

Pillole di educazione sanitaria per cittadini-consumatori

Cause di morte con possibilità preventive: le maggiori priorità

Introduzione

In Italia nel 2018 (~60,5 milioni di abitanti) si sono avuti **636.000 morti**. Gran parte di questi avrebbe avuto ampie possibilità di prevenzione, con guadagno di moltissimi anni di vita, di regola associati anche a una riduzione della disabilità, almeno per il prolungamento della vita ottenibile con gli interventi sotto indicati.

Esempi di cause di morte con grandi possibilità di prevenzione

Un'aspirazione comune degli esseri umani è godere di una longevità sana, importantissima condizione per consentire una vita felice e socialmente ricca.



n. 143/2018

Per ottenerla, molti si affidano a ripetuti esami diagnostici, ad es. check up (di provata inutilità¹), o screening non raccomandati², come quelli sempre più spesso offerti dalla cosiddetta "Sanità integrativa"³⁻⁵, o proposti con frequenze irrazionali e complessivamente dannose³, o ricorrono a costose terapie "preventive" senza supporto scientifico né normativo⁶.
Le stime indicate in tabella, tratte da sintesi aggiornate, pubblicate sulle maggiori riviste mediche internazionali, si riferiscono a condizioni almeno in parte associate fra loro.

Dunque, nonostante le correzioni statistiche attuate in ciascuna sintesi, è probabile che l'effetto complessivo delle cause elencate non arrivi a quello di una loro somma aritmetica. Tuttavia è legittimo affermare che **gran parte dei 636.000 morti annui in Italia si potrebbe prevenire/ritardare di molti anni attuando misure semplici, a basso costo, in gran parte sotto il potenziale controllo dei cittadini interessati e di chi vorrebbe il loro bene.**

Il problema è che gli interessati e chi li ha in cura spesso non ne hanno consapevolezza, o ce l'hanno in modo astratto e generico, e non sono supportati a sufficienza per mettere in pratica

Tab. 1 – Esempi comparativi di cause di morte con ampie possibilità preventive (Italia)

Cause di morte	N. morti stimati x anno	Incidenza (morti x anno x 100.000 ab.)	Fonti
 Fumo di tabacco	>81.855*	>135	MinSal 2018 ⁷ (conta solo cancro, malattie cardiovasc. e respirat.)
	83.650	138	SAMMEC ⁸
	93.342	154	Tobacco Atlas 2017 ⁹
	96.000	159	Global Burden of Diseases (GBD) 2015 (Lancet 2017) ¹⁰
Sedentarietà	88.200	146	Rapporto IstiSan 2018 ¹¹
Inquinamento atmosferico	65.000*	107	Agenzia UE Ambiente 2016 ¹²
<90 g/dì (ottimo fino 230)** cereali integrali	molte decine di migliaia	da 50 a >100	Revisione Sistematica BMJ 2016 ¹³
<25-30 g/dì fibra alimentare			Rev. Sist. Lancet 2019 ¹⁴
<20 g/dì frutta secca oleosa vs. i 2 g/dì medi	69.700	115	Rev. Sist. BMC Med 2016 ¹⁵ (Imperial College Londra etc.)
< 500 (ottimo 800) g/dì frutta/verdura	35.400 (58.500)	58-97	Rev. Sist. Int J Epidemiol 2017 ¹⁶
Alcol >1 unità alcolica/dì (F, mentre x M altre fonti dicono >2)	~41.000	68	GBD 2016 Lancet 2018 ¹⁷
	14.080	23	OMS Global Report 2018 ¹⁸
>20 g/dì carne lavorata	~21.400	35	EPIC Nutrition BMC Med 2013 ¹⁹
Bevande zuccherate (porzione standard 330 ml)	+7% mortalità (x ogni porzione al giorno)		Circulation 2019 (infermiere e sanitari USA seguiti ~30 anni) ²⁰
Resistenze antibiotiche^a	10.760 (2015)	18	ECDC – Lancet Infect Dis 2018 ²¹
Incidenti stradali	3.380 (e 247.000 feriti, in parte lesi a vita)	5,6	Istat incidenti stradali 2018 (anno 2017)

* è una sottostima, considerando solo PM_{2,5}, NO₂ e O₃

** il simbolo < significa "meno di", il simbolo > "più di"

in modo concreto le azioni necessarie. Inoltre molte campagne mediatiche, sorta di “armi di distrazione di massa”, spingono a dare priorità a **esami costosi e irrilevanti** per la salute^{es. 6'}, o a **terapie di efficacia discutibile o minima**, con costi per pochi giorni o mesi di vita guadagnata centinaia o migliaia di volte maggiori rispetto a interventi indicati in tabella. Un esempio tra mille è la prescrizione di nuovi anticoagulanti in pazienti con un rischio di trombosi piuttosto basso (dove è incerto il bilancio netto tra benefici e danni da aumento di sanguinamenti), rispetto alla **prescrizione su ricetta di attività fisica**, che in analisi combinate di ricerche valide ha dimostrato di essere **più efficace dei farmaci per evitare l'ictus** (e le **sue recidive**²²) e **la morte**, a costi minimi per la comunità²³. La Tab. 2 riporta le stime, convertite in Euro attuali, dei due interventi di sanità pubblica a minor costo per QALY^b, cioè per “anno di vita guadagnato in condizioni di buona salute” a livello di una comunità^c.



