

Salute

Quanto serve il check-up

Fare molti esami tutti insieme (uguali per tutti) è meno efficace rispetto ad analisi mirate sulle esigenze del singolo. E talvolta c'è il rischio di «eccesso di diagnosi»

Servizi di ADRIANA BAZZI alle pagine 46-47

Lo studio Un'indagine fa il punto sull'utilità dei controlli periodici standard

Il check-up può servire ma deve essere tagliato «su misura»

I pacchetti di esami uguali per tutti non sono incisivi
Invece è efficace la prevenzione centrata sul singolo

Aspettativa di vita

Si è visto che gli esami «in batteria» non servono a ridurre la mortalità

Ricoveri

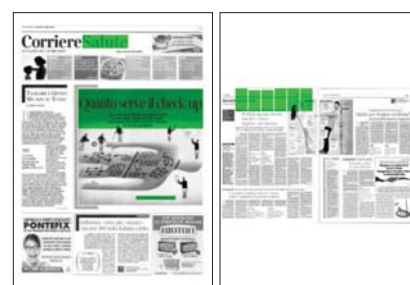
Non sono stati registrati cali significativi nelle successive ospedalizzazioni

di ADRIANA BAZZI

Alettanti coupon per check-up completi, favolose esperienze e sconti pazzeschi: si risparmia fino all'80 per cento. Così dichiara la pubblicità di Groupon, il sito che offre servizi scontati ai consumatori iscritti: un check-up medico completo, con analisi del sangue, controllo metabolico e ormonale, viene a costare 39 euro invece di 140.

Da quando una delle più prestigiose istituzioni mediche americane, la Mayo Clinic di Rochester, Minnesota, ne ha inventato il format negli anni Settanta, il check-up, inteso come una serie di esami per valutare lo stato di salute di una persona e scoprire malattie nascoste o fattori di rischio, ha avuto una grandissima fortuna fino ad approdare, oggi, sul web. Ma il check-up generale, da eseguire una volta ogni tanto (certi sistemi sanitari, come

quello francese, lo offrono ogni anno gratuitamente; in Usa e Canada rappresenta la seconda causa di consultazione



medica), non serve gran che.

I sospetti circolano da tempo negli ambienti medici e hanno trovato l'ultima conferma nella revisione di una serie di studi, pubblicata sul *British Medical Journal* dalla Cochrane Collaboration, un'organizzazione indipendente nata con lo scopo di raccogliere, valutare criticamente e diffondere le informazioni relative all'efficacia degli interventi sanitari.

I ricercatori del Nordic Cochrane Center di Copenhagen hanno preso in esame 18 ricerche, che hanno coinvolto oltre 182 mila persone, analizzandone, in particolare, nove in cui hanno contato 11.940 decessi, senza però notare differenze fra il numero di morti che si erano verificate nel gruppo di chi si era sottoposto a controlli periodici rispetto a chi, invece, non lo avevano fatto. Risultato: il check-up è inutile, anzi può essere controproducente.

«Lo studio è molto attendibile e accurato — commenta Gino Roberto Corazza, presidente della Società italiana di clinica medica e clinico medico all'Università di Pavia — e dimostra che il check-up di routine non riduce la mortalità generale, quella cardiovascolare e quella per tumore. Non solo, non riduce nemmeno la morbidità (cioè la comparsa di malattie nel gruppo che si sottopone ai test) e le ospedalizzazioni». Allo studio si può credere, anche perché i pazienti sono stati tenuti sotto controllo per un periodo lungo, di circa 22 anni, sufficiente a valutare bene la mortalità.

«Difetti della ricerca? Apparentemente no — continua Corazza —. Ma occorre ricordare che, in genere, chi si sottopone a questi controlli appartiene a una popolazione adulta e non anziana (gli anziani sono più a rischio di malattia e di solito seguono altri percorsi medici, ndr); non è quindi rappresentativa della popolazione generale». Il check-up, dunque, non è uno strumento che serve a mantenersi in salute e ha altri handicap, primo fra tutti quello dei costi.

