

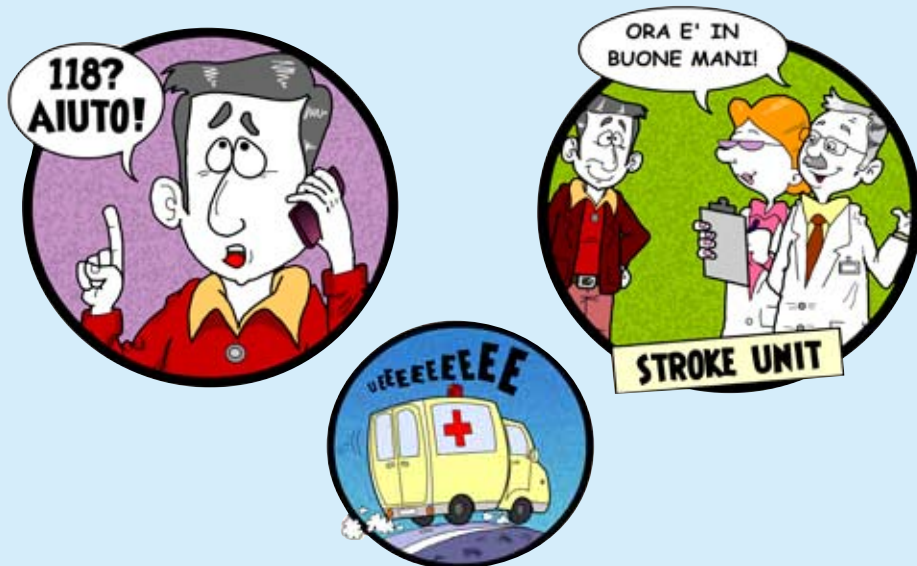


Fondazione
Cassa di Risparmio
di Fano



ICTUS

Non perdiamo tempo
“Il tempo è cervello”



AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD
“OSPEDALE S. CROCE” DI FANO

STROKE UNIT FANO



Fondazione
Cassa di Risparmio
di Fano



ICTUS

**Non perdiamo tempo
“Il tempo è cervello”**



**AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD
“OSPEDALE S. CROCE” DI FANO**

STROKE UNIT FANO

Illustrazioni di Igor Cicconcelli
Stampa Arti Grafiche STIBU



Fondazione
Cassa di Risparmio
di Fano

PRESENTAZIONE

Con questa pubblicazione realizzata con il patrocinio dell'Area Vasta n. 1 dell'ASUR e con l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", la Fondazione Cassa di Risparmio di Fano intende offrire ai cittadini del nostro territorio uno strumento utile nell'ambito del programma di prevenzione e tutela della salute per intervenire prontamente e tempestivamente sui pazienti colpiti da ictus.

La Stroke Unit, donata dalla Fondazione all'Ospedale Santa Croce di Fano nel 2006, è un sistema di intervento indispensabile per evitare danni cerebrali irreversibili.

Si ringraziano gli autori per il prezioso contributo.

Fabio Tombari
Presidente

Fano, dicembre 2011

INDICE

PRIMA PARTE

(a cura del Dr. **G. Frausini**, Dr. **G. Francolini**,
Dr. **F. Amaduzzi**, Dr. **G. Bontempo** e M. **Simoncelli**)

Prefazione	6
L'ictus cerebrale.....	7
Che cos'è la Stroke Unit?	11
Esiste nel nostro Ospedale S. Croce una Stroke Unit?	13
Terapia della fase acuta dell'ictus cerebrale ischemico: La trombolisi	14
Il percorso riabilitativo.....	16

SECONDA PARTE

A cura del Dr. **G. Frausini**, Dr. **G. Francolini** e Dr. **F. Amaduzzi**
e grazie alla preziosa collaborazione del Dr. **Rodolfo Colarizi**.

Intervista al Medico della Stroke Unit.....	20
Intervista alla Caposala	22
Intervista al Medico di Medicina Generale (Dr. Gianfranco Binotti).....	24

La prevenzione dell'ictus cerebrale I fattori di rischio

• L'ipercolesterolemia	26
• L'ipertensione arteriosa.....	29
• Il diabete mellito.....	32
• Il fumo di sigaretta	34
• Il sovrappeso e l'obesità	36
• Decalogo riassuntivo per la prevenzione dell'ictus.....	38
• TIA: L'attacco ischemico transitorio.	
• Un paziente racconta.....	40
Conclusioni.....	42

PREFAZIONE

Perché nasce questo opuscolo?

Nasce perché siamo convinti che sia necessario sensibilizzare i cittadini verso quelli che sono i sintomi dei pazienti colpiti da ictus cerebrale, al fine di evitare quei ritardi di tempo che finiscono per compromettere le possibilità terapeutiche di cui oggi disponiamo.

Le prime tre ore dall'esordio dei sintomi sono determinanti per la prognosi. Infatti in questa finestra temporale è possibile per esempio iniziare una terapia (trombolisi) che limita i danni cerebrali e aumenta le prospettive di recupero del paziente.

Chi avverte sintomi caratterizzati da deviazione della bocca, difficoltà a parlare, deficit di forza o sensibilità ad un braccio e a una gamba, entrambi dallo stesso lato (ma anche ad uno solo di essi), disturbo visivo di tipo campimetrico (deficit di metà del campo visivo), dovrebbe chiamare immediatamente il 118 o dovrebbe farsi portare subito in ospedale, perché un rapido accesso nella struttura ospedaliera e la pronta attivazione dell'iter diagnostico costituiscono la premessa indispensabile per poter effettuare il trattamento trombolitico, cioè l'unica terapia approvata e attualmente disponibile per i pazienti colpiti da ictus cerebrale ischemico.

Gli autori

L'ICTUS CEREBRALE



Che cos'è l'ictus cerebrale?

E' un disturbo della circolazione che colpisce il nostro cervello e può verificarsi o perché una arteria si ostruisce impedendo così che il sangue arrivi ad un'area del cervello (si parla in questo caso di **Ictus Cerebrale Ischemico**), o perché per la rottura di una arteria, un'area del nostro cervello viene inondata di sangue (si parla in questo caso di **Ictus Cerebrale Emorragico o Emorragia Cerebrale**).

Come si sviluppa l'ictus cerebrale?

L'ictus cerebrale si sviluppa nell'arco di minuti o poche ore; ciò che lo caratterizza è il profilo temporale. L'esordio dei sintomi è improvviso e il paziente passa da uno stato di pieno benessere ad uno di malattia.

Che incidenza ha in Italia?

Ogni anno in Italia ci sono circa 196.000 nuovi casi di ictus di cui l'80% sono nuovi episodi (157.000) e il 20% recidive che colpiscono soggetti già precedentemente affetti (39.000). La prevalenza aumenta in relazione all'età e il 75% dei casi di ictus colpisce soggetti con più

di 65 anni. Sono maggiormente colpiti gli uomini rispetto alle donne.

