

Realizzato col contributo non condizionante di Boehringer Ingelheim

# EMERGENZA ICTUS

Estratto dal Rapporto Nazionale 2011-2012  
sulle condizioni ed il pensiero degli anziani.

A cura di  
Ageing Society Osservatorio Terza Età  
Prof. Emilio Mortilla



Boehringer  
Ingelheim



---

# EMERGENZA ICTUS

---

Estratto dal

**Rapporto Nazionale 2011-2012  
sulle condizioni ed il pensiero degli anziani**

# Introduzione

L'ictus rappresenta nei paesi industrializzati la **prima causa di invalidità permanente** e la **terza di mortalità**.

È una patologia che colpisce soprattutto la popolazione anziana (>65): l'incidenza, stimata tra i 100 e 200 casi annui ogni 100.000 abitanti, aumenta progressivamente con l'età, con lieve prevalenza nel sesso maschile.

L'ictus di tipo ischemico rappresenta la forma più frequente (80%), mentre le emorragie intraparenchimali il 15-20% e quelle subaracnoidee il 3%. Globalmente, entro un anno dall'incidente cerebrovascolare si verifica il decesso di un terzo dei pazienti ed altrettanti vanno incontro ad una marcata limitazione delle attività quotidiane con invalidità severa (*Lenti et al. 2008; Feigin et al. 2003*).

Lo *stroke* assorbe circa il 3% delle spese sanitarie annue, gran parte delle quali determinate dai costi per il percorso riabilitativo e per la lungodegenza.

Questo implica che la patologia, oltre a rappresentare una vera e propria emergenza sanitaria, assume, in relazione anche al progressivo invecchiamento della popolazione, un crescente rilievo socioeconomico.

In questo articolo del Rapporto si esamina la patologia dal punto di vista dell'impatto sociale, economico e sanitario. L'analisi è volta all'individuazione di interventi che possano migliorare gli esiti clinici e funzionali dell'attuale sistema di cura, tenendo ben presente la necessità di contenimento dei costi.

Sempre più si profila l'importanza di un sistema integrato di assistenza che va dalla corretta informazione, alla prevenzione, al tempestivo approccio terapeutico, seguito da percorsi di riabilitazione e supporto sociale.

Alcuni studi dimostrano che è possibile intervenire in ogni fase del percorso della malattia con la possibilità di ridurre in maniera significativa i costi sanitari.

La nascita di strutture ospedaliere specializzate, le cosiddette “*Stroke Unit*” (S.U) ha inciso significativamente sulla riduzione della mortalità e sul numero di giorni di degenza, permettendo un significativo risparmio della spesa sanitaria. La rete delle S.U. rappresenta un sistema di *governance* capace di integrare prestazioni ospedaliere e territoriali, semplificando l’iter diagnostico/terapeutico e consentendo una distribuzione più congrua di risorse umane, strumentali ed economiche.

Per rendere ottimale questo modello, occorre identificare i bacini di utenza e superare le attuali disomogeneità regionali.

Negli ultimi anni ingenti risorse sono state impiegate per l’individuazione di nuovi farmaci in grado di offrire migliori risultati sul piano dell’efficacia terapeutica, riducendo in maniera significativa gli effetti collaterali con un conseguente aumento del tasso di aderenza alla terapia. Bisogna soprattutto puntare su un programma di prevenzione e sorveglianza sanitaria cercando di ridurre e monitorare i fattori di rischio, e sulla prevenzione secondaria attraverso terapie farmacologiche: solo così si potrà modificare in maniera significativa l’entità delle risorse economiche che tale patologia assorbe e che senza significativi cambiamenti gestionali e correttivi, molto di più assorbirà nel prossimo futuro.

# Produrre salute e risparmiare assistenza

All'allungamento della vita media si accompagna un progressivo allungamento dell'efficienza psicofisica, tanto da poter riconsiderare il limite dei 65 anni come il punto di accesso all'età della vecchiaia, con tutto ciò che ne consegue (*v. appendice*).

Da ciò il fatto che, se per un verso aumenta esponenzialmente il numero degli anziani con una o più patologie croniche, che ben compensate dagli interventi sanitari, consentono una buona qualità di vita e nel mentre si sposta in avanti l'età delle disabilità, per altro verso dette cronicità e disabilità, proprio perché richiedono per il loro trattamento e compenso farmaci e presidi, rappresentano un' onere sempre più rilevante per la collettività.

La necessità di contenere la spesa socio-sanitaria impone, dunque, una rivoluzione culturale vera e propria: passare dal consumare acriticamente risorse per l'assistenza ad impegnare risorse per produrre salute. In sostanza, dovremo ben pesare i guadagni di salute determinati dai nostri interventi assistenziali e ponderarne costi e benefici. Inoltre, dobbiamo imparare a quantizzare costi e risparmi indotti, da questo o quel trattamento terapeutico o socio-assistenziale; in sostanza, meglio valutare come il trattare una cronicità o una disabilità, ovvero evitarla, abbia un costo giustificato rispetto ai risparmi globali determinati dalle nostre scelte. Per fare un esempio, sappiamo che sottoponendo a vaccinazione una popolazione, per ogni dollaro impegnato se ne risparmiano almeno tre in spese sanitarie. In tale valutazione non comprendendo i risparmi determinati dai costi sociali delle malattie evitate (assenze dal lavoro del malato e dei familiari, riduzioni dei consumi diversi dai sanitari, ecc.).

In questo articolo, facendo nostre le raccomandazioni del Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato - Sen. Antonio Tomassini e della comunità scientifica, desideriamo esaminare uno degli eventi morbosi più rilevanti

---

dal punto di vista dell'impatto sociale, economico e delle invalidità prodotte: l'ictus, in generale e da fibrillazione atriale in particolare, accidente vascolare, questo, che ha un'elevata prevalenza nella popolazione anziana determinando un'alta percentuale di disabilità.

## Le dimensioni del problema

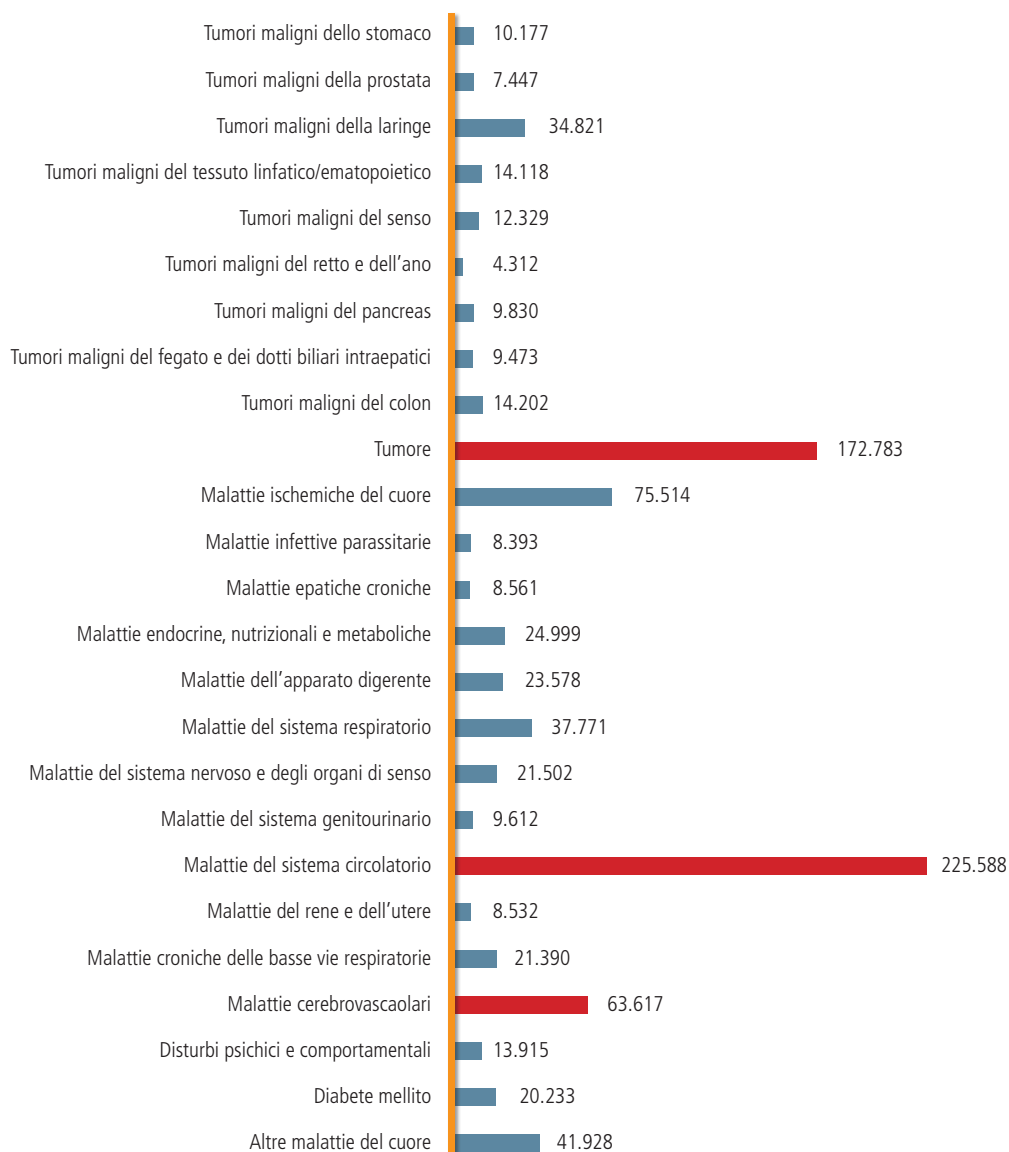
Le patologie cerebrovascolari rappresentano la seconda causa di morte e la prima causa di invalidità a livello mondiale costituendo uno dei maggiori problemi sociosanitari.

L'OMS valuta in 15 milioni il numero delle persone colpite da ictus di cui 6 milioni con esito infausto. Nei Paesi del G8 tali patologie seguono per mortalità le malattie cardiovascolari ed i tumori.

Lo stroke, peraltro, assorbe circa il 3% delle spese sanitarie annuali nei Paesi più industrializzati. Gran parte dei quali determinati dai costi per riabilitazione e lungodegenza. Nel nostro Paese si stimano 200.000 nuovi casi/anno di ictus, circa 660 casi/die, di cui circa l'80% è rappresentato da casi ischemici e, di questi, almeno un 25% registra una recidiva.