«Questo tipo di controllo non è mirato sulla singola persona e non tiene conto di sesso e di età, da cui dipendono, invece, molte patologie — pre-

cisa Claudio Cricelli, presidente della Società italiana di medicina generale (Simg) —. E sparare nel mucchio costa, ma non solo. Probabilmente in qualche caso il check-up suggerisce supplementi di esami che a loro volta fanno lievitare la spesa».

Il check-up, perciò, è proprio il contrario della medicina dei nostri giorni che è quella «centrata» sul paziente (e non sulla malattia) e può comportare effetti collaterali come eventuali rischi connessi a procedure invasive, ansie legate non solo a falsi risultati positivi (che segnalano, cioè, un problema che in realtà non c'è e possono comportare altri test e altri costi), ma anche a finte assicurazioni dovute a falsi risultati negativi (in altre parole: i test non rilevano la presenza di un problema perché sono poco specifici oppure il problema, che al momento non c'è, può insorgere in tempi successivi, anche ravvicinati, ed è per questo che il check-up non rappresenta mai un salvacondotto per i mesi a venire).

Nonostante questo, però, l'offerta di pacchetti di esami continua con l'aiuto del web. L'anno scorso uno studio danese ha individuato 56 siti che offrivano questo tipo di prestazioni, rilevando che dei 36 diversi test proposti, almeno l'80 per cento risultava inaffidabile. E c'è un'azienda americana, produttrice di Tac spirali (si tratta di apparecchiature capaci di fotografare nei minimi dettagli l'intero corpo umano e di rilevarne anche piccole alterazioni) che qualche tempo fa propagandava l'esame come *Christmas Gift*, un regalo di Natale da fare agli amici e ai propri cari, come segno di grande attenzione alla loro salute.

Le conclusioni della Cochrane Collaboration sul check-up non mettono però al bando la possibilità per un medico di prescrivere esami specifici per valutare lo stato salute di un suo paziente e invitano le persone a percorrere altre strade per mantenersi in salute e allontanare le malattie.

Nel primo caso, l'interlocutore ideale è il medico di famiglia: tutti prima o poi ci fini-

scono, magari per un'influenza, ed è allora che il medico a seconda del sesso e dell'età del suo assistito, dei suoi precedenti familiari di malattia e di fattori di rischio specifici, potrà prescrivere esami mirati a valutare il suo stato di salute. «Ogni esame deve essere

prescritto dopo un ragionamento clinico che presuppone un'anamnesi (cioè la raccolta della storia clinica del paziente, ndr) e una visita — commenta Corazza. — Altri esami, come la misurazione della pressione arteriosa, invece, sono d'obbligo, sempre».

Il percorso da seguire per mantenersi sani si chiama, invece, prevenzione primaria: in generale comprende tutti quei comportamenti che hanno, come obiettivo, quello di impedire la comparsa della malattia. E per quanto riguarda le patologie più diffuse, come quelle cardiovascolari, i tumori, il diabete di tipo 2, certe malattie polmonari, l'obesità, i comportamenti preventivi si conoscono bene: dieta sana ed equilibrata, attività fisica, abolizione del fumo. Il vero problema sta nell'insegnarli e nel metterli in pratica. «Purtroppo da noi la medicina territoriale, — commenta Corazza — che dovrebbe promuovere l'educazione sanitaria e la prevenzione, non funziona. Il territorio è un fallimento».

La prevenzione primaria, comunque, non sono gli screening, cioè quelle indagini a tappeto, studiate per particolari categorie di persone, che hanno l'obiettivo di individuare certe malattie al loro esordio e di curarle prima che provochino danni peggiori: in questo caso si deve parlare di diagnosi precoce.

