



Rassegna Stampa
Preliminare

Rassegna stampa

**ICTUS, NO DEI
NEUROLOGI ALLA
MOLTIPLICAZIONE DI
STROKE UNIT CON
PICCOLI VOLUMI DI
ATTIVITÀ. E LA
TROMBECTOMIA DA
SOLA NON BASTA**

Intermedia s.r.l.
per la comunicazione
integrata

Via Lunga 16/A - Brescia

Via Monte delle Gioie 1
Roma

Roma, 23 giugno 2022

https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie

Ictus, no dei neurologi alla moltiplicazione di stroke unit con piccoli volumi di attività

Roma, 23 giugno 2022 – “Diciamo no alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività, perché non sarebbero nell’interesse del paziente. Quanto alla trombectomia, pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso: il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore. Ogni giorno lavoriamo in collaborazione con i cardiologi e con i cardiologi interventisti, ma il rispetto per le competenze può cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone”. Questa la reazione del Presidente di ISA-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, Prof. Mauro Silvestrini all’allarme lanciato dal GISE sulla carenza di carenza in Italia di Unità Ictus e di una delle procedure utilizzate per disostruire i vasi occlusi, la trombectomia.

“Il paziente colpito da ictus – prosegue Silvestrini – normalmente viene prima sottoposto a terapia farmacologica fibrinolitica per via endovenosa. In casi selezionati e in specifiche condizioni si procede con la trombectomia. Ricordiamo però che la procedura da sola non risolve: il trattamento offerto al paziente è efficace se c’è un percorso adeguato in cui l’intervento può avere un ruolo limitato, non per importanza, ma perché inserito nell’ambito di un percorso che è molto più articolato e che non è per tutti. Le evidenze ci dicono che ciò che migliora la prognosi del paziente non è un singolo passaggio ma una gestione appropriata e competente dell’insieme di problematiche che caratterizzano un ictus. Estrarre quel solo elemento da tutto il processo non migliora la speranza di vita di una persona”.

“Noi – spiega il Presidente ISA-All – abbiamo a che fare con il trattamento di una condizione che riguarda il cervello, che è un organo che chiaramente ha le sue peculiarità. Quindi è impensabile che qualsiasi tipo di gestione dei pazienti venga fatta al di là e al di fuori di una supervisione o competenza di tipo neurologico. Se è vero che alcuni pazienti non riescono ad avere un trattamento appropriato, ciò accade soprattutto quando il trasporto in Ospedale non avviene tempestivamente. Questo è minimamente influenzato dal numero delle Unità Ictus che sono attualmente 220 (64 delle quali in grado di effettuare la trombectomia) e che nella maggior parte delle regioni italiane, assicurano già una buona copertura, in netta crescita anche al Sud: prova ne è il numero sempre crescente di pazienti che viene sottoposto a un trattamento nella fase acuta. Bisogna sempre ricordare che l’adeguatezza di un centro e la capacità di effettuare trattamenti efficaci è relazionabile al numero di interventi che vengono eseguiti. Creare strutture che hanno ridotti volumi di attività o che solitamente si occupano di altri trattamenti, non vuol dire rendere un buon servizio alla comunità. Ciò che serve è l’ottimizzazione del funzionamento della rete, dalla consapevolezza dei cittadini sui sintomi al trasporto col 118.

<https://www.adnkronos.com/>

Ictus, neurologi no alla moltiplicazione di stroke unit. La trombectomia da sola non basta

Il Presidente di ISA-All Italian Stroke Association, Silvestrini: “Pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso può essere pericoloso. Il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore. Massima collaborazione con i colleghi, ma rispetto per le competenze: possono cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone”.

Roma, 23 giugno 2022 – “Diciamo no alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività, perché non sarebbero nell’interesse del paziente. Quanto alla trombectomia, pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso: il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore. Ogni giorno lavoriamo in collaborazione con i cardiologi e con i cardiologi interventisti, ma il rispetto per le competenze può cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone”. Questa la reazione del Presidente di ISA-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, Prof. Mauro Silvestrini all’allarme lanciato dal GISE sulla carenza di carenza in Italia di Unità Ictus e di una delle procedure utilizzate per disostruire i vasi occlusi, la trombectomia. “Il paziente colpito da ictus – prosegue Silvestrini – normalmente viene prima sottoposto a terapia farmacologica fibrinolitica per via endovenosa. In casi selezionati e in specifiche condizioni si procede con la trombectomia. Ricordiamo però che la procedura da sola non risolve: il trattamento offerto al paziente è efficace se c’è un percorso adeguato in cui l’intervento può avere un ruolo limitato, non per importanza, ma perché inserito nell’ambito di un percorso che è molto più articolato e che non è per tutti. Le evidenze ci dicono che ciò che migliora la prognosi del paziente non è un singolo passaggio ma una gestione appropriata e competente dell’insieme di problematiche che caratterizzano un ictus. Estrarre quel solo elemento da tutto il processo non migliora la speranza di vita di una persona”.

“Noi – spiega il Presidente ISA-All – abbiamo a che fare con il trattamento di una condizione che riguarda il cervello, che è un organo che chiaramente ha le sue peculiarità. Quindi è impensabile che qualsiasi tipo di gestione dei pazienti venga fatta al di là e al di fuori di una supervisione o competenza di tipo neurologico. Se è vero che alcuni pazienti non riescono ad avere un trattamento appropriato, ciò accade soprattutto quando il trasporto in Ospedale non avviene tempestivamente. Questo è minimamente influenzato dal numero delle Unità Ictus che sono attualmente 220 (64 delle quali in grado di effettuare la trombectomia) e che nella maggior parte delle regioni italiane, assicurano già una buona copertura, in netta crescita anche al Sud: prova ne è il numero sempre crescente di pazienti che viene sottoposto a un trattamento nella fase acuta. Bisogna sempre

ricordare che l'adeguatezza di un centro e la capacità di effettuare trattamenti efficaci è relazionabile al numero di interventi che vengono eseguiti. Creare strutture che hanno ridotti volumi di attività o che solitamente si occupano di altri trattamenti, non vuol dire rendere un buon servizio alla comunità. Ciò che serve è l'ottimizzazione del funzionamento della rete, dalla consapevolezza dei cittadini sui sintomi al trasporto col 118.

<https://www.agi.it/>

Ictus, no dei neurologi alla moltiplicazione di stroke unit con piccoli volumi di attività. E la trombectomia da sola non basta

Roma, 23 giugno 2022 – “Diciamo no alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività, perché non sarebbero nell’interesse del paziente. Quanto alla trombectomia, pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso: il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore. Ogni giorno lavoriamo in collaborazione con i cardiologi e con i cardiologi interventisti, ma il rispetto per le competenze può cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone”. Questa la reazione del Presidente di ISA-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, **Prof. Mauro Silvestrini** all’allarme lanciato dal GISE sulla carenza di carenza in Italia di Unità Ictus e di una delle procedure utilizzate per disostruire i vasi occlusi, la trombectomia.

“Il paziente colpito da ictus – prosegue Silvestrini – normalmente viene prima sottoposto a terapia farmacologica fibrinolitica per via endovenosa. In casi selezionati e in specifiche condizioni si procede con la trombectomia. Ricordiamo però che la procedura da sola non risolve: il trattamento offerto al paziente è efficace se c’è un percorso adeguato in cui l’intervento può avere un ruolo limitato, non per importanza, ma perché inserito nell’ambito di un percorso che è molto più articolato e che non è per tutti. Le evidenze ci dicono che ciò che migliora la prognosi del paziente non è un singolo passaggio ma una gestione appropriata e competente dell’insieme di problematiche che caratterizzano un ictus. Estrarre quel solo elemento da tutto il processo non migliora la speranza di vita di una persona”.

“Noi – spiega il Presidente ISA-All – abbiamo a che fare con il trattamento di una condizione che riguarda il cervello, che è un organo che chiaramente ha le sue peculiarità. Quindi è impensabile che qualsiasi tipo di gestione dei pazienti venga fatta al di là e al di fuori di una supervisione o competenza di tipo neurologico. Se è vero che alcuni pazienti non riescono ad avere un trattamento appropriato, ciò accade soprattutto quando il trasporto in Ospedale non avviene tempestivamente. Questo è minimamente influenzato dal numero delle Unità Ictus che sono attualmente 220 (64 delle quali in grado di effettuare la trombectomia) e che nella maggior parte delle regioni italiane, assicurano già una buona copertura, in netta crescita anche al Sud: prova ne è il numero sempre crescente di pazienti che viene sottoposto a un trattamento nella fase acuta. Bisogna sempre ricordare che l’adeguatezza di un centro e la capacità di effettuare trattamenti efficaci è relazionabile al numero di interventi che vengono eseguiti. Creare strutture che hanno ridotti volumi di attività o che solitamente si occupano di altri trattamenti, non vuol dire rendere un buon servizio alla comunità. Ciò che serve è l’ottimizzazione del funzionamento della rete, dalla consapevolezza dei cittadini sui sintomi al trasporto col 118.

“Occorrono inoltre figure altamente qualificate per dare reali opportunità terapeutiche ai pazienti – ricorda Silvestrini -La tromboectomia richiede non solo una specializzazione in radiologia, ma una competenza neuro-radiologica che non basta ancora, perché serve una specifica preparazione in neuroradiologia interventistica. Ci parrebbe assai improprio se un neuroradiologo interventista si

occupasse di angioplastiche coronariche”.

“Le figure del cardiologo e del cardiologo interventista sono preziose – conclude il Presidente ISA-AII -. In tutte le Unità Ictus esiste una collaborazione strettissima fra neurologo e cardiologo. La relazione, anche come Società Scientifica, è molto forte: la competenza cardiologica nell’ictus è fondamentale, basti pensare al tema della prevenzione secondaria. Tuttavia crediamo con forza che le competenze specifiche debbano restare tali, sempre nell’ambito di un lavoro di squadra. Un neuroradiologo non tratta l’ictus da solo, ma in collaborazione con l’intera Unità Ictus, normalmente gestita da neurologi, gli unici che possono dare indicazione all’intervento di trombectomia insieme al neuroradiologo, proprio perché tutto quello che viene fatto prima e dopo quell’atto richiede una visione della complessità della problematica. Scorporare questo segmento del percorso, senza uno sguardo d’insieme, non va a vantaggio della salute del paziente, che deve sempre essere al centro di tutti gli sforzi terapeutici della fase acuta dell’ictus”.