Qual è la forma più frequente di ictus cerebrale?

L'ictus cerebrale ischemico rappresenta la forma più frequente di ictus (80%) mentre le emorragie cerebrali riguardano il 20% dei casi.

Quali sono i meccanismi attraverso i quali può verificarsi un ictus cerebrale ischemico?

Il mancato arrivo di sangue al cervello si verifica per l'ostruzione di una arteria. I meccanismi tramite i quali questo avviene sono la **trombosi arteriosa** (un'arteria si ostruisce perché l'accrescimento della placca aterosclerotica al suo interno la occlude completamente) e l'**embolia arteriosa** (un'arteria che porta il sangue al cervello viene ostruita da un coagulo di sangue, detto embolo, proveniente dal cuore o dalle arterie carotidi e vertebrali e dall'arco aortico).

Quali sono i principali sintomi con cui può manifestarsi un ictus cerebrale?

Sintomi tipici sono la comparsa improvvisa di:

- deviazione della rima orale (mi accorgo di avere la bocca storta)
- deficit di forza o di sensibilità ad un braccio e ad una gamba dello stesso lato (ma anche ad uno solo di questi)
- difficoltà nel parlare
- difficoltà nel vedere da un lato (a causa di deficit di metà campo visivo).

Qual è la prima cosa da fare nel caso in cui avvertiamo questi sintomi?

Chiamare subito il 118 e farsi portare in Pronto Soccorso, possibilmente in un ospedale con una Unità specializzata nella cura dell'ictus (Stroke Unit). La tempestività dell'intervento è fondamentale e il motto "*Time is brain*" (il tempo è cervello) significa che più è tempestivo e rapido il nostro intervento, maggiori sono le possibilità, nel caso di ictus cerebrale ischemico, di salvare il paziente dal danno conseguente al mancato apporto di sangue.

IN PRESENZA DI QUESTI SINTOMI



1) BOCCA STORTA



2) MANCANZA DI FORZA
O DI SENSIBILITA'
A UN BRACCIO
E/O GAMBA



3) DIFFICOLTA' NEL
PARLARE



4) DIFFICOLTA' A VEDERE
DA UN LATO

NON PERDERE UN MINUTO DI TEMPO!!! PROVEDERE IMMEDIATAMENTE A...



CHIAMARE IL 118

**FARSI PORTARE IN
PRONTO SOCCORSO**



**POSSIBILMENTE IN UN
OSPEDALE CON UNITA'
SPECIALIZZATA NELLA
CURA DELL'ICTUS
(STROKE UNIT)**

CHE COS' E' LA STROKE UNIT



Che cos'è la Stroke Unit?

La Stroke Unit è una Unità di terapia semi-intensiva dell'Ictus Cerebrale dove i malati con ictus sono seguiti da un team multidisciplinare di infermieri, tecnici della riabilitazione, medici competenti dedicati alle malattie cerebrovascolari (neurologi, internisti, cardiologi).

Quale deve essere la dotazione tecnologica di una Stroke Unit?

Letti con monitoraggio poliparametrico (elettrocardiogramma, frequenza cardiaca, pressione arteriosa, saturazione di ossigeno e temperatura corporea).

Ecografo per eseguire studio ecodoppler carotideo - vertebrale, del circolo intracranico e cardiaco.

Defibrillatore.

Dispositivi per aspirazione endotracheale.

Letti elettrici con dispositivi antidecubito.

Quali sono gli aspetti qualificanti della Stroke Unit?

Multiprofessionalità dell'équipe.

Approccio integrato medico e riabilitativo.

Formazione continua del personale.

Istruzione dei pazienti e dei familiari.

Dove vanno ricoverati i pazienti colpiti da ictus cerebrale?

Nell'Ospedale "S. Croce" di Fano i pazienti colpiti da ictus cerebrale possono essere ricoverati:

- nella *Stroke Unit*,
- nel Reparto di Medicina,
- nel Reparto di Geriatria.

Fatta salva la premessa che tutti potrebbero beneficiare del ricovero in Stroke Unit, in relazione al numero limitato di letti un comitato di esperti, sentito il parere di una commissione bioetica, ha discusso i criteri di accesso a risorse mediche limitate e ha ritenuto accettabile il criterio di ricovero in Stroke Unit per i pazienti maggiormente suscettibili di interventi riabilitativi.

ESISTE NEL NOSTRO OSPEDALE S. CROCE UNA STROKE UNIT?

Sì. La Stroke Unit del nostro Ospedale è situata all'interno del reparto di Medicina Interna ed è una struttura dotata di 5 letti con monitoraggio poliparametrico (ECG, Pressione arteriosa, Saturazione di ossigeno) in cui i malati con ictus vengono seguiti da un team multidisciplinare costituito da infermieri, tecnici della riabilitazione, medici competenti e dedicati alle malattie cerebrovascolari. Riconosciuti alla nostra struttura i requisiti richiesti, abbiamo ottenuto l'autorizzazione dalla Giunta Regionale nel Novembre 2008 ad effettuare la terapia trombolitica che è l'unica terapia approvata e di cui disponiamo per il trattamento dell'ictus cerebrale ischemico acuto e che nella nostra Regione viene effettuata in altri 5 centri.

Quanti pazienti sono stati ricoverati nella nostra Stroke Unit?

Dal 2009 ad oggi (giugno 2011) sono stati ricoverati 430 pazienti; La stragrande maggioranza dei pazienti ricoverati, l'85%, è risultata affetta da ictus cerebrale ischemico.

Quanti pazienti sono stati sottoposti a trattamenti trombolitico?

Dal Dicembre 2009 ad oggi sono stati sottoposti a trombolisi 21 pazienti di cui 13 donne e 8 uomini di età compresa fra i 34 e 79 anni con un'età media di 67 anni. Il 36,5% dei pazienti trattati, in linea con i dati della letteratura, ha avuto un esito favorevole nel senso che è stato dimesso senza deficit neurologici.

A quali accertamenti vengono sottoposti i pazienti ricoverati in Stroke Unit?

I pazienti ricoverati in Stroke Unit e valutati eleggibili per il trattamento trombolitico vengono sottoposti in acuto ad ecodoppler dei tronchi sopraortici, ecocolor Doppler transcranico e ad ecocardiografia.

Durante l'infusione del trattamento trombolitico viene effettuato un monitoraggio ultrasonografico vascolare per valutare la ricanalizzazione del vaso e vengono costantemente monitorati i valori pressori e l'andamento dell'obiettività neurologica. Superata la fase acuta, durante la quale il paziente viene posizionato nel modo giusto da parte del fisioterapista in collaborazione con l'infermiere, a 24-36 ore dal trattamento trombolitico, sulla scorta del quadro neurologico, inizia il trattamento riabilitativo.