Stiamo parlando della mammografia per il tumore al seno, del Psa (l'antigene prostatico specifico nel sangue) per il tumore alla prostata e della ricerca del sangue occulto nelle feci (o della colonscopia) per il tumore al colon. Anche questi screening sono oggi oggetto di dibattito perché, secondo alcuni studi, porterebbero a un eccesso di diagnosi e di trattamenti per forme tumorali che lasciate a sé non avrebbero dato problemi.

abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le verifiche

Pressione arteriosa
• Periodicamente
Fra i 18 e i 75 anni

Sigmoidoscopia
• Ogni 5-10 anni
Fra i 50 e i 75 anni

Visita oculistica
• Periodicamente
Fra i 65 e i 75 anni

Solo per lei

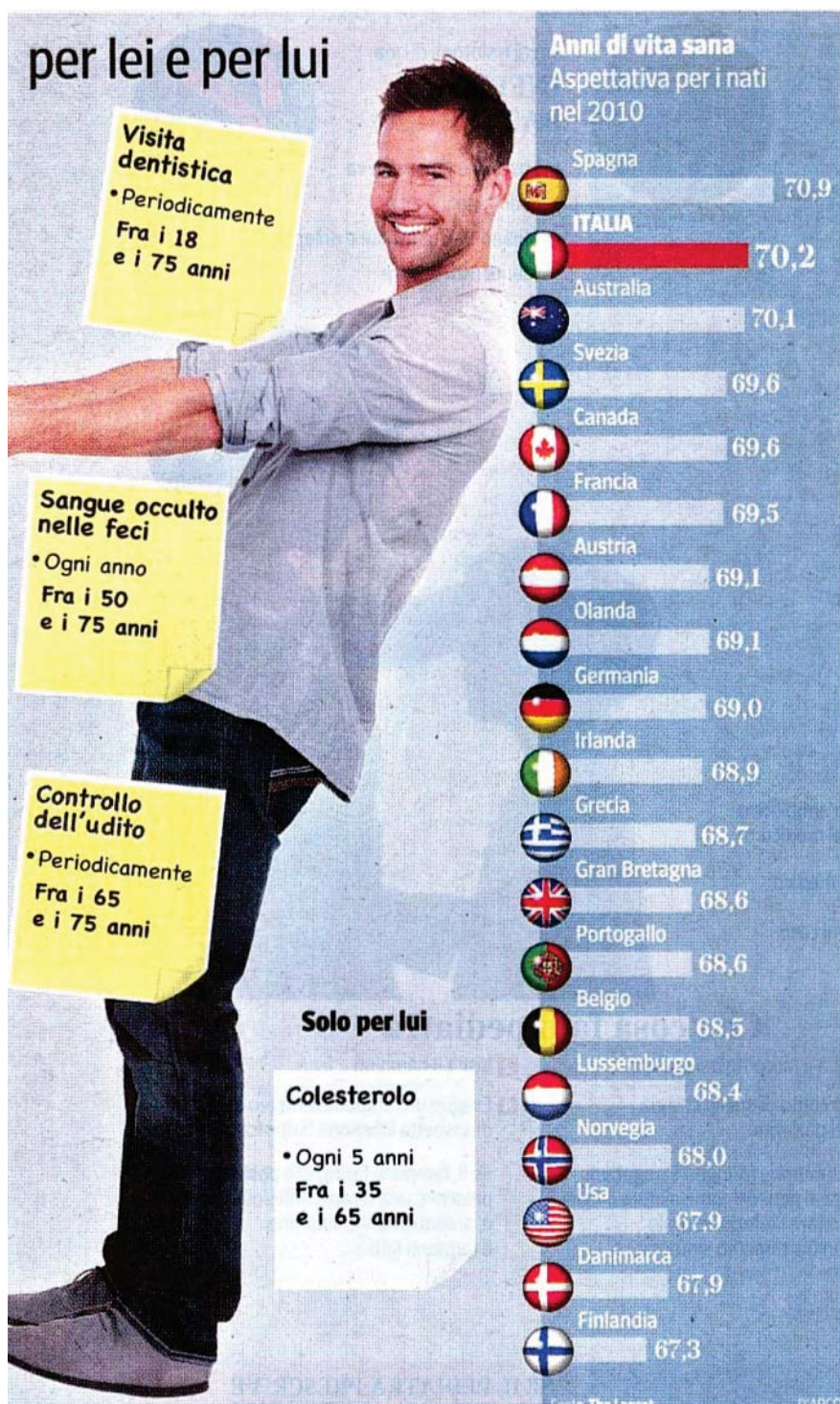
Colesterolo
• Ogni 5 anni
Fra i 45 e i 65 anni