Tab. 2 – Media e stime di costi incrementali per alcuni interventi per aumentare l'attività fisica valutati dal NICE (Istituto Nazionale per Eccellenza Clinica) del Regno Unito²³

Intervento considerato	(breve) colloquio motivazionale	prescrizione (su ricetta) di esercizi
Intervento di confronto	semplice consiglio	semplice consiglio
Media di costo per QALY ^b	poco più di 100 €	~100 € attuali
Minimo - massimo	—	~25 € - 200 €
N. ricerche valide incluse	1	4

Conclusione

Siate grati ai medici che danno priorità agli interventi indicati nella Tabella 1!

Ringraziamo il nostro medico, che prescrive attività fisica, aiuta a smettere di fumare, promuove un'alimentazione salutare, e resiste, spiegando e rassicurando, a richieste di antibiotici e di altri farmaci non necessari.



A. Donzelli – Consulente Appropriately CP - ATS MI
G. Castelluzzo - Specializz. Igiene e M. P. UniBicocca

1. Krogsbøll LT et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane syst. rev. and meta-analysis. *BMJ* 2012; 345:e7191.
2. Esempio - Screening con PSA: più danni e stessi morti! Pillola ES 112/2015.
3. Donzelli A, Castelluzzo G. “In-appropriately” di tanta Sanità integrativa. *Quotidiano Sanità* 12-2-2019.
4. Donzelli A. La Sanità cosiddetta integrativa: una minaccia per il SSN. *Sistema Salute* ott-dic 2018; 62:476.
5. Donzelli A. Ancora su prevenzione e assicurazioni/2. *Quot Sanità* 18-3-2019.
6. Es. Pillole 126/2017: farmaci a base di omega-3; 122/2016: steroli vegetali; 98/2014: *Helicobacter pylori* in asintomatici // 6'. Pillola 119-120/2016: demenze.
7. Ministero Salute. Danni dall'uso del tabacco. *DG Prevenzione San* 5-1-2018.

8. Gorini G et al. Impact of smoking in Italy in 1998: deaths and years of potential life lost. *Epidemiol Prev* 2003; 27:285.
9. Cahn Z et al. The Tobacco Atlas. Sixth Edition. *American Cancer Society* 2018.
10. GBD 2015 Tobacco Collaborators. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2017; 389:1885.
11. De Mei B. Istituto Superiore Sanità. Movimento, sport e salute: l'importanza delle politiche di promozione dell'attività fisica. ... 2018, *Rapporti Istisan* 18/9.
12. European Environment Agency. Air Quality in Europe – *EEA Report* 28/2016.
13. Aune D et al. Whole grain consumption and risk of CVD, cancer, and all cause and cause specific mortality: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *BMJ* 2016; 353:i2716.
14. Reynolds A et al. Carbohydrate quality and human health: a series of systematic reviews and meta-analyses. *Lancet* 2019; 393:434.
15. Aune D et al. Nut consumption and risk of CVD, total cancer, all-cause and cause-specific mortality: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *BMC Med* 2016; 14:207.
16. Aune D. Fruit and vegetable intake and CVD, total cancer and all-cause mortality – a systematic review... of prospective studies. *Intern J Epidemiol* 2017; 46:1029.
17. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018; 392:1015.
18. WHO. Global status report on alcohol and health 2018.
19. Rohrmann S et al. Meat and mortality - results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *BMC Medicine* 2013; 11:63.
20. Malik VS et al. Long-Term Consumption of Sugar-Sweetened and Artificially Sweetened Beverages and Risk of Mortality in US Adults. *Circulation* 2019; 139.
21. Cassini A et al. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *Lancet Infect Dis* 2019; 19:56.
22. Naci H, Ioannidis JPA. Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study. *BMJ* 2013; 347:f5577.
23. Owen L (NICE). Cost-effectiveness public health interventions. *J Publ Health*; 34:37

(a) v. Pillola 118/2016 Resistenze agli antibiotici: dove si sbaglia in Italia.

(b) Il QALY (Quality-Adjusted Life-Year) è una misura che include sia la quantità che la qualità della vita vissuta.

Si usa nelle valutazioni di economia sanitaria, per paragonare il valore di differenti interventi sanitari. 1 QALY equivale a un anno di vita in piena buona salute; un anno in condizioni non buone vale in proporzione meno di 1 (ad es. per chi è costretto a letto vale 0,5, dunque due anni a letto corrispondono a 1 solo QALY). La morte si esprime con zero QALY.

La pesatura delle condizioni di salute si ottiene intervistando molte persone con questionari o metodi standardizzati.

(c) Il costo medio degli interventi sanitari correnti del nostro SSN si stima di ~30.000 €/QALY: cioè ottengono **risultati simili alla prescrizione di esercizio, ma a costi ~300 volte maggiori!**