TERAPIA DELLA FASE ACUTA DELL'ICTUS CEREBRALE ISCHEMICO: LA TROMBOLISI



Che cos'è il trattamento trombolitico?

E' un trattamento, il primo e unico approvato, di cui disponiamo oggi per i pazienti colpiti da ictus cerebrale ischemico acuto.

In che cosa consiste?

Consiste nella somministrazione di un farmaco che ha la funzione di rimuovere il trombo che ostruisce l'arteria che porta il sangue ad una determinata area del cervello. La riapertura dell'arteria con conseguente riperfusione può determinare il salvataggio della penombra ischemica, che è un'area di tessuto cerebrale che si forma durante la fase acuta dell'ictus ischemico e che appare danneggiata in modo reversibile, perché funzionalmente compromessa ma strutturalmente ancora integra.

Quali sono i benefici del trattamento trombolitico?

Se somministrato entro tre ore dall'esordio dei sintomi di un ictus cerebrale ischemico, i pazienti colpiti che ricevono il trattamento trombolitico hanno maggiori probabilità di sopravvivere (riduzione della mortalità) e di essere in grado di gestire in maniera autonoma le attività quotidiane (riduzione della disabilità).

Possono essere sottoposti a trattamento trombolitico tutti i pazienti colpiti da ictus cerebrale ischemico?

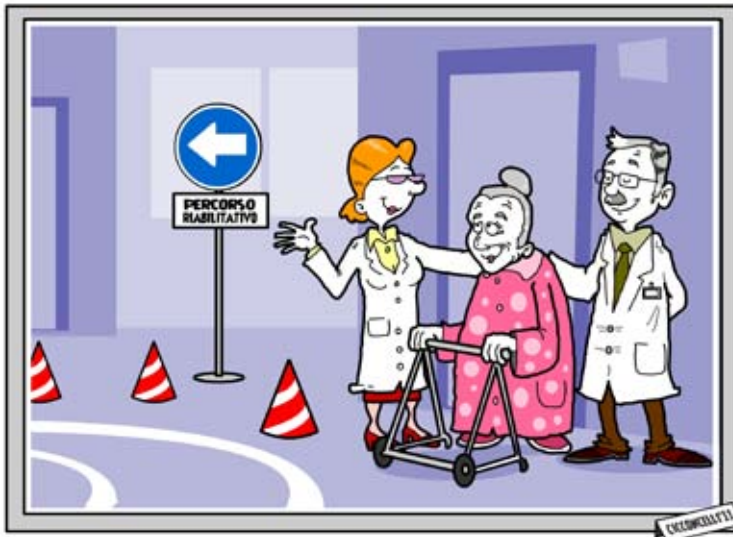
Sfortunatamente no! Non tutti i pazienti colpiti possono essere sottoposti al trattamento perché oltre alla finestra terapeutica (intervallo di tempo di tre ore dall'insorgenza dei sintomi entro cui può essere somministrato il farmaco), c'è tutta una serie di criteri che rende il paziente idoneo o meno per il trattamento.

Il trattamento è efficace in tutti i pazienti che lo possono effettuare?

Purtroppo no! Il farmaco somministrato non sempre riesce a ricanalizzare il vaso ostruito e ripercorrere l'area di cervello ischemica e in alcuni casi, per fortuna rari, può essere responsabile di eventi avversi (emorragie cerebrali).

Va tuttavia sottolineato come il trattamento riduca la mortalità e la disabilità a tre mesi e come sia estremamente importante non perdere tempo nella somministrazione dello stesso.

IL PERCORSO RIABILITATIVO



Da chi viene assistito/riabilitato il paziente all'interno della Stroke Unit?

Le figure che prendono in cura dall'ingresso nel reparto il paziente sono rappresentate dal: medico (del reparto e fisiatra), infermiere, fisioterapista e logopedista, che lavorano secondo obiettivi condivisi e concordati con il paziente e/o la famiglia.

Da cosa si parte per impostare la riabilitazione?

Viene prima di tutto effettuata una completa valutazione del paziente per riconoscere i danni di ordine motorio, cognitivo e del linguaggio, in altre parole per identificare le risorse funzionali e i bisogni.

Qual è il disturbo motorio più frequente su cui all'inizio interviene il fisioterapista?

In particolare il fisioterapista interviene sulla ridotta mobilità del corpo per prevenire la comparsa di lesioni alla cute (ulcere da pressione..), alle articolazioni (rigidità, dolore di spalla..) e ai muscoli (che possono diminuire di volume...).

In che modo?

Il fisioterapista (in collaborazione con l'infermiere) posiziona nel modo giusto il paziente a letto poi effettua una graduale e indolore mobilizzazione delle diverse parti del corpo.

Quando può mettersi seduto il paziente?

Nei pazienti che non presentano compromissione dello stato di coscienza, a partire dal secondo-terzo giorno, viene facilitata l'acquisizione della posizione seduta (prima nel letto e poi sul bordo del letto con le gambe fuori).

In seguito la mobilizzazione procede con il trasferimento del paziente su una sedia e/o comoda.

Per quante volte nella giornata?

Questi passaggi posturali è bene vengano riproposti più volte nell'arco della giornata di degenza con la supervisione degli operatori.

Quando il paziente può iniziare a mettersi in piedi?

Nel momento in cui riesce a stare seduto senza cadere indietro o di lato viene iniziato il controllo della postura in stazione eretta. Così il paziente comincia a sorreggere il proprio peso e a muovere i primi passi, mediante l'uso di carrello deambulatore e l'aiuto del fisioterapista.

Che precauzioni bisogna avere quando il paziente viene messo seduto e in piedi?

Deve essere tenuta sotto controllo la pressione arteriosa che si può abbassare velocemente, per cui il paziente può sbilanciarsi/cadere. Pertanto è necessaria in questa fase la presenza di un fisioterapista o di un infermiere o di un assistente.

Quando il paziente può riprendere le attività di cura della propria persona?

Il paziente deve essere incoraggiato a prendere parte il prima possibile (collaborare con il personale e quando possibile effettuare in prima persona) ad attività comuni di vita quotidiana come mangiare, pettinarsi, lavarsi e svestirsi. Una partecipazione attiva a queste incombenze lo aiuta a riacquistare il controllo, la forza, la resistenza e

la consapevolezza dell'ambiente che lo circonda.

Sin dalle fasi iniziali quali altri disturbi possiamo avere?

In presenza di lesioni che colpiscono la parte destra del nostro cervello possiamo avere disturbi cognitivo-comportamentali (ad esempio mancata consapevolezza della parte sinistra del proprio corpo e/o dello spazio extracorporeo di sinistra), mentre lesioni dell'emisfero sinistro si possono frequentemente accompagnare a disturbi del linguaggio. Inoltre, tutti i tipi di ictus possono essere causa di disfagia (problemi di deglutizione).

