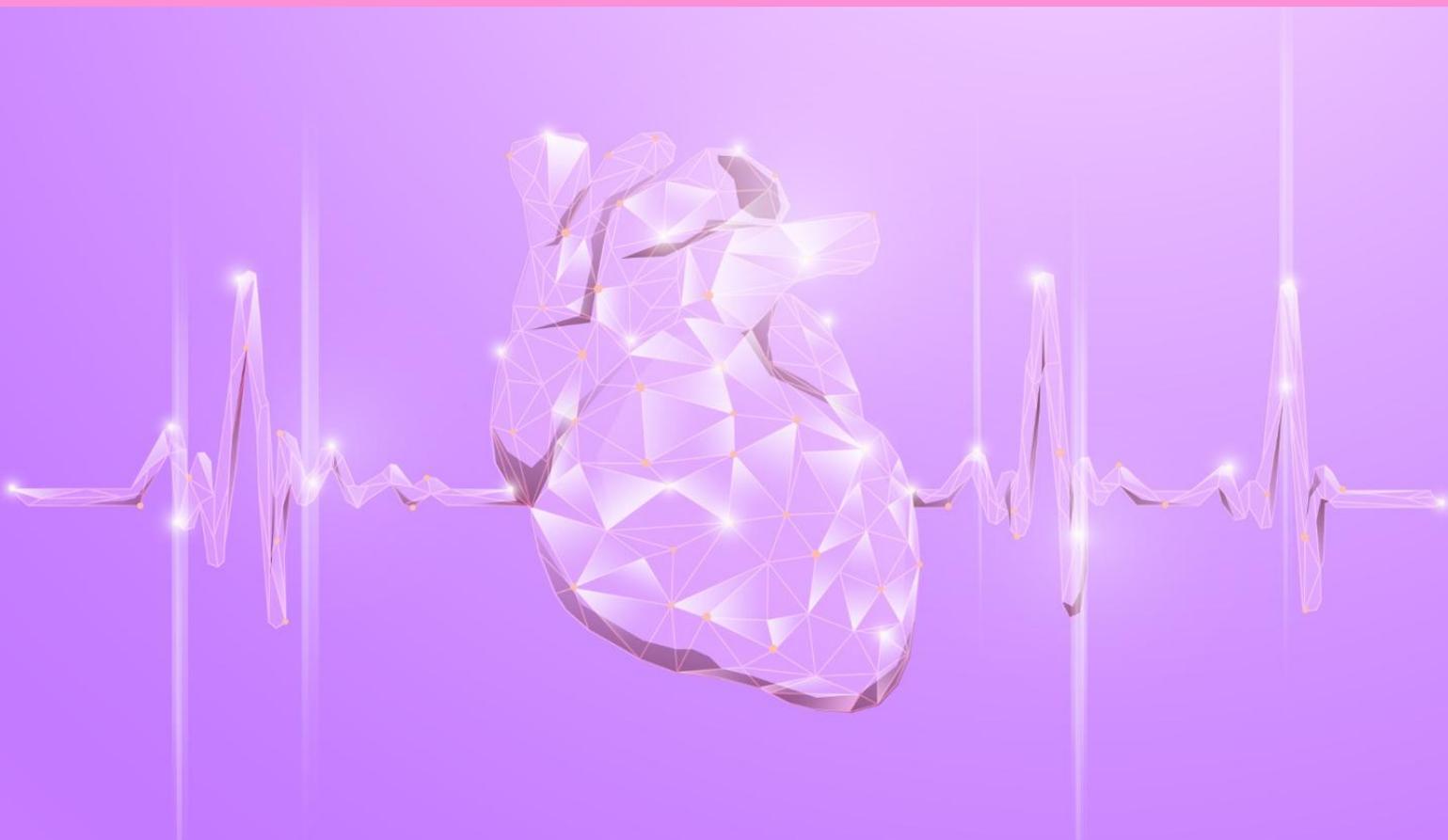


29 MARZO 2021

STRATEGIE SANITARIE DI PREVENZIONE DELL'ICTUS
COME OTTIMIZZARE LA PREVENZIONE PER UNA POPOLAZIONE PIÙ SANA
FOCUS SUD

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. La Stroke Alliance for Europe (SAFE) ha stimato come, già nel 2017, l'impatto economico dell'ictus nell'Unione europea ammontasse a 60.000.000.000 di euro, con un fortissimo sbilanciamento dei costi a favore di ospedalizzazioni d'emergenza, trattamenti in acuzie e riabilitazione, e potrebbe arrivare a 86.000.000.000 di euro nel 2040. **Il costo complessivo per il Servizio sanitario italiano è di circa 16.000.000.000** (ben oltre il 10% del Fondo sanitario nazionale complessivo); il costo **per il singolo evento può variare da 5 a 31 mila euro a seconda della gravità ed è di 5 miliardi per le famiglie.**

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.

