

PODCAST: ICTUS IN FAMIGLIA

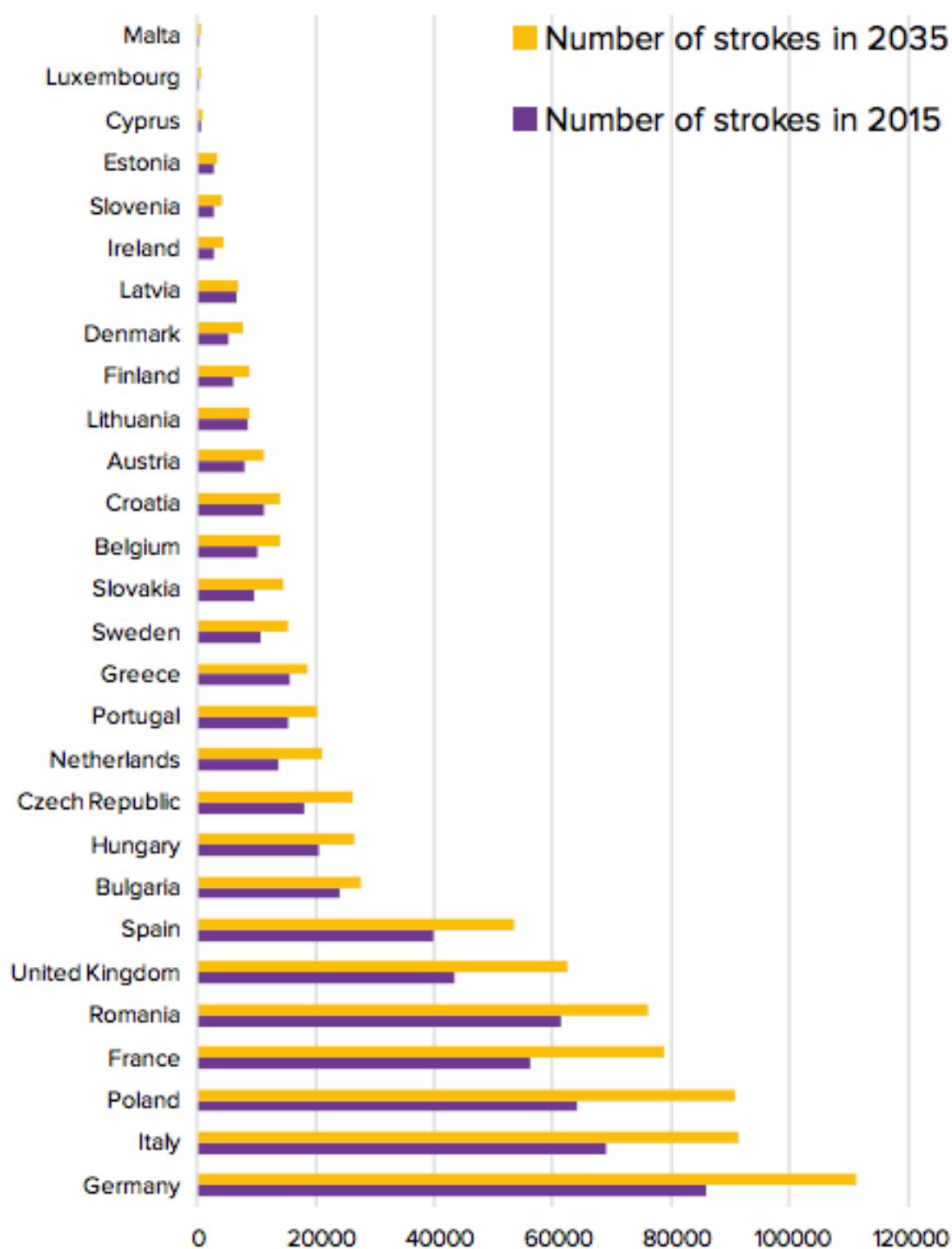
Qualche dato dall'Europa, Alessandra Tinti
@ 2018 Ictuservizi

La Tabella del [Burden of Stroke](#) del King's College mostra che ci sono grandi differenze nei tassi di incidenza dell'ictus in tutta Europa. Alcuni dei tassi più alti sono in Europa orientale e settentrionale (Croazia, Estonia, Lituania, Svezia); e alcuni dei più bassi sono nei paesi dell'Europa occidentale e meridionale (Francia, Italia, Spagna). Si sono osservate anche grandi variazioni dell'incidenza all'interno dei paesi (ad esempio Italia, Spagna, Svezia, Regno Unito). Le possibili spiegazioni per queste grandi differenze includono: diversi profili di fattori di rischio (ad esempio pressione sanguigna o colesterolo, fumo, dieta, alcol, esercizio fisico), fattori socio-economici e ambientali (inquinamento atmosferico, malnutrizione), ma

anche standard dell'assistenza sanitaria e accesso alla stessa, che porta a diversi livelli di controllo dei fattori di rischio e di assistenza a lungo termine.

