

WALTER RICCIARDI*, PAOLO VILLARI**
E MICHELE CONVERSANO***

PRESENTAZIONE

La sostenibilità dei sistemi sanitari, in Italia come in altri Paesi, è un tema di particolare rilevanza nell'attuale contesto di crisi economico-finanziaria. Anche se non è facile, nel breve periodo, la valutazione dell'impatto sulla salute della crisi iniziata nel 2008, i primi dati che cominciano ad emergere a livello europeo depongono per un aumento del numero dei suicidi, del rischio di nuovi focolai epidemici infettivi, per un rallentamento del declino della mortalità infantile, oltre ad un incremento degli stili di vita a rischio (Who e European Observatory on Health Systems and Policies, 2013; Who, 2013; Karanikolos *et al.*, 2013). Tra gli aspetti positivi, la diminuzione degli incidenti stradali per la minore circolazione veicolare a causa dell'aumento del prezzo dei carburanti.

I dati italiani sembrano del tutto coerenti con quelli europei e depongono per un aumento dei disturbi legati alla salute mentale, un ridotto accesso alle cure odontoiatriche, un aumento delle malattie associate alla povertà, una riduzione dei comportamenti salutari ed un aumento degli stili di vita a rischio (de Belvis *et al.*, 2012).

In tempi di crisi la prevenzione è a rischio. La natura stessa della prevenzione, caratterizzata da effetti talora duraturi, ma con una latenza variabile e sempre presente, la rende una vittima designata nei momenti di tagli e ridimensionamenti. Tuttavia le difficoltà finanziarie possono

* Direttore Dipartimento di Sanità Pubblica, Politecnico Universitario «A. Gemelli», Roma.

** Professore Ordinario di Igiene, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma.

*** Presidente nazionale della Siti e Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'Asl di Taranto.

diventare un'occasione per ripensare alla prevenzione come un sistema per fare un buon investimento di salute. Di fatto, in un contesto in cui è necessario un controllo rigoroso della spesa pubblica, è probabilmente più utile valorizzare gli interventi efficaci e costo-efficaci piuttosto che concentrarsi sulla riduzione dei costi. Ad esempio, gli *screening* oncologici di popolazione di efficacia e costo-efficacia ben dimostrate continuano ad essere tali anche in tempi di crisi. Se tali *screening* non sono senza costi, perdere del tutto la battaglia contro le malattie neoplastiche comporterà tempi più lunghi ed avrà comunque un prezzo più alto (Martin-Moreno *et al.*, 2012). Stessi ragionamenti possono essere fatti per strategie preventive in altri ambiti, come ad esempio le malattie cardiovascolari (Barton *et al.*, 2011; Weintraub *et al.*, 2011). E bisogna sottolineare che, nonostante le enormi difficoltà, molti Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie italiane hanno dato il buon esempio in questi anni con ottimi risultati proprio nei programmi di *screening* per le malattie neoplastiche e cardiovascolari.

Per questo è importante sottolineare che tra le dieci raccomandazioni elaborate di recente dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Oms vi è proprio quella di «preservare e proteggere il livello di finanziamento dei servizi di prevenzione e sanità pubblica» (WHO, 2013).

In Italia, la spesa sanitaria ha rappresentato il 9,2% del Pil nel 2011, una percentuale leggermente inferiore alla media rilevata nei Paesi dell'Ocse (9,3%). La quota della spesa sanitaria sul Pil in Italia rimane tuttavia assai inferiore a quella degli Stati Uniti (17,7%) come pure a quella di molti Paesi europei come i Paesi Bassi (11,9%), la Francia (11,6%) e la Germania (11,3%).

La quota del 5% del finanziamento complessivo del Sistema sanitario nazionale destinata al Lea «Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro», è ben lungi dall'essere raggiunta nella maggior parte delle Regioni italiane. Il Rapporto 2013 sul coordinamento della finanza pubblica, pubblicato nel maggio 2013 dalla Corte dei Conti, rileva che, sebbene la situazione economica del

sistema sanitario stia complessivamente migliorando rispetto al passato, gli stringenti vincoli per il superamento delle inefficienze sono controbilanciati da forti tensioni che si cominciano a manifestare sul fronte della garanzia di adeguati livelli di assistenza. E nell'erogazione di servizi nell'area della prevenzione, tutte le Regioni presentano criticità, sebbene con accentuazioni differenti. Da un punto di vista generale le principali criticità si registrano nell'erogazione di servizi nell'area veterinaria e di igiene degli alimenti.