**Graf. 2 - Principali cause di morte. V. a. Anno 2008.**

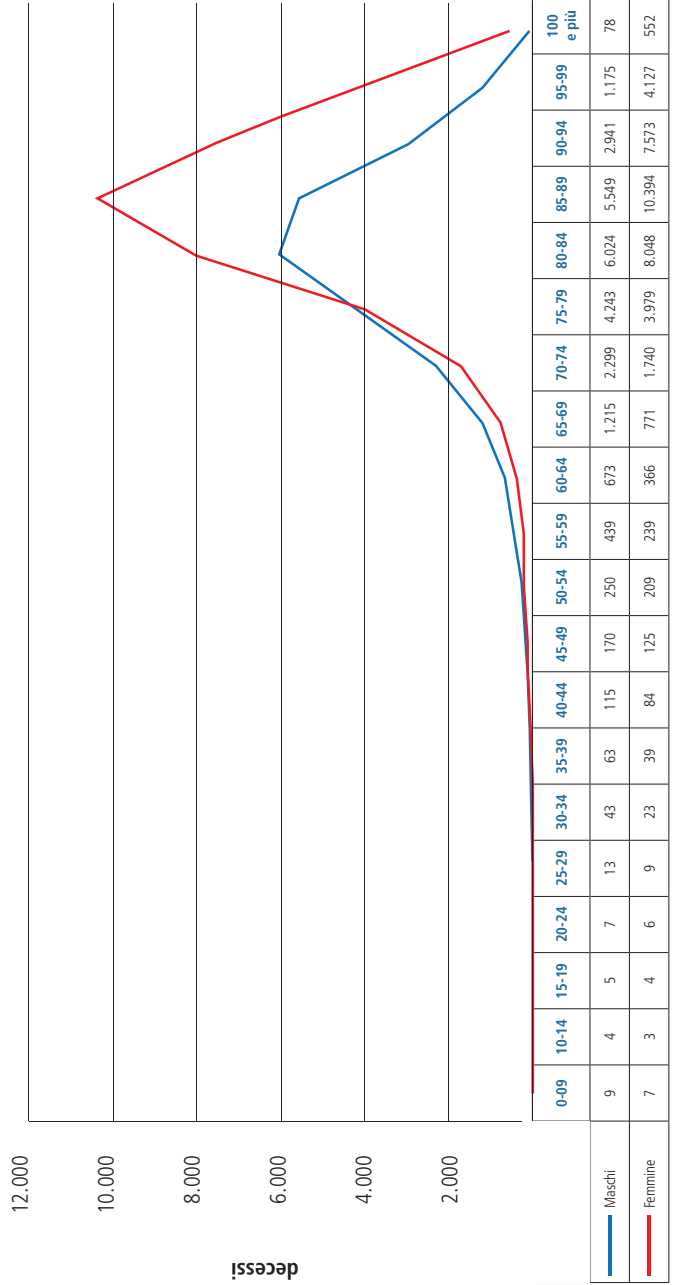


Fonte: Elaborazione Ageing Society - Osservatorio Terza Età su dati Istat.

Classe di età	0-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100 e più	N.I.	TOTALE
Maschi	9	4	5	7	13	43	63	115	170	250	439	673	1.215	2.299	4.243	6.024	5.549	2.941	1.175	78	-	25.318
Femmine	7	3	4	6	9	23	39	84	125	209	239	366	771	1.740	3.979	8.048	10.394	7.573	4.127	552	1	38.299
Totale	16	7	9	13	22	66	102	199	295	459	678	1.039	1.986	4.039	8.222	14.072	15.943	10.514	5.302	630	1	63.617

Fonte: Elaborazione Ageing Society – Osservatorio Terza Eta su dati Istat

Graf. 3 **Decessi per malattia cerebrovascolare per fascia di età e sesso. V.a. Anno 2008**



---

Secondo una recentissima pubblicazione su *Circulation*, si ipotizza che nei prossimi 20 anni oltre il 40% della popolazione degli Stati Uniti possa avere una qualche forma di malattia cardiovascolare e questo porterà ad un aumento triplo del totale dei costi diretti per prendersi cura di ipertensione, malattia coronarica, insufficienza cardiaca, ictus e altre forme di malattie cardiovascolari, passando dagli attuali \$ 273 miliardi a più di \$ 800 miliardi. Allo stato attuale, le malattie cardiovascolari sono la principale causa di morte negli Stati Uniti e rappresentano il 17% della spesa sanitaria complessiva.

Nel recente passato, le spese mediche delle malattie cardiovascolari sono aumentate con un tasso medio annuo del 6% e questa crescita dei costi è stata associata ad un aumento della speranza di vita. Nel 2030, la prevalenza di malattie cardiovascolari aumenterà del 9,9%, con una prevalenza di insufficienza cardiaca e di ictus in aumento di circa il 25%. Negli USA il totale dei costi diretti salirà a 818 miliardi dollari entro il 2030 e il costo totale indiretto, in termini di perdita di produttività, è stimato in circa 275 miliardi dollari. Gli autori scrivono che molto dovrebbe essere speso in termini di prevenzione, diagnosi precoce e gestione dei fattori di rischio cardiovascolare. La proiezione disastrosa sulla salute e l'impatto economico delle malattie cardiovascolari può essere diminuito attraverso una combinazione di azioni volte ad una migliore prevenzione dei fattori di rischio e dal loro puntuale e sistematico trattamento. Le tabelle qui di seguito riportate sono più che eloquenti nel segnalare l'aumento degli eventi ictus, l'evoluzione dei costi e la numerosità di coloro che sono attesi da stati di disabilità parziali o totali.

**Tab. 3 - Proiezioni di prevalenza di malattia cardiovascolare (%).**

Anno	Tutte le malattie cardiovascolari	Ipertensione	Malattia coronarica	Insufficienza cardiaca	Ictus
2010	36,9	33,9	8	2,8	3,2
2015	37,8	34,8	8,3	3	3,4
2020	38,7	35,7	8,6	3,1	3,6
2025	39,7	36,5	8,9	3,3	3,8
2030	40,5	37,3	9,3	3,5	4
% change	9,9	9,9	16,6	25	24,9

Fonte: *Circulation*, Jan 2011; doi:10.1161/CIR.0b013e31820a55f5.

**Tab. 4 - Proiezione dei costi medici diretti per malattie cardiovascolari.**

Anno	Tutte le malattie cardiovascolari	Ipertensione	Malattia coronarica	Insufficienza cardiaca	Ictus
2010	272,5	69,9	35,7	24,7	28,3
2015	358	91,4	46,8	32,4	38
2020	470,3	119,1	61,4	42,9	51,3
2025	621,6	155	81,1	57,5	70
2030	818,1	200,3	106,4	77,7	95,6
% change	200	186	198	215	238

Fonte: *Circulation*, Jan 2011; doi:10.1161/CIR.0b013e31820a55f5.

**Box 1 - Italia: Incidenza percentuale di patologie per classi d'età avanzate.**

Trombosi, embolia, emorragia cerebrale:

Età: 70/74      %: 39,6/ooo

Età: 75/79      %: 43,9/ooo

Età: Over 80    %: 59,7/ooo

Nel 2050 si prevedono un milione di tali eventi morbosi nella sola fascia over 80

## Glossario

*È detto ictus, dal latino colpo, un evento vascolare cerebrale patologico, con conseguente perturbazione acuta della funzionalità encefalica, focale o generalizzata. Definito anche apoplessia o più appropriatamente attacco apoplettico o colpo apoplettico.*

*Rientra nelle sindromi vascolari acute. L'attacco ischemico transitorio (TIA) è un ictus ischemico definito dalla regressione completa della sintomatologia in meno di 24 h (solo il 5% dei casi evolve in più di 12 h).*

*I termini su indicati percorrono le epoche dell'evoluzione del pensiero medico, attraverso le lingue che hanno dominato tale scienza nel corso dei secoli, poiché si passa dal greco apoplessi, al latino ictus, all'inglese stroke, tutti con analogo significato: "colpo". Un termine più preciso dovrebbe essere accidente cerebrovascolare.*

L'ictus colpisce, sia pure in misura minore, anche persone giovani e si stima che ogni anno il numero di persone in età produttiva (<65 anni) colpite da ictus sia intorno a 27.000. Come detto, l'ictus ischemico rappresenta la forma più frequente di ictus (80% circa), mentre le emorragie intraparenchimali riguardano il 15-20% e le emorragie subaracnoidee il 3% circa.

L'ictus ischemico colpisce soggetti di età media superiore a 70 anni, più spesso uomini che donne; quello emorragico intraparenchimale colpisce soggetti meno anziani, sempre con lieve prevalenza per il sesso maschile; l'emorragia subaracnoidea colpisce più spesso soggetti di sesso femminile, di età media sui 50 anni circa. Gli eventi emorragici (parenchimali e sub-aracnoidei) sono meno frequenti, ma hanno tassi di mortalità precoce più alti (30 e 40% circa dopo la prima settimana; 50 e 45% ad 1 mese).

Per l'ictus ischemico, la mortalità ad un mese è del 20%, che sale al 30% entro i primi 12 mesi. Ad un anno dall'evento acuto, un terzo circa dei soggetti sopravvissuti ad un ictus, indipendentemente dal fatto che sia ischemico o emorragico, presenta un grado di disabilità elevato, tanto da poterli definire totalmente dipendenti. Infatti, solo il 25% dei pazienti sopravvissuti ad un ictus ischemico guarisce completamente. Tutti gli altri restano con un deficit e, di questi, la

metà con un deficit così severo da perdere l'autosufficienza, trovandosi spesso costretti a vivere in una istituzione per degenti cronici. L'ictus rappresenta, dunque, la prima causa di invalidità e la seconda di demenza determinando la perdita dell'autosufficienza. Tale situazione produce ingenti oneri, non solo nella fase acuta ma anche successivamente per gli interventi di riabilitazione, siano essi ospedalieri che domiciliari e di assistenza di tipo sociale.

Infatti, il 40% di coloro che sopravvivono all'insulto iniziale manifestano sequele che determinano livelli di disabilità da moderata a totale. Gli oneri in questione prescindono dai costi connessi alla perdita di produttività del soggetto colpito e della rete assistenziale familiare, difficilmente quantizzabili.

Su quest'ultimo tema è stata preziosa l'indagine pubblicata sul Sole 24ore Sanità del Settembre 2011 e su cui torneremo più avanti.

Una più attenta analisi epidemiologica ci segnala che tale evento morboso si riscontra, nel totale della popolazione, con una prevalenza compresa tra lo 0,6% e l'1,1%, ma se analizziamo gli eventi che riguardano la fascia compresa tra 65 ed 84 anni, la prevalenza sale al 6,5%, rispettivamente 7,4% nei maschi e 5,9% nelle femmine, e supera il 10% negli over 84.

Sulla base di questi dati stimiamo in circa 390.000 le persone colpite da ictus con significativi livelli di non autosufficienza.

Sommando i dimessi dei DRG 14 e 15, il numero totale pone il disturbo cerebrovascolare acuto al quarto posto per frequenza di dimissione (191.194 dimessi per il 2005, 172.045 per il 2008). Mentre si stimano in oltre 2 milioni le giornate di degenza complessive. Per quanto sopra esposto, in ragione del progressivo invecchiamento della popolazione, a dieci anni, i casi di grave disabilità sono destinati a raddoppiare. Pertanto, se la spesa rappresentata dai costi diretti è oggi stimata intorno a 3,7 miliardi di euro l'anno, per effetto dell'invecchiamento della popolazione, nel 2015, a valori costanti, spenderemo 4,06 miliardi e nel 2020 4,24 miliardi, con un'incidenza sulla spesa sanitaria globale che passerà dal circa 4% attuale a circa il 5% nel 2020.