Perché è importante prima di qualsiasi assunzione orale di fluidi o di acqua verificare la capacità del paziente di deglutire?

Perché problemi della deglutizione possono causare il passaggio di saliva, fluidi e/o cibo nelle vie aeree, e quindi causare "soffocamento", o polmonite, nonché determinare disidratazione e/o malnutrizione.

Chi valuta nella Stroke Unit la capacità di deglutire del paziente?

Viene valutata in prima istanza dall'infermiere e poi, se necessario, dal logopedista.

Come viene gestito il problema della deglutizione?

Possono essere impiegati trattamenti compensatori, ad esempio posture del capo e del collo facilitanti l'atto deglutitorio, l'apprendimento di nuovi modi di deglutire, la scelta di cibi di consistenza modificata (come liquidi inspessiti o cibi meno solidi). In alcuni casi può essere inizialmente necessario anche il ricorso al sondino naso-gastrico.

Quali sono le reazioni psicologiche all'ictus?

Dal punto di vista psicologico l'ictus va considerato una patologia che coinvolge la famiglia dove, oltre ai comprensibili disturbi nel paziente allo stato di malattia (ansia generalizzata, umore ballerino, attacchi di panico, iperemotività, apatia, noia, rabbia), vanno considerati i disagi psicologici nei familiari come depressione, ansia e insonnia.

Qual è il ruolo dello psicologo?

Favorire attraverso lo stato della conoscenza della malattia

l'accettazione da parte del paziente di una nuova condizione di bisogno e di installare una corretta modalità di relazione tra paziente e familiari al fine di facilitare il reinserimento di chi ha subito l'evento traumatico prima nell'ambito dei propri cari e poi sociale.

Cosa succede al momento della dimissione dalla Stroke Unit?

Prima della dimissione dalla Stroke Unit il team riabilitativo, in accordo con il paziente e la famiglia, definisce in base al danno residuo e alla prognosi funzionale la sede in cui proseguire l'intervento riabilitativo, che può essere rappresentata dal ricovero in un reparto di riabilitazione, dal domicilio, oppure dall'ambulatorio.

INTERVISTA AL MEDICO DELLA STROKE UNIT

Qual è il bilancio della vostra Stroke Unit?

Si tratta di un bilancio lusinghiero perfettamente allineato con i dati riportati in letteratura. Per i pazienti ricoverati in Stroke Unit si è assistito ad una riduzione della mortalità e del dato combinato morte/dipendenza e morte/necessità di istituzionalizzazione.

Inoltre fra i pazienti sottoposti a trattamento trombolitico, il 36,5% ha avuto un esito favorevole nel senso che è stato dimesso senza deficit neurologici.

Quali programmi si prevedono per il futuro?

Noi crediamo che si possa e si debba fare di più perché i dati epidemiologici ci dicono che, per un bacino d'utenza come il nostro, il numero dei pazienti colpiti da ictus trattabili con trombolisi potrebbe essere da 50 a 60 l'anno. Da qui la necessità di un'importante opera di sensibilizzazione rivolta sia ai cittadini per favorire un'adeguata conoscenza dei sintomi che caratterizzano la malattia che permetta loro di non perdere tempo e chiamare immediatamente il 118, sia gli operatori del settore (medici di medicina generale, medici del 118, medici del Pronto Soccorso) perché la loro tempestività e accuratezza diagnostica rappresentano la premessa indispensabile a una corretta attivazione del percorso trombolisi.

Avete trattato solo pazienti della nostra città ?

Assolutamente no!

Grazie alla sensibilizzazione e l'efficienza del 118 abbiamo avuto la possibilità di trattare pazienti provenienti dall'Area Vasta che abbraccia tutta la Provincia di Pesaro-Urbino.

Proprio recentemente il gruppo regionale sulla trombolisi ha individuato nella nostra Stroke Unit l'unico riferimento per la terapia trombolitica nella nostra provincia.

Questo non vuol dire che solo noi potremo fare questo trattamento, ma è certo che attualmente solo noi possiamo farlo.

Fondamentale ancora una volta la tempestività del cittadino nel chiamare il 118 che si farà carico di trasportare immediatamente il

candidato alla terapia trombolitica presso la nostra Stroke Unit.

La Stroke Unit è dotata di tecnologie adeguate ?

Assolutamente sì!

Proprio recentemente la Fondazione Cassa di Risparmio di Fano ci ha donato un modernissimo ecocolor doppler che ci permette di valutare in maniera estremamente accurata il quadro circolatorio extra ed intracranico ed è proprio questa valutazione che ci aiuta a capire meglio quali pazienti potranno beneficiare del trattamento trombolitico e anche di quello chirurgico.

INTERVISTA ALLA CAPOSALA



Com'è organizzata la degenza?

Abbiamo a disposizione 5 posti letto monitorizzati con una centralina che segue costantemente l'elettrocardiogramma e tutti i parametri vitali.

Cerchiamo sempre di lasciar libero uno di questi posti letto per eventuali terapie trombolitiche che possono giungere improvvisamente e nelle quali occorre evitare qualsiasi ritardo temporale di tipo organizzativo.

Quali sono le figure professionali che ruotano intorno al paziente?

Questi letti sono seguiti da infermieri dedicati per tutte le 24 ore della giornata. Sono infermieri adeguatamente formati nel campo delle malattie cerebrovascolari e in particolare nel gestire le complicanze di questo tipo di patologia. L'attività degli infermieri è coadiuvata dagli OSS (Operatori Socio Sanitari) che gestiscono l'assistenza di base e l'aspetto "alberghiero".

E' fondamentale inoltre l'opera dei fisioterapisti che garantiscono due

interventi riabilitativi al giorno e del logopedista per la gestione delle problematiche legate alla disfagia e ai disturbi del linguaggio.

Come avviene la dimissione?

Il momento della dimissione è molto importante sia se il paziente viene inviato a domicilio, sia se verso strutture riabilitative.

Nel primo caso si dovranno mettere a disposizione tutti i presidi e i servizi necessari per la gestione del paziente a domicilio e far sì che possa proseguire il programma riabilitativo intrapreso durante la degenza.

Nel secondo caso invece occorrerà, dopo aver preso contatto con la struttura di riferimento, inviare la scheda di valutazione infermieristica che fotografa la situazione del paziente e le relative necessità assistenziali.

INTERVISTA AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE



Come si interfacciano i medici che operano sul territorio con la Divisione Medica dell'Ospedale "S. Croce" di Fano?

Esiste una profonda sintonia tra i medici di famiglia e la Divisione di Medicina in virtù della costante collaborazione cementata negli anni e mediata dagli ottimi rapporti interpersonali.

I pazienti sono sensibili alle raccomandazioni e ai programmi di prevenzione?

Sono abbastanza attenti anche in virtù delle campagne di sensibilizzazione sui fattori di rischio.

