



OSSERVATORIO
ICTUS
ITALIA

www.osservatorioictusitalia.it

MANIFESTO SOCIALE



L'Osservatorio ICTUS Italia chiama all'azione

All'interno dell'attuale dibattito sul diritto alla salute e del confronto serrato tra Regioni, Ministeri e Parlamento sul nuovo Patto per la Salute, l'*Osservatorio Ictus Italia* propone, partendo dalla sua prospettiva privilegiata, una riflessione pubblica sull'ictus cerebrale.

LO SCENARIO

L'ictus cerebrale è la terza causa di morte in Italia, la prima per invalidità e la seconda per demenza dopo le quelle degenerative con perdita di autosufficienza. Nel nostro Paese, si manifesta con circa 120.000 nuovi casi ogni anno; in un terzo porta a morte entro un anno dall'evento ed in un terzo esita in forme invalidanti di diversa gravità.

Ciò significa, per dare concretezza a questi dati, che ogni anno, una popolazione pari a quella di città come Ferrara o Salerno è vittima di questa patologia. Evidenze scientifiche degli studi epidemiologici a livello internazionale indicano che circa la metà degli eventi potrebbe essere evitata o produrre eventi meno gravi attraverso l'adozione di stili di vita salutari, il controllo dei fattori di rischio e delle condizioni a rischio cardiovascolare.

L'incidenza dell'ictus aumenta con l'avanzare dell'età e i casi, su base annua, sono in tendenziale aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione: la maggior incidenza si registra nei pazienti di età superiore ai 65 anni che, in Italia, sono il 20 per cento circa della popolazione generale. Il quadro è ancor più preoccupante nella popolazione di età superiore agli 85 anni nella quale l'incidenza dell'ictus oscilla tra il 20 e il 35 per cento.

Altro aspetto di particolare rilievo, anche per l'impatto sulla spesa socio-sanitaria, è il dato secondo il quale ogni anno ben 10.000 casi di ictus interessano una popolazione di età inferiore ai 54 anni di età: soggetti in piena età lavorativa per i quali l'impatto della malattia, in termini di riduzione dell'autosufficienza e di incidenza sui bisogni assistenziali, è particolarmente gravoso.

Complessivamente, il costo medio annuo di ciascun paziente con disabilità grave derivante da ictus – in Italia sono circa 400.000 individui su un totale di circa un milione di persone sopravvissute con qualche esito – a carico della famiglia e della collettività è di circa 30.000 euro, per complessivi 13-14 miliardi di euro all'anno, senza considerare i costi a carico del Servizio Sanitario Nazionale, quantificabili in 3,5 miliardi di euro annui.

LA PIATTAFORMA CONOSCITIVA

L'Osservatorio Ictus Italia ha avviato nei mesi scorsi il progetto PIATTAFORMA per le patologie cardio-cerebro-vascolari, sistema di raccolta, organizzazione e condivisione delle proposte legislative, parlamentari e regionali sui temi dell'ictus. La Piattaforma giunge oggi al suo momento di avvio, con la partenza in data 1 gennaio 2020 all'interno del portale www.osservatorioictusitalia.it di uno spazio digitale specifico, che si proporrà come un canale di riferimento dinamico per tutti coloro che vogliono rimanere aggiornati sugli aspetti normativi e regolatori legati alla patologia e alla sua presa in carico sotto il profilo socio-assistenziale.

ICTUS CEREBRALE: CALL TO ACTION

L'Osservatorio Ictus Italia, nell'intento di stimolare una sinergia concreta tra i diversi attori istituzionali della sanità italiana – Parlamento, Governo e Regioni – ha ritenuto di evidenziare 10 priorità estraendole dai 19 punti che costituiscono l'insieme delle raccomandazioni al Governo contenute nella risoluzione 8-00268, approvata dalla Camera dei Deputati l'8 novembre 2017. Queste priorità assumono particolare rilevanza se riferite al contesto delle responsabilità istituzionali inserite sul piano delle relazioni GOVERNO-REGIONI.

1. PROMUOVERE, in collaborazione con le regioni, l'implementazione delle unità neurovascolari di I e di II livello, in linea con quanto previsto dal decreto del Ministero della salute n. 70 del 2 aprile 2015.

2. PROMUOVERE, in collaborazione con le regioni, una ricognizione delle risorse umane disponibili, necessarie e specifiche alla implementazione delle Unità Neurovascolari. In particolare di dirigenti medici specialisti in neurologia e in neuroradiologia, assumendo anche iniziative per incrementarne la dotazione organica laddove questa fosse carente.

3. INCENTIVARE l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA) in grado di garantire che i pazienti potenzialmente candidati a trombectomia meccanica possano accedere su tutto il territorio nazionale a centri in grado di eseguirla direttamente o su richiesta da parte di un'unità neurovascolare di I livello.

4. CONSIDERARE l'opportunità di assumere iniziative, in collaborazione con le regioni, per controllare annualmente il numero di pazienti eleggibili alla trombectomia che sono stati realmente trattati, con l'obiettivo di raggiungere il 100 per cento entro 5 anni.

5. AVVIARE iniziative per implementare la diffusione della trombectomia meccanica su tutto il territorio nazionale, garantendo maggiori opportunità terapeutiche a beneficio di tutti i pazienti.

6. ASSUMERE iniziative, in collaborazione con le regioni, affinché siano inseriti nei piani sanitari regionali anche i temi della fibrillazione atriale e dell'ictus cardioembolico al fine di rendere disponibili, nel territorio nazionale, in modo equo e uniforme, le nuove opportunità terapeutiche previste per il corretto trattamento di tali patologie.