<https://www.dire.it/news>

SANITÀ. ICTUS, NO DEI NEUROLOGI A MOLTIPLICAZIONE DI STROKE UNIT

Roma, 23 giu. - "Diciamo no alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività, perché non sarebbero nell'interesse del paziente. Quanto alla trombectomia, pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso: il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore. Ogni giorno lavoriamo in collaborazione con i cardiologi e con i cardiologi interventisti, ma il rispetto per le competenze può cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone". Questa la reazione del Presidente di ISA-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, Prof. Mauro Silvestrini all'allarme lanciato dal GISE sulla carenza di carenza in Italia di Unità Ictus e di una delle procedure utilizzate per disostruire i vasi occlusi, la trombectomia. "Il paziente colpito da ictus- prosegue Silvestrini- normalmente viene prima sottoposto a terapia farmacologica fibrinolitica per via endovenosa. In casi selezionati e in specifiche condizioni si procede con la trombectomia. Ricordiamo però che la procedura da sola non risolve: il trattamento offerto al paziente è efficace se c'è un percorso adeguato in cui l'intervento può avere un ruolo limitato, non per importanza, ma perché inserito nell'ambito di un percorso che è molto più articolato e che non è per tutti. Le evidenze ci dicono che ciò che migliora la prognosi del paziente non è un singolo passaggio ma una gestione appropriata e competente dell'insieme di problematiche che caratterizzano un ictus. Estrarre quel solo elemento da tutto il processo non migliora la speranza di vita di una persona".

"Noi- spiega il Presidente ISA-All- abbiamo a che fare con il trattamento di una condizione che riguarda il cervello, che è un organo che chiaramente ha le sue peculiarità. Quindi è impensabile che qualsiasi tipo di gestione dei pazienti venga fatta al di là e al di fuori di una supervisione o competenza di tipo neurologico. Se è vero che alcuni pazienti non riescono ad avere un trattamento appropriato, ciò accade soprattutto quando il trasporto in Ospedale non avviene tempestivamente. Questo è minimamente influenzato dal numero delle Unità Ictus che sono attualmente 220 (64 delle quali in grado di effettuare la trombectomia) e che nella maggior parte delle regioni italiane, assicurano già una buona copertura, in netta crescita anche al Sud: prova ne è il numero sempre crescente di pazienti che viene sottoposto a un trattamento nella fase acuta. Bisogna sempre ricordare che l'adeguatezza di un centro e la capacità di effettuare trattamenti efficaci è relazionabile al numero di interventi che vengono eseguiti. Creare strutture che hanno ridotti volumi di attività o che solitamente si occupano di altri trattamenti, non vuol dire rendere un buon servizio alla comunità. Ciò che serve è l'ottimizzazione del funzionamento della rete, dalla consapevolezza dei cittadini sui sintomi al trasporto col 118".

"Occorrono inoltre figure altamente qualificate per dare reali opportunità terapeutiche ai pazienti- ricorda Silvestrini- La tromboectomia richiede non solo una specializzazione in radiologia, ma una competenza neuro-radiologica che non basta ancora, perché serve una specifica preparazione in neuroradiologia interventistica. Ci parrebbe assai improprio se un neuroradiologo interventista si occupasse di angioplastiche coronariche". "Le figure del cardiologo e del cardiologo interventista sono preziose- conclude il Presidente ISA-All- In tutte le Unità Ictus esiste una collaborazione strettissima fra neurologo e cardiologo. La relazione, anche come Società Scientifica, è molto forte: la competenza cardiologica nell'ictus è fondamentale, basti pensare al tema della prevenzione secondaria. Tuttavia crediamo con forza che le competenze specifiche debbano

restare tali, sempre nell'ambito di un lavoro di squadra. Un neuroradiologo non tratta l'ictus da solo, ma in collaborazione con l'intera Unità Ictus, normalmente gestita da neurologi, gli unici che possono dare indicazione all'intervento di trombectomia insieme al neuroradiologo, proprio perché tutto quello che viene fatto prima e dopo quell'atto richiede una visione della complessità della problematica. Scorporare questo segmento del percorso, senza uno sguardo d'insieme, non va a vantaggio della salute del paziente, che deve sempre essere al centro di tutti gli sforzi terapeutici della fase acuta dell'ictus".

<https://www.repubblica.it/salute/>

Ictus, la protesta dei neurologi: "No alla moltiplicazione di piccole Stroke unit"



Secondo il presidente Isa-All Italian Stroke Association- Associazione Italiana Ictus "non sono nell'interesse del paziente". E sulla trombectomia dice: "Pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso"

Dicono no "alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività", perché "non sarebbero nell'interesse del paziente". Quanto alla trombectomia, sostengono, che "pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso: il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore". È la reazione del professor Mauro Silvestrini, presidente di Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, all'allarme lanciato dal Gise sulla carenza in Italia di Unità Ictus e di una delle procedure utilizzate per disostruire i vasi occlusi, la trombectomia.

"Ecco perché così non può funzionare"

Silvestrini precisa: "Ogni giorno lavoriamo in collaborazione con i cardiologi e con i cardiologi interventisti, ma il rispetto per le competenze può cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone". E prosegue: "Il paziente colpito da ictus normalmente viene prima sottoposto a terapia farmacologica fibrinolitica per via endovenosa. In casi selezionati e in specifiche condizioni si procede con la trombectomia. Ricordiamo però che la procedura da sola non risolve: il trattamento offerto al malato è efficace se c'è un percorso adeguato in cui l'intervento può avere un ruolo limitato, non per importanza, ma perché inserito nell'ambito di un percorso che è molto più articolato e che non è per tutti".

Una gestione d'insieme

Secondo il presidente di Isa-All, "evidenze dicono che ciò che migliora la prognosi del paziente non è un singolo passaggio ma una gestione appropriata e competente dell'insieme di problematiche che caratterizzano un ictus: estrarre quel solo elemento da tutto il processo non migliora la speranza di vita di una persona".

E spiega cosa accade nel momento in cui viene preso in carico un paziente: "Noi abbiamo a che fare con il trattamento di una condizione che riguarda il cervello, che è un organo che ha le sue peculiarità. Quindi è impensabile che qualsiasi tipo di gestione dei pazienti venga fatta al di là e al di fuori di una supervisione o competenza di tipo neurologico".

L'adeguatezza delle strutture

Ma Silvestrini aggiunge: "Se è vero che alcuni pazienti non riescono ad avere un trattamento appropriato, ciò accade soprattutto quando il trasporto in ospedale non avviene tempestivamente. Questo è minimamente influenzato dal numero delle Unità Ictus che sono attualmente 220 (64 delle quali in grado di effettuare la trombectomia) e che nella maggior parte delle regioni italiane, assicurano già una buona copertura, in netta crescita anche al Sud: prova ne è il numero sempre crescente di pazienti che viene sottoposto a un trattamento nella fase acuta".

Inoltre, per il presidente dell'Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, "bisogna sempre ricordare che l'adeguatezza di un centro e la capacità di effettuare trattamenti efficaci è relazionabile al numero di interventi che vengono eseguiti". E ancora: "Creare strutture che hanno ridotti volumi di attività o che solitamente si occupano di altri trattamenti, non vuol dire rendere un buon servizio alla comunità". "Ciò che serve - puntualizza - è l'ottimizzazione del funzionamento della rete, dalla consapevolezza dei cittadini sui sintomi al trasporto col 118.

Personale qualificato

E poi serve personale qualificato. Silvestrini sottolinea: "Occorrono figure altamente qualificate per dare reali opportunità terapeutiche ai pazienti. La trombectomia richiede non solo una specializzazione in Radiologia, ma una competenza neuro-radiologica che non basta ancora, perché serve una specifica preparazione in neuroradiologia interventistica. Ci parrebbe assai improprio se un neuroradiologo interventista si occupasse di angioplastiche coronariche".

"Le figure del cardiologo e del cardiologo interventista sono preziose - conclude il Presidente Isa-All -. In tutte le Unità Ictus esiste una collaborazione strettissima fra neurologo e cardiologo. Un neuroradiologo non tratta l'ictus da solo, ma in collaborazione con l'intera Unità Ictus, normalmente gestita da neurologi, gli unici che possono dare indicazione all'intervento di trombectomia insieme al neuroradiologo. Scorporare questo segmento del percorso, senza uno sguardo d'insieme, non va a vantaggio della salute del paziente, che deve sempre essere al centro di tutti gli sforzi terapeutici della fase acuta dell'ictus".

<https://ilritrattodellasalute.tiscali.it/notizie>

Ictus, no dei neurologi alla moltiplicazione di stroke unit con piccoli volumi di attività

Il Presidente di ISA-AII Italian Stroke Association, Silvestrini: “Pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso può essere pericoloso. Il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore. Massima collaborazione con i colleghi, ma rispetto per le competenze: possono cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone”.



Roma, 23 giugno 2022 – “Diciamo no alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività, perché non sarebbero nell’interesse del paziente. Quanto alla trombectomia, pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso: il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore. Ogni giorno lavoriamo in collaborazione con i cardiologi e con i cardiologi interventisti, ma il rispetto per le competenze può cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone”. Questa la reazione del Presidente di ISA-AII Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, **Prof. Mauro Silvestrini** all’allarme lanciato dal GISE sulla carenza di carenza in Italia di Unità Ictus e di una delle procedure utilizzate per disostruire i vasi occlusi, la trombectomia.

“Il paziente colpito da ictus – prosegue Silvestrini - normalmente viene prima sottoposto a terapia farmacologica fibrinolitica per via endovenosa. In casi selezionati e in specifiche condizioni si procede con la trombectomia. Ricordiamo però che la procedura da sola non risolve: il trattamento offerto al paziente è efficace se c’è un percorso adeguato in cui l’intervento può avere un ruolo limitato, non per importanza, ma perché inserito nell’ambito di un percorso che è molto più articolato e che non è per tutti. Le evidenze ci dicono che ciò che migliora la prognosi del paziente non è un singolo passaggio ma una gestione appropriata e competente dell’insieme di problematiche che caratterizzano un ictus. Estrarre quel solo elemento da tutto il processo non migliora la speranza di vita di una persona”.

“Noi – spiega il Presidente ISA-AII - abbiamo a che fare con il trattamento di una condizione che riguarda il cervello, che è un organo che chiaramente ha le sue peculiarità. Quindi è impensabile

che qualsiasi tipo di gestione dei pazienti venga fatta al di là e al di fuori di una supervisione o competenza di tipo neurologico. Se è vero che alcuni pazienti non riescono ad avere un trattamento appropriato, ciò accade soprattutto quando il trasporto in Ospedale non avviene tempestivamente. Questo è minimamente influenzato dal numero delle Unità Ictus che sono attualmente 220 (64 delle quali in grado di effettuare la trombectomia) e che nella maggior parte delle regioni italiane, assicurano già una buona copertura, in netta crescita anche al Sud: prova ne è il numero sempre crescente di pazienti che viene sottoposto a un trattamento nella fase acuta. Bisogna sempre ricordare che l'adeguatezza di un centro e la capacità di effettuare trattamenti efficaci è relazionabile al numero di interventi che vengono eseguiti. Creare strutture che hanno ridotti volumi di attività o che solitamente si occupano di altri trattamenti, non vuol dire rendere un buon servizio alla comunità. Ciò che serve è l'ottimizzazione del funzionamento della rete, dalla consapevolezza dei cittadini sui sintomi al trasporto col 118.