---

## Box 2 - Italia: Emergenza Ictus.

- ✓ Circa 130.000 DRG 14 (ictus) (dati 2008)
- ✓ Circa 66.000 DRG 15 (TIA, cioè ictus con scomparsa dei sintomi entro 24 ore, ma con alta frequenza di recidive senza recupero - dati 2008),
- ✓ 200.000 casi di nuovi casi ogni anno
- ✓ 278.000 casi previsti nel 2020
- ✓ 440.000 soggetti portatori di gravi disabilità nel 2020
- ✓ nel 40% dei casi è causa di decesso o di disabilità nei soggetti colpiti
- ✓ circa 4.200 casi riguardano soggetti con età inferiore ai 45 anni
- ✓ circa il 20% degli ictus è causato da fibrillazione atriale
- ✓ 3,7 miliardi di Euro di costi sanitari totali annuali
- ✓ 555 milioni i costi degli ictus provocati da fibrillazione atriale
- ✓ 4,24 miliardi di euro di costi sanitari nel 2020 - a valori costanti
- ✓ 3 ictus su 4, causati da fibrillazione atriale, potrebbero essere evitati adottando trattamenti di prevenzione farmacologica e corretti stili di vita

## Bibliografia

Di Carlo A, Baldereschi M et al. *Cerebrovasc Dis.* 2003; *Stroke in an elderly population: incidence and impact on survival and daily function. The Italian Longitudinal Study on Aging.*

Sandercock P, Lindley R, Ricci S, Celani MG et al.; IST-3 Collaborative Group. *Trials.* 2008 Jun; *Third International stroke trial (IST-3) of thrombolysis for acute ischaemic stroke.*

*Elaborazione Ageing Society; Osservatorio Terza Età su dati Istat.*

C Gandolfo, M Conti et al. *Neurol Sci,* 2003; *Stroke in young adults: epidemiology.*

A Gaddi, AF Cicero et al. *Journal of Cardiovascular Risk,* 2002; *Cerebrovascular disease in Italy and Europe: it is necessary to prevent a 'pandemia'.*

*Circulation,* Jan 2011; doi:10.1161/CIR.0b013e31820a55f5.

Lenti G, Agosti M et al. *Eur J Phys Rehabil Med,* 44: 263-269(2008). *Developing a minimum data set for stroke patients assessment: the "Protocollo di Minima per l'Ictus" (PMIC) as a starting point towards an Italian stroke registry.*

Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, Anderson CS (2003). *Lancet Neurology; Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20<sup>th</sup> century.*



---

Candelise L, Micieli G, Sterzi R, Morabito A, et al. (2005). *Neurol Sci; Stroke units and general words in seven Italian regions: the PROSIT Study.*

Marini C, Baldassarre M et al. 2004; *Neurology: Burden of first-ever ischemic stroke in the oldest old: evidence from a population-based study.*

## Luci ed ombre

A fronte dello scenario poco confortante appena delineato, c'è da chiedersi se è possibile incidere sull'entità del problema e sulla numerosità delle disabilità che ne conseguono.

Non intendiamo in questa sede affrontare con puntualità gli aspetti clinici della problematica esposta ma analizzarne, criticamente, gli aspetti relativi all'organizzazione sanitaria e socio-economica di pertinenza.

Il primo quesito che dobbiamo porci è quello della consapevolezza, nella popolazione in generale e nel mondo sanitario, delle dimensioni attuali e prospettive legate a questo evento patologico. Questo presupposto è necessario per valutare se esistano margini di miglioramento nelle strategie di prevenzione da adottare nei soggetti a rischio e nella erogazione dei servizi di primo soccorso, cura e riabilitazione dei soggetti colpiti.

Ci soccorre in questa analisi il pregevole studio "Ictus cerebrale: i costi sociali e i bisogni assistenziali" pubblicato nel settembre 2011 sull'insero salute del Sole 24ore.

Da tale lavoro emerge un quadro in cui, alla generica conoscenza e preoccupazione per la possibile insorgenza dell'evento acuto (75% degli intervistati), non si accompagna una corrispondente percentuale di coloro che sono consapevoli dei fattori di rischio, dell'epidemiologia, dell'importanza nel riconoscere i sintomi per orientare il primo soccorso.

Aspetto quest'ultimo determinante, così come per l'infarto del miocardio, per ricevere un trattamento trombolitico adeguato e indispensabile per una prognosi meno infausta e per contenere gli esiti post acuzie.

Se il deficit di informazione corretta riguarda la maggioranza del campione esaminato, colpisce il fatto che oltre il 70% degli anziani, che per gli indici di prevalenza della malattia dovrebbero essere i più attenti al problema, risultino avere scarse conoscenze sui basilari elementi connotativi su questa così frequente patologia.

---

Ad esempio, pur rappresentando l'ictus la prima causa di disabilità nelle persone anziane, meno del 10% del campione ha contezza di tale preoccupante rilievo. Altro esempio: solo l'11% segnala, come possibile sintomo, l'improvviso abbassamento della vista o una cecità.

Proprio gli anziani, peraltro, pur indicando al primo posto l'ipertensione arteriosa fra i fattori di rischio predisponenti, (probabilmente perché tale situazione morbosa è implicata in più patologie proprie dell'età avanzata) sembrano sottovalutare o addirittura ignorare il rischio che deriva da quadri di cardiopatia ischemica e/o dall'essere portatori di fibrillazione atriale.

Il rischio di ictus, peraltro, aumenta anche in presenza di un piccolo incremento dei valori di pressione sanguigna.

Ad evidenziarlo, sulle pagine di *Neurology*, sono stati Bruce Ovbiagele dell'Università di San Diego della California e Avindra Nath della Johns Hopkins University di Baltimora (Usa), che hanno rielaborato i dati di 12 studi precedenti dimostrando che valori di pressione massima e minima compresi, rispettivamente, tra 120 e 139 mmHg e tra 80 e 89 mmHg aumentano del 50% la probabilità di incorrere in un ictus. Il legame, spiegano gli autori, è indipendente da altri noti fattori di rischio - come età, sesso, diabete, obesità, colesterolo e fumo - ed è presente anche al di sotto dei 65 anni.

Inoltre, un recente sondaggio effettuato da Doxa Pharma su un campione significativo di popolazione italiana, segnala che solo il 35% è a conoscenza del fatto che la pressione alta può generare l'infarto, il 30% sa che essa può generare l'ictus e solo l'8% che può provocare malattie cardiovascolari e problemi cardiocircolatori. Il 26% degli intervistati, invece, non conosce affatto le malattie gravi che possono insorgere a causa della ipertensione.

La fibrillazione atriale è un'aritmia di assai frequente riscontro e di cui soffrono, nel nostro Paese, 800.000 persone e, fra queste, si registra una prevalenza del 4% negli over 65 e del 10% circa negli ultra ottantenni.

E, appunto, 40.000 persone, portatrici di fibrillazione atriale, ogni anno subiscono un ictus. Infatti, la fibrillazione atriale comporta un' elevato rischio trombo embolico che, nel 70% dei casi, origina da trombosi dell'atrio sinistro

o dell'auricola sinistra. Gli emboli compromettono la circolazione cerebrale provocando l'ictus.

La carenza di una puntuale informazione investe, però, anche gli operatori sanitari, medici di famiglia, decisori amministrativi e politici che, proprio perché l'ingiuria colpisce prevalentemente gli anziani, la ritengono ineluttabile e con scarse possibilità d'intervento preventivo, di cura e di riabilitazione. Ma si dimentica che 10.400 casi/anno riguardano anche under 55 anni, soggetti in età prevalentemente lavorativa che, per l'invalidità residua, debbono essere assistiti dal sistema sanitario e previdenziale per un periodo anche di 25/30 anni dopo l'insulto. Il recente caso di probabile ischemia cerebrale di cui è stato oggetto il giocatore Cassano è la conferma che episodi di TIA ed ictus possono accadere anche in soggetti apparentemente integri come nell'atleta in questione.

I contributi scientifici e di indagine di epidemiologia e di clinica segnalano, al riguardo, una scarsa attenzione all'adozione di corretti stili di vita, ai fattori di rischio, ai trattamenti farmacologici volti a ridurre gli effetti, alla frequenza di episodi di diagnosi tardive, ai ritardi negli interventi di primo soccorso ed alla non rara inadeguatezza delle cure.

Gli studi scientifici condotti negli ultimi dieci anni, invece, hanno documentato che esistono ancora ampie possibilità di interventi, in ogni fase del percorso della malattia, per ridurre l'incidenza e le sequele e che ciò è possibile producendo una riduzione dei costi sanitari del 10% circa e di ben più rilevanti risparmi in costi previdenziali e sociali.

Fattori di rischio sono certamente l'età avanzata, l'ipertensione arteriosa, precedenti insulti cerebrovascolari ed il diabete, ma anche il sesso femminile, la coesistente patologia vascolare cardiaca e periferica o, come segnalato, la fibrillazione atriale, mentre, recentemente, anche l'obesità viene indicata fra i fattori predisponenti.

Se sull'avanzare degli anni e sul sesso possiamo fare poco, a parte l'adozione di corretti stili di vita, possiamo certamente adoperarci per trattare gli altri fattori di rischi, che qui abbiamo sommariamente elencato, al fine di ridurre il rischio trombo embolico.

---

Se di prevenzione primaria dobbiamo parlare, ecco che una corretta informazione, che conduca ad una maggiore consapevolezza della problematica, diventa essenziale nella popolazione anziana ma anche per gli operatori sanitari, medici di famiglia in primis, che dovrebbero indirizzare i loro pazienti verso una maggiore presa di coscienza dei rischi e delle possibilità d'intervento.

Come andiamo ripetendo da decenni, la longevità di massa dovrebbe indirizzare il medico di famiglia a non prendere in "carico" solo la malattia in atto del suo assistito ma anche, e soprattutto, lo stato di salute della persona e le possibilità date dalla conoscenza di mantenerla in condizioni ottimali per più tempo possibile. Prescrivere "guadagni di salute" e non consumare solo assistenza!!

Ad esempio, una recente revisione della letteratura internazionale in argomento, ha rivelato come anche i soggetti a rischio, quali pazienti affetti da fibrillazione atriale, abbiano una scarsa consapevolezza del rischio ictus e come, solo il 14% di coloro che avevano una precisa consapevolezza dell'entità dello stesso, ricevevano dai sanitari un adeguato trattamento ed utili indicazioni per una responsabile prevenzione.

Il paziente con fibrillazione atriale, deve essere adeguatamente informato sulle caratteristiche peculiari della terapia anticoagulante (interazioni con altri farmaci, rischio di sanguinamento durante interventi invasivi - per es. estrazioni dentarie, interventi chirurgici, esami traumatici, ecc.) per ridurre al minimo i rischi di ictus.