L'ICTUS CEREBRALE: Il quadro nazionale e le strategie

Sono **185.000 le persone in Italia che vengono colpite da ictus cerebrale ogni anno** (il 75% sono ultra sessantacinquenni), 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 **1.000.000** le persone che attualmente vivono in Italia con gli esiti invalidanti di un ictus (Rapporto 2018 Ictus).
- L'ictus riconosce diversi fattori di rischio che sono classicamente suddivisi in fattori modificabili e non modificabili. I principali fattori di rischio modificabili sono: l'ipertensione, la fibrillazione atriale, l'aterosclerosi, il diabete mellito, l'ipercolesterolemia, il fumo di sigaretta, l'abuso di alcol e la ridotta attività fisica. Tali fattori di rischio interagiscono in modo fattoriale e il rischio di ictus aumenta più che proporzionalmente al numero di fattori di rischio presenti.
- In Italia l'ictus 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 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. Informare sull'impatto economico dell'ictus (nell'UE 45.000.000.000 di euro nel 2016), con un fortissimo sbilanciamento dei costi a favore di ospedalizzazioni d'emergenza, trattamenti in acuzie e riabilitazione.
- Per comprendere meglio le differenze organizzative a livello europeo, la **Report pubblicato dall'Economist Intelligence Unit** è stata condotta in cinque paesi: Francia, Germania, Italia, Spagna e Regno Unito. La ricerca è basata su un sondaggio di 250 stakeholders europei che includono associazioni dei pazienti colpiti da ictus, politici e sanitari coinvolti nella prevenzione.
- In **Regione Puglia** si è in attesa di redigere la Rete Ictus: è importante che le 10 Stroke Unit vengano messe in rete.
- **A.L.I.Ce. Puglia** è impegnata da circa 20 anni nella lotta all'ictus cerebrale con numerose campagne di informazione e sensibilizzazione, screening gratuiti nelle piazze, iniziative rivolte alla popolazione atte a persuadere sulla consapevolezza del rischio. Ben vengano, dunque, iniziative del genere che portano a rendere edotta la popolazione sui reali rischi e consiglino come prevenire le malattie al fine di vivere una vita più sana.

- Secondo uno **studio condotto da AIFA su nuovi anticoagulanti orali**, nei primi cinque mesi osservati dopo giugno 2020, non si osservano importanti incrementi nel numero dei soggetti che beneficiano dei NAO (+ 3,7% nel confronto tra il periodo ante versus post applicazione nota; CAGR + 0,85%) pertanto si può ritenere sostenibile anche in termine economico l'impatto della nota 97; non si evincono problemi di accessibilità al servizio; permane nei dati una eterogeneità regionale; dall'analisi della serie storica dei AVK sia sui soggetti fruitori sia a valori si vince una progressiva diminuzione nei consumi
- L'importante volume di informazioni da gestire e la numerosità degli attori coinvolti nel percorso del paziente con ictus rendono indispensabile l'utilizzo di **sistemi informatici di comunicazione con i referenti dei diversi setting assistenziali**:
 - Nel 2017 è stato avviato il **progetto Clik** in collaborazione con il **Dipartimento di Informatica dell'Università di Salerno**, un sistema informativo per la Stroke Unit dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Salerno per automatizzare la gestione del follow-up dei pazienti colpiti da ictus e il loro trasferimento alle strutture riabilitative associate
- La **Sicilia** sta lavorando al nuovo Piano di Prevenzione. Fino ad oggi sono stati portati avanti progetti di prevenzione primaria (osservazione dei sani stili di vita) dell'ictus nelle scuole e dedicati al soggetto adulto presso le strutture del territorio, e l'attività secondaria. Prossimi passi: collegare il territorio all'ospedale non solo per il soggetto che ha già una patologia in atto, ma avviare attività di prevenzione per diminuire i ricoveri inappropriati
 - Presso **UOSD Neurologia e Stroke Unit Ospedale Umberto I Siracusa** è stato elaborato un percorso provinciale presentato a tutti gli ospedali della provincia: è stato pubblicato un video per incentivare il ricorso alle cure ospedaliere durante la prima fase della pandemia; è stata attivata una guardia attiva, un ambulatorio dedicato al follow up, dedicato a pazienti con TIA o sospetto TIA, e un ambulatorio per lo studio dei vasi sovra-aortici e intracranici; e prosegue il processo di contatti di multidisciplinarietà.

