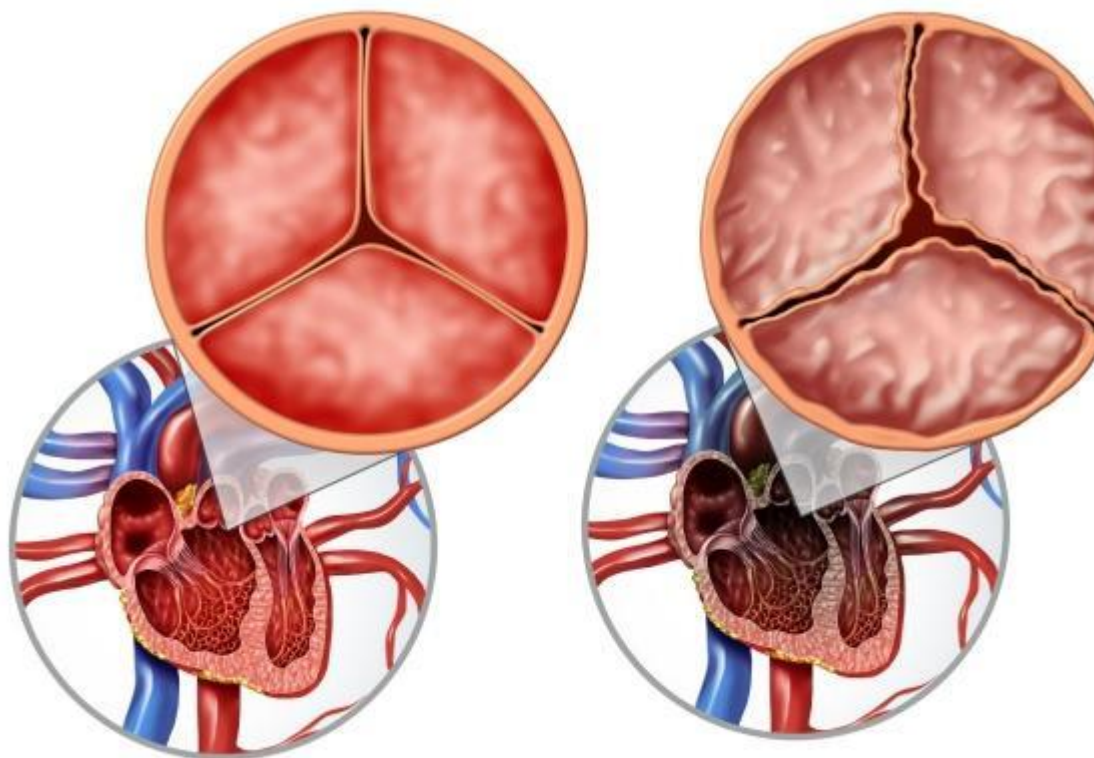


Sostituire le valvole cardiache senza chirurgia, un candidato su due resta ancora fuori

Liste d'attesa lunghe, interventi in stallo, disparità regionali: oltre diecimila italiani non sono sottoposti alle procedure interventistiche di cui avrebbero bisogno. Le proposte per aumentare l'accesso (Fonte: <https://www.corriere.it/> 2 ottobre 2025)



Malattia della valvola aortica (Getty Images)

Sostituire una **valvola aortica** che non funziona più **senza aprire il torace**, con una procedura poco invasiva che ormai, dopo anni di clinica, è considerata sicura ed efficace.

Dovrebbero sottoporsi a questo intervento oltre **23mila italiani** ogni anno, ma tuttora più di 10mila restano fuori per colpa di **liste d'attesa troppo lunghe** e per disparità nelle possibilità di accesso fra le diverse Regioni.

Lo segnalano gli esperti della [Società Italiana di Cardiologia Interventistica](#) durante il congresso nazionale, ipotizzando possibili soluzioni per il futuro.