Mammografia
• Ogni 1-2 anni
Fra i 50 e i 75 anni

Pap-test
• Ogni 1-3 anni
Fra i 18 e i 75 anni

Altezza e peso
• Periodicamente
Fra i 18 e i 75 anni

Fonte: www.healthfinder.gov





Tagliare è Giusto Ma non su Tutto

di ALBERTO SCANNI

Bisogna decidere quando si fa programmazione in sanità se al centro dell'operare si mette il malato oppure se devono prevalere solo gli aspetti economici. Un esempio paradigmatico è rappresentato da una recente iniziativa dell'Inps (ente che si occupa delle pensioni, ma anche di rilasciare certificati medici per l'accertamento della invalidità e della inabilità dei lavoratori) che intende agire sulle visite di controllo, in modo tale da conseguire un risparmio del 5 per cento su questa attività rispetto agli anni precedenti; non solo, l'Inps spera anche di ottenere un altro 3 per cento per effetto della riduzione delle prognosi.

L'iniziativa in questione suscita diversi interrogativi. Appare infatti difficile pensare che le visite mediche

di controllo possano essere programmate oppure contingentate a priori, e altrettanto vale per le prognosi, che potranno essere più o meno lunghe a seconda della malattia, dei singoli casi e della variabilità dei bisogni.

Per risparmiare, insomma, si tende ormai quasi sempre a intervenire sulla sanità con aggiustamenti, come riduzione di posti letto, blocco delle assunzioni, soppressioni e accorpamenti di reparti, che non tengono necessariamente conto della qualità dell'assistenza. I segnali indicano anche che il medico viene sempre più visto come strumento e controllore della spesa. I medici hanno condiviso la necessità di essere più appropriati nell'impiego dei farmaci e degli esami e hanno accettato di essere verificati nella spesa, ma ora appare opportuna qualche riflessione su questo modo di procedere. Non si può soltanto tagliare. I malati hanno bisogno di essere assistiti al meglio. Un illustre oncologo, divenuto paziente, scriveva che di fronte alla malattia il malato vuole

«... la complicità di una alleanza». Ebbene la si deve invocare e realizzare comunque, salvaguardando il rapporto medico-paziente, difendendosi, quando necessario, dalle logiche economicistiche se esse diventano eccessivamente prevaricanti.

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.

Salute

Scegliere
con maggiore
saggezza

Scegliere saggiamente, *Choosing wisely*: è il nome di una campagna che è partita negli Stati Uniti, in parallelo con quella lanciata in Gran Bretagna dal *British Medical Journal*, con l'obiettivo di combattere l'ipermedicalizzazione e, in particolare, l'abuso di test e di **farmaci**. Secondo l'American Board of Internal Medicine Foundation, che l'ha promossa con la collaborazione di 17 società scientifiche, sono almeno 135 i test, i trattamenti e le procedure, quasi sempre inutili, che dovrebbero essere evitate oppure riservate a casi specifici.

Tra i principali interventi da evitare ci sono: la somministrazione di **farmaci** per tosse e raffreddore in bambini sotto i quattro anni, l'impiego di antibiotici per via orale nelle infezioni acute dell'orecchio, l'utilizzazione di antidiabetici orali negli anziani con diabete di tipo 2 con l'obiettivo di mantenere la glicemia nel sangue entro limiti troppo stretti (il rischio è quello di ipoglicemie).

Gli specialisti americani contestano anche la richiesta costante di elettrocardiogrammi prima di un intervento chirurgico, l'imaging cardiaco in assenza di sintomi, il trattamento di donne con Pap test positivo, a meno che le alterazioni non persistano da due anni, e il ricorso alla Tac nei bambini per lesioni non gravi alla testa e per dolori addominali.