Quale fascia di età è più interessata?

I soggetti di mezza età. Esistono, tuttavia, due categorie: taluni vivono troppo spensieratamente, altri sono più accurati e coscienti perché vogliono godere di un buon stato di salute per conservare l'efficienza nel mondo del lavoro.

E gli anziani?

Anche chi ha visto fiorire molte primavere, proprio perché è gravato da patologie multiple, è attento alla propria salute.

Come collaborate con la Stroke Unit nel caso di pazienti ricoverati?

Siamo ben contenti di poter beneficiare di una istituzione così prestigiosa ed efficiente in grado di garantire un tempestivo intervento salvavita e ci mettiamo a disposizione per ogni evenienza.

E' utile da parte del medico di famiglia un controllo routinario dell'auscultazione della carotide?

E'una pratica di fondamentale importanza che ci permette, in particolare nei casi più eclatanti e al contempo silenti, di effettuare una diagnosi precoce.

Nei casi sospetti è necessario un ecodoppler dei vasi del collo?

Sempre e comunque!

Durante i vostri incontri periodici con la Divisione di Medicina pianificate interventi di prevenzione?

Ne abbiamo messi in campo parecchi con lusinghieri risultati.

Qual è il ruolo del medico di famiglia quando il paziente riferisce dei sintomi sfumati e pericolosamente sottovalutati?

Il nostro compito è quello di intuire, con domande mirate, l'esatta gravità della situazione, specialmente se sottovalutata.

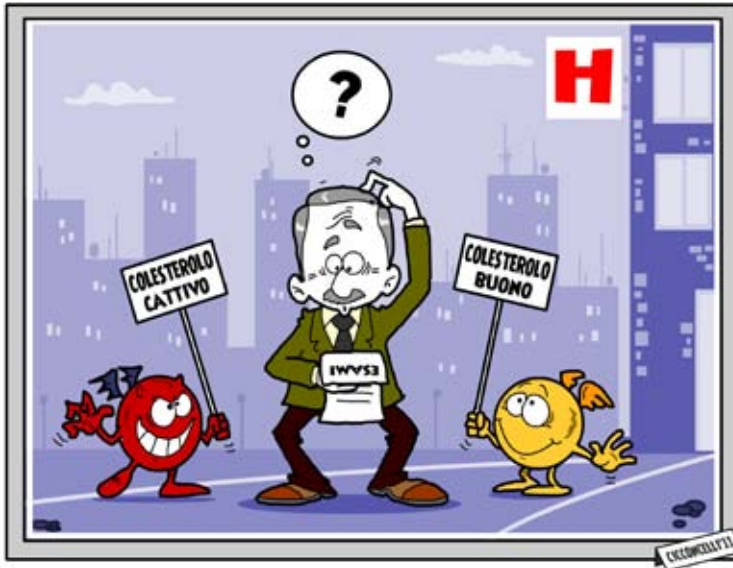
E' utile raccomandare ai pazienti a rischio di contattarvi subito alle prime avvisaglie di pericolo come disturbi della parola, della vista, difficoltà a usare le dita o un arto?

Non utile, ma indispensabile perché quanto prima s'interviene con un'adeguata terapia tanto più si scongiurano eventi drammatici.

In consuntivo i fanesi possono contare sulla sinergia tra la struttura ospedaliera e i medici che operano sul territorio?

Non per fare del trionfalismo, ma si può concretamente affermare che i fanesi possono beneficiare di una Divisione Medica e di una *Stroke Unit* gestite con elevata professionalità e dedizione.

L'IPERCOLESTEROLEMIA



Che cos'è il colesterolo?

E' un grasso, prodotto dal fegato e trasportato nel sangue attraverso delle sostanze chiamate lipoproteine.

Esiste un colesterolo "cattivo" che viene trasportato dal fegato ai tessuti dalle lipoproteine a bassa densità (LDL: *low density lipoproteins*), ed un colesterolo "buono" trasportato dalle lipoproteine ad alta densità (HDL: *high density lipoproteins*) che ne favoriscono l'eliminazione.

Quindi il colesterolo cattivo (Colesterolo LDL) danneggia le arterie mentre quello buono (Colesterolo HDL) le protegge.

A cosa serve il colesterolo?

Svolge importanti funzioni, in quanto è un costituente delle membrane cellulari, ed è alla base della sintesi di alcuni ormoni sessuali femminili e maschili, del cortisolo, dell'aldosterone, della vitamina D e dei sali biliari.

Che cos'è l'ipercolesterolemia?

E' una condizione patologica in cui i valori di colesterolo nel sangue superano i 200 mg/dl.

Da cosa dipendono i valori elevati di colesterolo?

Da numerosi fattori:

- * da una dieta ricca di grassi saturi e colesterolo,
- * da fattori genetici, per cui si ha una iperproduzione di colesterolo,
- * dall'età e dal sesso: nelle donne in menopausa si verifica un aumento del colesterolo LDL con un conseguente maggior rischio di malattia coronarica.

Quali sono i valori ideali di colesterolo?

Il colesterolo totale non dovrebbe mai superare i **200 mg/dl**.

Il colesterolo LDL (quello cattivo !) non dovrebbe superare i **130 mg/dl** nelle persone sane, mentre i valori dovrebbero essere ancor più bassi, inferiori a 100 mg/dl, nelle persone che hanno già avuto delle malattie cardiovascolari, nei diabetici e in chi ha altri fattori di rischio cardiovascolare.

Il colesterolo HDL (quello buono) non dovrebbe mai scendere sotto i **30-40 mg/dl**.

Perché è importante sapere se abbiamo il colesterolo alto nel sangue?

Perché l'ipercolesterolemia, insieme ad altri fattori di rischio (ipertensione, diabete, fumo) danneggia le nostre arterie ed aumenta la possibilità che insorgano malattie cardiovascolari.

Qual è la terapia per l'ipercolesterolemia?

Il primo approccio terapeutico è, in genere, quello alimentare associato alla pratica di una regolare e costante attività fisica (es. nuoto, bicicletta o cyclette, corsa leggera, camminata a passo veloce ...).

Quale tipo di dieta è raccomandata per ridurre i livelli di colesterolo?

- Contenere l'assunzione degli alimenti di origine animale, come carni grasse, latte intero, formaggi, burro, uova (max 2 alla settimana),
- utilizzare condimenti di origine vegetale e in particolare l'olio extravergine di oliva,
- consumare più pesce, che contiene "grassi buoni", ad eccezione dei crostacei,
- consumare proteine di origine vegetale (fagioli, lenticchie ceci, piselli, fave) e cereali (riso, avena, farro, grano saraceno, miglio, orzo, segale),
- consumare frutta e verdura fresca,
- limitare le bevande alcoliche.

Cosa fare se le modificazioni dietetiche e i cambiamenti dello stile di vita non determinano il risultato terapeutico desiderato?