“Occorrono inoltre figure altamente qualificate per dare reali opportunità terapeutiche ai pazienti – ricorda Silvestrini -La tromboectomia richiede non solo una specializzazione in radiologia, ma una competenza neuro-radiologica che non basta ancora, perché serve una specifica preparazione in neuroradiologia interventistica. Ci parrebbe assai improprio se un neuroradiologo interventista si occupasse di angioplastiche coronariche”.

“Le figure del cardiologo e del cardiologo interventista sono preziose – conclude il Presidente ISA-All -. In tutte le Unità Ictus esiste una collaborazione strettissima fra neurologo e cardiologo. La relazione, anche come Società Scientifica, è molto forte: la competenza cardiologica nell'ictus è fondamentale, basti pensare al tema della prevenzione secondaria. Tuttavia crediamo con forza che le competenze specifiche debbano restare tali, sempre nell'ambito di un lavoro di squadra. Un neuroradiologo non tratta l'ictus da solo, ma in collaborazione con l'intera Unità Ictus, normalmente gestita da neurologi, gli unici che possono dare indicazione all'intervento di trombectomia insieme al neuroradiologo, proprio perché tutto quello che viene fatto prima e dopo quell'atto richiede una visione della complessità della problematica. Scorporare questo segmento del percorso, senza uno sguardo d'insieme, non va a vantaggio della salute del paziente, che deve sempre essere al centro di tutti gli sforzi terapeutici della fase acuta dell'ictus”.

<https://www.lastampa.it>

Ictus, la protesta dei neurologi: "No alla moltiplicazione di piccole Stroke unit"



Secondo il presidente Isa-All Italian Stroke Association- Associazione Italiana Ictus "non sono nell'interesse del paziente". E sulla trombectomia dice: "Pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso"

Dicono no "alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività", perché "non sarebbero nell'interesse del paziente". Quanto alla trombectomia, sostengono, che "pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso: il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore". È la reazione del professor Mauro Silvestrini, presidente di Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, all'allarme lanciato dal Gise sulla carenza in Italia di Unità Ictus e di una delle procedure utilizzate per disostruire i vasi occlusi, la trombectomia.

"Ecco perché così non può funzionare"

Silvestrini precisa: "Ogni giorno lavoriamo in collaborazione con i cardiologi e con i cardiologi interventisti, ma il rispetto per le competenze può cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone". E prosegue: "Il paziente colpito da ictus normalmente viene prima sottoposto a terapia farmacologica fibrinolitica per via endovenosa. In casi selezionati e in specifiche condizioni si procede con la trombectomia. Ricordiamo però che la procedura da sola non risolve: il trattamento offerto al malato è efficace se c'è un percorso adeguato in cui l'intervento può avere un ruolo limitato, non per importanza, ma perché inserito nell'ambito di un percorso che è molto più articolato e che non è per tutti".

Una gestione d'insieme

Secondo il presidente di Isa-All, "evidenze dicono che ciò che migliora la prognosi del paziente non è un singolo passaggio ma una gestione appropriata e competente dell'insieme di problematiche che caratterizzano un ictus: estrarre quel solo elemento da tutto il processo non migliora la speranza di vita di una persona".

E spiega cosa accade nel momento in cui viene preso in carico un paziente: "Noi abbiamo a che fare con il trattamento di una condizione che riguarda il cervello, che è un organo che ha le sue peculiarità. Quindi è impensabile che qualsiasi tipo di gestione dei pazienti venga fatta al di là e al di fuori di una supervisione o competenza di tipo neurologico".

L'adeguatezza delle strutture

Ma Silvestrini aggiunge: "Se è vero che alcuni pazienti non riescono ad avere un trattamento appropriato, ciò accade soprattutto quando il trasporto in ospedale non avviene tempestivamente. Questo è minimamente influenzato dal numero delle Unità Ictus che sono attualmente 220 (64 delle quali in grado di effettuare la trombectomia) e che nella maggior parte delle regioni italiane, assicurano già una buona copertura, in netta crescita anche al Sud: prova ne è il numero sempre crescente di pazienti che viene sottoposto a un trattamento nella fase acuta".

Inoltre, per il presidente dell'Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, "bisogna sempre ricordare che l'adeguatezza di un centro e la capacità di effettuare trattamenti efficaci è relazionabile al numero di interventi che vengono eseguiti". E ancora: "Creare strutture che hanno ridotti volumi di attività o che solitamente si occupano di altri trattamenti, non vuol dire rendere un buon servizio alla comunità". "Ciò che serve - puntualizza - è l'ottimizzazione del funzionamento della rete, dalla consapevolezza dei cittadini sui sintomi al trasporto col 118.

Personale qualificato

E poi serve personale qualificato. Silvestrini sottolinea: "Occorrono figure altamente qualificate per dare reali opportunità terapeutiche ai pazienti. La trombectomia richiede non solo una specializzazione in Radiologia, ma una competenza neuro-radiologica che non basta ancora, perché serve una specifica preparazione in neuroradiologia interventistica. Ci parrebbe assai improprio se un neuroradiologo interventista si occupasse di angioplastiche coronariche".

"Le figure del cardiologo e del cardiologo interventista sono preziose - conclude il Presidente Isa-All -. In tutte le Unità Ictus esiste una collaborazione strettissima fra neurologo e cardiologo. Un neuroradiologo non tratta l'ictus da solo, ma in collaborazione con l'intera Unità Ictus, normalmente gestita da neurologi, gli unici che possono dare indicazione all'intervento di trombectomia insieme al neuroradiologo. Incorporare questo segmento del percorso, senza uno sguardo d'insieme, non va a vantaggio della salute del paziente, che deve sempre essere al centro di tutti gli sforzi terapeutici della fase acuta dell'ictus".

www.medinews.it/news

ICTUS, NO DEI NEUROLOGI ALLA MOLTIPLICAZIONE DI STROKE UNIT CON PICCOLI VOLUMI DI ATTIVITÀ. E LA TROMBECTOMIA DA SOLA NON BASTA



Il Presidente di ISA-All Italian Stroke Association, Silvestrini: “Pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso può essere pericoloso. Il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore. Massima collaborazione con i colleghi, ma rispetto per le competenze: possono cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone”.

Roma, 23 giugno 2022 - “Diciamo no alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività, perché non sarebbero nell’interesse del paziente. Quanto alla trombectomia, pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso: il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore. Ogni giorno lavoriamo in collaborazione con i cardiologi e con i cardiologi interventisti, ma il rispetto per le competenze può cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone”. Questa la reazione del Presidente di ISA-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, **Prof. Mauro Silvestrini** all’allarme lanciato dal GISE sulla carenza di carenza in Italia di Unità Ictus e di una delle procedure utilizzate per disostruire i vasi occlusi, la trombectomia.

“Il paziente colpito da ictus – prosegue Silvestrini – normalmente viene prima sottoposto a terapia farmacologica fibrinolitica per via endovenosa. In casi selezionati e in specifiche condizioni si procede con la trombectomia. Ricordiamo però che la procedura da sola non risolve: il trattamento offerto al paziente è efficace se c’è un percorso adeguato in cui l’intervento può avere un ruolo limitato, non per importanza, ma perché inserito nell’ambito di un percorso che è molto più articolato e che non è per tutti. Le evidenze ci dicono che ciò che migliora la prognosi del paziente non è un singolo passaggio ma una gestione appropriata e competente dell’insieme di problematiche che caratterizzano un ictus. Estrarre quel solo elemento da tutto il processo non migliora la speranza di vita di una persona”.

“Noi – spiega il Presidente ISA-All – abbiamo a che fare con il trattamento di una condizione che riguarda il cervello, che è un organo che chiaramente ha le sue peculiarità. Quindi è impensabile che

qualsiasi tipo di gestione dei pazienti venga fatta al di là e al di fuori di una supervisione o competenza di tipo neurologico. Se è vero che alcuni pazienti non riescono ad avere un trattamento appropriato, ciò accade soprattutto quando il trasporto in Ospedale non avviene tempestivamente. Questo è minimamente influenzato dal numero delle Unità Ictus che sono attualmente 220 (64 delle quali in grado di effettuare la trombectomia) e che nella maggior parte delle regioni italiane, assicurano già una buona copertura, in netta crescita anche al Sud: prova ne è il numero sempre crescente di pazienti che viene sottoposto a un trattamento nella fase acuta. Bisogna sempre ricordare che l'adeguatezza di un centro e la capacità di effettuare trattamenti efficaci è relazionabile al numero di interventi che vengono eseguiti. Creare strutture che hanno ridotti volumi di attività o che solitamente si occupano di altri trattamenti, non vuol dire rendere un buon servizio alla comunità. Ciò che serve è l'ottimizzazione del funzionamento della rete, dalla consapevolezza dei cittadini sui sintomi al trasporto col 118.

“Occorrono inoltre figure altamente qualificate per dare reali opportunità terapeutiche ai pazienti – ricorda Silvestrini -La tromboectomia richiede non solo una specializzazione in radiologia, ma una competenza neuro-radiologica che non basta ancora, perché serve una specifica preparazione in neuroradiologia interventistica. Ci parrebbe assai improprio se un neuroradiologo interventista si occupasse di angioplastiche coronariche”.

“Le figure del cardiologo e del cardiologo interventista sono preziose – conclude il Presidente ISA-All -. In tutte le Unità Ictus esiste una collaborazione strettissima fra neurologo e cardiologo. La relazione, anche come Società Scientifica, è molto forte: la competenza cardiologica nell'ictus è fondamentale, basti pensare al tema della prevenzione secondaria. Tuttavia crediamo con forza che le competenze specifiche debbano restare tali, sempre nell'ambito di un lavoro di squadra. Un neuroradiologo non tratta l'ictus da solo, ma in collaborazione con l'intera Unità Ictus, normalmente gestita da neurologi, gli unici che possono dare indicazione all'intervento di trombectomia insieme al neuroradiologo, proprio perché tutto quello che viene fatto prima e dopo quell'atto richiede una visione della complessità della problematica. Scorporare questo segmento del percorso, senza uno sguardo d'insieme, non va a vantaggio della salute del paziente, che deve sempre essere al centro di tutti gli sforzi terapeutici della fase acuta dell'ictus”.