**Il dolore
che si può
evitare**

Greco pag. 21

Il dolore evitabile

Una legge riconosce al malato il diritto di non soffrire. Ma è difficile applicarla

La normativa è espressione di una conquista culturale che rifiuta l'idea del ruolo catartico del patimento

PIETRO GRECO

SEDICI MILIONI DI ITALIANI VANNO OGNI ANNO DAL MEDICO ACCUSANDO UN QUALCHE DOLORE: UN'EMICRANIA, UNO SPASIMO, UNA FITTA ALLA SCHIENA, UNA QUALSIASI SOFFERENZA FISICA. Per tre su quattro – ovvero per 12 milioni di persone, pari al 20% dell'intera popolazione – quella sofferenza fisica, quella fitta, quello spasimo, quel dolore sono cronici.

Il dolore è una vera e propria malattia: non solo perché il 61% delle persone con dolore cronico ha una ridotta capacità di lavoro e il 50% ha una qualche forma di depressione, ma perché, come diceva Aristotele oltre duemila anni fa è «un'affezione dell'anima» che erode la dignità delle persone.

Questa diffusa condizione di malessere – questa malattia del corpo e dell'anima – interroga già oggi il servizio sanitario nazionale. Perché l'incidenza del dolore in Italia è la più alta d'Europa, Norvegia esclusa. Perché, per la gran parte, è dolore evitabile. Perché, ancora in larga parte, è dolore non evitato.

La domanda di aiuto è destinata ad aumentare: per motivi demografici. Il dolore, infatti, interessa maggiormente gli anziani: nel nostro paese ne soffre il 50% delle persone con più di 70 anni di età. E la popolazione anziana in Italia – come dimostrano i risultati del censimento 2011 di recente pubblicati dall'Istat – tende a crescere, come dimostrano i dati degli ultimi censimenti. Gli italiani con oltre 65 anni di età erano 8,7 milioni nel 1991, pari al 15,3% dell'intera popolazione. Sono diventati 10,6 milioni del 2001 (18,7%) nel 2001. Sono saliti a 12,4 milioni nel 2011: il 20,8% dell'intera popolazione italiana. Questa tendenza, assicurano i demografi, caratterizzerà anche il futuro prossimo: gli anziani aumenteranno ancora. E con essa l'incidenza del dolore.

UN AUTENTICO PARADOSSO

È un autentico paradosso. Visto che mai, prima d'ora, l'umanità ha avuto la possibilità tecnica di

eradicare completamente il dolore non necessario. E visto che dal 15 marzo 2012 esiste una legge, la n.38, che riconosce il diritto di tutti gli italiani a evitare il dolore evitabile. E impone al servizio sanitario nazionale di fare in modo che il dolore evitabile sia effettivamente evitato.

Non è un'ovvietà. Questo diritto è una conquista culturale recente. Se, infatti, nell'antichità Galeno, riprendendo gli insegnamenti di Ippocrate sosteneva che «divinum opus est sedare dolorem», è di origine divina l'imperativo che impone al medico di adoperarsi per sedare il dolore, la difficoltà tecnica dell'impresa, malgrado un uso esteso di oppiacei, ha portato molti in epoca cristiana ad accettare di convivere col dolore, cui è stato attribuito un ruolo catartico. Tanto da portare molti chirurghi, ancora all'inizio del XX secolo, a esaltare la sofferenza dei loro pazienti e rifiutare loro l'anestesia.

Malgrado nell'ultimo secolo la possibilità tecnica di contrastare, lenire e persino annullare del tutto sia il dolore acuto, generato per esempio da un trauma, sia il dolore cronico, generato per esempio da un tumore, sia venuto aumentando fino a diventare pressoché totale, abbiamo dovuto attendere il 15 marzo 2010 e la legge n. 38 perché in Italia venisse riconosciuto il diritto di ciascuno di noi a vedersi risparmiato un dolore inutile ed evitabile.

