

## Salute

**Programmazione** Le misure più «redditizie»Esercizio e dieta  
le carte vincenti**Scarsi investimenti**

**Il nostro Paese è all'ultimo posto in Europa nella spesa per la prevenzione: solo lo 0,5 % della spesa sanitaria complessiva**

**N**on c'è solo lo *spread* dei titoli per cui l'Italia arranca in Europa, ma c'è anche quello degli investimenti nella prevenzione sanitaria. Il nostro Paese è all'ultimo posto in Europa e spende per questo soltanto lo 0,5 per cento della spesa sanitaria complessiva, contro una media europea del 2,9, sopra la quale si collocano Paesi come la Germania (3,2), la Svezia (3,6), l'Olanda (4,8) e la Romania (6,2), secondo i dati del rapporto Ocse-Ue «Health at the glance 2012».

Eppure un recente studio di The European House-Ambrosetti stima che investire un euro in prevenzione può fruttarne tre nell'arco di un decennio. Così, se l'Italia si allineasse alla media europea per gli investimenti nella prevenzione si potrebbero ottenere risparmi, da qui a dieci anni, pari a circa otto miliardi di euro.

«I benefici cumulati per investimenti sistematici e capillari in prevenzione primaria e secondaria potrebbero valere fino al 10 per cento in un ragionevole arco di tempo» ha detto Gianluca Orichio, direttore generale del Policlinico del Campus Biomedico di Roma che ha organizzato un incontro su questi temi.

Che l'investimento in prevenzione sia una delle carte vincenti per garantire la sostenibilità del nostro sistema sanitario nazionale lo dimostrano numerosi studi. Le principali malattie croniche, co-

me quelle cardiovascolari, il diabete, l'obesità, la malattia ostruttiva polmonare e alcuni tumori sono responsabili del 70 per cento delle disabilità e dell'85 per cento dei decessi nel mondo. Il costo diretto e indiretto (per esempio la perdita di giornate di lavoro) delle sole malattie cardiovascolari è stimato essere in Europa di 200 miliardi l'anno. Recenti studi, raccolti dalla Fondazione Lorenzini, dimostrano che dieta e attività fisica da sole possono ridurre del 33 per cento il rischio cardiovascolare. Percentuale che sale al 50 per cento eliminando il fumo.

Ancora: ogni anno l'Italia spende per l'influenza quasi tre miliardi tra spese sostenute dal servizio sanitario nazionale, dall'Inps e dalle aziende. Ebbene, il Ceis, il Centre for economic and international studies dell'Università Tor Vergata di Roma ha stimato una riduzione dei costi di oltre un miliardo e mezzo estendendo la vaccinazione a tutta la popolazione in età lavorativa.

Si capisce allora l'importanza della prevenzione primaria (l'obiettivo è impedire la comparsa delle malattie grazie a un corretto stile di vita o alle vaccinazioni) e di quella secondaria (o diagnosi precoce il cui obiettivo è quello di intercettare, con gli screening, una malattia quando ancora non ha dato segni di sé).

Ma l'investimento in prevenzione è sempre efficace? «Quando si fa prevenzione secondaria — spiega Giovanni Capelli, ordinario di Igiene all'Università Cassino e Lazio Meridionale — le campagne devono essere mirate ai target di popolazione a rischio. Gli screening indiscriminati servono soltanto a creare più liste di attesa per accertamenti diagnostici. La prevenzione primaria, come quella sui corretti stili di vita o sulla salubrità dell'ambiente deve essere invece indirizzata a tutta la popolazione. E questo è un compito della politica».

C. RIPRODUZIONE RISERVATA



# CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 6330  
Servizio Clienti - Tel. 02 63797510

Fondato nel 1876  www.corriere.it

Roma, Piazza Venezia 5  
Tel. 06 688281

## Una politica sanitaria davvero mirata contro l'epidemia di malattie croniche

S confitte (o quasi, almeno nei Paesi ricchi) le grandi malattie infettive, ecco la nuova epidemia mondiale: le malattie croniche (definite internazionalmente malattie non trasmissibili — *noncommunicable disease* in inglese, e in sigla Ncd — in contrapposizione con quelle infettive che, invece, si possono trasmettere da uomo a uomo o da animale a uomo). Stiamo parlando soprattutto di tumori, di patologie cardiovascolari, di diabete, di malattie respiratorie croniche. Tutte insieme sono responsabili di due terzi delle morti che si registrano nel mondo, uccidono ogni anno 35 milioni di persone, di cui 19 milioni prematuramente, prima cioè dei 70 anni. E costano alla società: le stime parlano di 43 mila miliardi di dollari di spesa fra il 2010 e il 2025.