Quando la dieta, associata a cambiamenti dello stile di vita, non riesce a raggiungere l'obiettivo il medico può prescrivere farmaci che abbassano il colesterolo e in particolare le statine che riducono la produzione di colesterolo da parte del fegato.

Si tratta di farmaci di grande importanza che hanno dimostrato di ridurre il rischio cardiovascolare sia nei soggetti che non hanno mai avuto eventi (prevenzione primaria), sia in chi è già andato incontro a malattie cardiovascolari (prevenzione secondaria).

L'IPERTENSIONE ARTERIOSA



Che cosa è la pressione arteriosa?

E' la pressione del sangue esercitata dal cuore sulle parete delle arterie. Durante la contrazione del cuore (sistole) si rileva il valore massimo di pressione (pressione sistolica o **massima**), mentre durante la fase di rilasciamento (diastole) si rileva il valore minimo di pressione (pressione diastolica o **minima**).

Cosa s'intende per ipertensione arteriosa?

Una pressione sanguigna più alta del normale. E' importante ricordare comunque che la pressione aumenta con l'età e che subisce anche variazioni durante la giornata, durante uno sforzo fisico o un'emozione.

Quali sono i valori di normalità della pressione arteriosa ?

La pressione arteriosa nella persona altrimenti sana non deve superare i 140/90 mmHg, ma possiamo anche dire che i valori ottimali sono quelli inferiori a 120/80 mmHg.

Quali sono le cause?

Solo nel 5% dei casi la causa dell'ipertensione arteriosa è conosciuta (insufficienza renale cronica, feocromocitoma, stenosi dell'arteria renale, farmaci...); si parla in questi casi di ipertensione arteriosa secondaria.

Nella stragrande maggioranza dei casi (95%) non si riesce a identificare una causa e si parlerà quindi di ipertensione arteriosa primitiva o essenziale.

Si conoscono però alcuni fattori predisponenti in grado di modificare la pressione arteriosa: genetici, ambientali, legati all'esercizio fisico, alla dieta e allo stress.

Quali sono i sintomi più frequenti che il paziente può lamentare?

Il paziente iperteso molto spesso non avverte alcun sintomo specifico e solo in caso di crisi ipertensive ("sbalzo di pressione") può lamentare cefalea, capogiro, senso di testa pesante, ronzio auricolare, fuoriuscita di sangue dal naso, disturbi visivi, emorragie congiuntivali.

Cosa deve fare chi scopre di essere iperteso?

Deve rivolgersi al Medico di Medicina Generale che programmerà accertamenti per escludere forme secondarie e valutare gli eventuali danni che l'ipertensione può aver causato nei cosiddetti "organi bersaglio" (cuore, cervello, rene, occhi).

Come si cura l'ipertensione arteriosa?

Con opportuni provvedimenti igienico-dietetici e con farmaci. Le misure igienico-dietetiche prevedono l'aumento dell'attività fisica (camminare, andare in bicicletta, palestra...), la riduzione del peso corporeo con un'adeguata dieta ipocalorica nel caso di sovrappeso/obesità, la riduzione del consumo del sale con i cibi e delle bevande alcoliche.

Quali sono i farmaci antiipertensivi?

Abbiamo a disposizione numerosi farmaci estremamente efficaci che agiscono con meccanismi diversi: i diuretici, gli ace-inibitori, i sartanici, i calcio antagonisti, i beta-bloccanti, gli alfa-bloccanti e gli antiadrenergici centrali.

Perché è importante curare l'ipertensione arteriosa?

L'ipertensione è stata definita il "silent killer" (killer silenzioso) perché è uno dei fattori di rischio più importanti per le malattie cardiovascolari e, se non adeguatamente trattata, può danneggiare in maniera anche irreparabile organi vitali.

Si può convivere serenamente con l'ipertensione arteriosa?

Certamente, purché si rispettino gli avvertimenti che abbiamo segnalato.

IL DIABETE MELLITO



Che cos'è il diabete mellito?

E' una malattia cronica caratterizzata dalla presenza di elevati livelli di glucosio nel sangue (iperglicemia).

Quanti tipi di diabete esistono?

Esistono essenzialmente due tipi di diabete:

Diabete di tipo 1, causato dalla distruzione delle beta-cellule del pancreas e caratterizzato da una carenza insulinica assoluta.

Diabete di tipo 2, causato da un deficit parziale di secrezione insulinica, che in genere progredisce nel tempo, ma non porta mai a una carenza assoluta di ormone.

Quali sono le complicanze del diabete mellito?

Il diabete può determinare complicanze acute o croniche. Quelle acute sono più frequenti nel diabete tipo 1 e sono in relazione a una grave carenza di insulina. In questi casi il paziente può andare incontro a una forte disidratazione, severe alterazioni del metabolismo cellulare

con accumulo di prodotti tossici che possono portare fino al coma.

Nel diabete tipo 2 le complicanze acute sono più rare, mentre sono molto frequenti quelle croniche che colpiscono i cosiddetti “*organi bersaglio*”:

- gli occhi (retinopatia diabetica)
- i reni (nefropatia diabetica)
- il cuore (malattie cardiovascolari)
- gli arti inferiori (claudicatio intermittens)
- i nervi periferici (neuropatia diabetica)
- il piede (piede diabetico).

Si possono prevenire e come le complicanze della malattia diabetica?

Possono essere prevenute o rallentate nella loro progressione. Infatti quanto più il paziente riesce a tenere sotto controllo il livello glicemico e metabolico e le malattie concomitanti tanto più potrà ritardare l'insorgenza delle complicanze vascolari.

E' fondamentale quindi verificare costantemente: la glicemia che dovrà risultare compresa tra 60 a 100 mg/dl e l'emoglobina glicata che esprime l'andamento della glicemia negli ultimi tre mesi e che dovrà risultare inferiore al 7%.

E' altrettanto importante un attento controllo degli altri fattori di rischio cardiovascolare e in particolare pressione arteriosa, colesterolo e fumo di sigaretta.

IL FUMO DI SIGARETTA



Quanto è dannoso il tabacco?

Il tabacco provoca più decessi di alcol, aids, droghe, incidenti stradali e omicidi messi insieme. Si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco in Italia 80.000 morti l'anno.

L'assunzione costante e prolungata di tabacco è in grado di incidere sulla durata della vita media oltre che sulla qualità della stessa?

Il fumo di 20 sigarette al giorno riduce di circa 4,6 anni la vita media di un giovane che inizia a fumare a 25 anni. Ovvero per ogni settimana di fumo si perde un giorno di vita.

Quali sono gli organi più colpiti dal fumo di tabacco?

Sono molteplici, ma i più bersagliati sono l'apparato cardio-respiratorio e il sistema cardiovascolare. Si stima che circa 1/4 degli incidenti cardiovascolari siano riconducibili al fumo di tabacco.