Procedura in uso da tempo

La sostituzione transcatetere della valvola aortica, o **Tavi**, è una procedura mininvasiva che consente di evitare un'operazione a cuore aperto e che per la prima volta è stata eseguita poco più di vent'anni fa, nel 2002; pian piano è diventata l'intervento di scelta per tutte le persone con un rischio elevato in caso di cardiocirurgia, per esempio i **pazienti più anziani e fragili**, ma come spiega **Francesco Saia**, presidente Gise, «la Tavi è un trattamento **consolidato e salvavita** per i

pazienti con stenosi aortica grave (*un "indurimento" della valvola aortica che ne impedisce il corretto funzionamento, ndr*) che hanno sintomi; viene eseguito in massima parte dai cardiologi interventisti nei Laboratori di Emodinamica diffusi su tutto il territorio nazionale. I progressi tecnologici e l'esperienza degli operatori hanno reso la Tavi ancora più sicura riducendo drasticamente, a meno dello 0,05 per cento dei casi, le complicazioni che richiedono un intervento chirurgico d'urgenza. Inoltre, le nuove linee guida europee hanno abbassato l'età di indicazione per la Tavi e la indicano anche in pazienti con stenosi severa ma senza sintomi».

Uno su due resta fuori

Tanti quindi sono i possibili candidati, ma gli interventi sono in stallo e ci sono ancora troppe disparità regionali nell'accesso: il risultato è che a fronte di oltre 13mila procedure eseguite, **restano fuori almeno altri 10mila pazienti** per cui l'intervento sarebbe indicato. Un collo di bottiglia, secondo gli esperti, è la **necessità della presenza in ospedale di un reparto di cardiocirurgia a cui potersi rivolgere** in caso di emergenza: una richiesta di prudenza che arriva dritta dalle linee guida ma che secondo i cardiologi interventisti oggi potrebbe essere rivista perché, come dice **Alfredo Marchese**, presidente eletto Gise, «le complicità che richiedono l'intervento del cardiocirurgo sono meno dell'1 per cento e purtroppo si tratta spesso di casi con una mortalità elevata, che non dipende dalla possibilità di accesso alla chirurgia: sono pazienti che non ce la farebbero comunque, anche con il cardiocirurgo accanto».

Chirurgo o cardiologo?

Gli esperti ipotizzano che sia perciò possibile eseguire Tavi anche in ospedali senza cardiocirurgia, per snellire le liste di attesa e ridurre il rischio che i pazienti progrediscano verso l'insufficienza cardiaca grave, a patto però di scegliere con estrema attenzione le persone da gestire in questo modo, così da non compromettere efficacia e sicurezza delle procedure: per verificarlo, stanno conducendo **uno studio su 566 persone** con stenosi aortica grave, non operabili o ad alto rischio chirurgico, sottoposti a Tavi in ospedali con o senza cardiocirurgia.

«Il primo obiettivo è verificare il tasso di decesso per tutte le cause, di ictus e di riammissione in ospedale per cause cardiovascolari a un anno dalla procedura», spiega Saia. «Il secondo è verificare il numero di decessi dovuti a complicazioni avvenute prima, durante o dopo la procedura che avrebbero richiesto un intervento chirurgico d'urgenza».

L'arruolamento dei pazienti terminerà a dicembre, servirà quindi ancora tempo per capire se la proposta sia realmente fattibile.

Se i risultati confermeranno le ipotesi, sarà possibile aprire la strada all'esecuzione della Tavi in un maggior numero di centri «riducendo i tempi di attesa, migliorando l'accesso per i pazienti che vivono lontano dai grandi centri specializzati e liberando risorse per consentire ai centri con la cardiocirurgia di concentrarsi su casi più complessi», sottolinea Marchese.

Per chi resta sicuramente l'indicazione alla cardiochirurgia? «Per le persone più giovani, con **meno di 70 anni**, e con un basso rischio cardiochirurgico; sono candidati alla chirurgia standard anche i pazienti che devono fare interventi "compositi", come la sostituzione di due valvole o di una valvola con l'applicazione di un bypass», conclude Saia.

Leggi anche

- [Valvola tricuspidale, al Monzino il primo intervento di sostituzione via catetere](#)
- [L'allarme dei cardiologi per i rischi legati alle droghe](#)
- [Quando il «cuore non ce la fa più»: che cos'è lo scompenso cardiaco](#)