- La **fibrillazione atriale**, che non è l'unico fattore di rischio dell'ictus, è la più frequente aritmia riscontrata nella pratica clinica la cui prevalenza aumenta significativamente con l'età
 - Richiede una gestione multidisciplinare condivisa col paziente per la prevenzione del rischio tromboembolico per il controllo del ritmo o della frequenza cardiaca
 - Nella scelta della anticoagulante è fondamentale la stratificazione non solo del rischio tromboembolico ma anche di quello emorragico nonché il confronto con il paziente sulla possibilità di intervenire efficacemente in caso di sanguinamento maggiore

CONCLUSIONI

Non basta disporre di ampio accesso alle cure e di medicine gratuite per affrontare i sempre nuovi casi di ictus cerebrale, occorre anche una gestione ottimale dei fattori di rischio e lo stesso uso di qualsiasi tecnologia deve essere tenuta in considerazione nel controllo di fattori di rischio modificabili. Si stenta ancora ad usare diffusamente Loop recorder in grado di "stanare" episodi di fibrillazione atriale parossistica, che se non trattata adeguatamente conduce con certezza verso un ictus cerebrale. Per le persone che vivono in aree disagiate c'è più probabilità che muoiano prima di ictus o di malattie cardiovascolari, questo sottolinea la disuguaglianza che nel sistema andrebbe ripianata, cioè che le persone più svantaggiate dovrebbero avere una maggiore accessibilità di cura fruendo di una più mirata ed incisiva attività di informazione. La scarsa consapevolezza è anche la causa del ritardo del trattamento trombolitico (solo un terzo dei pazienti arriva in tempo in ospedale) per insufficienza di campagne informative ed educative.

PERTANTO IL PANEL DI ESPERTI CONCORDA SU QUESTE PREMESSE:

- In Italia c'è la necessità di promuovere un **programma di prevenzione primaria dell'ictus** che adotti una strategia attiva di screening, come è stato fatto nelle patologie oncologiche. A partire dai 40 anni di età ogni singolo individuo dovrebbe poter accedere ad una valutazione del proprio rischio cerebrovascolare (fattori di rischio individuali, familiarità, stili di vita) ed essere sottoposto periodicamente (ogni 1- 3 anni) ad alcuni semplici esami diagnostici: un ecodoppler dei tronchi sopraortici, un ECG, una valutazione dei polsi periferici arteriosi, la rilevazione della pressione arteriosa. Le ricadute sarebbero immediate, individuando subito i soggetti ad alto rischio per TIA o Ictus, ma anche nel favorire una maggior consapevolezza per l'adozione di comportamenti salutari. Il costo dello screening sarebbe sicuramente ripagato dalla possibilità di ridurre l'incidenza di ricoveri per ictus acuto e per le devastanti conseguenze nei pazienti che vi sopravvivono;
- Secondo **ALICE Campania** molti casi di ictus cerebrale si potrebbero evitare se si potesse attuare un'adeguata prevenzione e trattamento dei fattori di rischio cardiovascolare. È importante **conoscere ed agire sui fattori di rischio modificabili**: l'ictus è una condizione prevenibile; sicuramente, uno stile di vita sano, senza eccessi, ne riduce il rischio. Pertanto, sarà importante agire in termini di prevenzione, ovvero trattare le eventuali ipertensione arteriosa ed ipercolesterolemia, abolire il fumo di sigaretta, ridurre il consumo di caffeina, abolire l'abuso di alcol, evitare la sedentarietà e praticare attività fisica di grado moderato. L'attività fisica sfrutta l'effetto protettivo che ha nei confronti del nostro organismo, diminuendo in modo significativo il verificarsi di condizioni ed eventi che favoriscono l'insorgenza dell'ictus;
- Le strategie per migliorare la prevenzione dell'ictus devono prevedere un **coinvolgimento dei professionisti specifici del settore** (medici, infermieri, farmacisti) che devono supportare, sensibilizzare i politici affinché impieghino, in modo mirato ed epidemiologicamente corretto, le risorse economiche per diffondere le corrette pratiche di prevenzione dell'ictus. Un ulteriore momento, che può radicare nella società la diffusione della cultura della prevenzione, è il coinvolgimento degli alunni nelle scuole con lezioni di educazione sanitaria programmate a seconda dell'ordine e il grado;
- Il **monitoraggio da remoto per identificare pazienti potenzialmente a ictus cerebrale**: ci sono forze (medici e infermieri) che vengono impegnate nella identificazione ma a fronte di nessun riconoscimento amministrativo ed economico;
- Il **farmacista** nella prevenzione secondaria potrebbe avere un ruolo importante nel tracciare dei "percorsi di epidemiologia assistenziale"
- Non esiste a livello nazionale e regionale **una corretta trasmissione dell'informazione e della formazione sulle linee guida** che non facilita la presa d'atto da parte dei MMG delle stesse. **Regione Campania** sta attuando un percorso di produzione di PDTA e tra quelli elaborati c'è anche il PDTA sull'ictus in cui sono previsti ciò che deve fare il MMG, gli indicatori di performance e la formazione congiunta tra MMG e specialista sull'argomento specifico