L'aspetto preoccupante dell'indagine è che tale sottovalutazione del problema riguardava, come detto, sia i pazienti che i medici e che, soprattutto, venivano sotto stimate proprio le possibilità di prevenzione, sia primaria che secondaria e l'importanza di una corretta adesione alla terapia antitrombotica, con ciò accettando passivamente l'ineluttabilità delle disabilità conseguenti.

Il primo rilievo che ci sembra e dover sollevare al Dicastero della Salute è dunque quello di promuovere attività educazionali e informative, particolarmente rivolte alla popolazione anziana, magari attraverso i Centri anziani e di aggregazione sociale, e di indirizzare un invito pressante ai medici di famiglia al fine di recepire le più recenti acquisizioni scientifiche in materia, applicando

le linee guida che ne sono scaturite. Le pur commendevoli attività d'informazione e sensibilizzazione svolte dall'Associazione Alice Onlus, che si occupa con competenza del problema, non sono in grado di coprire il gap informativo di 12,5 milioni di anziani e di 40/50.000 medici.

Lo studio BASS (Berlin Acute Stroke Study) ribadisce la necessità di attivare azioni educazionali rivolte alla popolazione ma anche sollecitare i medici di famiglia all'applicazione delle linee guida, al fine di addivenire a diagnosi più puntuali di fibrillazione atriale e ad un sistematico trattamento, con farmaci antitrombotici, in anziani portatori di FA.

La carenza di pur elementari informazioni determina difficoltà nell'impostare qualunque politica di vigilanza e prevenzione, sia rivolta agli stili di vita che alla correzione farmacologica dei principali fattori di rischio; ma non basta. Per la specifica patologia in esame (come per l'infarto del miocardio) è necessario, non solo una diagnosi precoce ma anche un ricovero tempestivo, possibilmente in strutture ospedaliere specializzate nel trattamento di tale emergenza, applicando percorsi di cura predefiniti ed omogenei, che comprendano anche la continuità riabilitativa: strutture meglio note come "stroke unit" (S.U.).

Allo stato attuale solo il 22% dei pazienti affetti da ictus raggiunge il Pronto Soccorso entro le 3 ore dall'esordio della malattia e solo il 21% di essi ha consapevolezza della gravità dell'insulto. La pronta attivazione e la tempestiva risposta del sistema di emergenza territoriale "118" è essenziale in relazione alla trombolisi e ad altri interventi terapeutici che possono essere attuati in una ristretta finestra temporale.

Il trattamento fibrinolitico è tanto più efficace quanto più precocemente attuato e conseguentemente, i pazienti che giungono in ospedale entro 1 ora (the golden hour) hanno maggiori probabilità di ricevere la trombolisi (27,1%) rispetto a quelli che giungono tra 1 e 3 ore dopo (12,9%).

È inoltre interessante notare come soltanto nel 22% dei casi di "riconoscimento dello stroke" sia stata chiamata l'ambulanza prima di 1 ora.

È stato rilevato come, ai fini del trattamento trombolitico, la causa prima dell'allungamento del tempo "*door to needle*" è la scarsa consapevolezza, a li-

---

vello di popolazione generale, su “che cosa” sia un ictus, su come si manifesti e in quale misura esso si possa giovare di un arrivo in ospedale quanto più celere possibile. In tali casi, da “codice rosso”, i pazienti dovrebbero essere indirizzati immediatamente verso le S.U.

Queste strutture, dotate di personale sanitario specializzato ed in grado di affrontare l'emergenza ictus con un approccio coordinato e multidisciplinare, rappresentano ciò che le unità coronariche hanno rappresentato e rappresentano per la riduzione della mortalità da infarto.

L'avvio delle prime Stroke Unit, in Inghilterra e negli Stati Uniti, risale agli anni Sessanta, sull' esempio delle unità coronariche; oggi, a distanza di 50 anni, la letteratura scientifica, come sostenuto dalla metanalisi Cochrane (Stroke Unit Trialists' Collaboration) e confermato nella popolazione italiana dallo studio PROSIT, si sottolinea l'efficacia delle Stroke Unit nell'assistenza all'ictus acuto, in termini di ridotta mortalità e disabilità, con maggiore numero di pazienti dimessi vivi al domicilio. I dati dello studio Cochrane confermano che il trattamento in Stroke Unit, rispetto a un reparto non specializzato, riduce la mortalità (riduzione del rischio assoluto) del 3%, riduce la dipendenza del 5% e riduce l'istituzionalizzazione del 2%. Il beneficio si ha in tutti i tipi di pazienti, indipendentemente da sesso, età, sottotipo e gravità dell'ictus.

Semplificando: dall'analisi dei dati della letteratura, nelle S.U., si previene un caso di morte ogni 32 pazienti ricoverati, un paziente ogni 16 trattati torna al proprio domicilio e che 1 paziente ogni 18 recupera una piena efficienza.

L'efficacia dell'intervento comporta, inoltre, una riduzione delle giornate di degenza ed un risparmio in termini di occupazione di posti letto. Con una degenza media di 8,4 giorni in S.U., rispetto alla degenza media nazionale di 12,2 giorni per 129.200 ictus nel 2005 o di 10,4 giorni per 113.288 (dati preliminari 2008), si potrebbero risparmiare tra i 1.512 e i 621 letti.

Secondo i dati dello studio, meno del 10% degli ospedali è dotato di una Stroke Unit per cui l'offerta assistenziale all'ictus acuto risulta inadeguata mentre è assolutamente basso il numero dei pazienti con ictus ischemico che hanno

accesso alla terapia trombolitica. Ma solo l'8,5% delle nostre strutture sanitarie possiede le caratteristiche minime individuate per strutturare uno Stroke Center. Ne consegue che la terapia trombolitica non trova adeguata attuazione nel trattamento dell'Ictus: circa 600.000 trombolisi/anno corrispondenti allo 0,4% dei pazienti, decisamente inferiore al dato europeo che, nel 2008, vedeva una media di circa il 2% dei pazienti così trattati. (studio SITS-Most).

La Conferenza Stato-Regioni, con documento pubblicato sulla G.U. n. 50 del 2 Marzo 2005, detta le linee guida per una più omogenea normativa regionale: ma il documento non prevede alcun obbligo attuativo.

Il fabbisogno di queste strutture, su una popolazione di 60 milioni di abitanti, corrisponde a circa 50 posti letti per milione, in sintonia con quanto viene generalmente previsto nelle linee guida. L'obiettivo a lungo termine, dichiarato dal Ministero della Salute, è di sei S.U. di otto letti tra II e III livello per milione di abitanti. Questo può essere realizzato attraverso la riorganizzazione delle risorse sanitarie già impegnate nell'assistenza all'ictus, a partire dalle UO di Neurologia, ed attraverso la realizzazione di percorsi assistenziali e riabilitativi integrati. Ma ad oggi, mentre le Neurologie dimettono il 47,5% degli ictus, disponendo di 5.518 posti letti; le Medicine dimettono il 52,5% degli ictus, ma li trattano in 31.500 posti letto.

La Medicina surroga, pertanto, la Neurologia quando questa manca o quando i letti sono insufficienti, probabilmente validamente, ma, forse, sarebbe più proficuo per il paziente con ictus essere curato in un reparto di Neurologia, così come l'infarto del miocardio è seguito in Medicina solo quando manca la Cardiologia. Ma i letti di Cardiologia in Italia sono 6.528 più 2.572 di Unità Coronarica, pur essendo l'infarto miocardico acuto meno frequente dell'ictus (114.632 casi per anno). (*dati quaderno del Ministero della Salute n. 2, Marzo-Aprile 2010*).

In Italia, nonostante il numero di Stroke Unit sia più che raddoppiato negli ultimi quattro anni, la situazione non è omogenea: su 141 Stroke Unit, 95 sono al Nord e solo 15 al Sud, non garantendo, quindi, a tutti i cittadini l'accesso



---

allo stesso tipo di cure su tutto il territorio nazionale. Infatti, al Nord c'è una Stroke Unit ogni 290 mila abitanti, 1 ogni 383 mila al Centro , 1 ogni 945 al Sud. In totale 141.

### **Box 3 - Distribuzione Stroke Unit sul territorio nazionale.**

- 1 Stroke Unit ogni 290.194 abitanti in Italia Settentrionale
- 1 Stroke Unit ogni 383.087 abitanti in Italia Centrale
- 1 Stroke Unit ogni 944.677 abitanti in Italia Meridionale

\* dati Istat 2010

Tab. 5 - Stroke Unit in Italia.

Regioni	Stroke Unit
Piemonte	17
Valle d'Aosta	1
Lombardia	31
Liguria	2
Trentino A.A.	21
Veneto	3
Friuli V. Giulia	6
Emilia Romagna	14
Toscana	13
Umbria	4
Marche	4
Lazio	7
Abruzzo	4
Molise	1
Campania	2
Puglia	3
Basilicata	-
Calabria	2
Sicilia	4
Sardegna	2
<b>Italia</b>	<b>141</b>

Fonte: Alice Onlus, Associazione per la lotta all'ictus cerebrale

---

Come già evidenziato, il trattamento fibrinolitico per via venosa è tanto più efficace quanto più precocemente attuato ed i pazienti che giungono in ospedale entro 1 ora (*the golden hour*) hanno maggiori probabilità di ricevere la trombolisi (27,1%) rispetto a quelli che giungono tra 1 e 3 ore dopo (12,9%).

In caso di ricovero per un TIA, la rapida attuazione di una terapia farmacologica antiaggregante, l'impiego di terapia anticoagulante nei casi di patogenesi presumibilmente embolica, l'uso di statine in prevenzione secondaria e l'inizio di un'adeguata terapia antipertensiva sono efficaci nel ridurre il rischio di ictus ischemico.

A tale scopo è necessario prevedere percorsi diagnostici "urgenti" che garantiscano l'effettuazione di tutte le indagini necessarie all'individuazione dei fattori causali del TIA, e quindi del rischio di stroke, correggibili in quel dato paziente. Due gli elementi cardine del problema TIA: il tempo (con esecuzione tempestiva e qualificata delle indagini e dei relativi trattamenti necessari) e il costo economico (con evidente riduzione del numero delle degenze e della loro durata, oltre che con un significativo incremento del numero degli stroke evitati). Tali vantaggiosi risultati sono ancora più evidenti nelle SU, strutture organizzate in grado di applicare, anche nel TIA, protocolli di intervento codificati e condivisi su tutto il territorio nazionale.

Ciò è importante, per altro, non solo nel trattamento acuto con trombolisi, ma anche nella fase di post-acuzie per la prevenzione ed la cura delle più frequenti complicanze: ipertermia, ipertensione, infezioni dell'apparato urinario, ipossia e monitoraggio del deficit neurologico. Un controllo ed un trattamento non adeguato di dette complicanze incide sulla mortalità e sulle disabilità residue. Quanto fin qui esposto, sinteticamente, ci sottolinea come, allo stato attuale delle conoscenze, per affrontare correttamente questa così grave patologia sia necessaria una diffusa e puntuale informazione, una rapidità di soccorso e strutture sanitarie specifiche ed opportunamente organizzate. Ma, questi aspetti appaiono ancora carenti in modo preoccupante: insufficienti le informazioni alla popolazione a rischio ed ai medici di famiglia, stroke unit numericamente insufficienti e disomogenicamente dislocate sul territorio.