La legge obbliga il servizio sanitario nazionale ad allestire due reti distinte, una per la terapia del dolore una per le cure palliative. La prima deve rendere possibili agli italiani di accedere ai farmaci e in genere alle terapie che combattono il dolore acuto e il dolore cronico, che è soprattutto di natura oncologica. La seconda rete, quella delle cure palliative, che deve garantire a tutti gli italiani la possibilità di un fine vita dignitoso attraverso quelle che l'Organizzazione Mondiale di sanità definisce «la prevenzione e il sollievo della sofferenza». Un fine vita, insomma, senza dolore e carico di cure premurose. La legge n. 38 prevede anche una terza rete, per la diagnosi e la cura del dolore dei bambini.

Con quali risultati concreti?

Gli ultimi a rispondere a questa domanda sono stati, lo scorso anno, gli esperti di Nopain, l'Associazione italiana per la cura della malattia dolore. Nel 2012 le strutture di terapia del dolore in Italia erano 190 (161 pubbliche e 29 private accreditate). Erano 158 nel 2009. Dunque, dopo la legge n. 38, sono aumentate del 20%: passando da 2,64 a



3,12 strutture ogni milione di abitanti.

In realtà ad essere aumentate sono state soprattutto le strutture cosiddette di livello I, quelle con dotazioni elementari, passate da 70 a 96. Le strutture di livello III, quelle davvero ben attrezzate e ben organizzate per combattere il dolore e somministrare le migliori cure palliative, sono addirittura diminuite: da 53 a 52. Ma, soprattutto, hanno visto diminuire la qualità delle prestazioni offerte.

Che la qualità dell'offerta non sia aumentata – non nella maniera attesa, almeno – lo dimostra il fatto che il numero dei medici preposti alla terapia antalgica è rimasto pressoché immutato: erano 4,84 ogni milione di abitanti nel 2009, sono diventati 5,76 nel 2012. E il dato, sostiene Nopain, rischia di essere sovrastimato rispetto alla realtà per il fatto che, in almeno quattro regioni, sono stati integrati i servizi di cure palliative e di terapia del dolore. Insomma, sono più o meno le stesse persone di prima a svolgere i due compiti: ne consegue che né l'aumento del numero di strutture né l'entrata in vigore della legge hanno determinato una maggiore efficienza dei servizi.

In realtà questi numeri ci dicono poco, se non li confrontiamo con i dati internazionali. Ovvero se non facciamo un confronto con gli altri paesi. E il confronto ci dice che, malgrado la legge, molta è ancora la strada da fare nella lotta al dolore evitabile e/o per un fine vita dignitoso. Prendiamo il caso dei **farmaci**. L'Italia è penultima nella graduatoria europea di uso dei **farmaci** oppiacei. Sia perché i medici di base sono riottosi a prescriverli, sia perché noi tutti facciamo ancora una certa fatica a considerare il dolore una malattia. Oppure, prendiamo il caso della «rianimazione a porte aperte» (vedi articolo qui a fianco): in Italia, secondo il dottor Fabio Gori, direttore di Anestesia e Rianimazione del Nuovo Ospedale di Città di Castello, è una pratica che riguarda il 7-8% delle strutture di rianimazione. In altri paesi europei il 50 e persino il 60% delle rianimazioni sono «a porte aperte» e cercano di restituire anche agli ammalati gravi la dignità erosa dal dolore e dalla sofferenza.

Salute

Diritto

La misurazione
del rispetto
in ospedale

a pagina 51

Umanizzazione\1 Un sistema ne misurerà il livello in ogni ospedale

Quanto rispetto c'è per la persona malata

I diversi
indicatori
che saranno
usati per la
valutazione
sono 140

L'indagine

Un'iniziativa
che ha coinvolto
per ora 54 istituti
di ricovero
in tutta Italia

Luoghi dove non ci si cura solo della malattia, ma c'è attenzione alla persona e rispetto della sua dignità. Questi gli ospedali che tutti vorremmo quando ci ammaliamo e siamo in condizioni psicologiche fragili, lontano da casa e dagli affetti. Per migliorare la qualità dell'assistenza, Agenas-Agenzia nazionale per i servizi sanitari, in collaborazione con l'Agenzia di valutazione civica di Cittadinanzattiva e le Regioni, ha individuato per la prima volta un "sistema di valutazione del livello di umanizzazione delle cure" e l'ha poi testato in 54 ospedali di tutta Italia.

