

■ NEUROLOGIA

Stroke: non abbassare la guardia e vigilare sui fattori di rischio

La buona notizia è che le evidenze dimostrano che i tassi di incidenza standardizzati per l'ictus nell'Unione Europea sono in calo. Ma se ciò è certamente positivo, questa tendenza è sovrastata dall'invecchiamento della popolazione. Il miglioramento dei tassi di sopravvivenza dell'ictus, dal canto suo, implica che ci saranno più persone che vivranno con le conseguenze a lungo termine. È l'estrema sintesi di quanto emerge dallo studio "The Burden of Stroke in Europe" condotto dai ricercatori del King's College di Londra, che rappresenta un'analisi approfondita dello stato della sensibilizzazione, informazione e prevenzione di questa emergenza sanitaria, dell'offerta di cura, della riabilitazione, del sostegno e dell'integrazione sociali e in generale della vita degli europei dopo un ictus cerebrale.

Nella ricerca trovano conferma anche dati epidemiologici allarmanti: l'ictus è tra le prime cause di morte, la seconda causa di deficit cognitivo nell'adulto ed è in assoluto la prima causa di disabilità a lungo termine in Europa. Nonostante gli sforzi sino ad ora compiuti ci si aspetta un aumento di circa il 30% dei nuovi casi tra il 2015 e il 2035,

attribuibile soprattutto all'invecchiamento della popolazione.

I tassi decrescenti di nuovi ictus sono generalmente attribuiti a strategie di buona prevenzione. In media, i miglioramenti sono stati più importanti nei Paesi dell'Europa occidentale, aumentando così la già esistente differenza tra l'Est e l'Ovest.

► **Prevenzione: aumentare la consapevolezza**

La conoscenza da parte delle persone sui fattori di rischio è ancora bassa, si legge nel documento. L'impatto delle campagne di sensibilizzazione continua a non mantenere effetti sul lungo termine e la percentuale della popolazione avente uno o più fattori di rischio determinanti l'ictus, è significativa.

L'ipertensione arteriosa è significativamente sottotrattata e la percentuale complessiva degli europei ipertesi che non seguono un'adeguata terapia è inferiore al 50%.

La FA è spesso diagnosticata solo dopo un evento: alcuni studi (condotti in Irlanda, Islanda, Croazia, Norvegia) hanno riportato che tra il 25% e il 50% delle diagnosi di FA note dopo ictus, non lo erano in

precedenza. Una recente metanalisi ha anche rilevato che al 24% dei pazienti affetti da ictus viene loro diagnosticata la FA per la prima volta dopo l'evento. Questi rapporti suggeriscono ancora una significativa sotto-diagnosi della FA nella popolazione. A causa dell'invecchiamento della popolazione europea e dell'importante correlazione di FA ed età (0.7% nei 55-59enni vs 17.8% nei soggetti di età ≥85 anni), la prevalenza di FA dovrebbe aumentare. Si stima che il numero di adulti con età >55 anni con FA raddoppierà, passando tra il 2010 e il 2060 da 8.8 a 17.9 milioni di casi. È necessario quindi un miglioramento della diagnosi e della gestione della FA, includendo gli approcci sistematici per l'identificazione e il monitoraggio della stessa FA. L'efficacia e il rapporto costo-benefici delle politiche di screening della FA delle popolazioni a rischio dovrebbero essere valutati nei rispettivi contesti sanitari di ciascun Paese. Allo stesso modo, si dovrebbero sviluppare, per esempio, nuovi dispositivi e applicazioni per la rilevazione della FA e per l'automonitoraggio dell'INR. Un approccio più sistematico che monitori l'aderenza alle linee guida ed eventualmente l'incentivazione dell'aderenza potrebbero migliorare la percentuale dei trattamenti.

Bibliografia

- King's College London for SAFE (Stroke Alliance for Europe). The Burden of Stroke in Europe. Report. Ed It a cura di A.L.I.Ce. Italia Onlus (www.aliceitalia.org)