Alla fase del trattamento dell'evento acuto e della gestione delle complicanze dello stroke, deve rapidamente seguire una fase di riabilitazione che conduca non solo al recupero delle abilità compromesse ma anche al raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i pazienti sopravvissuti, con particolare attenzione alle problematiche psicosociali che questa patologia comporta. La continuità assistenziale nella riabilitazione del paziente con stroke deve essere puntuale e vedere coinvolte tutte le strutture che costituiscono il cosiddetto *"health care continuum"*, ovvero Pronto Soccorso, Stroke Unit (SU), reparti di riabilitazione post-acuzie e lungodegenza. La pianificazione dell'iter riabilitativo, non deve solo essere tempestiva ed inserire il paziente in un percorso che assicuri il migliore trattamento in ogni fase della riabilitazione, ma essere anche in grado di evitare dimissioni precoci (in ragione dei costi economici di ricoveri prolungati in reparti specialistici ad alta intensità di cura).

I pazienti avviati ad un istituto di riabilitazione dovrebbero essere scrinati in accordo con le raccomandazioni delle linee guida post-ictus dell'*Agency for Health Care Policy and Research*.

Gli ospedali che non dispongono di Stroke Unit (SU) e non hanno propri reparti di riabilitazione dovranno avviare i pazienti dimessi presso strutture convenzionate esterne che garantiscano, per specializzazione e competenza, le particolari necessità riabilitative dei pazienti ed il controllo sull'efficacia dei trattamenti internistici prescritti.

Al riguardo, risulta imprescindibile il coinvolgimento dei familiari o *caregivers* nel processo di riabilitazione e l'informazione completa riguardo lo stroke, le sue conseguenze, le possibilità di recupero e i servizi disponibili sul territorio. La riduzione dei Centri di riabilitazione pubblici e convenzionati, a causa dei tagli alle spese sanitarie, è una clamorosa incongruenza rispetto alle crescenti necessità di riabilitazione di una popolazione sempre più vecchia e sempre più bisognosa di tali strutture.

---

## Bibliografia

Inserto Salute Sole 24ore 2011; *Ictus cerebrale: i costi sociali e i bisogni assistenziali*.

Ovbiagele B et al. Neurology 2011; *Presence of baseline prehypertension and risk of incident stroke: a meta-analysis*.

Doxa pharma; *Ipertensione 2011*.

C. H. Nolte, G. I. Jungehueling et al; *The Berlin Acute Stroke Study - weak points and options to improve the management of patients with acute stroke*.

Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct; *Organized inpatient (stroke unit) care for stroke*.

Conferenza Stato-Regioni, documento pubblicato sulla G.U. n. 50 del 2 Marzo 2005.

Quaderno del Ministero della Salute n. 2, Marzo-Aprile 2010.

Alice Italia Onlus, Associazione per la lotta all'ictus cerebrale, Università di Firenze e Censis 2010.

## Gli interventi terapeutici e di prevenzione

Il trattamento con farmaci anticoagulanti nei casi di probabili quadri embolici, il trattamento con antiaggreganti in quadri aterotrombotici, l'uso di statine ed antipertensivi, sono gli strumenti che risultano più efficaci per un trattamento di prevenzione primaria nei soggetti a rischio e per ridurre il rischio di recidive di ictus ischemico e/o TIA.

In particolare, la terapia anticoagulante per via orale costituisce un trattamento di grande importanza per la cura e la prevenzione delle malattie tromboemboliche in pazienti con Fibrillazione Atriale non Valvolare.

I farmaci più usati sono gli antagonisti della Vitamina K, come il Warfarin. Questo farmaco si è dimostrato efficace nel prevenire stroke ed embolie venose, ma si caratterizza per una scarsa maneggevolezza dovuta ad un aumento del rischio di emorragie e ad un ristretto margine terapeutico che obbliga il paziente a costanti controlli clinici e di laboratorio.

Inoltre, il Warfarin può interagire con numerosi farmaci (gli anziani sono spesso sottoposti a politerapie), che ne modificano l'assorbimento e l'efficacia o il suo assorbimento può variare in funzione della dieta assunta dal paziente. Anche questi aspetti concorrono a determinare ripetuti controlli e conseguenti aggiustamenti dei dosaggi. In sostanza, si deve parlare di dosi individuali e, anche queste, spesso variabili per le ragioni su esposte.

Queste "criticità terapeutiche" riducono, nei fatti, l'adesione dei malati alla terapia e nei medici di famiglia la dovuta attenzione al trattamento somministrato. Ne consegue che, poco più del 50% dei pazienti riceve le prescrizioni opportune e solo il 25% si può ritenere coperto con un corretto trattamento farmacologico.

Anche per i pazienti ad alto rischio, come gli anziani portatori di fibrillazione atriale, il dato di prescrizione ed adesione alla terapia risulta scoraggiante,

---

come rilevato anche da una recente revisione della letteratura apparsa sull' *American Journal of Medicine* del 2010.

Tali complessità hanno condotto alla attivazione di una serie di laboratori di controllo - i così detti Centri TAO o Centri per la TAO - nei quali vengono indirizzati i pazienti, in terapia anticoagulante, per essere sottoposti periodicamente ad un test di laboratorio (tempo di protrombina con risultato espresso in INR, International Normalized Ratio) volto a regolare la dose giornaliera di farmaco per mantenere il livello di attività anticoagulante in un range ottimale. Con la terapia anticoagulante orale è necessario, infatti, mantenere la capacità di coagulazione del sangue in un range ristretto per ridurre il rischio di ictus ed embolie sistemiche da una parte e il rischio di emorragie gravi dall'altra.

Tali controlli vengono effettuati, in media, 1,5 volte al mese ma, sovente, anche due/tre volte al mese.

Compito di questi Centri è quello di gestire tutti gli aspetti connessi al trattamento di pazienti in terapia anticoagulante: controllo dei livelli di farmaco e sua efficacia, aggiustamenti posologici, verifica di eventuali complicanze ed effetti indesiderati, compliance, informazione ai pazienti ed ai *caregivers*.

Al riguardo è imprescindibile la collaborazione attiva con gli specialisti di riferimento e con i medici di famiglia che debbono periodicamente prescrivere i test Pt-Inr.

Sulla base dei dati del 2009, reperiti attraverso un'indagine sulle varie organizzazioni che associano queste strutture, in Italia risultano attivi 359 Centri TAO, la maggior parte dei quali associati alla "Federazione centri per la diagnosi della trombosi e sorveglianza delle terapie antitrombotiche" (Fcsa) che stabilisce gli standard qualitativi ed organizzativi per l'inserimento dei centri in tale organismo.

Anche in questo caso, come per i Centri Stroke, la loro dislocazione territoriale risulta non omogenea e con una grande variabilità rispetto al bacino d'utenza potenziale; altro elemento di diversificazione è dato dalla variabilità della struttura organizzativa e dalla dipendenza da unità operative diverse (medicina di laboratorio, cardiologia, medicina generale, DEA, Pronto Soccorso, ecc.).

Tab. 6 - Centri per la Tao in Italia.

Regioni	Centri Tao	Popolazione di 50 anni e più	Popolazione 50+ media per centro
Piemonte	28	1.881.663	67.202
Valle d'Aosta	0	50.891	-
Lombardia	65	3.783.452	58.207
Liguria	12	755.783	62.982
Trentino A.A.	6	367.902	61.317
Veneto	23	1.874.707	81.509
Friuli V. Giulia	0	531.716	-
Emilia Romagna	25	1.793.499	71.740
Toscana	16	1.586.296	99.144
Umbria	7	376.517	53.788
Marche	6	644.442	107.407
Lazio	35	2.163.873	61.825
Abruzzo	15	533.050	35.537
Molise	2	130.675	-
Campania	36	1.927.801	53.550
Puglia	33	1.482.559	44.926
Basilicata	3	226.315	75.438
Calabria	14	737.054	52.647
Sicilia	15	1.826.383	121.759
Sardegna	11	645.595	58.690
<b>Italia</b>	<b>352</b>	<b>23.320.173</b>	<b>66.250</b>

Fonte: Il Sole 24ore Sanità. I Quaderni di Medicina. Marzo 2011.



---

Alla già difficile attuazione dei protocolli terapeutici si aggiungono, dunque, le difficoltà determinate, per una consistente parte della popolazione a rischio, dalla presenza o meno sul territorio dei Centri TAO che, di fatto, seguono poco più del 20% dei pazienti.

In tali condizioni, moltissimi i pazienti che non possono avere l'assistenza di un Centro di sorveglianza, a causa della lontananza del luogo di residenza dallo stesso, della impossibilità fisica a raggiungerlo, ovvero per il sovraffollamento della struttura l'impossibilitata a ricevere nuovi pazienti, con ciò determinando gravi disagi logistici ma anche la lievitazione dei costi economici e sociali.

Per non parlare della qualità della vita dei pazienti e dei *caregivers*!

Per dare un'idea di queste complicazioni e quanto sia importante per un paziente anziano essere adeguatamente seguito ed indirizzato, riferiamo le risultanze di uno studio (Degli Esposti et al. 2011) dal quale risulta che solo il 60% dei pazienti con un alto grado di aderenza alla terapia (>90%) si trova nel range terapeutico ottimale.

Peraltro, lo stesso Autore, analizzando per un anno un gruppo di pazienti con fibrillazione atriale, rilevava che solamente il 47,9% dei pazienti mai trattati con anticoagulanti antagonisti della Vitamina K (Warfarin), e il 56,3% di quelli trattati con VKA, risultavano nel range terapeutico ottimale (INR tra 2,0 e 3,0).

Dallo studio è emerso, inoltre, che solo una minima percentuale della popolazione è trattata adeguatamente, dal momento che l'aderenza al trattamento è bassa sia per i pazienti mai trattati, sia per quelli trattati, anche se per questi ultimi l'aderenza è maggiore:

- solo il 15,4% dei pazienti *mai trattati* mostra un tasso di aderenza alla terapia superiore al 90%; di questi, il 57,8% si trova nel range terapeutico ottimale (INR 2-3);

- solo il 23,2% dei pazienti trattati aderisce alla terapia con un tasso superiore al 90%; di questi, il 60% è nel range terapeutico ottimale
- I dati evidenziano, dunque, la difficoltà del sistema assistenziale nel tenere sotto adeguato controllo i pazienti sottoposti a trattamento con anticoagulanti orali in generale ed in quelli portatori di fibrillazione atriale, ad alto rischio ictus come sono gli anziani, in particolare.

## Bibliografia

*American Journal of Medicine*. Volume 123 May 2010.

Il Sole 24ore Sanità marzo 2011; *I Quaderni di Medicina*.

Degli Esposti L. et al. 2011; *Farmacoeconomia e percorsi terapeutici*.

---

## La ricerca farmacologica e le nuove possibilità di trattamento

La difficile gestibilità del trattamento anticoagulante con Warfarin, il conseguente costo dei Centri TAO, la sistematicità dei controlli laboratoristici necessari, ecc., comportano limitazioni che impongono la ricerca di alternative più sicure, maneggevoli ed economicamente convenienti.