Esiste il pericolo di ictus in chi fuma?

Certamente sì !

E' ormai provato che il fumo di sigaretta è un importante fattore di rischio per l'ictus. Il rischio si riduce dopo la sospensione del fumo. Se si smette di fumare il rischio cala drasticamente già dopo un anno. Dopo 5-10 anni diventa sovrapponibile a quello di chi non ha mai fumato.

E dell'infarto?

Sicuramente!

Il fumo è la causa principale di infarto e di malattie coronariche in uomini e donne e si associa al 30% delle morti causate da malattie coronariche e a un aumentato rischio di morte improvvisa.

L'arteriopatia obliterante degli arti inferiori è connessa al fumo?

Il fumo è forse il fattore di rischio più importante per lo sviluppo dell'arteriopatia obliterante periferica, ancora più strettamente correlato a tale patologia che alla coronaropatia. Il fumo contribuisce fortemente allo sviluppo di tale patologia e alla sua progressione verso le manifestazioni più deleterie come la *claudicatio* invalidante, l'ischemia critica, l'amputazione. La probabilità d'insorgenza dell'arteriopatia obliterante è circa doppia nei fumatori rispetto ai non fumatori e la gravità della malattia è connessa alla quantità di sigarette fumate e alla durata del tempo in cui si è fumato.

IL SOVRAPPESO E L'OBESITA'



Che cos'è l'obesità?

E' una condizione caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo: in pratica s'introducono più calorie di quante se ne consumano.

Il risultato è un aumento della massa corporea che può essere facilmente misurato attraverso il rapporto tra l'altezza e il peso corporeo che esprime l'indice di massa corporea o *Body Mass Index*.

Quanto è diffusa l'obesità nella popolazione?

L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo, con un andamento epidemico globale. In molti Paesi europei più della metà della popolazione adulta si trova al di sopra della soglia di "sovrappeso" e circa il 20-30% degli individui adulti rientra nella categoria degli obesi.

L'obesità è un fattore di rischio per altre malattie?

L'obesità, in particolare l'obesità viscerale, caratterizzata da un aumento della circonferenza della vita (>88 cm per la donna e >102

cm per l'uomo), rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le principali malattie croniche: diabete mellito, malattie cardiovascolari (ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, ictus cerebrale), alcuni tumori, malattie della colecisti, osteoartrosi.

L'alimentazione, quindi, ricopre un ruolo di primaria importanza?
Certamente!

La salute si conquista e si conserva soprattutto a tavola, imparando sin da bambini le regole del mangiare sano. Il tradizionale **modello alimentare mediterraneo** è ritenuto oggi in tutto il mondo uno dei più efficaci per la protezione della salute ed è anche uno dei più vari e bilanciati che si conoscano.

Quali sono in sintesi i cardini della dieta mediterranea?

Pane e pasta (il pane dovrebbe essere integrale e la pasta non solo di grano duro ma anche di vari cereali).

Uno spazio particolare occupano i legumi.

La carne è poca e la preferenza viene data a quella bianca.

Privilegiare il pesce azzurro.

Pochi grassi con utilizzo principale di olio extravergine di oliva.

Molta verdura e frutta fresca, inoltre frutta a guscio e vino.

Qual è la percentuale di glucidi, proteine e lipidi contenuti mediamente nella dieta mediterranea?

- **55-60% di Glucidi** dei quali l'80% di glucidi complessi (pane integrale, pasta, riso, mais, ecc.) e il 20% di zuccheri semplici

- **10-15% di Proteine** delle quali il 60% di origine animale (carni soprattutto bianche, pesce azzurro, ecc.) e il 40% di origine vegetale (fagioli, ceci, lenticchie e legumi in genere)

- **25-30% di Grassi** (olio di oliva in prevalenza, burro, strutto, ecc.).

Frutta e verdura di stagione occupano un posto di primo piano per la loro caratteristica di fornire vitamine, minerali, antiossidanti e fibre.

L'attività fisica è raccomandabile?

E' fondamentale, ma va gestita con saggezza, in rapporto all'età e compatibilmente con eventuali malattie concomitanti.

DECALOGO RIASSUNTIVO PER LA PREVENZIONE DELL'ICTUS



Le strategie di prevenzione sono più efficaci se vengono attuate quando l'ICTUS non si è ancora manifestato, ossia in soggetti "che stanno bene" (prevenzione primaria).

E' consigliabile effettuare periodiche visite presso il Medico di Medicina Generale che provvederà a verificare il vostro profilo di rischio vascolare.

1. PREVENIRE E' MEGLIO CHE CURARE

2. NON FUMARE

Smettere di fumare riduce il rischio di ICTUS.

3. PRATICARE ATTIVITA' FISICA E SPORTIVA

Praticare quotidianamente attività fisica moderata, ad esempio camminare con passo spedito per 30 minuti al giorno per la maggior parte dei giorni della settimana.

4. CONTROLLARE IL PESO CORPOREO

Evitare l'aumento ponderale con misure dietetiche e attività fisica. Nei soggetti in sovrappeso la riduzione del peso corporeo ha effetti positivi sulla pressione arteriosa, sul diabete e sui grassi nel sangue.

5. LIMITARE L'ALCOL

Evitare un'eccessiva assunzione di alcol. L'assunzione di modiche quantità di alcol (per l'uomo 2 bicchieri di vino o 2 lattine di birra; nelle donne tali dosi vanno dimezzate) può esercitare un effetto addirittura protettivo per le malattie vascolari e l'ICTUS.

6. CORREGGERE L'ALIMENTAZIONE

Ridurre il consumo di grassi e condimenti di origine animale, aumentare il consumo di olio di oliva quale fonte di grassi polinsaturi, aumentare il consumo di frutta, verdura, cereali integrali e legumi.

7. LIMITARE IL SALE NELLA DIETA

Viene consigliato di limitare l'assunzione di sale nella dieta a meno di 6 grammi al giorno. Tale obiettivo si raggiunge evitando cibi ad alto contenuto di sale e non aggiungendo sale a tavola. La raccomandazione è ancora più importante per i soggetti con ipertensione arteriosa.

8. CONTROLLARE LA PRESSIONE ARTERIOSA

Nei soggetti con ipertensione arteriosa, qualora le modificazioni alimentari e dello stile di vita non siano sufficienti, è indicato il ricorso ai farmaci antiipertensivi. I valori consigliati sono inferiori a 140/90 mmHg e di 130/80 mmHg nei diabetici.

9. CONTROLLARE LA GLICEMIA

Eeguire periodici controlli della glicemia per diagnosticare precocemente la presenza di diabete. Nei diabetici la riduzione del peso corporeo, le modificazioni dello stile di vita e il controllo degli altri fattori di rischio devono essere particolarmente accurati.