<https://www.ilsecoloxix.it/>

Ictus, la protesta dei neurologi: "No alla moltiplicazione di piccole Stroke unit"



Secondo il presidente Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus "non sono nell'interesse del paziente". E sulla trombectomia dice: "Pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso"

Dicono no "alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività", perché "non sarebbero nell'interesse del paziente". Quanto alla trombectomia, sostengono, che "pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso: il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore". È la reazione del professor Mauro Silvestrini, presidente di Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, all'allarme lanciato dal Gise sulla carenza in Italia di Unità Ictus e di una delle procedure utilizzate per disostruire i vasi occlusi, la trombectomia.

"Ecco perché così non può funzionare"

Silvestrini precisa: "Ogni giorno lavoriamo in collaborazione con i cardiologi e con i cardiologi interventisti, ma il rispetto per le competenze può cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone". E prosegue: "Il paziente colpito da ictus normalmente viene prima sottoposto a terapia farmacologica fibrinolitica per via endovenosa. In casi selezionati e in specifiche condizioni si procede con la trombectomia. Ricordiamo però che la procedura da sola non risolve: il trattamento offerto al malato è efficace se c'è un percorso adeguato in cui l'intervento può avere un ruolo limitato, non per importanza, ma perché inserito nell'ambito di un percorso che è molto più articolato e che non è per tutti".

Una gestione d'insieme

Secondo il presidente di Isa-All, "evidenze dicono che ciò che migliora la prognosi del paziente non è un singolo passaggio ma una gestione appropriata e competente dell'insieme di problematiche che caratterizzano un ictus: estrarre quel solo elemento da tutto il processo non migliora la speranza di vita di una persona".

E spiega cosa accade nel momento in cui viene preso in carico un paziente: "Noi abbiamo a che fare con il trattamento di una condizione che riguarda il cervello, che è un organo che ha le sue peculiarità. Quindi è impensabile che qualsiasi tipo di gestione dei pazienti venga fatta al di là e al di fuori di una supervisione o competenza di tipo neurologico".

L'adeguatezza delle strutture

Ma Silvestrini aggiunge: "Se è vero che alcuni pazienti non riescono ad avere un trattamento appropriato, ciò accade soprattutto quando il trasporto in ospedale non avviene tempestivamente. Questo è minimamente influenzato dal numero delle Unità Ictus che sono attualmente 220 (64 delle quali in grado di effettuare la trombectomia) e che nella maggior parte delle regioni italiane, assicurano già una buona copertura, in netta crescita anche al Sud: prova ne è il numero sempre crescente di pazienti che viene sottoposto a un trattamento nella fase acuta".

Inoltre, per il presidente dell'Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, "bisogna sempre ricordare che l'adeguatezza di un centro e la capacità di effettuare trattamenti efficaci è relazionabile al numero di interventi che vengono eseguiti". E ancora: "Creare strutture che hanno ridotti volumi di attività o che solitamente si occupano di altri trattamenti, non vuol dire rendere un buon servizio alla comunità". "Ciò che serve - puntualizza - è l'ottimizzazione del funzionamento della rete, dalla consapevolezza dei cittadini sui sintomi al trasporto col 118.

Personale qualificato

E poi serve personale qualificato. Silvestrini sottolinea: "Occorrono figure altamente qualificate per dare reali opportunità terapeutiche ai pazienti. La trombectomia richiede non solo una specializzazione in Radiologia, ma una competenza neuro-radiologica che non basta ancora, perché serve una specifica preparazione in neuroradiologia interventistica. Ci parrebbe assai improprio se un neuroradiologo interventista si occupasse di angioplastiche coronariche".

"Le figure del cardiologo e del cardiologo interventista sono preziose - conclude il Presidente Isa-All -. In tutte le Unità Ictus esiste una collaborazione strettissima fra neurologo e cardiologo. Un neuroradiologo non tratta l'ictus da solo, ma in collaborazione con l'intera Unità Ictus, normalmente gestita da neurologi, gli unici che possono dare indicazione all'intervento di trombectomia insieme al neuroradiologo. Scorporare questo segmento del percorso, senza uno sguardo d'insieme, non va a vantaggio della salute del paziente, che deve sempre essere al centro di tutti gli sforzi terapeutici della fase acuta dell'ictus".

<https://www.panoramasanita.it>

Ictus, No di Isa-Aii alla moltiplicazione di Stroke Unit con piccoli volumi di attività



La replica dopo l'allarme lanciato dai cardiologi interventisti su trattamenti ritenuti d'avanguardia. Il Presidente di Isa-Aii Italian Stroke Association, Silvestrini: La Trombectomia da sola non basta. Massima collaborazione con i colleghi, ma rispetto per le competenze

“Diciamo no alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività, perché non sarebbero nell'interesse del paziente. Quanto alla trombectomia, pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso: il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore. Ogni giorno lavoriamo in collaborazione con i cardiologi e con i cardiologi interventisti, ma il rispetto per le competenze può cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone”. Questa la reazione del Presidente di Isa-Aii Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, Mauro Silvestrini **all'allarme lanciato dal Gise** sulla carenza di carenza in Italia di Unità Ictus e di una delle procedure utilizzate per disostruire i vasi occlusi, la trombectomia. “Il paziente colpito da ictus – prosegue Silvestrini – normalmente viene prima sottoposto a terapia farmacologica fibrinolitica per via endovenosa. In casi selezionati e in specifiche condizioni si procede con la trombectomia. Ricordiamo però che la procedura da sola non risolve: il trattamento offerto al paziente è efficace se c'è un percorso adeguato in cui l'intervento può avere un ruolo limitato, non per importanza, ma perché inserito nell'ambito di un percorso che è molto più articolato e che non è per tutti. Le evidenze ci dicono che ciò che migliora la prognosi del paziente non è un singolo passaggio ma una gestione appropriata e competente dell'insieme di problematiche che caratterizzano un ictus. Estrarre quel solo elemento da tutto il processo non migliora la speranza di vita di una persona”.

“Noi – spiega il Presidente ISA-AII – abbiamo a che fare con il trattamento di una condizione che riguarda il cervello, che è un organo che chiaramente ha le sue peculiarità. Quindi è impensabile che qualsiasi tipo di gestione dei pazienti venga fatta al di là e al di fuori di una supervisione o competenza di tipo neurologico. Se è vero che alcuni pazienti non riescono ad avere un trattamento appropriato, ciò accade soprattutto quando il trasporto in Ospedale non avviene tempestivamente. Questo è minimamente influenzato dal numero delle Unità Ictus che sono attualmente 220 (64 delle quali in grado di effettuare la trombectomia) e che nella maggior parte delle regioni italiane, assicurano già una buona copertura, in netta crescita anche al Sud: prova ne è il numero sempre crescente di pazienti che viene sottoposto a un trattamento nella fase acuta. Bisogna sempre ricordare che l'adeguatezza di un centro e la capacità di effettuare trattamenti efficaci è relazionabile al numero di interventi che vengono eseguiti. Creare strutture che hanno ridotti volumi di attività o che solitamente si occupano di altri trattamenti, non vuol dire rendere un buon servizio alla comunità. Ciò che serve è l'ottimizzazione del

funzionamento della rete, dalla consapevolezza dei cittadini sui sintomi al trasporto col 118.

“Occorrono inoltre figure altamente qualificate per dare reali opportunità terapeutiche ai pazienti – ricorda Silvestrini -La tromboectomia richiede non solo una specializzazione in radiologia, ma una competenza neuro-radiologica che non basta ancora, perché serve una specifica preparazione in neuroradiologia interventistica. Ci parrebbe assai improprio se un neuroradiologo interventista si occupasse di angioplastiche coronariche”.

“Le figure del cardiologo e del cardiologo interventista sono preziose – conclude il Presidente ISA-AII -. In tutte le Unità Ictus esiste una collaborazione strettissima fra neurologo e cardiologo. La relazione, anche come Società Scientifica, è molto forte: la competenza cardiologica nell'ictus è fondamentale, basti pensare al tema della prevenzione secondaria. Tuttavia crediamo con forza che le competenze specifiche debbano restare tali, sempre nell'ambito di un lavoro di squadra. Un neuroradiologo non tratta l'ictus da solo, ma in collaborazione con l'intera Unità Ictus, normalmente gestita da neurologi, gli unici che possono dare indicazione all'intervento di tromboectomia insieme al neuroradiologo, proprio perché tutto quello che viene fatto prima e dopo quell'atto richiede una visione della complessità della problematica. Scorporare questo segmento del percorso, senza uno sguardo d'insieme, non va a vantaggio della salute del paziente, che deve sempre essere al centro di tutti gli sforzi terapeutici della fase acuta dell'ictus”.

<https://messaggeroveneto.gelocal.it/>

Ictus, la protesta dei neurologi: "No alla moltiplicazione di piccole Stroke unit"



Secondo il presidente Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus "non sono nell'interesse del paziente". E sulla trombectomia dice: "Pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso"

Dicono no "alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività", perché "non sarebbero nell'interesse del paziente". Quanto alla trombectomia, sostengono, che "pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso: il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore". È la reazione del professor Mauro Silvestrini, presidente di Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, all'allarme lanciato dal Gise sulla carenza in Italia di Unità Ictus e di una delle procedure utilizzate per disostruire i vasi occlusi, la trombectomia.

"Ecco perché così non può funzionare"

Silvestrini precisa: "Ogni giorno lavoriamo in collaborazione con i cardiologi e con i cardiologi interventisti, ma il rispetto per le competenze può cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone". E prosegue: "Il paziente colpito da ictus normalmente viene prima sottoposto a terapia farmacologica fibrinolitica per via endovenosa. In casi selezionati e in specifiche condizioni si procede con la trombectomia. Ricordiamo però che la procedura da sola non risolve: il trattamento offerto al malato è efficace se c'è un percorso adeguato in cui l'intervento può avere un ruolo limitato, non per importanza, ma perché inserito nell'ambito di un

percorso che è molto più articolato e che non è per tutti".

Una gestione d'insieme

Secondo il presidente di Isa-All, "evidenze dicono che ciò che migliora la prognosi del paziente non è un singolo passaggio ma una gestione appropriata e competente dell'insieme di problematiche che caratterizzano un ictus: estrarre quel solo elemento da tutto il processo non migliora la speranza di vita di una persona".

E spiega cosa accade nel momento in cui viene preso in carico un paziente: "Noi abbiamo a che fare con il trattamento di una condizione che riguarda il cervello, che è un organo che ha le sue peculiarità. Quindi è impensabile che qualsiasi tipo di gestione dei pazienti venga fatta al di là e al di fuori di una supervisione o competenza di tipo neurologico".

L'adeguatezza delle strutture

Ma Silvestrini aggiunge: "Se è vero che alcuni pazienti non riescono ad avere un trattamento appropriato, ciò accade soprattutto quando il trasporto in ospedale non avviene tempestivamente. Questo è minimamente influenzato dal numero delle Unità Ictus che sono attualmente 220 (64 delle quali in grado di effettuare la trombectomia) e che nella maggior parte delle regioni italiane, assicurano già una buona copertura, in netta crescita anche al Sud: prova ne è il numero sempre crescente di pazienti che viene sottoposto a un trattamento nella fase acuta".