La ricerca farmaceutica, particolarmente complessa e costosa in questo campo, negli ultimi anni ha prodotto innovative soluzioni. Due sono le classi di farmaci di più recente sviluppo: inibitori diretti della trombina ed inibitori diretti del Fattore Xa.

Sia la trombina (fattore IIa) che il Fattore Xa sono enzimi coinvolti nella cascata della coagulazione che è il processo per il quale si origina l'evento trombotico; pertanto l'inibizione di tali fattori determina una riduzione nella formazione di trombi.

Per la prevenzione dell'ictus in pazienti con Fibrillazione atriale non valvolare, in ordine di approvazione da parte delle Autorità Regolatorie, in Europa sono già in commercio Dabigatran (inibitore diretto della trombina), Rivaroxaban e Apixaban (inibitori del fattore Xa).

Altri farmaci sono ancora in fase di studio e saranno necessari ancora alcuni anni prima della loro sperimentazione sull'uomo.

Anche nel campo degli antiaggreganti piastrinici sono proposti nuovi inibitori dell'Adp ad attività diretta, come il ticagrelor - farmaco non tienopiridinico che si lega in modo reversibile al recettore piastrinico P2Y<sub>12</sub> - ed il cangrelor, un analogo del ticagrelor per uso endovenoso.

Sono infine in sviluppo inibitori per il recettore della trombina (PAR-1), quali lo SCH53048, nuovi inibitori del recettore del trombossano come il terutroban, mentre sono ancora in fase di studio preliminare gli inibitori della fosfodiesterasi 3 e si potrebbe proseguire con una nutrita schiera di farmaci che, a vari livelli, sono ancora in fase di sperimentazione.

Nel mondo della ricerca, insomma, si stanno dispiegando ingenti risorse per offrire farmaci efficaci e maneggevoli in grado, non solo di offrire migliori risultati sul piano della risposta terapeutica e dei risultati clinici, ma anche in grado di migliorare la compliance dei pazienti.

Per altro, è recente la notizia proveniente dalla Glasgow University (Scozia), secondo la quale è stata avviata la prima sperimentazione clinica al mondo di cellule staminali sull'uomo per il trattamento di ictus cerebrale, ora già in grado di passare alla sua fase successiva.

La sperimentazione, ad opera di una équipe della Glasgow University condotta dal Prof. Keith Muir, ha verificato che, nei primi tre pazienti sottoposti al trattamento con le cellule staminali iniettate nel cervello, non vi è stato alcun effetto negativo. I pazienti, peraltro, hanno ricevuto dosi molto basse di cellule staminali per testare la sicurezza della procedura.

Ora saranno somministrate dosi progressivamente crescenti ad un massimo di nove pazienti - ancora una volta principalmente per valutare la sicurezza della terapia - ma i medici utilizzeranno questo studio clinico per valutare anche l'efficacia del trattamento nelle successive prove, che inizieranno non prima di 18 mesi. Lo studio in questione apre la strada a una sperimentazione su scala più vasta.

La speranza della ricerca in uno stadio così avanzato è che le cellule staminali aiutino a riparare il tessuto danneggiato del cervello.

Nel panorama dei farmaci già disponibili in Europa e prossimamente anche in Italia per la prevenzione dell'ictus, appare molto interessante ed innovativo il dabigatran etexilato (nome commerciale Pradaxa®) che, come già detto in precedenza, è un inibitore diretto della trombina.

Dabigatran etexilato è un profarmaco che, dopo somministrazione orale, è rapidamente assorbito e convertito in dabigatran mediante idrolisi catalizzata da esterasi nel plasma e nel fegato.

Poiché la trombina consente la conversione del fibrinogeno in fibrina nella cascata della coagulazione, la sua inibizione previene la formazione di trombi.

---

Dabigatran inibisce sia la trombina libera che la trombina legata a fibrina e l'aggregazione delle piastrine indotta dalla trombina.

Le indicazioni terapeutiche di Pradaxa® attualmente approvate da EMA (European Medicine Agency) sono le seguenti:

- ✓ Prevenzione primaria di episodi tromboembolici in pazienti adulti sottoposti a chirurgia sostitutiva elettiva totale dell'anca o del ginocchio.
- ✓ Prevenzione di ictus e embolia sistemica in pazienti adulti con fibrillazione atriale non valvolare con uno o più dei seguenti fattori di rischio:
  - Precedente ictus, attacco ischemico transitorio o embolia sistemica (ES)
  - Frazione di eiezione del ventricolo sinistro <40%
  - Insufficienza cardiaca sintomatica, ≥ Classe 2 della classificazione della New York Heart Association (NYHA)
  - Età ≥75 anni
  - Età ≥65 anni associata con una delle seguenti condizioni: diabete mellito, coronaropatia o ipertensione.

Il principale studio registrativo (studio RE-LY® con 18113 pazienti arruolati) che ha confrontato Dabigatran rispetto a Warfarin ben controllato, ha dimostrato una maggiore efficacia terapeutica del nuovo farmaco con significativa riduzione dell'ictus ischemico oltre che dell'ictus emorragico, associata ad un miglior profilo di sicurezza in termini di significativa riduzione dei sanguinamenti totali e delle emorragie intracraniche.

Importante risulta anche l'assunzione a dose fissa del farmaco ed un profilo farmacologico prevedibile e riproducibile che non necessita di un monitoraggio laboratoristico routinario.

In Italia, Pradaxa® è ammesso alla rimborsabilità da parte del SSN per la prima indicazione ma, tra gli ultimi Paesi in Europa, non ancora per l'indicazione relativa alla prevenzione dell'ictus.

I farmaci innovativi, infatti, hanno generalmente un costo più elevato rispetto alle terapie in atto e le risorse, già scarse per rispondere ai crescenti bisogni di

salute legati alla longevità di massa, possono essere non sufficienti a coprire i maggiori costi derivanti dall'introduzione di nuovi farmaci, specie se indirizzati al trattamento di patologie molto diffuse.

In particolare, il problema di cui parliamo, è stato il principale limite all'introduzione, negli ultimi venti anni, di nuove terapie antitrombotiche e della loro fruizione da parte di tutti i pazienti ed in tutte le regioni.

Altro limite sostanziale è rappresentato dal prendere in considerazione solo il valore assoluto del farmaco o della terapia e non il rapporto costi/benefici.

Tipico è il distinguere comparti di spesa sanitaria dal sociale, mentre, come nei casi di ictus e disabilità, tali capitoli di spesa convergono sullo stesso paziente e, in più, dovrebbero essere considerati anche gli importi previdenziali.

Nel caso di cui parliamo, ad esempio, il SSN spende 3.700.000.000 € per gli ictus e, fra questi, 555.000.000 € sono ascrivibili a quelli provocati da FA. Ogni singolo ictus costa circa € 18.500.

Lucioni et coll. ha pubblicato, nello scorso anno, la seguente tabella di stima dei costi:

**Tab. 7 - Ricovero, recupero e trattamento del paziente dalla dimissione alla fine del trimestre.**

Ictus fatale	€ 4.000,00
Ictus lieve	€ 9.350,00
Ictus moderato	€ 14.500,00
Ictus grave	€ 27.500,00

Fonte: Lucioni et coll.

Ne consegue che se una terapia, per quanto costosa, evita anche un solo ictus, il risparmio medio diretto per il SSN è, appunto, di € 18.500. Ma, ragionando ancora con il solo “portafoglio”, a quanto assommano i costi indiretti?

---

Lo studio “ I costi sociali ed i bisogni assistenziali dei malati di ictus cerebrale”  
- Il Sole24ore Sanità - Settembre 2011 - segnala che, escludendo i costi a carico del SSN, i costi diretti assommano a 23.739,91 €, di cui il 78,8% a carico delle famiglie, e che il costo medio a carico queste ultime e della collettività è stimabile in circa 30.000 €/anno.

**Tab. 8 - Costo medio annuo per paziente affetto da ictus, 2010 (valore in Euro e var. %).**

	Quota famiglia	
	V.a.	% sul tot. di costo famiglie
<b>Costi diretti</b>	<b>6.370,65</b>	<b>21,2</b>
- Assistenza domiciliare formale	81,11	0,3
- Assistenza domiciliare informale	4.188,06	13,9
<i>di cui:</i>		
- assistenza domiciliare informale-badante principale	3.477,57	11,5
- assistenza informale-altra badante/compagnia e pagamento	124,81	0,4
- assistenza informale-collaboratore domestico-colf	585,69	1,9
- Assistenza formale infermieri	151,27	0,5
- Spese per ricoveri in strutture riabilitative o Rsa	140,71	0,5
- Spese per terapia riabilitativa (compresi eventuali costi di trasporto)	290,01	1,0
- Spesa farmacologica	373,99	1,2
<i>di cui:</i>		
- farmaci specifici	147,96	0,5
- farmaci non specifici	226,03	0,8
- Spesa per analisi e visite (compresi gli eventuali costi di trasporto)	170,18	0,6
- Spese per attrezzature e ausili meccanici	198,86	0,7
<b>Totale voci di spesa</b>	<b>5.594,20</b>	<b>18,6</b>
- Spese per le modifiche dell'abitazione	776,46	2,6
<b>Costi indiretti</b>	<b>23.739,91</b>	<b>78,8</b>
- Mancati redditi da lavoro dei pazienti	7.893,88	26,2
<i>di cui:</i>		
- per perdita di lavoro	6.478,12	21,5
- per riduzione orario	1.415,76	4,7
- Assistenza prestata dai caregiver	15.846,03	52,6
<i>di cui:</i>		
- per perdita di lavoro	1.718,69	5,7
- per riduzione orario	4.189,95	13,9
- monetizzazione ore di assistenza/sorveglianza prestata	9.937,39	33,0
<b>TOTALE</b>	<b>30.110,56</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Indagine A.L.I.Ce Italia Onlus, Università di Firenze e Censis 2010.



---

Considerando la prevalenza dell'età avanzata dei soggetti colpiti, la significativa riduzione delle abilità e della autosufficienza, la frequente solitudine, spesso dovuta a condizioni di vedovanza o alla coabitazione con altro soggetto parimenti anziano, fa ricadere l'assistenza sui parenti più prossimi o sulle istituzioni. Ne deriva che, proprio per questi soggetti, cresca la richiesta di istituzionalizzazione cui le amministrazioni difficilmente riescono a fare fronte. Non è infrequente il caso in cui, familiari più prossimi, si facciano carico dei costi di badanti o ricoverino il congiunto in strutture a pagamento ovvero, come le statistiche ci informano, familiari, spesso di sesso femminile, smettano di lavorare per rispondere alle esigenze assistenziali del parente.

Talvolta, una famiglia con un componente colpito da ictus, per via dei costi di assistenza che deve sostenere, entra nella così detta fascia di povertà.