Qualunque decisione di non rafforzare, o addirittura di indebolire il settore e le attività della prevenzione appare quindi ingiustificata e pericolosissima. Tuttavia, la difesa della prevenzione in tempi di crisi economica non deve essere solo una difesa di principio, bensì deve basarsi su solide evidenze scientifiche. È indubbio che i sistemi sanitari pubblici siano costretti ad affrontare il tema della scarsità delle risorse e dei metodi di valutazione per definire le priorità degli interventi. Il controllo della spesa sanitaria è sempre stato un obiettivo prioritario dei sistemi sanitari. Se gli anni '90 sono stati, nella maggior parte dei Paesi industrializzati, caratterizzati da riforme e misure di bilancio improntate soprattutto al contenimento della spesa («imperativo economico», secondo una definizione dell'Oms), con strategie di natura prevalentemente finanziaria, negli anni 2000 si sono osservate maggiormente riforme finalizzate al controllo della spesa attraverso un miglioramento della pratica medica e di sanità pubblica tramite recuperi di efficacia, appropriatezza ed efficienza. In altri termini, sono ritornati molto in auge due slogan, il primo, famoso e oggi un po' datato, di Archie Cochrane («All effective treatments should be free») (Cochrane, 1972) e il secondo, meno famoso ma più recente, di Alan Williams («All cost-effectiveness treatments should be free») (Williams, 1997). Tutto ciò porta ad assegnare un ruolo strategico alla valutazione degli interventi sanitari, in termini sia di efficacia che di efficienza, da attuarsi mediante tecniche di epidemiologia clinica e di valutazione economica, che, tra l'altro, nel settore della prevenzione presentano

alcune caratteristiche peculiari rispetto agli ambiti di diagnosi e cura.

È importante quindi cercare di capire, in termini di evidenza scientifica disponibile, se gli interventi di prevenzione presentino prove di efficacia convincenti e rapporti costo-efficacia favorevoli, anche rispetto agli interventi sanitari di diagnosi e cura. Si ritorna così all'interrogativo, spesso banalizzato, se costi di più curare o prevenire. In accordo con i dati disponibili, gli interventi di prevenzione primaria risultano *cost-saving* in circa il 20% dei casi, mentre gli interventi curativi lo sono in circa il 18% dei casi (Cohen *et al.*, 2008). Se si ragiona solamente nell'ambito degli interventi preventivi, gli interventi di prevenzione primaria ambientale risultano *cost-saving* nel 46% dei casi, mentre gli interventi di prevenzione non clinici diretti alle persone e gli interventi di prevenzione clinica lo sono, rispettivamente, nel 13% e nel 16% dei casi (Chokshi e Farley, 2012).

Sebbene i dati sopra esposti non siano eclatanti, tali cioè da poter affermare che gli interventi di prevenzione comportino sempre un risparmio di risorse, è abbastanza chiaro che gli interventi e le attività di prevenzione possono rappresentare in molti casi un ottimo investimento. È inoltre evidente che non è possibile generalizzare, vale a dire non è possibile considerare globalmente gli interventi di prevenzione primaria o secondaria, valutandoli comparativamente con la totalità degli interventi curativi. In altri termini, come affermato con chiarezza più di venti anni fa da Milton Weinstein (1990), esistono numerosi interventi preventivi e numerosi interventi curativi, ciascuno dei quali deve essere sottoposto a valutazione economica completa, tenendo presente che esistono alcuni interventi preventivi con rapporti costo-efficacia più favorevoli rispetto ad interventi curativi, e viceversa.

Il punto centrale diventa quindi la selezione delle attività di prevenzione «giuste», con evidenze di efficacia e con rapporti costo-efficacia favorevoli. La Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica (Siti) è da lungo tempo impegnata in quest'ambito, anche me-

dianche il superamento e l'abolizione delle attività inutili a fini preventivi. Si tratta di attività di dimostrata inutilità sotto il profilo scientifico o anche di duplicazioni. Rientrano in questo gruppo diverse certificazioni, alcuni obblighi in materia di medicina scolastica, alcune procedure in ambito veterinario e diversi obblighi in tema di polizia mortuaria (Collegio Operatori Società italiana di igiene medicina preventiva e sanità pubblica (Siti), 2011).

In quest'ottica si inserisce la IV edizione del Rapporto Prevenzione della Fondazione Smith Kline, iniziativa svolta in collaborazione con la Siti che, ormai come da tradizione, si suddivide in una prima parte dedicata ad un aggiornamento delle attività dell'Osservatorio Italiano della Prevenzione (Oip) che si configura sempre più come un centro di monitoraggio stabile delle attività di prevenzione in Italia, e una seconda parte che quest'anno approfondisce proprio il tema, complicato ma stimolante, dell'economia della prevenzione.