Inoltre, per il presidente dell'Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, "bisogna sempre ricordare che l'adeguatezza di un centro e la capacità di effettuare trattamenti efficaci è relazionabile al numero di interventi che vengono eseguiti". E ancora: "Creare strutture che hanno ridotti volumi di attività o che solitamente si occupano di altri trattamenti, non vuol dire rendere un buon servizio alla comunità". "Ciò che serve - puntualizza - è l'ottimizzazione del funzionamento della rete, dalla consapevolezza dei cittadini sui sintomi al trasporto col 118.

Personale qualificato

E poi serve personale qualificato. Silvestrini sottolinea: "Occorrono figure altamente qualificate per dare reali opportunità terapeutiche ai pazienti. La trombectomia richiede non solo una specializzazione in Radiologia, ma una competenza neuro-radiologica che non basta ancora, perché serve una specifica preparazione in neuroradiologia interventistica. Ci parrebbe assai improprio se un neuroradiologo interventista si occupasse di angioplastiche coronariche".

"Le figure del cardiologo e del cardiologo interventista sono preziose - conclude il Presidente Isa-All -. In tutte le Unità Ictus esiste una collaborazione strettissima fra neurologo e cardiologo. Un neuroradiologo non tratta l'ictus da solo, ma in collaborazione con l'intera Unità Ictus, normalmente gestita da neurologi, gli unici che possono dare indicazione all'intervento di trombectomia insieme al neuroradiologo. Scorporare questo segmento del percorso, senza uno sguardo d'insieme, non va a vantaggio della salute del paziente, che deve sempre essere al centro di tutti gli sforzi terapeutici della fase acuta dell'ictus".

<https://www.foce.online/articoli-news/>

Ictus, no dei neurologi alla moltiplicazione di stroke unit con piccoli volumi di attività

Roma, 23 giugno 2022 – “Diciamo no alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività, perché non sarebbero nell’interesse del paziente. Quanto alla trombectomia, pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso: il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore. Ogni giorno lavoriamo in collaborazione con i cardiologi e con i cardiologi interventisti, ma il rispetto per le competenze può cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone”. Questa la reazione del Presidente di ISA-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, **Prof. Mauro Silvestrini** all’allarme lanciato dal GISE sulla carenza di Unità Ictus e di una delle procedure utilizzate per disostruire i vasi occlusi, la trombectomia.

“Il paziente colpito da ictus – prosegue Silvestrini - normalmente viene prima sottoposto a terapia farmacologica fibrinolitica per via endovenosa. In casi selezionati e in specifiche condizioni si procede con la trombectomia. Ricordiamo però che la procedura da sola non risolve: il trattamento offerto al paziente è efficace se c’è un percorso adeguato in cui l’intervento può avere un ruolo limitato, non per importanza, ma perché inserito nell’ambito di un percorso che è molto più articolato e che non è per tutti. Le evidenze ci dicono che ciò che migliora la prognosi del paziente non è un singolo passaggio ma una gestione appropriata e competente dell’insieme di problematiche che caratterizzano un ictus. Estrarre quel solo elemento da tutto il processo non migliora la speranza di vita di una persona”.

“Noi – spiega il Presidente ISA-All - abbiamo a che fare con il trattamento di una condizione che riguarda il cervello, che è un organo che chiaramente ha le sue peculiarità. Quindi è impensabile che qualsiasi tipo di gestione dei pazienti venga fatta al di là e al di fuori di una supervisione o competenza di tipo neurologico. Se è vero che alcuni pazienti non riescono ad avere un trattamento appropriato, ciò accade soprattutto quando il trasporto in Ospedale non avviene tempestivamente. Questo è minimamente influenzato dal numero delle Unità Ictus che sono

attualmente 220 (64 delle quali in grado di effettuare la trombectomia) e che nella maggior parte delle regioni italiane, assicurano già una buona copertura, in netta crescita anche al Sud: prova ne è il numero sempre crescente di pazienti che viene sottoposto a un trattamento nella fase acuta. Bisogna sempre ricordare che l'adeguatezza di un centro e la capacità di effettuare trattamenti efficaci è relazionabile al numero di interventi che vengono eseguiti. Creare strutture che hanno ridotti volumi di attività o che solitamente si occupano di altri trattamenti, non vuol dire rendere un buon servizio alla comunità. Ciò che serve è l'ottimizzazione del funzionamento della rete, dalla consapevolezza dei cittadini sui sintomi al trasporto col 118.

“Occorrono inoltre figure altamente qualificate per dare reali opportunità terapeutiche ai pazienti – ricorda Silvestrini -La tromboectomia richiede non solo una specializzazione in radiologia, ma una competenza neuro-radiologica che non basta ancora, perché serve una specifica preparazione in neuroradiologia interventistica. Ci parrebbe assai improprio se un neuroradiologo interventista si occupasse di angioplastiche coronariche”.

“Le figure del cardiologo e del cardiologo interventista sono preziose – conclude il Presidente ISA-All -. In tutte le Unità Ictus esiste una collaborazione strettissima fra neurologo e cardiologo. La relazione, anche come Società Scientifica, è molto forte: la competenza cardiologica nell'ictus è fondamentale, basti pensare al tema della prevenzione secondaria. Tuttavia crediamo con forza che le competenze specifiche debbano restare tali, sempre nell'ambito di un lavoro di squadra. Un neuroradiologo non tratta l'ictus da solo, ma in collaborazione con l'intera Unità Ictus, normalmente gestita da neurologi, gli unici che possono dare indicazione all'intervento di trombectomia insieme al neuroradiologo, proprio perché tutto quello che viene fatto prima e dopo quell'atto richiede una visione della complessità della problematica. Scorporare questo segmento del percorso, senza uno sguardo d'insieme, non va a vantaggio della salute del paziente, che deve sempre essere al centro di tutti gli sforzi terapeutici della fase acuta dell'ictus”.

<https://mattinopadova.gelocal.it>

Ictus, la protesta dei neurologi: "No alla moltiplicazione di piccole Stroke unit"



Secondo il presidente Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus "non sono nell'interesse del paziente". E sulla trombectomia dice: "Pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso"

Dicono no "alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività", perché "non sarebbero nell'interesse del paziente". Quanto alla trombectomia, sostengono, che "pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso: il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore". È la reazione del professor Mauro Silvestrini, presidente di Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, all'allarme lanciato dal Gise sulla carenza in Italia di Unità Ictus e di una delle procedure utilizzate per disostruire i vasi occlusi, la trombectomia.

"Ecco perché così non può funzionare"

Silvestrini precisa: "Ogni giorno lavoriamo in collaborazione con i cardiologi e con i cardiologi interventisti, ma il rispetto per le competenze può cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone". E prosegue: "Il paziente colpito da ictus normalmente viene prima sottoposto a terapia farmacologica fibrinolitica per via endovenosa. In casi selezionati e in specifiche condizioni si procede con la trombectomia. Ricordiamo però che la procedura da sola non risolve: il trattamento offerto al malato è efficace se c'è un percorso adeguato in cui l'intervento può avere un ruolo limitato, non per importanza, ma perché inserito nell'ambito di un percorso che è molto più articolato e che non è per tutti".

Una gestione d'insieme

Secondo il presidente di Isa-All, "evidenze dicono che ciò che migliora la prognosi del paziente non è un singolo passaggio ma una gestione appropriata e competente dell'insieme di problematiche che caratterizzano un ictus: estrarre quel solo elemento da tutto il processo non migliora la speranza di vita di una persona".

E spiega cosa accade nel momento in cui viene preso in carico un paziente: "Noi abbiamo a che fare con il trattamento di una condizione che riguarda il cervello, che è un organo che ha le sue peculiarità. Quindi è impensabile che qualsiasi tipo di gestione dei pazienti venga fatta al di là e al di fuori di una supervisione o competenza di tipo neurologico".

L'adeguatezza delle strutture

Ma Silvestrini aggiunge: "Se è vero che alcuni pazienti non riescono ad avere un trattamento appropriato, ciò accade soprattutto quando il trasporto in ospedale non avviene tempestivamente. Questo è minimamente influenzato dal numero delle Unità Ictus che sono attualmente 220 (64 delle quali in grado di effettuare la trombectomia) e che nella maggior parte delle regioni italiane, assicurano già una buona copertura, in netta crescita anche al Sud: prova ne è il numero sempre crescente di pazienti che viene sottoposto a un trattamento nella fase acuta".

Inoltre, per il presidente dell'Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, "bisogna sempre ricordare che l'adeguatezza di un centro e la capacità di effettuare trattamenti efficaci è relazionabile al numero di interventi che vengono eseguiti". E ancora: "Creare strutture che hanno ridotti volumi di attività o che solitamente si occupano di altri trattamenti, non vuol dire rendere un buon servizio alla comunità". "Ciò che serve - puntualizza - è l'ottimizzazione del funzionamento della rete, dalla consapevolezza dei cittadini sui sintomi al trasporto col 118.

Personale qualificato

E poi serve personale qualificato. Silvestrini sottolinea: "Occorrono figure altamente qualificate per dare reali opportunità terapeutiche ai pazienti. La trombectomia richiede non solo una specializzazione in Radiologia, ma una competenza neuro-radiologica che non basta ancora, perché serve una specifica preparazione in neuroradiologia interventistica. Ci parrebbe assai improprio se un neuroradiologo interventista si occupasse di angioplastiche coronariche".

"Le figure del cardiologo e del cardiologo interventista sono preziose - conclude il Presidente Isa-All -. In tutte le Unità Ictus esiste una collaborazione strettissima fra neurologo e cardiologo. Un neuroradiologo non tratta l'ictus da solo, ma in collaborazione con l'intera Unità Ictus, normalmente gestita da neurologi, gli unici che possono dare indicazione all'intervento di trombectomia insieme al neuroradiologo. Scorporare questo segmento del percorso, senza uno sguardo d'insieme, non va a vantaggio della salute del paziente, che deve sempre essere al centro di tutti gli sforzi terapeutici della fase acuta dell'ictus".

<https://lanuovadiveneziaemestre.gelocal.it/>

Ictus, la protesta dei neurologi: "No alla moltiplicazione di piccole Stroke unit"



Secondo il presidente Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus "non sono nell'interesse del paziente". E sulla trombectomia dice: "Pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso"

Dicono no "alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività", perché "non sarebbero nell'interesse del paziente". Quanto alla trombectomia, sostengono, che "pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso: il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore". È la reazione del professor Mauro Silvestrini, presidente di Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, all'allarme lanciato dal Gise sulla carenza in Italia di Unità Ictus e di una delle procedure utilizzate per disostruire i vasi occlusi, la trombectomia.