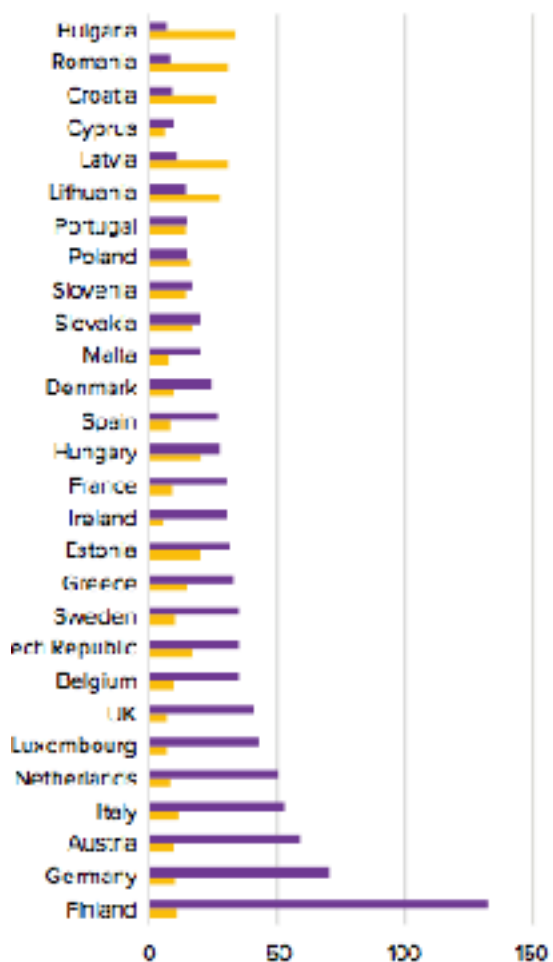
Dopo 15 anni, due terzi (63%) dei sopravvissuti vivono con una qualche disabilità, quasi due su cinque (il 39%) ha una depressione e oltre un quarto (30%) ha un deficit cognitivo. Inoltre, i pazienti con ictus hanno molte più probabilità rispetto alle persone che non hanno avuto un ictus di dover convivere con un'altra patologia

Estimated number of strokes in 2015 and 2035



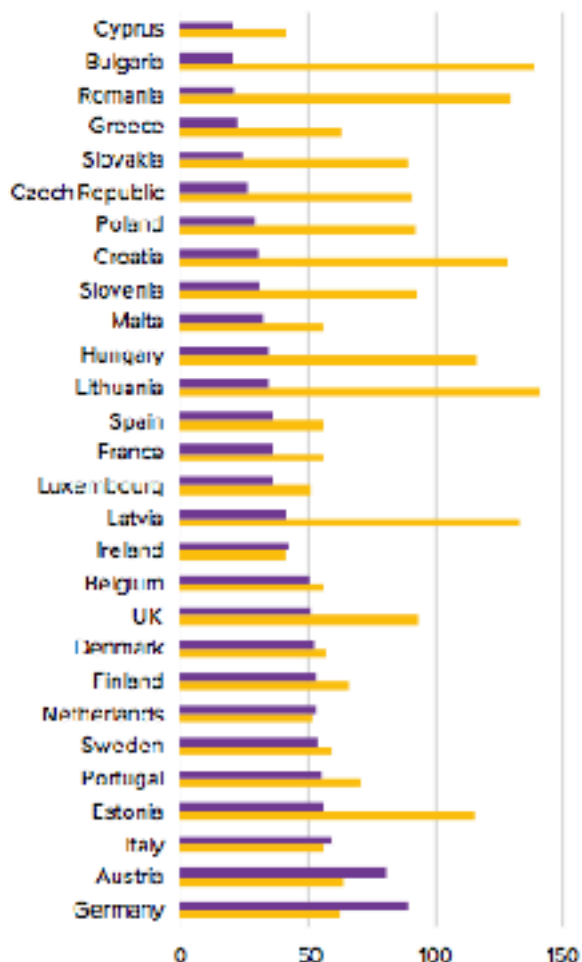
Health care costs

■ health care cost of stroke per capita in 2015 in Euro
 ■ strokes per 10,000 inhabitants in 2015



Non-health care costs

■ non-health care cost per capita in 2015 in Euro
 ■ stroke survivors per 10,000 inhabitants in 2015



Esiste un'ampia variabilità in Europa rispetto ai livelli offerti in ambito di valutazione e riabilitazione. La valutazione multidisciplinare che sarebbe doveroso offrire alla persona con ictus, fin dall'inizio, non è così diffusa. In Svezia i pazienti sono valutati da un gruppo multidisciplinare entro 48 ore dall'ammissione. Al contrario, in Irlanda, sebbene due terzi dei pazienti ricevano una valutazione fisioterapica entro 48 ore dall'ammissione, solo meno della metà dei pazienti ha una

valutazione di terapia occupazionale. Uno studio in Polonia rivela che circa la metà dei pazienti non è stata vista per la riabilitazione nei primi 3 mesi. In tutta Europa, l'accesso a terapie diverse rispetto alla fisioterapia può essere particolarmente limitato. Ad esempio, in alcuni paesi i pazienti solitamente non ricevono terapia occupazionale e / o terapia psicologica. È il caso della terapia occupazionale in Bulgaria, Croazia, Cipro, **Italia** e Slovacchia. Esistono pochi dati raccolti in tutta Europa su quanta terapia i pazienti ricevano effettivamente. I dati disponibili suggeriscono che i pazienti in ospedale ricevono spesso brevi terapie, per problemi organizzativi o di ridotta disponibilità del personale. Ad esempio, uno studio ha dimostrato che nei Paesi Bassi i pazienti ospedalizzati ricevevano nei giorni feriali in media solo 22 minuti al giorno di terapia fisica. Nel Regno Unito durante un periodo di tempo simile, i pazienti hanno fatto fisioterapia solo nella metà dei giorni trascorsi in ospedale, con una media giornaliera di permanenza in palestra inferiore a 15 minuti rispetto a un obiettivo di 27 minuti (da allora la situazione è un po' migliorata nel Regno Unito). Alcune evidenze suggeriscono che una gestione più formale della

terapia, ad esempio dopo aver definito le varie fasi di riabilitazione, può migliorare l'offerta in quanto i terapeuti trascorrono più tempo con i pazienti e meno tempo in attività non terapeutiche