L'Ictus è però una “catastrofe prevenibile e curabile”, come la Task Force Internazionale per lo Stroke ha definito questa patologia acuta, ma necessità di una strategia multifattoriale nella quale coinvolgere tutti i soggetti a rischio, tramite un'adeguata informazione, una maggiore attenzione degli operatori sanitari per una individuazione e correzione dei fattori di rischio ma anche per una diagnosi puntuale; un'organizzazione sanitaria, infine, che renda la rete delle Stroke Units e delle TAO più diffusa e meglio distribuita sul territorio ed una continuità assistenziale che conduca alla riabilitazione ed all'assistenza sociale attraverso un percorso assistito e codificato, nel rispetto delle linee guida. In ultimo, ma non ultimo, l'auspicio per un più rapido accesso alle terapie farmacologiche innovative, in quanto in grado di modificare significativamente, non solo l'entità degli eventi infausti o invalidanti, ma anche l'entità delle risorse pubbliche e private che tale patologia già assorbe e che, senza correttivi, molto di più assorbirà nel prossimo futuro.

Il futuro è sempre una sfida ma, come ogni sfida, si vince con politiche avvedute e lungimiranti che sappiano progettare il futuro e non amministrare solo il presente.

## Bibliografia

Summary of Product Characteristics PRADAXA® - EMA; *Last review* 30<sup>th</sup> of August 2012.

Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S et al. N Engl J Med 2009. 361(12):1139-51; *Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation.*

Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S. et al. N Engl J Med 2010; 363(19):1875-76. *Newly identified events in the RE-LY® trial.*

Il Sole24ore Sanità - Settembre 2011; *I costi sociali ed i bisogni assistenziali dei malati di ictus cerebrale.*

Indagine Alice Italia Onlus, Università di Firenze e Censis 2010.

Lucioni et al. 2010; *Valutazione economica del trattamento con alteplase di pazienti con ictus ischemico in fase acuta, con riferimento all'Italia.*

# Lo scenario invecchiamento

In Europa 1 persona su 5 ha più di 60 anni. Entro il 2050 il numero delle persone oltre i 65 anni d'età crescerà del 70%, quello delle persone oltre gli 80 del 170%. Attualmente in alcuni paesi sviluppati, la percentuale delle persone anziane è già di una su quattro; durante la prima metà del 21° secolo sarà quasi di una su due.

In Italia, al 1° gennaio 2010, le persone con 65 anni e più rappresentavano il 20,2% della popolazione (erano il 18,1% nel 2000), mentre i minorenni erano soltanto il 16,9% (17,5% nel 2000). I giovani fino a 14 anni erano il 14% (14,3% nel 2000) e la popolazione in età attiva (15-64 anni) pari al 65,8% (67,6% nel 2000). I residenti risultano avere in media 43,2 anni, circa due in più rispetto a dieci anni prima.

Il numero degli anziani che hanno superato la soglia dei 100 anni continua ad aumentare e solo negli ultimi 10 anni si è triplicato. Nel 1900 in Italia erano solo 40, oggi sono 16 mila e il 45% è ancora autonomo. La Sardegna è la terra con più centenari al mondo.

**Tab. 1 - Composizione per classi di età, età media, indici di vecchiaia e di dipendenza della popolazione italiana (anni 1951-2051).**

ANNI	COMPOSIZIONE % PER CLASSI DI ETÀ			Età media	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza
	0/14 anni	15/64 anni	Da 65 anni e più			
<b>TOTALE POPOLAZIONE</b>						
Censimento 1951	26,1	65,7	8,2	32	28	52,3
Censimento 1961	24,5	66	9,5	33,7	38,9	51,6
Censimento 1971	24,4	64,3	11,3	34,8	46,1	55,5
Censimento 1981	21,5	54,3	13,2	36,3	61,7	53,1
Censimento 1991	15,9	68,8	15,3	39,1	96,6	45,3
Censimento 2001	14,2	67,1	18,7	41,4	131,4	49
Previsioni 2021	12,7	63,4	23,9	45,7	188,9	57,7
Previsioni 2051	11,4	65,3	34,3	50,1	325,1	82,7

Fonte: Rapporto Nazionale sulle Condizioni ed il Pensiero degli Anziani: una società diversa - 2009. Ageing Society Osservatorio Terza Età, INRCA, Federsanità Anci.

È fuori dubbio ormai che la longevità sia un fenomeno inarrestabile ed in crescita in quasi tutti i Paesi del mondo.

Al 1° gennaio 2009 l'Istat segnala in Italia 143 anziani (più di 65 anni) ogni 100 giovani (meno di 15 anni) quando l'indice di vecchiaia medio in Europa è però di 108,6. Solo la Germania presenta un indice di vecchiaia più alto, mentre in Irlanda il rapporto è 53 anziani ogni 100 giovani ed in Francia 88 anziani ogni 100 giovani.

La regione d'Italia più anziana è la Liguria (indice di vecchiaia 236), la più giovane la Campania, unica sotto il 100.

Le province con tasso di vecchiaia più elevato sono Trieste, Savona, Ferrara, Genova e La Spezia. Quella di Napoli è la provincia con il rapporto più basso (81,2) e quindi la maggiore presenza di giovani sotto i 15 anni, seguita da Caserta, Crotone, Catania e Bolzano.

Molti meno anziani, in generale, vivono nel Mezzogiorno: il suo indice di vecchiaia è 118,3 contro 158,4 del Centro-Nord. Ma il Mezzogiorno vede invecchiare la sua popolazione più di quella del Centro Nord, che pure a sua volta vede aumentare nel tempo l'indice di invecchiamento. In quattro regioni però, e ci riferiamo a Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Liguria, tra 2002 e 2009 l'indice di invecchiamento è calato.

Secondo le stime del 2008 la vita media degli italiani è di 84 anni per le donne e sfiora i 79 anni per gli uomini. Siamo ai primi posti nell'Unione europea. Ma l'Italia si colloca anche tra i paesi a bassa fecondità: 1,41 figli per donna nel 2008 che pur rappresentano il livello più alto registrato degli ultimi 10 anni. Quindi, l'aspettativa di vita cresce, al ritmo di un anno ogni decennio; l'età massima finora raggiunta e fedelmente documentata è di 126 anni e 3 mesi, di J. Calment, francese.

La domanda chiave è se l'aumento della aspettativa di vita sia accompagnato da un contemporaneo ritardo nella comparsa della disabilità e delle limitazioni funzionali. La risposta è ancora incerta, ma la ricerca suggerisce che i processi di invecchiamento siano modificabili e che la gente vivrà più a lungo senza grave disabilità.

---

Alle osservazioni del Gruppo di lavoro di Vaupel (uno dei più autorevoli studiosi dell'invecchiamento) apparse nell'ottobre 2009 su Lancet, ha fatto seguito uno studio di Sanderson e Scherbov, edito su Science del settembre del 2010, che conferma l'ipotesi di Vaupel: "l'invecchiamento rallenta il passo e i Servizi sanitari possono tirare un sospiro di sollievo: chi temeva che rischiassero il collasso sotto il peso di un numero sempre crescente di anziani bisognosi di assistenza potrebbe ricredersi: la speranza di vita media aumenta, ma con essa migliora anche la salute degli anziani".

Per questo, spiegano i ricercatori dell'International Institute for Applied Systems Analysis di Vienna insieme allo statunitense Stony Brook University di New York, i costi sulle casse dei Servizi Sanitari vanno rifatti, riazzerati e calcolati nuovamente perché le stime attuali appaiono troppo pessimistiche."

Il peso economico della spesa sanitaria si sposterà sempre più dal trattamento delle emergenze a quello delle cronicità.

Lo studio non utilizza più il dato anagrafico, ma si basa su quello che viene definito "Rapporto di dipendenza per disabilità negli adulti (ADDR)", il rapporto, cioè, fra quanti hanno bisogno di assistenza e quanti sono invece in grado di provvedere a loro stessi a quella età (rapporto fra il numero di soggetti adulti, di almeno 20 anni, con disabilità e quello di adulti, come sopra, senza disabilità). Così facendo, la velocità di invecchiamento si riduce molto rispetto a quanto stimato con il modello standard.

Il metodo di calcolo è stato reso possibile, per i Paesi dell'Ocse, grazie ai dati forniti recentemente dall'European Union Statistics on Income and Living Conditions Survey (EU-SILC), in cui la disabilità è basata sulla limitazione della motilità. Gli stessi AA. avevano già sostituito il vecchio metodo di calcolo, fatto mediante l'impiego dell'età anagrafica (che, di per sé, non è più rispondente allo scopo) con uno che tiene in considerazione la durata della aspettativa di vita; questa, infatti, è il prodotto dell'allungamento della longevità e può essere adottata con maggiore significatività della mera età anagrafica (POADR prospective old age dependancy ratio). Con tale metodologia è già possibile rilevare un rallentamento dell'invecchiamento nei confronti dei risul-

tati ottenibili mediante il calcolo tradizionale (solo età anagrafica OADR old age dependancy ratio).

L'invecchiamento delle popolazioni sarà certo motivo di molte sfide nei prossimi anni; ma non c'è motivo di esasperarne le attese con iniziative emotive o sbagliate. È possibile programmare e governare gli scenari futuri anche in considerazione del fatto che le persone che godono di una vita più lunga finanzieranno, allungando la stagione lavorativa, parte dei loro anni aggiuntivi.

È abbastanza agevole riconoscere le principali cause che già oggi hanno operato ed operano a vantaggio delle popolazioni, con conseguente effetto sulla longevità e sullo stato di salute. Sono interventi di igiene, medicina preventiva, diagnosi precoce e terapie capaci di favorire lo stato di salute, di produrre la guarigione di molte malattie od almeno di ridurre l'entità dei danni da esse provocate. Alcuni ricercatori stimano, ad esempio, che la sola innovazione farmaceutica è stata in grado di accelerare il processo della longevità di massa per oltre il 50%. In altre parole, la durata della vita è aumentata, ma si è contemporaneamente allungato (protratto) anche lo stato di buona salute del singolo. Tutto questo dovrebbe proseguire anche perché restano ancora notevoli spazi di miglioramento delle condizioni di salute delle popolazioni e, conseguentemente, della longevità.

Ci riferiamo alla diffusione, sempre maggiore, della conoscenza delle regole concernenti lo stile di vita capaci di ridurre i danni dall'uso di droghe, fumo, eccesso alimentare (che costituiscono oggi un notevole limite al benessere delle popolazioni). E anche ai continui progressi della medicina e della chirurgia e, in particolare, nella terapia sostitutiva (trapianti, impiego di cellule staminali, produzione di protesi di qualità) per tacere di altre innovazioni di carattere genetico, possibili ma improbabili in tempi brevi, che potrebbero trasformare ancor più la piramide per età nello stesso senso visto finora.

Il punto d'arrivo abbastanza prossimo è una società molto diversa da quella attuale, nella quale sarà presente una quota di anziani (oltre 65 anni) molto rilevante, con un alto e crescente" indice di dipendenza degli anziani" (n° di

---

anziani ogni 100 persone in età attiva) ed un basso e costante analogo “indice di dipendenza dei giovani” (n° di giovani ogni 100 persone in età attiva); con riflessi negativi di carattere economico (incidenza doppia della spesa sul PIL, e analogo maggior peso sul costo del Servizio sanitario).