"Ecco perché così non può funzionare"

Silvestrini precisa: "Ogni giorno lavoriamo in collaborazione con i cardiologi e con i cardiologi interventisti, ma il rispetto per le competenze può cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone". E prosegue: "Il paziente colpito da ictus normalmente viene prima sottoposto a terapia farmacologica fibrinolitica per via endovenosa. In casi selezionati e in specifiche condizioni si procede con la trombectomia. Ricordiamo però che la procedura da sola non risolve: il trattamento offerto al malato è efficace se c'è un percorso adeguato in cui l'intervento può avere un ruolo limitato, non per importanza, ma perché inserito nell'ambito di un percorso che è molto più articolato e che non è per tutti".

Una gestione d'insieme

Secondo il presidente di Isa-All, "evidenze dicono che ciò che migliora la prognosi del paziente non è un singolo passaggio ma una gestione appropriata e competente dell'insieme di problematiche che caratterizzano un ictus: estrarre quel solo elemento da tutto il processo non migliora la speranza di vita di una persona".

E spiega cosa accade nel momento in cui viene preso in carico un paziente: "Noi abbiamo a che fare con il trattamento di una condizione che riguarda il cervello, che è un organo che ha le sue peculiarità. Quindi è impensabile che qualsiasi tipo di gestione dei pazienti venga fatta al di là e al di fuori di una supervisione o competenza di tipo neurologico".

L'adeguatezza delle strutture

Ma Silvestrini aggiunge: "Se è vero che alcuni pazienti non riescono ad avere un trattamento appropriato, ciò accade soprattutto quando il trasporto in ospedale non avviene tempestivamente. Questo è minimamente influenzato dal numero delle Unità Ictus che sono attualmente 220 (64 delle quali in grado di effettuare la trombectomia) e che nella maggior parte delle regioni italiane, assicurano già una buona copertura, in netta crescita anche al Sud: prova ne è il numero sempre crescente di pazienti che viene sottoposto a un trattamento nella fase acuta".

Inoltre, per il presidente dell'Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, "bisogna sempre ricordare che l'adeguatezza di un centro e la capacità di effettuare trattamenti efficaci è relazionabile al numero di interventi che vengono eseguiti". E ancora: "Creare strutture che hanno ridotti volumi di attività o che solitamente si occupano di altri trattamenti, non vuol dire rendere un buon servizio alla comunità". "Ciò che serve - puntualizza - è l'ottimizzazione del funzionamento della rete, dalla consapevolezza dei cittadini sui sintomi al trasporto col 118.

Personale qualificato

E poi serve personale qualificato. Silvestrini sottolinea: "Occorrono figure altamente qualificate per dare reali opportunità terapeutiche ai pazienti. La trombectomia richiede non solo una specializzazione in Radiologia, ma una competenza neuro-radiologica che non basta ancora, perché serve una specifica preparazione in neuroradiologia interventistica. Ci parrebbe assai improprio se un neuroradiologo interventista si occupasse di angioplastiche coronariche".

"Le figure del cardiologo e del cardiologo interventista sono preziose - conclude il Presidente Isa-All -. In tutte le Unità Ictus esiste una collaborazione strettissima fra neurologo e cardiologo. Un neuroradiologo non tratta l'ictus da solo, ma in collaborazione con l'intera Unità Ictus, normalmente gestita da neurologi, gli unici che possono dare indicazione all'intervento di trombectomia insieme al neuroradiologo. Scorporare questo segmento del percorso, senza uno sguardo d'insieme, non va a vantaggio della salute del paziente, che deve sempre essere al centro di tutti gli sforzi terapeutici della fase acuta dell'ictus".

<https://www.latribunaditreviso.it>

Ictus, la protesta dei neurologi: "No alla moltiplicazione di piccole Stroke unit"



Secondo il presidente Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus "non sono nell'interesse del paziente". E sulla trombectomia dice: "Pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso"

Dicono no "alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività", perché "non sarebbero nell'interesse del paziente". Quanto alla trombectomia, sostengono, che "pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso: il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore". È la reazione del professor Mauro Silvestrini, presidente di Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, all'allarme lanciato dal Gise sulla carenza in Italia di Unità Ictus e di una delle procedure utilizzate per disostruire i vasi occlusi, la trombectomia.

"Ecco perché così non può funzionare"

Silvestrini precisa: "Ogni giorno lavoriamo in collaborazione con i cardiologi e con i cardiologi interventisti, ma il rispetto per le competenze può cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone". E prosegue: "Il paziente colpito da ictus normalmente viene prima sottoposto a terapia farmacologica fibrinolitica per via endovenosa. In casi selezionati e in specifiche condizioni si procede con la trombectomia. Ricordiamo però che la procedura da sola non risolve: il trattamento offerto al malato è efficace se c'è un percorso adeguato in cui l'intervento può avere un ruolo limitato, non per importanza, ma perché inserito nell'ambito di un

percorso che è molto più articolato e che non è per tutti".

Una gestione d'insieme

Secondo il presidente di Isa-All, "evidenze dicono che ciò che migliora la prognosi del paziente non è un singolo passaggio ma una gestione appropriata e competente dell'insieme di problematiche che caratterizzano un ictus: estrarre quel solo elemento da tutto il processo non migliora la speranza di vita di una persona".

E spiega cosa accade nel momento in cui viene preso in carico un paziente: "Noi abbiamo a che fare con il trattamento di una condizione che riguarda il cervello, che è un organo che ha le sue peculiarità. Quindi è impensabile che qualsiasi tipo di gestione dei pazienti venga fatta al di là e al di fuori di una supervisione o competenza di tipo neurologico".

L'adeguatezza delle strutture

Ma Silvestrini aggiunge: "Se è vero che alcuni pazienti non riescono ad avere un trattamento appropriato, ciò accade soprattutto quando il trasporto in ospedale non avviene tempestivamente. Questo è minimamente influenzato dal numero delle Unità Ictus che sono attualmente 220 (64 delle quali in grado di effettuare la trombectomia) e che nella maggior parte delle regioni italiane, assicurano già una buona copertura, in netta crescita anche al Sud: prova ne è il numero sempre crescente di pazienti che viene sottoposto a un trattamento nella fase acuta".

Inoltre, per il presidente dell'Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, "bisogna sempre ricordare che l'adeguatezza di un centro e la capacità di effettuare trattamenti efficaci è relazionabile al numero di interventi che vengono eseguiti". E ancora: "Creare strutture che hanno ridotti volumi di attività o che solitamente si occupano di altri trattamenti, non vuol dire rendere un buon servizio alla comunità". "Ciò che serve - puntualizza - è l'ottimizzazione del funzionamento della rete, dalla consapevolezza dei cittadini sui sintomi al trasporto col 118.

Personale qualificato

E poi serve personale qualificato. Silvestrini sottolinea: "Occorrono figure altamente qualificate per dare reali opportunità terapeutiche ai pazienti. La trombectomia richiede non solo una specializzazione in Radiologia, ma una competenza neuro-radiologica che non basta ancora, perché serve una specifica preparazione in neuroradiologia interventistica. Ci parrebbe assai improprio se un neuroradiologo interventista si occupasse di angioplastiche coronariche".

"Le figure del cardiologo e del cardiologo interventista sono preziose - conclude il Presidente Isa-All -. In tutte le Unità Ictus esiste una collaborazione strettissima fra neurologo e cardiologo. Un neuroradiologo non tratta l'ictus da solo, ma in collaborazione con l'intera Unità Ictus, normalmente gestita da neurologi, gli unici che possono dare indicazione all'intervento di trombectomia insieme al neuroradiologo. Scorporare questo segmento del percorso, senza uno sguardo d'insieme, non va a vantaggio della salute del paziente, che deve sempre essere al centro di tutti gli sforzi terapeutici della fase acuta dell'ictus".

<https://ilpiccolo.gelocal.it/>

Ictus, la protesta dei neurologi: "No alla moltiplicazione di piccole Stroke unit"



Secondo il presidente Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus "non sono nell'interesse del paziente". E sulla trombectomia dice: "Pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso"

Dicono no "alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività", perché "non sarebbero nell'interesse del paziente". Quanto alla trombectomia, sostengono, che "pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso: il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore". È la reazione del professor Mauro Silvestrini, presidente di Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, all'allarme lanciato dal Gise sulla carenza in Italia di Unità Ictus e di una delle procedure utilizzate per disostruire i vasi occlusi, la trombectomia.

"Ecco perché così non può funzionare"

Silvestrini precisa: "Ogni giorno lavoriamo in collaborazione con i cardiologi e con i cardiologi interventisti, ma il rispetto per le competenze può cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone". E prosegue: "Il paziente colpito da ictus normalmente viene prima sottoposto a terapia farmacologica fibrinolitica per via endovenosa. In casi selezionati e in specifiche condizioni si procede con la trombectomia. Ricordiamo però che la procedura da sola non risolve: il trattamento offerto al malato è efficace se c'è un percorso adeguato in cui l'intervento può avere un ruolo limitato, non per importanza, ma perché inserito nell'ambito di un percorso che è molto più articolato e che non è per tutti".

Una gestione d'insieme

Secondo il presidente di Isa-All, "evidenze dicono che ciò che migliora la prognosi del paziente non è un singolo passaggio ma una gestione appropriata e competente dell'insieme di problematiche che caratterizzano un ictus: estrarre quel solo elemento da tutto il processo non migliora la speranza di vita di una persona".

E spiega cosa accade nel momento in cui viene preso in carico un paziente: "Noi abbiamo a che fare con il trattamento di una condizione che riguarda il cervello, che è un organo che ha le sue peculiarità. Quindi è impensabile che qualsiasi tipo di gestione dei pazienti venga fatta al di là e al di fuori di una supervisione o competenza di tipo neurologico".

L'adeguatezza delle strutture

Ma Silvestrini aggiunge: "Se è vero che alcuni pazienti non riescono ad avere un trattamento appropriato, ciò accade soprattutto quando il trasporto in ospedale non avviene tempestivamente. Questo è minimamente influenzato dal numero delle Unità Ictus che sono attualmente 220 (64 delle quali in grado di effettuare la trombectomia) e che nella maggior parte delle regioni italiane, assicurano già una buona copertura, in netta crescita anche al Sud: prova ne è il numero sempre crescente di pazienti che viene sottoposto a un trattamento nella fase acuta".

Inoltre, per il presidente dell'Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, "bisogna sempre ricordare che l'adeguatezza di un centro e la capacità di effettuare trattamenti efficaci è relazionabile al numero di interventi che vengono eseguiti". E ancora: "Creare strutture che hanno ridotti volumi di attività o che solitamente si occupano di altri trattamenti, non vuol dire rendere un buon servizio alla comunità". "Ciò che serve - puntualizza - è l'ottimizzazione del funzionamento della rete, dalla consapevolezza dei cittadini sui sintomi al trasporto col 118.