CALL TO ACTION del panel di esperti:

1. Le istituzioni possono incidere con un lavoro su **quattro ambiti**:
 - 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.
 - Potenziamento delle figure professionali del mondo sanitario (istituzione dell'infermiere di famiglia, impegno per i MMG)
 - 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
 - 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

2. **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: a tale proposito ecco gli obiettivi per il futuro:
 - Campagna di tipo informativo e formativo sui benefici di un regime dietetico adeguato su campioni di popolazione
 - Campagne di informazione sulla popolazione sugli effetti del fumo di sigaretta sulla salute
 - Incontri di tipo formativo e informativo con i MMG sui benefici in termini di riduzione della mortalità e morbidità da ictus derivanti dal trattamento di ipertensione arteriosa diabete obesità e fibrillazione atriale

CALL TO ACTION del panel di esperti:

3. Secondo **ALICE Sicilia**, in **prevenzione primaria**, è necessaria una maggior opera di diffusione e conoscenza dei fattori di rischio per l'ictus e del loro trattamento, a partire dalle modifiche dallo stile di vita (dieta, attività fisica, sospensione del fumo), alla terapia farmacologica ottimale dei principali fattori quali l'ipertensione arteriosa, la fibrillazione atriale, il diabete tipo2, le dislipidemie. A tal proposito il **MMG** potrebbe svolgere un importante ruolo. In **prevenzione secondaria**, per i pazienti già colpiti dalla malattia, l'organizzazione di ambulatori specialistici dedicati all'ictus, sia in strutture pubbliche che private, consentirebbe un controllo clinico globale del paziente da parte dei vari medici specialisti presso la stessa struttura, evitandone visite e talvolta viaggi anche in altre città. Una struttura dedicata potrebbe seguire anche pazienti in prevenzione primaria, fornendo prestazioni sanitarie integrate
4. **Investire sulle risorse** per le campagne di sensibilizzazione, educazione della popolazione e di screening
5. Creare **sinergia tra professionisti (MMG e specialisti)** e con le **associazioni dei pazienti** (conferisce una maggiore valenza nei rapporti con la politica)
6. C'è da **fare cultura**, che deve partire dall'Università, e c'è da fare **diffusione di informazione**, per affrontare con una maggior cultura la materia
7. La **riabilitazione** (domiciliare e presso la struttura) **va garantita in maniera equa e programmata** sul territorio regionale
8. Creare un **confronto continuo con gli amministratori pubblici** affinché i programmi di prevenzione possano essere disegnati e realizzati. In contemporanea vanno messe in atto le **procedure per la costituzione delle reti Socio-Assistenziali**

SONO INTERVENUTI NEL CORSO DELL'EVENTO: (I nomi sono riportati in ordine alfabetico)

Piero Banna, Rappresentante A.L.I.Ce. Sicilia

Leonardo Barbarini, Direttore f.f. Neurologia Stroke Unit P.O. "V. Fazzi" Lecce

Michele Bovino, Presidente Regionale A.L.I.Ce. Puglia

Pasquale Caldarola, Direttore Cardiologia - UTIC presso Ospedale San Paolo, ASL Bari

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

Francesco Colasuonno, Responsabile Servizio Politiche del Farmaco, Regione Puglia

Salvatore Cottone, Direttore UOC Neurologia Stroke Unit ARNAS Ospedale Civico Cristina Benfratelli Palermo

Carlo D'Agostino, Direttore U.O. Complessa di Cardiologia Ospedaliera, AOU Policlinico Bari

Maria Letizia Di Liberti, Direttore Generale Dipartimento attività sanitarie e Osservatorio epidemiologico Sanità regione Siciliana

Ignazio Grattagliano, Presidente SIMG Bari

Rossella Moscogiuri, Direttore Dipartimento farmaceutico ASL Taranto e Direttore SC Farmacia Presidio Ospedaliero Centrale ASL Taranto

Rosa Napoletano, Responsabile Stroke Unit AOU "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", Salerno

Gaetano Piccinocchi, Tesoriere Nazionale SIMG

Giuseppe Rinaldi, Responsabile Neurologia e Stroke Unit dell'Ospedale Di Venere di Carbonara Bari

Enzo Sanzaro, Responsabile UOSD Neurologia e Stroke Unit Ospedale Umberto I Siracusa

Rosario Sasso, Rappresentante A.L.I.Ce. Campania

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

Con il patrocinio di:



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**