“ Una società più lenta, più difficile da gestire, più riflessiva, ma non necessariamente peggiore di quella attuale, soprattutto se sapremo affrontare ciò che sarà diverso con nuovi orientamenti e nuovi atteggiamenti” (Blangiardo - forum Ambrosetti 2008 su terza economia). Blangiardo propone, molto opportunamente, di cambiare la definizione dell’anziano da colui che ha raggiunto 65 anni a colui che ha ancora mediamente la stessa aspettativa di vita, come oggi dopo i 65 anni: se la soglia di ingresso nella anzianità passasse da 65 a 75 anni (che è l’età analoga ai 65 di alcuni decenni fa, sulla base della aspettativa di vita), si “sgonfierebbe” il fenomeno dell’invecchiamento demografico, con riflessi automatici sul pensiero dominante della popolazione e dei media. Sarebbe indubbiamente un primo, utile intervento di carattere mediatico con effetti psicologici rilevanti sul comportamento della società.

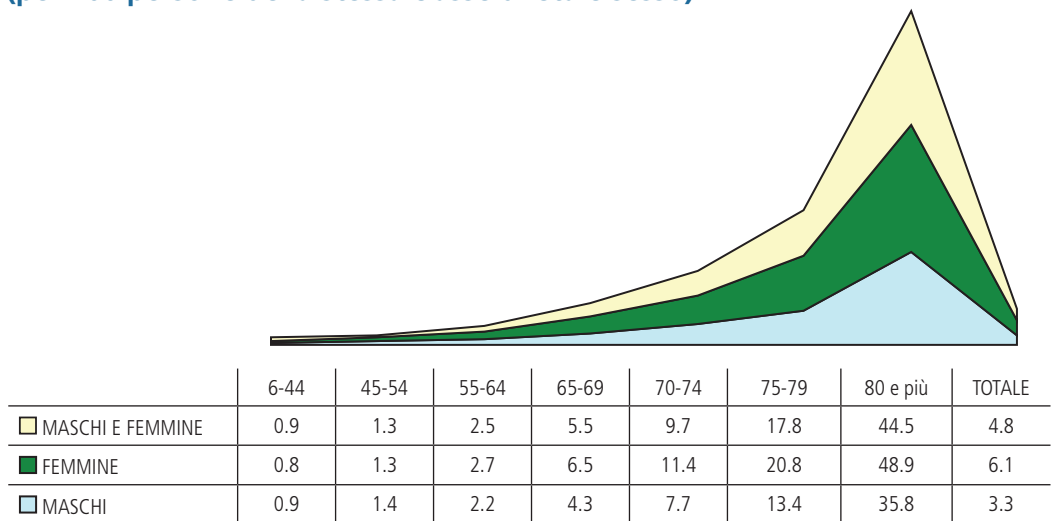
Poter prevedere quale sarà il comportamento del fenomeno nel prossimo futuro è di grandissima importanza sia per comprenderlo nella sua essenza sia per individuare le più opportune modalità di comportamento della società “diversa” che si va formando.

E l’invecchiamento è e sarà per tutti, non solo per noi, il grande problema da affrontare: che, lungi dall’essere problema esclusivamente economico (come potrebbe sembrare a prima vista) è anche e soprattutto biologico, culturale e sociale. È l’umanità che si trasforma nella sua composizione e nella sua qualità: non si debbono cercare rimedi momentanei, ma adeguamenti di carattere strutturale che tengano conto della nuova qualità dell’uomo che va comparando. In sanità, negli ultimi decenni, si è profondamente modificato lo scenario assistenziale, infatti, si è passati da interventi economici e strutturali volti essenzialmente al trattamento delle emergenze, alla necessità di fronteggiare il numero crescente di cronicità. Il 45,6% della popolazione con più di 6 anni d’età, pari a venticinque milioni di italiani, è affetto da almeno una patologia cronica. Di

questi, 7,6 milioni sono colpiti da una grave patologia: quale diabete, infarto del miocardio, angina pectoris e altre malattie del cuore, ictus ed emorragia cerebrale, bronchite cronica, enfisema, cirrosi epatica, tumore, malattia di Parkinson e Alzheimer, demenze senili.

In quest'ultima categoria le donne sembrano essere in assoluto più rappresentate, con un tasso di multicronicità quasi doppio rispetto agli uomini. In assoluto, sono artrosi ed artriti le patologie più comuni seguite dall'ipertensione (13,6%). Vanno considerati, infine, i circa 2 milioni 600 mila persone che vivono in condizione di disabilità, pari al 4,8% della popolazione. Una percentuale che raggiunge il 44,5% nella fascia di età con più di 80 anni.

**Graf. 1 - Persone di 6 anni e più disabili per classi di età e sesso - 2005, V.% (per 100 persone della stessa classe di età e sesso).**



Fonte: Rapporto Nazionale sulle Condizioni ed il Pensiero degli Anziani: una società diversa - 2009. Ageing Society Osservatorio Terza Età, INRCA, Federsanità Anci.

Questi dati testimoniano una trasformazione radicale nell'epidemiologia del nostro Paese, che impone un nuovo approccio assistenziale basato sulla necessità di garantire terapie e assistenza personalizzati e per un periodo molto lungo per milioni di cittadini.

La cronicità diventa un problema nella terza e quarta età soprattutto nei casi di



---

patologie croniche gravi o nella multicronicità, dove oltre il 60% delle persone colpite ha più di 65 anni. Il tema della cronicità si intreccia in modo indissolubile con quello della disabilità e non autosufficienza. Sono circa 2.600.000 le persone in condizione di disabilità che vivono in famiglia, pari al 4,8% della popolazione.

L'indagine non tiene però conto dei minori di 6 anni, che si stimano essere attorno a 200 mila quindi ben 2 milioni di disabili sono persone anziane. Quanto all'assistenza, quasi l'80% delle famiglie con persone disabili non risulta assistita dai servizi pubblici a domicilio. Secondo il "Rapporto sulla non autosufficienza in Italia", la carenza assistenziale non è colmata neppure dai servizi domiciliari (non sanitari) a pagamento: sono oltre il 70% le famiglie che non si avvalgono di alcuna assistenza, né privata né pubblica. Il 31,9% delle persone disabili che sono sole e il 46,8% delle famiglie in cui tutti i componenti sono disabili dichiarano che avrebbero bisogno di assistenza sanitaria a domicilio erogata dalla Asl. La mappa dell'assistenza tracciata dalla "Relazione sullo stato sanitario del Paese", segnala che l'assistenza primaria è stata garantita da 46.799 medici di medicina generale e da 7.638 pediatri di libera scelta. La continuità assistenziale ha visto impegnati 13.109 medici titolari, con una media di 22 per 100 mila abitanti, che hanno effettuato complessivamente 16.754 visite per 100 mila abitanti per un totale di 20.746.487 ore di attività.

La crescente richiesta di salute è attestata anche dal consumo di farmaci: Nei primi nove mesi del 2010, sono state prescritte, per ogni mille abitanti 954 dosi di farmaco rispetto alle 924 dell'anno precedente ed alle 580 dell'anno 2000. I farmaci dell'apparato cardiovascolare rappresentano la principale categoria terapeutica, sia in termini di DDD su 1000 ab/die (47% del totale), che di spesa pro capite (36%) a testimonianza dell'importanza delle patologie cardiovascolari che, notoriamente, trovano la loro massima incidenza nella popolazione anziana.

*(Fonte: Rapporto Osmed-Aifa 2010).*

Sempre il sopra citato Rapporto indica che il tasso di non autosufficienza aumenterà nei prossimi 10 anni del 53%.

L'8,7% degli anziani disabili è ricoverato in strutture residenziali, il restante vive in famiglia accudito dal partner, dai figli o da una badante; nonostante il Nord abbia tassi di invecchiamento superiori, la disabilità è più diffusa al Sud e nelle Isole. In particolare il dato più significativo si registra in Sicilia (26,1%), in Puglia (24,2%) ed in Calabria (22,8%).

Questo scenario comporta crescenti oneri previdenziali da comprendersi sia all'interno delle pensioni d'invalidità civile che nell'indennità di accompagnamento. Negli ultimi anni si è assistito ad una crescita esponenziale degli invalidi civili. La spesa per questa voce è passata da 10.911 milioni nel 2002 a 16.000 milioni nel 2009, con un incremento del 47% in otto anni!

Nel 2010 le prestazioni sono state 2 milioni e 700 mila per una spesa pari a 16.570 milioni di euro: nello specifico, la spesa dedicata alle pensioni d'invalidità è cresciuta del 15%, quella dell'accompagnamento del 61%. Nel 2010 3.808 milioni di euro sono stati erogati per pensioni e assegni d'invalidità civile mentre 12.762 milioni di euro per l'indennità di accompagnamento.

Il 74,3% ha più di 64 anni, il 23% ha un'età compresa tra i 40 e i 64 anni e solo il 2,7/meno di 40 anni.

Gli anziani over 65 sono i principali percettori dell'accompagnamento; preoccupante il divario che si registra nell'erogazione di pensioni di accompagnamento tra Nord e Sud. Al Sud risulta il 58,5% in più di pensionati percettori di invalidità rispetto al Nord. Su ogni 100 abitanti al Sud ci sono 5,5 pensionati di invalidità che nella maggior parte dei casi percepiscono anche altri assegni, contro i 3,47 del Nord.

Il maggior numero di pensioni di accompagnamento si registra nelle Regioni dove esistono minori servizi territoriali.

Nel solo 2010 sono pervenute all'INPS circa 1 milione e 200 mila istanze per invalidità civile.

Nel 2009 è iniziato il piano straordinario di verifica dei benefici economici di invalidità, continuato anche nel 2010. Sono stati effettuati 200 mila accertamenti che hanno portato alla revoca del 15% dei trattamenti nel campione

---

esaminato o con la revoca totale del beneficio o con la trasformazione dello stesso in una prestazione economica meno favorevole. Tra il 2005 e il 2009 le pensioni d'invalidità civile nel Lazio hanno avuto un aumento del 52,1% e in Campania del 41,4%.

**Tab. 2 - Gestione degli invalidi civili - Anni 2006-2010.**

	2006	2007	2008	2009	2010
Numero prestazioni	2.221.994	2.372.268	2.512.506	2.638.042	2.713.282
Spesa complessiva (mln. di euro)	13.527	14.430	15.253	16.454	16.570

Fonte: Inps

## Bibliografia

Ageing Society Osservatorio Terza Età, INRCA, Federsanità Anci 2009. *Rapporto Nazionale sulle Condizioni ed il Pensiero degli Anziani: una società diversa.*

Dati Inps 2009.

Dati Istat 2009.

Vaupel JW et al. Lancet 2009; *Ageing populations: the challenges ahead.*

Sanderson W. C. and Scherbov S., Science 2010 Remeasuring Aging.

Blangiardo - forum Ambrosetti 2008. Terza Economia.

Rapporto Osmed-Aifa 2010.