Personale qualificato

E poi serve personale qualificato. Silvestrini sottolinea: "Occorrono figure altamente qualificate per dare reali opportunità terapeutiche ai pazienti. La trombectomia richiede non solo una specializzazione in Radiologia, ma una competenza neuro-radiologica che non basta ancora, perché serve una specifica preparazione in neuroradiologia interventistica. Ci parrebbe assai improprio se un neuroradiologo interventista si occupasse di angioplastiche coronariche".

"Le figure del cardiologo e del cardiologo interventista sono preziose - conclude il Presidente Isa-All -. In tutte le Unità Ictus esiste una collaborazione strettissima fra neurologo e cardiologo. Un neuroradiologo non tratta l'ictus da solo, ma in collaborazione con l'intera Unità Ictus, normalmente gestita da neurologi, gli unici che possono dare indicazione all'intervento di trombectomia insieme al neuroradiologo. Scorporare questo segmento del percorso, senza uno sguardo d'insieme, non va a vantaggio della salute del paziente, che deve sempre essere al centro di tutti gli sforzi terapeutici della fase acuta dell'ictus".

<https://gazzettadimantova.it/>

Ictus, la protesta dei neurologi: "No alla moltiplicazione di piccole Stroke unit"



Secondo il presidente Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus "non sono nell'interesse del paziente". E sulla trombectomia dice: "Pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso"

Dicono no "alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività", perché "non sarebbero nell'interesse del paziente". Quanto alla trombectomia, sostengono, che "pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso: il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore". È la reazione del professor Mauro Silvestrini, presidente di Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, all'allarme lanciato dal Gise sulla carenza in Italia di Unità Ictus e di una delle procedure utilizzate per disostruire i vasi occlusi, la trombectomia.

"Ecco perché così non può funzionare"

Silvestrini precisa: "Ogni giorno lavoriamo in collaborazione con i cardiologi e con i cardiologi interventisti, ma il rispetto per le competenze può cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone". E prosegue: "Il paziente colpito da ictus normalmente viene prima sottoposto a terapia farmacologica fibrinolitica per via endovenosa. In casi selezionati e in specifiche condizioni si procede con la trombectomia. Ricordiamo però che la procedura da sola non risolve: il trattamento offerto al malato è efficace se c'è un percorso adeguato in cui l'intervento può avere un ruolo limitato, non per importanza, ma perché inserito nell'ambito di un percorso che è molto più articolato e che non è per tutti".

Una gestione d'insieme

Secondo il presidente di Isa-All, "evidenze dicono che ciò che migliora la prognosi del paziente non è un singolo passaggio ma una gestione appropriata e competente dell'insieme di problematiche che caratterizzano un ictus: estrarre quel solo elemento da tutto il processo non migliora la speranza di vita di una persona".

E spiega cosa accade nel momento in cui viene preso in carico un paziente: "Noi abbiamo a che fare con il trattamento di una condizione che riguarda il cervello, che è un organo che ha le sue peculiarità. Quindi è impensabile che qualsiasi tipo di gestione dei pazienti venga fatta al di là e al di fuori di una supervisione o competenza di tipo neurologico".

L'adeguatezza delle strutture

Ma Silvestrini aggiunge: "Se è vero che alcuni pazienti non riescono ad avere un trattamento appropriato, ciò accade soprattutto quando il trasporto in ospedale non avviene tempestivamente. Questo è minimamente influenzato dal numero delle Unità Ictus che sono attualmente 220 (64 delle quali in grado di effettuare la trombectomia) e che nella maggior parte delle regioni italiane, assicurano già una buona copertura, in netta crescita anche al Sud: prova ne è il numero sempre crescente di pazienti che viene sottoposto a un trattamento nella fase acuta".

Inoltre, per il presidente dell'Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, "bisogna sempre ricordare che l'adeguatezza di un centro e la capacità di effettuare trattamenti efficaci è relazionabile al numero di interventi che vengono eseguiti". E ancora: "Creare strutture che hanno ridotti volumi di attività o che solitamente si occupano di altri trattamenti, non vuol dire rendere un buon servizio alla comunità". "Ciò che serve - puntualizza - è l'ottimizzazione del funzionamento della rete, dalla consapevolezza dei cittadini sui sintomi al trasporto col 118.

Personale qualificato

E poi serve personale qualificato. Silvestrini sottolinea: "Occorrono figure altamente qualificate per dare reali opportunità terapeutiche ai pazienti. La trombectomia richiede non solo una specializzazione in Radiologia, ma una competenza neuro-radiologica che non basta ancora, perché serve una specifica preparazione in neuroradiologia interventistica. Ci parrebbe assai improprio se un neuroradiologo interventista si occupasse di angioplastiche coronariche".

"Le figure del cardiologo e del cardiologo interventista sono preziose - conclude il Presidente Isa-All -. In tutte le Unità Ictus esiste una collaborazione strettissima fra neurologo e cardiologo. Un neuroradiologo non tratta l'ictus da solo, ma in collaborazione con l'intera Unità Ictus, normalmente gestita da neurologi, gli unici che possono dare indicazione all'intervento di trombectomia insieme al neuroradiologo. Scorporare questo segmento del percorso, senza uno sguardo d'insieme, non va a vantaggio della salute del paziente, che deve sempre essere al centro di tutti gli sforzi terapeutici della fase acuta dell'ictus".

Ictus, la protesta dei neurologi: "No alla moltiplicazione di piccole Stroke unit"



Secondo il presidente Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus "non sono nell'interesse del paziente". E sulla trombectomia dice: "Pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso"

Dicono no "alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività", perché "non sarebbero nell'interesse del paziente". Quanto alla trombectomia, sostengono, che "pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso: il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore". È la reazione del professor Mauro Silvestrini, presidente di Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, all'allarme lanciato dal Gise sulla carenza in Italia di Unità Ictus e di una delle procedure utilizzate per disostruire i vasi occlusi, la trombectomia.

"Ecco perché così non può funzionare"

Silvestrini precisa: "Ogni giorno lavoriamo in collaborazione con i cardiologi e con i cardiologi interventisti, ma il rispetto per le competenze può cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone". E prosegue: "Il paziente colpito da ictus normalmente viene prima sottoposto a terapia farmacologica fibrinolitica per via endovenosa. In casi selezionati e in specifiche condizioni si procede con la trombectomia. Ricordiamo però che la procedura da sola non risolve: il trattamento offerto al malato è efficace se c'è un percorso adeguato in cui l'intervento può avere un ruolo limitato, non per importanza, ma perché inserito nell'ambito di un percorso che è molto più articolato e che non è per tutti".

Una gestione d'insieme

Secondo il presidente di Isa-All, "evidenze dicono che ciò che migliora la prognosi del paziente non è un singolo passaggio ma una gestione appropriata e competente dell'insieme di problematiche che caratterizzano un ictus: estrarre quel solo elemento da tutto il processo non migliora la speranza di vita di una persona".

E spiega cosa accade nel momento in cui viene preso in carico un paziente: "Noi abbiamo a che fare con il trattamento di una condizione che riguarda il cervello, che è un organo che ha le sue peculiarità. Quindi è impensabile che qualsiasi tipo di gestione dei pazienti venga fatta al di là e al di fuori di una supervisione o competenza di tipo neurologico".

L'adeguatezza delle strutture

Ma Silvestrini aggiunge: "Se è vero che alcuni pazienti non riescono ad avere un trattamento appropriato, ciò accade soprattutto quando il trasporto in ospedale non avviene tempestivamente. Questo è minimamente influenzato dal numero delle Unità Ictus che sono attualmente 220 (64 delle quali in grado di effettuare la trombectomia) e che nella maggior parte delle regioni italiane, assicurano già una buona copertura, in netta crescita anche al Sud: prova ne è il numero sempre crescente di pazienti che viene sottoposto a un trattamento nella fase acuta".

Inoltre, per il presidente dell'Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, "bisogna sempre ricordare che l'adeguatezza di un centro e la capacità di effettuare trattamenti efficaci è relazionabile al numero di interventi che vengono eseguiti". E ancora: "Creare strutture che hanno ridotti volumi di attività o che solitamente si occupano di altri trattamenti, non vuol dire rendere un buon servizio alla comunità". "Ciò che serve - puntualizza - è l'ottimizzazione del funzionamento della rete, dalla consapevolezza dei cittadini sui sintomi al trasporto col 118.

Personale qualificato

E poi serve personale qualificato. Silvestrini sottolinea: "Occorrono figure altamente qualificate per dare reali opportunità terapeutiche ai pazienti. La trombectomia richiede non solo una specializzazione in Radiologia, ma una competenza neuro-radiologica che non basta ancora, perché serve una specifica preparazione in neuroradiologia interventistica. Ci parrebbe assai improprio se un neuroradiologo interventista si occupasse di angioplastiche coronariche".

"Le figure del cardiologo e del cardiologo interventista sono preziose - conclude il Presidente Isa-All -. In tutte le Unità Ictus esiste una collaborazione strettissima fra neurologo e cardiologo. Un neuroradiologo non tratta l'ictus da solo, ma in collaborazione con l'intera Unità Ictus, normalmente gestita da neurologi, gli unici che possono dare indicazione all'intervento di trombectomia insieme al neuroradiologo. Scorporare questo segmento del percorso, senza uno sguardo d'insieme, non va a vantaggio della salute del paziente, che deve sempre essere al centro di tutti gli sforzi terapeutici della fase acuta dell'ictus".

<https://corrieredellealpi.it/>

Ictus, la protesta dei neurologi: "No alla moltiplicazione di piccole Stroke unit"



Secondo il presidente Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus "non sono nell'interesse del paziente". E sulla trombectomia dice: "Pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso"

Dicono no "alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività", perché "non sarebbero nell'interesse del paziente". Quanto alla trombectomia, sostengono, che "pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso: il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore". È la reazione del professor Mauro Silvestrini, presidente di Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, all'allarme lanciato dal Gise sulla carenza in Italia di Unità Ictus e di una delle procedure utilizzate per disostruire i vasi occlusi, la trombectomia.

"Ecco perché così non può funzionare"

Silvestrini precisa: "Ogni giorno lavoriamo in collaborazione con i cardiologi e con i cardiologi interventisti, ma il rispetto per le competenze può cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone". E prosegue: "Il paziente colpito da ictus normalmente viene prima sottoposto a terapia farmacologica fibrinolitica per via endovenosa. In casi selezionati e in specifiche condizioni si procede con la trombectomia. Ricordiamo però che la procedura da sola non risolve: il trattamento offerto al malato è efficace se c'è un percorso adeguato in cui l'intervento può avere un ruolo limitato, non per importanza, ma perché inserito nell'ambito di un percorso che è molto più articolato e che non è per tutti".

