

# 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 inutilità<sup>1</sup>), o screening non raccomandati<sup>2</sup>, come quelli sempre più spesso offerti dalla cosiddetta "Sanità integrativa"<sup>3-5</sup>, o proposti con frequenze irrazionali e complessivamente dannose<sup>3</sup>, o ricorrono a costose terapie "preventive" senza supporto scientifico né normativo<sup>6</sup>.  
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.

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

\* è una sottostima, considerando solo PM<sub>2,5</sub>, NO<sub>2</sub> e O<sub>3</sub>

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

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

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<sup>es. 6'</sup>, 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**<sup>22</sup>) e **la morte**, a costi minimi per la comunità<sup>23</sup>. La Tab. 2 riporta le stime, convertite in Euro attuali, dei due interventi di sanità pubblica a minor costo per QALY<sup>b</sup>, cioè per “anno di vita guadagnato in condizioni di buona salute” a livello di una comunità<sup>c</sup>.



**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 Unito<sup>23</sup>**

Intervento considerato	(breve) colloquio motivazionale	prescrizione (su ricetta) di esercizi
Intervento di confronto	semplice consiglio	semplice consiglio
Media di costo per QALY <sup>b</sup>	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!**