7. PROMUOVERE, in collaborazione con le regioni, percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali mirati e di carattere multidisciplinare, anche pianificando e coordinando l'attività condivisa tra presidi ospedalieri e centri per la gestione e la cura della fibrillazione atriale; questo, nell'intento di indirizzare il paziente verso scelte terapeutiche più idonee, superando, per le reti tempo-dipendenti, il vincolo del bacino d'utenza quando i tempi medi di accesso/intervento risultino eccessivi rispetto a quelli raccomandati dalle linee guida.

8. PREDISPORRE un piano d'incentivazione per lo sviluppo, la produzione e la commercializzazione di farmaci antiaritmici di ultima generazione oltre che dei nuovi anticoagulanti orali (NAO) e dei dispositivi medici più innovativi, predisponendo, altresì, un piano logistico che garantisca la massima diffusione sul territorio nazionale e regionale dei medicinali e dei dispositivi medici di ultima generazione. Sono altresì indispensabili iniziative volte a rimuovere il limite nella prescrizione dei nuovi anticoagulanti orali per molte categorie di medici e, in particolare, per i medici di medicina generale.

9. ASSUMERE iniziative in collaborazione con le regioni, per l'attuazione diffusa delle indicazioni sulla valutazione del fabbisogno riabilitativo, l'individuazione del *setting* più appropriato e la predisposizione di un idoneo progetto riabilitativo, secondo quanto previsto dall'articolo 44, comma 2, del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.

10. ASSICURARE un numero di posti letto appropriato e implementare percorsi adeguati e tempestivi per la riabilitazione *post-ictus* che comprendano sia i trattamenti in regime di ricovero presso strutture riabilitative, che quelli effettuati in *setting extraospedalieri* (ambulatoriali, domiciliari, in regime di residenzialità extra-ospedaliera) in funzione del fabbisogno della persona.

L'URGENZA DI NUOVE RISPOSTE

L'ictus cerebrale è un'emergenza sanitaria mondiale. Lo conferma l'attenzione delle agenzie internazionali e delle società scientifiche che ne seguono l'evoluzione, pubblicando linee guida aggiornate a sostegno delle terapie più aggiornate e innovative.

L'evoluzione del quadro epidemiologico e l'impatto socio-sanitario dell'ictus impongono quindi, anche nel nostro Paese, l'adozione urgente di nuove e più efficaci misure per rispondere a quella che oggi si sta profilando come un fenomeno socio-sanitario di primaria entità. Come?

- **avviando** progetti in grado di incentivare l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali
- **sostenendo** iniziative volte ad agevolare il ricovero nelle Unità Neurovascolari (Stroke Unit) e l'accesso a farmaci, trattamenti e dispositivi medici innovativi
- **incentivando** la prevenzione dei fattori di rischio (inclusa la fibrillazione atriale) e la diagnosi di ictus
- **promuovendo** campagne di informazione e sensibilizzazione indirizzate agli operatori sanitari
- **sensibilizzando** l'opinione pubblica sull'importanza della prevenzione e dei corretti stili di vita
- **assicurando** un numero di posti letto appropriato per la riabilitazione *post-ictus* che comprendano sia i trattamenti in regime di ricovero che quelli effettuati in *setting* extraospedalieri

Partendo da questi enunciati, già nel 2017, la Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati aveva approvato la *Risoluzione sulla Prevenzione e la Diagnosi dell'Ictus Cerebrale*, un documento in 19 punti che impegnava il Governo a tradurre in atto, con opportune e coerenti scelte di politica sanitaria, le raccomandazioni in essa contenute. Raccomandazioni che – è importante sottolinearlo – erano e sono in linea con l'*Action Plan for Stroke in Europe 2018 – 2030*, il più importante documento collaborativo e di prospettiva espresso dagli specialisti delle società scientifiche europee, che si prefigge i seguenti obiettivi:

- **ridurre** il numero assoluto dei casi di ictus in Europa del 10 per cento
- **trattare** il 90 per cento o più dei pazienti colpiti da ictus in Europa all'interno delle Unità Neurovascolari (Stroke Unit), come primo livello di cura
- **favorire** l'adozione di piani nazionali per l'ictus che comprendano l'intero percorso di cura: dalla prevenzione primaria alla vita dopo lo stroke
- **implementare** strategie nazionali per interventi multisettoriali di sanità pubblica in grado di promuovere e facilitare stili di vita sani, oltre che di ridurre i fattori ambientali, socio-economici ed educativi che aumentano il rischio di ictus.

A distanza di due anni dall'approvazione della risoluzione da parte della Camera dei Deputati, l'*Osservatorio Ictus Italia* rileva con preoccupazione il persistere di numerose carenze sul piano organizzativo e gestionale dell'ictus, pur considerando che le varie criticità presentano livelli diversi di gravità. A titolo di esempio, è sufficiente considerare che rispetto alle 300 *Unità Neurovascolari* che sarebbero necessarie per assicurare una copertura assistenziale omogenea su tutto il territorio nazionale, ne sono attualmente disponibili solo 190; l'80 per cento è concentrato al Nord lasciando sguarnite ampie aree non in grado di erogare una risposta sanitaria efficiente e in linea con la severità della patologia. Infatti, i dati ISTAT mostrano che il tasso di mortalità per le malattie cerebrovascolari in Sicilia è oltre il doppio che in Trentino Alto Adige sottolineano che in ogni regione la mortalità è maggiore nel livello socio-economico più basso.



Con il supporto non condizionato di BMS-Pfizer



Bristol-Myers Squibb



Media Partner



Omnia Pharma Service