In base a studi nazionali e internazionali gli esperti hanno identificato, insieme ai cittadini, 140 indicatori per quattro aree. «Per la prima, che riguarda i "processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona", abbiamo focalizzato l'attenzione sulle fragilità dei degenti e sui servizi che alleviano i loro disagi — spiega Angelo Tanese, direttore dell'Agen-

zia di valutazione civica di Cittadinanzattiva —. Il malato ricoverato va trattato come persona che ha diritto alla privacy e al rispetto di esigenze specifiche, come quelle linguistiche o religiose». Secondo il test in 54 ospedali, pudore e riservatezza sono ancora poco rispettati; inoltre, nella maggior parte delle strutture il modulo del consenso informato è scritto solo in italiano.

Tra gli indicatori per rilevare "accessibilità fisica, vivibilità e comfort" il sistema di valutazione considera sia aspetti "alberghieri", come orari dei pasti o presenza di aria condizionata, sia aspetti strutturali, come le barriere architettoniche. «Se in tutti gli ospedali visitati è presente almeno un percorso accessibile per chi ha una disabilità motoria, la situazione è critica per i non vedenti — dice Francesco Di Stanislao dell'Università Politecnica delle Marche, esperto di Agenas —. I reparti pediatrici valutati, invece, sono tutti "a misura di bambino"».

Rispetto all'area "accesso a infor-

mazioni, semplificazione e trasparenza", l'indagine condotta con il nuovo sistema ha rilevato modalità di prenotazione complicate e carenze anche per la consultazione digitale di referti e cartelle cliniche. Esaminata, infine, la relazione tra paziente e personale sanitario. «Per valutarla — riferisce Tanese — abbiamo usato indicatori come la formazione dei medici (ancora carente) e la presenza (scarsissima) di servizi di accoglienza».

«I dati raccolti da cittadini e operatori sanitari sono stati "certificati" dalle direzioni sanitarie: un modo per confrontarsi sugli aspetti più critici e migliorarli — sottolinea Di Stanislao —. Per ora abbiamo sperimentato il sistema su un campione, ma lo estenderemo a tutti gli ospedali italiani».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I maggiori punti critici

**Rispetto della persona**

- poco rispetto della riservatezza e del pudore dei degenti
- scarsa attenzione a esigenze linguistiche e di culto

**Accessibilità fisica, comfort**

- barriere architettoniche, soprattutto sensoriali
- quasi inesistente l'accesso gratuito con rete wireless (per comunicare con familiari e amici)

**Informazioni**

- difficoltà di accesso, soprattutto digitale, alla documentazione sanitaria (cartella clinica, referti)
- difficili modalità di prenotazione

**Relazione paziente-personale sanitario**

- personale poco formato al contatto coi pazienti
- assenza di servizi di accoglienza (nella maggior parte degli ospedali valutati)

Fonte: Indagine Agenzia nazionale per i servizi sanitari - Agenzia di valutazione civica di Cittadinanzattiva

Più informazione

Pagelle della qualità dell'assistenza consultabili sul web

Un "portale della trasparenza dei servizi per la salute": vi si troveranno informazioni su malattie, ospedali, prestazioni erogate, qualità dell'assistenza.

A dare il via al progetto interregionale (e al suo finanziamento), proposto dal Ministero della Salute, è una delibera approvata dalla Conferenza Stato-Regioni. «Nel portale, che sarà realizzato nei prossimi mesi — anticipa Francesco Di Stanislao, esperto di Agenas — è prevista anche un'area sui diritti dei pazienti, in cui sarà possibile consultare il livello di umanizzazione delle cure negli ospedali italiani».

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**

Non 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 Oricchio, 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».

F. DIPIEDOLI/CONFERMA



Progressi in cardiocirurgia grazie a una paziente «XXL»

Due donne, ricoverate entrambe nel Dipartimento Cardiotoracovascolare 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 transcatetere 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».