10. ATTENZIONE ALLA FIBRILLAZIONE ATRIALE

Per prevenire l'ICTUS nei soggetti con fibrillazione atriale è indicata l'assunzione di farmaci anticoagulanti e solo in una minoranza di casi di antiaggreganti piastrinici (che sono meno efficaci degli anticoagulanti). La scelta del farmaco deve essere fatta dal medico curante.

TIA: L'ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO UN PAZIENTE RACCONTA.....

Cari amici,

prendo lo spunto da un felice connubio tra la professionalità del Dottor Gabriele Frausini, Primario Medico dell'Ospedale S. Croce di Fano e la traumatica esperienza che ho vissuto sulla mia pelle. Debbo confessare che, pur avendo speso la mia lunga esistenza nel settore socio-sanitario, ho peccato d'incomprensibile e incosciente superficialità: mi sono comportato come se ritenessi di essere immortale! Tuttavia, alla lunga, i nodi vengono al pettine. Solo con piccoli preavvisi (difficoltà nell'articolare le dita delle mani), ovviamente sottovalutati, un mattino ho perso per 10 minuti la parola che, per un logorroico come me, è una terribile punizione.

Panico familiare, ambulanza, ricovero immediato alla *Stroke Unit* del nostro Ospedale, ecodoppler e altre indagini strumentali: la carotide sinistra era ostruita per il 90% (la pervietà era ridotta al lumicino o, come si dice in gergo, "a coda di topo"). Espletate tutte le iniziative di carattere farmacologico, dopo due ore ero già sotto i ferri. Fino a quel momento ero stato fortunato, ma non si poteva perdere un minuto di più. Due giorni dopo sono tornato tranquillo alla *Stroke Unit*, breve degenza: la carotide era stata disostruita perfettamente.

Vi assicuro che è meraviglioso tornare alla vita dopo aver temuto di perderla, alle piccole consuetudini quotidiane che non apprezzi, ma rimpiangi solo quando la spada di Damocle si abbatte crudelmente sulla tua esistenza.

Ho il dovere, oltre che il piacere, di testimoniare con obiettività la straordinaria efficienza e la professionalità di tutta l'*équipe* di Gabriele Frausini, dai suoi collaboratori al personale infermieristico (formidabile quello della *Stroke Unit* ed eccellente il Dottor Giancarlo Francolini che la coordina) ai quali debbo la riconquista di un'esistenza normale, con qualche precauzione in più perché ora mi sono convinto che bisogna

alzare la testa dalle ambasce, dagli impegni, dalla ricerca del successo e mettere in campo un pizzico di “sano” egoismo: **bisogna “volersi bene”**.

Non faccio né del trionfalismo né del terrorismo sanitario. Mi preme solo segnalare: non comportatevi come me, ***NON VIVIAMO COME SE FOSSIMO IMMORTALI***, difendiamo quel bene meraviglioso che ci è stato concesso, la vita!

Insieme a Gabriele Frausini e ai suoi collaboratori abbiamo pensato di mettere sulla carta una serie di avvertenze e di consigli che possono essere molto utili, vista la posta in palio.

Se avremo convinto anche pochi concittadini a prevenire e a curare questi subdoli eventi, la nostra piacevole fatica sarà stata ampiamente ripagata.

Rodolfo Colarizi

CONCLUSIONI

C'è sempre un sogno dietro ogni iniziativa: ebbene vorrei che questo opuscolo dedicato all'ictus cerebrale possa servire, a chi avrà la compiacenza di leggerlo, a capire come ci si deve comportare di fronte a dei disturbi che possono farci pensare di avere un "problema di circolazione cerebrale".

Chi avverte un dolore toracico si reca molto spesso al Pronto Soccorso o chiama il 118 nel timore di avere un infarto, mentre chi avverte altri disturbi come il non parlare bene, il non muovere bene un arto o notare la "bocca storta", troppo spesso aspetta e magari va a fare un sonnellino per vedere se tutto passa spontaneamente senza sapere che si sta perdendo tempo prezioso.

Tempo prezioso perché "*time is brain*", il tempo è cervello e quello che possiamo fare in termini di terapia nelle prime tre ore dall'inizio dell'ictus è ben diverso da ciò che possiamo fare nelle ore successive.

Troppe volte, quando arriva un paziente con un ictus, proviamo un grande senso di rabbia perché è arrivato tardi e a causa di questo ritardo possiamo soltanto assistere al divenire della malattia e al massimo prevenire solo le possibili complicanze e recidive.

Negli ultimi anni molto si è scoperto sui meccanismi che provocano l'ictus cerebrale e sono partite importanti campagne di prevenzione per sensibilizzare la popolazione a controllare tutti i fattori di rischio che possono facilitarne l'insorgenza.

Ben poco è stato invece fatto per informare la popolazione che ci sono a disposizione farmaci che in alcuni casi selezionati di ictus possono ripristinare la circolazione cerebrale sciogliendo il trombo che ha provocato l'ictus stesso e che questi farmaci, per poter essere efficaci e sicuri, debbono essere impiegati solo entro le prime tre ore dall'inizio dei sintomi.

Sbaglia chi pensa che la malattia sia una disgrazia che cade addosso in maniera ineluttabile e di fronte alla quale si può essere solo spettatori inerti.

Si deve invece mettere in campo ogni sforzo per far sì che questa malattia non insorga, ma anche per restituire una vita normale o quanto meno dignitosa a chi purtroppo ha subito un tale evento.

In questi anni ci siamo dati da fare in tal senso pensando prima, progettando e realizzando poi, una Stroke Unit che, al di là di ogni retorica e autocelebrazione, rappresenta una risposta concreta e moderna ai pazienti con problematiche vascolari cerebrali.

Ciò è stato possibile grazie al contributo di tanti, ma soprattutto della Fondazione Cassa di Risparmio di Fano che ha donato tutto il parco tecnologico e della meravigliosa équipe di medici, infermieri, fisioterapisti che si alternano al letto di questi pazienti.

E' sempre spiacevole fare un distinguo ma nessuno me ne voglia se approfitto per ricordare e ringraziare il Dr. Giancarlo Francolini che è stato l'anima di questa iniziativa ed è per questo che oggi coordina con pieno titolo e merito la nostra Stroke Unit.

Infine un sincero ringraziamento al Dr. Rodolfo Colarizi, amico di vecchia data che, sensibilizzato suo malgrado da una traumatica esperienza vissuta, non solo ha voluto raccontarla in questo opuscolo, ma ci ha anche messo a disposizione la sua approfondita conoscenza nel settore socio-sanitario e la sua brillante capacità letteraria per realizzare quello che ci auguriamo possa rappresentare un'utile lettura per i nostri concittadini.

Gabriele Frausini

MEMO

A series of horizontal dotted lines for writing.

MEMO

A series of horizontal dotted lines for writing.

MEMO

A series of horizontal dotted lines for writing.

MEMO

A series of horizontal dotted lines for writing.