

Ictus: migliorare l'assistenza e la prognosi

Livia Tonti

Il recente World Stroke Day è stato anche occasione per valutare lo stato dell'arte nell'assistenza di chi è stato colpito da ictus. In Italia c'è ancora molto da fare sul piano organizzativo, ma le recenti evidenze sulla possibilità di un allargamento della finestra terapeutica per la terapia trombolitica (da 3 a 4.5 ore) sembrano poter assicurare un valido contributo a migliorare la prognosi

Ridurre l'impatto dell'ictus sulla vita dell'individuo, delle famiglie, della società, è la sfida di sempre contro questo evento tremendo. Il punto della situazione sull'organizzazione del network dei soccorsi sul territorio italiano per chi ne è colpito è stato realizzato in occasione della giornata mondiale dell'ictus, tenutasi lo scorso 29 ottobre, giunto alla IV edizione e celebrato in Italia per la prima volta attraverso visite gratuite e screening del rischio nei principali ospedali delle città coinvolte dall'iniziativa. Gli aspetti fondamentali del soccorso del paziente con ictus sono la rapidità e l'adeguatezza dell'intervento, a cui concorrono da una parte la disponibilità della terapia trombolitica e dall'altra l'accesso alle Stroke Unit, strutture dotate del personale medico e infermieristico appositamente addestrato, nonché delle apparecchiature necessarie a tutti gli interventi del caso.

Assistenza sul territorio

Per ridurre la mortalità, che oggi si aggira intorno al 30% a un mese dall'evento, bisognerebbe che afferisse alle strutture specializzate almeno il 90% dei pazienti. Attualmente il modello assistenziale considerato il più avanzato nel nostro Paese si trova in Lombardia: lo Stroke Unit Network, operante attraverso una rete dedicata che conta già su 29 strutture, coordinate dall'Istituto Clinico Humanitas.

Alla base del sistema c'è la concezione della Stroke Unit come fulcro di tutta la catena sanitaria coinvolta nella cura dell'ictus in ospedale e sul territorio. Il modello lombardo, oltre ad operare su programmi condivisi con il Pronto

Soccorso e col "118", che ha l'impegno di ricoverare sempre il paziente con sospetto ictus in Stroke Unit, è in rete con le diverse specialità che si occupano della patologia cerebrovascolare. Per migliorare continuamente l'operatività, nonché per creare un flusso continuo di dati utili a studiare l'assistenza allo stroke anche con pubblicazioni scientifiche, è stato creato un database. Il registro, la cui raccolta dati è tuttora in corso, rappresenta la prima realtà italiana di questo tipo e costituisce un esempio della possibilità di collaborazione tra strutture operanti anche in ospedali differenti. Oltre a comprendere, attraverso la analisi dei dati di ogni struttura, quali procedure e con quale tempistica siano più efficaci in termini di prognosi a breve e a lungo termine, il registro SUN Lombardia permette un costante aggiornamento degli standard delle singole Stroke Unit.

Stato dell'arte

Attualmente nel nostro Paese, solo 1 su 10 di coloro che hanno avuto un ictus è curato in Stroke Unit. Tali strutture sono largamente insufficienti sul territorio nazionale: sono solo una su 570mila abitanti, contro l'una ogni 250mila previste dai protocolli internazionali. Quelle in funzione non sono distribuite omogeneamente: il Nord può contare su una struttura ogni 411mila abitanti, mentre al Sud ce n'è una ogni 1.638mila.

Prospettive migliori per la cura dell'ictus ischemico sembrano provenire dalle conclusioni di due studi pubblicati di recente su *Lancet* e sul *New England Journal of Medicine*, che dimostrano che la terapia tromboliti-

ca resta efficace anche se effettuata tra le 3 e le 4 ore e mezza dall'insorgenza dell'ictus ischemico, cioè 90 minuti oltre il tempo massimo previsto dagli attuali protocolli.

La terapia trombolitica è stata approvata nel 2002 per la cura dello stroke ischemico nelle prime 3 ore dall'esordio dei sintomi. Nello studio pubblicato su *Lancet* (2008; 372: 1303-9) sono stati considerati i casi registrati nello studio osservazionale prospettico SITS (Safe Implementation of Treatments in Stroke): 664 pazienti trattati con alteplase ev fra le 3 e le 4.5 ore sono stati paragonati a 11.865 trattati entro le 3 ore. Non è emersa differenza fra i due gruppi per quanto riguarda la comparsa di emorragie sintomatiche, la mortalità e il grado di invalidità e di indipendenza dopo lo stroke. Lo studio ECASS (European Cooperative Acute Stroke Study) (*NEJM* 2008; 359: 1317-29), ha coinvolto 19 Paesi europei, fra i quali l'Italia. Si tratta di uno studio randomizzato, in cui i pazienti sono stati trattati fra le 3 e le 4.5 ore dall'insorgenza dei sintomi di ictus con alteplase (418 casi) o con placebo (403 casi). L'evoluzione dell'ictus è stata significativamente più favorevole nel gruppo trattato, specie per quanto riguarda la disabilità residua: al termine del follow-up di tre mesi i pazienti trattati con alteplase hanno raggiunto l'indipendenza funzionale nel 52% dei casi, contro il 45% del placebo. Il trattamento ha comportato, come è ovvio, un maggior rischio di complicanze emorragiche, ma comparabile a quello di precedenti studi entro le tre ore e, soprattutto, con una mortalità sovrapponibile fra pazienti trattati e placebo.