Ecco perché, in una mega assemblea alle Nazioni Unite nel 2011, si è lanciato l'allarme e si è costituita, nel frattempo, una task force internazionale che ha riunito le diverse agenzie delle Nazioni Unite e sta studiando le strategie di prevenzione. L'obiettivo è ridurre del 25 per cento le morti premature, dovute alle patologie croniche, entro il 2025. Ma, si chiede un articolo su *science* firmato da Majid Ezzati e Elio Riboli dell'Imperial College di Londra, queste malattie si possono prevenire o si può almeno posticiparne la comparsa?

In teoria sì, perché si conoscono abbastanza bene i fattori di rischio, grazie a numerosissimi studi epidemiologici. A partire da quello storico di Framingham (la cittadina del Massachusetts dove la popolazione è sotto controllo medico dalla fine degli anni Quaranta) che ha permesso di individuare i principali responsabili delle malattie cardiovascolari fino a quelli sui tumori che hanno consentito, tanto per fare un esempio, di mettere in relazione il fumo di sigaretta con il cancro al polmone o il virus dell'epatite B e C con il cancro al fegato.

Oggi si sa che i quattro più importanti fattori implicati nella genesi delle malattie croniche sono: il fumo, l'alimentazione sbagliata, la mancanza di attività fisica e l'abuso di alcol.

Conoscerli è importante, però non è sufficiente per la prevenzione. E la sfida alle malattie croniche su larga scala non può essere affrontata soltanto da chi si occupa di salute: deve prevedere una collaborazione strategica con altri settori e in particolare con le istituzioni politiche e amministrative.

Gli esperti hanno individuato una decina di strumenti di prevenzione, fra cui, oltre all'abolizione del fumo, alla riduzione del consumo di alcol e all'incremento dell'attività fisica, sono compresi la diminuzione del sale nella dieta, l'eliminazione dei grassi trans, l'aumento del consumo di vegetali e frutta, la riduzione dei grassi saturi e dei carboidrati complessi in favore di quelli poli-insaturi e di prodotti integrali, la diffusione delle vaccinazioni come quella anti-epatite o anti-papilloma virus (coinvolto nella genesi del tumore alla cervice uterina). Ma tutto questo prevede scelte di politica sanitaria.

Che riguardano, per esempio: la tassazione di tabacco o alcol, la limitazione della pubblicità di questi prodotti, il controllo sui cibi industriali e l'etichettatura, l'istituzione di programmi di educazione sanitaria per la popolazione, l'offerta di vaccinazioni.

La prevenzione è un problema di tutti. Governi in primis.

# CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 6330  
Servizio Clienti - Tel. 02 63797510

Fondato nel 1876  www.corriere.it

RM 1  
Roma, Piazza Venezia 5  
Tel. 06 688281

## Progressi in cardiocirurgia grazie a una paziente «XXL»

Due donne, ricoverate entrambe nel Dipartimento Cardioracovascolare De Gasperis dell'ospedale Niguarda di Milano durante le vacanze di Natale del 2010. Non si conoscevano, non potevano essere più diverse fra loro ma hanno condiviso un destino, essere le prime pazienti al mondo su cui sia mai stato provato un innovativo metodo per introdurre un catetere nel circolo sanguigno per sostituire la valvola aortica.