Una gestione d'insieme

Secondo il presidente di Isa-All, "evidenze dicono che ciò che migliora la prognosi del paziente non è un singolo passaggio ma una gestione appropriata e competente dell'insieme di problematiche che caratterizzano un ictus: estrarre quel solo elemento da tutto il processo non migliora la speranza di vita di una persona".

E spiega cosa accade nel momento in cui viene preso in carico un paziente: "Noi abbiamo a che fare con il trattamento di una condizione che riguarda il cervello, che è un organo che ha le sue peculiarità. Quindi è impensabile che qualsiasi tipo di gestione dei pazienti venga fatta al di là e al di fuori di una supervisione o competenza di tipo neurologico".

L'adeguatezza delle strutture

Ma Silvestrini aggiunge: "Se è vero che alcuni pazienti non riescono ad avere un trattamento appropriato, ciò accade soprattutto quando il trasporto in ospedale non avviene tempestivamente. Questo è minimamente influenzato dal numero delle Unità Ictus che sono attualmente 220 (64 delle quali in grado di effettuare la trombectomia) e che nella maggior parte delle regioni italiane, assicurano già una buona copertura, in netta crescita anche al Sud: prova ne è il numero sempre crescente di pazienti che viene sottoposto a un trattamento nella fase acuta".

Inoltre, per il presidente dell'Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, "bisogna sempre ricordare che l'adeguatezza di un centro e la capacità di effettuare trattamenti efficaci è relazionabile al numero di interventi che vengono eseguiti". E ancora: "Creare strutture che hanno ridotti volumi di attività o che solitamente si occupano di altri trattamenti, non vuol dire rendere un buon servizio alla comunità". "Ciò che serve - puntualizza - è l'ottimizzazione del funzionamento della rete, dalla consapevolezza dei cittadini sui sintomi al trasporto col 118.

Personale qualificato

E poi serve personale qualificato. Silvestrini sottolinea: "Occorrono figure altamente qualificate per dare reali opportunità terapeutiche ai pazienti. La trombectomia richiede non solo una specializzazione in Radiologia, ma una competenza neuro-radiologica che non basta ancora, perché serve una specifica preparazione in neuroradiologia interventistica. Ci parrebbe assai improprio se un neuroradiologo interventista si occupasse di angioplastiche coronariche".

"Le figure del cardiologo e del cardiologo interventista sono preziose - conclude il Presidente Isa-All -. In tutte le Unità Ictus esiste una collaborazione strettissima fra neurologo e cardiologo. Un neuroradiologo non tratta l'ictus da solo, ma in collaborazione con l'intera Unità Ictus, normalmente gestita da neurologi, gli unici che possono dare indicazione all'intervento di trombectomia insieme al neuroradiologo. Scorporare questo segmento del percorso, senza uno sguardo d'insieme, non va a vantaggio della salute del paziente, che deve sempre essere al centro di tutti gli sforzi terapeutici della fase acuta dell'ictus".

<https://lasentinella.gelocal.it/>

Ictus, la protesta dei neurologi: "No alla moltiplicazione di piccole Stroke unit"



Secondo il presidente Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus "non sono nell'interesse del paziente". E sulla trombectomia dice: "Pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso"

Dicono no "alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività", perché "non sarebbero nell'interesse del paziente". Quanto alla trombectomia, sostengono, che "pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso: il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore". È la reazione del professor Mauro Silvestrini, presidente di Isa-All Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, all'allarme lanciato dal Gise sulla carenza in Italia di Unità Ictus e di una delle procedure utilizzate per disostruire i vasi occlusi, la trombectomia.

"Ecco perché così non può funzionare"

Silvestrini precisa: "Ogni giorno lavoriamo in collaborazione con i cardiologi e con i cardiologi interventisti, ma il rispetto per le competenze può cambiare radicalmente il corso di una patologia e la vita delle persone". E prosegue: "Il paziente colpito da ictus normalmente viene prima sottoposto a terapia farmacologica fibrinolitica per via endovenosa. In casi selezionati e in specifiche condizioni si procede con la trombectomia. Ricordiamo però che la procedura da sola non risolve: il trattamento offerto al malato è efficace se c'è un percorso adeguato in cui l'intervento può avere un ruolo limitato, non per importanza, ma perché inserito nell'ambito di un percorso che è molto più articolato e che non è per tutti".

Una gestione d'insieme

Secondo il presidente di Isa-All, "evidenze dicono che ciò che migliora la prognosi del paziente non è un singolo passaggio ma una gestione appropriata e competente dell'insieme di problematiche che caratterizzano un ictus: estrarre quel solo elemento da tutto il processo non migliora la speranza di vita di una persona".

E spiega cosa accade nel momento in cui viene preso in carico un paziente: "Noi abbiamo a che fare con il trattamento di una condizione che riguarda il cervello, che è un organo che ha le sue peculiarità. Quindi è impensabile che qualsiasi tipo di gestione dei pazienti venga fatta al di là e al di fuori di una supervisione o competenza di tipo neurologico".

L'adeguatezza delle strutture

Ma Silvestrini aggiunge: "Se è vero che alcuni pazienti non riescono ad avere un trattamento appropriato, ciò accade soprattutto quando il trasporto in ospedale non avviene tempestivamente. Questo è minimamente influenzato dal numero delle Unità Ictus che sono attualmente 220 (64 delle quali in grado di effettuare la trombectomia) e che nella maggior parte delle regioni italiane, assicurano già una buona copertura, in netta crescita anche al Sud: prova ne è il numero sempre crescente di pazienti che viene sottoposto a un trattamento nella fase acuta".

Inoltre, per il presidente dell'Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus, "bisogna sempre ricordare che l'adeguatezza di un centro e la capacità di effettuare trattamenti efficaci è relazionabile al numero di interventi che vengono eseguiti". E ancora: "Creare strutture che hanno ridotti volumi di attività o che solitamente si occupano di altri trattamenti, non vuol dire rendere un buon servizio alla comunità". "Ciò che serve - puntualizza - è l'ottimizzazione del funzionamento della rete, dalla consapevolezza dei cittadini sui sintomi al trasporto col 118.

Personale qualificato

E poi serve personale qualificato. Silvestrini sottolinea: "Occorrono figure altamente qualificate per dare reali opportunità terapeutiche ai pazienti. La trombectomia richiede non solo una specializzazione in Radiologia, ma una competenza neuro-radiologica che non basta ancora, perché serve una specifica preparazione in neuroradiologia interventistica. Ci parrebbe assai improprio se un neuroradiologo interventista si occupasse di angioplastiche coronariche".

"Le figure del cardiologo e del cardiologo interventista sono preziose - conclude il Presidente Isa-All -. In tutte le Unità Ictus esiste una collaborazione strettissima fra neurologo e cardiologo. Un neuroradiologo non tratta l'ictus da solo, ma in collaborazione con l'intera Unità Ictus, normalmente gestita da neurologi, gli unici che possono dare indicazione all'intervento di trombectomia insieme al neuroradiologo. Scorporare questo segmento del percorso, senza uno sguardo d'insieme, non va a vantaggio della salute del paziente, che deve sempre essere al centro di tutti gli sforzi terapeutici della fase acuta dell'ictus".

<https://www.facebook.com/>



Medinews

56 min · 🌐



"Diciamo no alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività, perché non sarebbero nell'interesse del paziente. Quanto alla trombectomia, pensare di curare la malattia solamente riaprendo un vaso, può essere pericoloso: il cervello è anatomicamente e funzionalmente più complesso del cuore. Ogni giorno lavoriamo in collaborazione con i cardiologi e con i cardiologi interventisti, ma il rispetto per le competenze può cambiare radicalmente il corso di una pa... Altro...

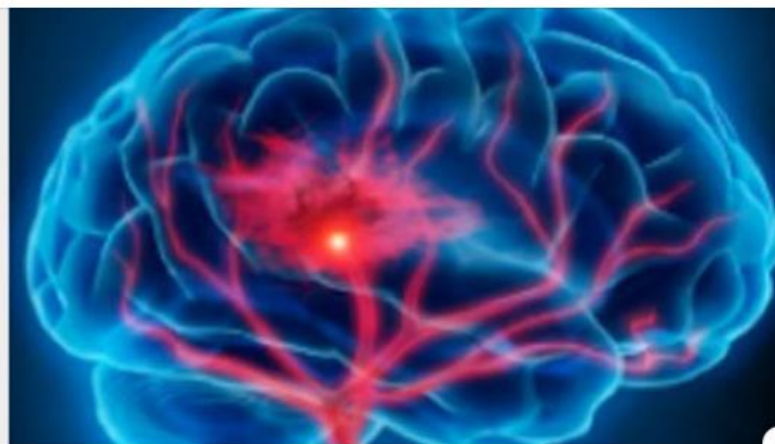


Il Ritratto della Salute

55 min · 🌐



"Diciamo no alla moltiplicazione delle Stroke Unit con piccoli volumi di attività, perché non sarebbero nell'interesse del paziente." Questa la reazione del Presidente di ISA, Prof. Mauro Silvestrini all'allarme lanciato dal GISE.



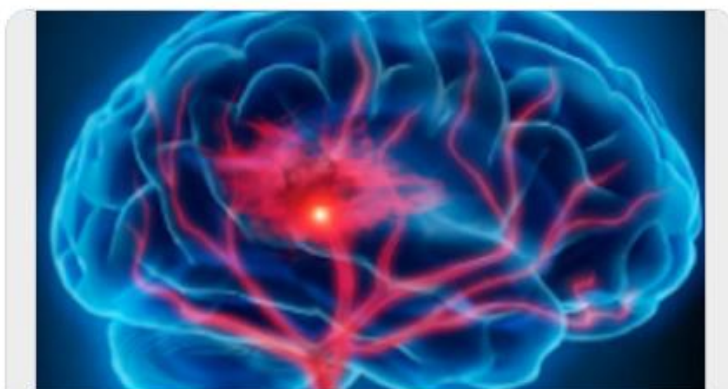
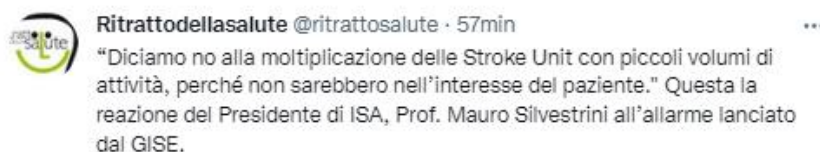
ILRITRATTODELLASALUTE.TISCALI.IT

Ictus, no dei neurologi alla moltiplicazione di stroke unit con piccoli volumi di attività



23-06-2022

https://twitter.com/



ilritrattodellasalute.tiscali.it
Ictus, no dei neurologi alla moltiplicazione di stroke unit con piccoli vo...
Il Presidente di ISA-All Italian Stroke Association, Silvestrini: "Pensare
di curare la malattia solamente riaprendo un vaso può essere ...