Numerosi ed autorevoli sono i contributi del *Rapporto Prevenzione 2013*, alcuni di inquadramento ai problemi o metodologici, altri dedicati invece a specifici settori d'intervento, come i vaccini e le strategie vaccinali, i programmi di *screening*, la prevenzione cardiovascolare, l'educazione sanitaria, i test genetici, gli interventi di prevenzione ambientale ed altri. Altri capitoli, infine, approfondiscono, sempre in termini economici, alcuni dei problemi più rilevanti di sanità pubblica, quali malattie croniche come il diabete e le broncopneumopatie croniche ostruttive, la disabilità, gli incidenti stradali, la ludopatia, le tossicodipendenze e il tabagismo, le patologie della povertà. Tutti i contributi contenuti nel Rapporto, il cui coordinamento editoriale è stato curato da Maurizio Bassi, Fondazione Smith Kline, sono legati da un filo conduttore comune: gli interventi di prevenzione primaria e secondaria, condotti con approcci di popolazione, per individui a più alto rischio o anche personalizzati, se di efficacia e costo-efficacia dimostrate, continuano ad essere tali anche in tempo di crisi e rappresentano ottimi investimenti.

L'Italia, come la maggior parte dei Paesi dell'Ocse, negli ultimi decenni ha visto aumentare significativamente la speranza di vita alla nascita. Nel 2011, la speranza di vita alla nascita in Italia è di 82,7 anni (media uomini e donne). Tale valore è superiore alla media Ocse (80,1 anni) ed inferiore solo a quello registrato in Svizzera. Ma questo successo non è da considerarsi acquisito in modo definitivo.

Oggi il nostro Paese si trova nella difficilissima situazione di prendere decisioni cruciali per il proprio futuro nella peggiore condizione possibile: un enorme debito pubblico, una recessione apparentemente inarrestabile, un'instabilità politica persistente, un'ignoranza diffusa sia nella popolazione generale, sia nella cosiddetta classe dirigente, il tutto pervaso da un clima generale di depressione vicina alla rassegnazione per un declino che appare sempre più ineluttabile.

È difficile prevedere se il *Rapporto Prevenzione 2013* possa raggiungere in modo efficace l'ambizioso obiettivo di fornire un aggiornamento, ancorché sicuramente non esaustivo, sulle evidenze scientifiche della convenienza economica delle principali attività di prevenzione. Tuttavia sicuramente il Rapporto contribuisce ad assegnare «valore» alla prevenzione, con l'auspicio che venga unanimemente riconosciuta come un potente mezzo per lo sviluppo sociale ed economico del Paese.

Riferimenti bibliografici

- Barton P., Andronis L., Briggs A., McPherson K. e Capewell S. (2011), *Effectiveness and cost effectiveness of cardiovascular disease prevention in whole populations: Modelling study*, in «BMJ», 343.
- Chokshi D.A. e Farley T.A. (2012), *The cost-effectiveness of environmental approaches to disease prevention*, in «N. Engl. J. Med.», July 26, 367, pp. 295-297; doi: 10.1056/NEJMp1206268.
- Cochrane A.L. (1972), *Effectiveness and efficiency. Random reflection on health services*, London, The Nuffield Provincial Hospitals Trust.

- Cohen J.T., Neumann P.J. e Weinstein M.C. (2008), *Does preventive care save money? Health economics and the presidential candidates*, in «N. Engl. J. Med.», 358, pp. 661-663.
- Collegio Operatori Società italiana di igiene medicina preventiva e sanità pubblica (Siti) (2011), *Linee Guida per i Dipartimenti di Prevenzione*, Roma, in www.societaitalianaigiene.org.
- de Belvis A.G., Ferrè F., Specchia M.L., Valerio L., Fattore G. e Ricciardi W. (2012), *The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector*, in «Health Policy», 106, pp. 10-16.
- Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D., Mackenbach J.P. e McKee M. (2013), *Financial crisis, austerity, and health in Europe*, in «Lancet», 381, pp. 1323-1331.
- Martin-Moreno J.M., Anttila A., von Karsa L., Alfonso-Sanchez J.L. e Gorgojo L. (2012), *Cancer screening and health system resilience: Keys to protecting and bolstering preventive services during a financial crisis*, in «Eur. J. Cancer», 48, pp. 2212-2218.
- Weinstein M.C. (1990), *Economics of prevention. The costs of prevention*, in «J. Gen. Intern. Med.», 5, S89-S92.
- Weintraub W.S., Daniels S.R., Burke L.E., Franklin B.A., Goff D.C. Jr., Hayman L.L., Lloyd-Jones D., Pandey D.K., Sanchez E.J., Schram A.P., Whitsel L.P., American Heart Association Advocacy Coordinating Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, Council on the Kidney in Cardiovascular Disease, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology, Council on Clinical Cardiology e Stroke Council (2011), *Value of primordial and primary prevention for cardiovascular disease: A policy statement from the American Heart Association*, in «Circulation», 124, pp. 967-990.
- Williams A. (1997), *Cochrane Lecture. All cost effective treatments should be free... or, how Archie Cochrane changed my life!*, in «J. Epidemiol. Community Health», 51, pp. 116-120.
- World Health Organization (2013), *Health systems in times of global economic crisis: An update of the situation in the Who European Region*, Geneve, Who.
- World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies (2013), *Health, health systems and economic crisis in Europe: Impact and policy implications*, Geneve, Who.