In entrambe questa valvola, che si trova fra ventricolo sinistro e aorta e si apre per far passare il sangue dal cuore al sistema circolatorio, era danneggiata, "indurita" al punto di essere inservibile. Era necessario sostituirla, magari con un intervento mininvasivo come l'impianto della valvola aortica per via transcateretere o TAVI: i medici inseriscono un catetere nell'arteria femorale o nella succlavia, arrivano fino alla valvola e operano "dall'interno", senza aprire il torace. Una tecnica oggi abbastanza diffusa (*si veda box*), che consente di operare anche pazienti troppo a rischio per sottoporsi a un intervento a cuore aperto. Ma che non era praticabile per le due donne ricoverate al Niguarda. «Una era esile e arrivava a malapena a un metro e cinquanta di altezza: per entrare con un catetere abbiamo bisogno di arterie femorali o succlavie di almeno 6-7 millimetri di diametro e in lei erano più piccole — racconta Silvio Klugmann, direttore della Cardiologia 1 - Emodinamica al Niguarda —. Con l'altra avevamo il problema opposto: pesava 150 chili per un metro e sessanta di altezza e la Tac aveva dimostrato che la sua arteria femorale era "irraggiungibile", sepolta sotto un pannicolo di grasso. Eppure la Tavi pareva l'unica strada, perché l'obesità rendeva ad alto rischio un intervento chirurgico».

Che cosa fare? I medici, consultandosi con Luigi Martinelli, direttore del reparto di Cardiocirurgia, hanno deciso di provare una via d'accesso mai tentata prima, impiantando la protesi direttamente nell'aorta attraverso un taglio di pochi centimetri sul torace destro. «Il punto prescelto e la tecnica sono ben noti ai cardiocirurghi, che li usano per inserire le cannule della circolazione extracorporea: abbiamo deciso di tentare perché ci siamo fidati dell'esperienza maturata in altri frangenti chirurgici e con la Tavi stessa» dice Klugmann. Così, intorno a Natale venne operata la signora piccolina e a distanza di una settimana, a cavallo di Capodanno, la paziente obesa. Interventi perfettamente riusciti, che hanno dato l'avvio a un metodo che ora viene usato sempre più spesso: si stanno ad esempio raccogliendo i dati ottenuti su pazienti operati in Germania e Regno Unito, ma capofila delle sperimentazioni resta il Dipartimento De Gasperis dove la tecnica è stata ideata e applicata per la prima volta.

«Qui abbiamo già eseguito l'intervento per via transaortica in circa 40 pazienti — riferisce Klugmann —. Il metodo può essere consigliabile per chi ha vasi più piccoli di 6 millimetri, arteriopatie ostruttive e aneurismi dell'aorta addominale che rendono impraticabili per il catetere i vasi più distanti dal cuore, per i soggetti con scoliosi grave.

Dopo l'intervento basta un drenaggio di un paio di giorni: il recupero perciò si ha in tempi brevi come con la Tavi standard, inoltre il dolore postoperatorio è inferiore rispetto ad altre tecniche di ingresso. Si entra infatti incidendo la muscolatura intercostale che si trova nella parte alta della gabbia toracica ed è meno coinvolta nella respirazione: questo significa che, poi, allargare il torace per respirare non provocherà grossi fastidi». Entrando direttamente nell'aorta, inoltre, c'è il vantaggio di essere molto vicini al punto dove si deve inserire la protesi, per cui si riescono a controllare meglio le fasi dell'intervento e si sistema con più facilità la valvola nella posizione precisa.

Tanto che una tecnica molto simile è stata usata per un'altra "prima" mondiale: l'impianto di una nuova valvola mitralica in una protesi biologica già sostituita chirurgicamente: «È successo nel 2012 con una paziente anziana a cui era già stata cambiata la valvola mitrale (si trova fra atrio e

ventricolo sinistro, ndr) con una biologica, in tessuto animale — racconta Klugmann —. La valvola impiantata era diventata rigida, ma qualsiasi tipo di intervento era ad alto rischio e non sapevamo come raggiungere la mitrale senza mettere in pericolo la signora. Allora, sempre attraverso una piccola incisione sulla destra del torace, abbiamo raggiunto direttamente l'atrio e siamo riusciti a inserire una nuova valvola biologica dentro la prima degenerata. Anche in questo caso l'approccio innovativo è nato dalla discussione fra medici, mettendo a confronto i pareri del cardiocirurgo e dell'emodinamista: ogni paziente è un caso a sé, per cui occorre confrontarsi e di volta in volta decidere per la scelta di intervento più adatta».