



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

01.2014

I Quaderni della Fondazione Farmafactoring

La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN

Autori

**V. Atella, E. Borgonovi, C. Collicelli, J. Kopinska,
F. Lecci e F. Maietta**

Direttore Scientifico Fondazione Farmafactoring
Vincenzo Atella

Introduzione

La disponibilità di buoni servizi sanitari in un paese costituisce un elemento fondamentale per garantire un adeguato stato di salute alla popolazione e, conseguentemente, un elevato livello di benessere sociale. Questo paradigma, accettato ovunque a livello internazionale, è quello che ha guidato molte delle decisioni di politica sanitaria in Italia almeno fino agli inizi degli anni 90, facendoci anche guadagnare una posizione di rilievo in termini di aspettativa di vita. Inoltre, la combinazione di bassi tassi mortalità e fertilità ha reso il nostro Paese uno dei più "vecchi" al mondo, con una quota di ultrasessantacinquenni che, secondo le previsioni ISTAT, nel 2050 sarà pari al 35% della popolazione.

Purtroppo, come gli economisti insegnano, non esistono "pranzi gratuiti", e anche il miglioramento dello stato di salute e l'elevata aspettativa di vita di cui oggi godiamo hanno avuto il loro costo. Un costo che finora siamo riusciti a pagare, ma che forse nei prossimi anni non potremo più permetterci, viste le attuali condizioni della finanza pubblica, il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche e dei tassi di obesità (soprattutto tra i minori). In molti hanno, quindi, cominciato a chiedersi se il nostro sistema sanitario sarà finanziariamente sostenibile nei prossimi anni e se riusciremo a fornire un livello di cure adeguate a tutti coloro i quali ne faranno giusta richiesta.

Il recente dibattito che a fine 2012 ha animato le discussioni sulla sostenibilità del sistema sanitario è stato orientato quasi unicamente a cercare delle soluzioni per finanziare una spesa che continuerà a crescere e non, invece, a cercare soluzioni per evitare che la stessa continui a crescere o che almeno cresca a tassi minori. Infatti, le due principali soluzioni di cui si è maggiormente discusso sono il miglioramento dell'efficienza del sistema e l'introduzione di fondi sanitari integrativi. Sebbene utile nel breve periodo, la lotta alle inefficienze e agli sprechi non deve essere considerata come la principale strategia da adottare per garantire un futuro al sistema sanitario italiano. Allo stesso modo, in previsione di un aumento dei bisogni sanitari della popolazione, i fondi sanitari integrativi non possono essere considerati la panacea del problema.

Lo scetticismo che aleggia su tali strumenti dipende dal fatto che, come noto, con l'eliminazione delle inefficienze si avrà un abbassamento un tantum del livello del finanziamento, ma non si cambierà il trend di lungo periodo. Inoltre, i fondi sanitari integrativi non risolveranno il problema, ma rischieranno solo di creare un'ulteriore divaricazione sociale tra quei cittadini che potranno permettersi un'assicurazione sanitaria privata e i molti che già ora hanno problemi a pagare la sanità privata, o addirittura a compartecipare alla spesa pubblica. Tutto ciò sarebbe in netto contrasto con la possibilità di garantire uguali diritti a tutti, come recita l'Art. 32 della Costituzione.

Occorrerebbe, quindi, immaginare un differente modello di analisi della sostenibilità finanziaria del SSN, in grado di fornire una nuova visione dello stesso, suggerendo anche una possibile soluzione. La soluzione che proveremo ad argomentare e sostenere è quella di effettuare maggiori investimenti in prevenzione a tutti i livelli.

In tal senso, l'Organizzazione Mondiale della Sanità asserisce che circa l'80% delle patologie cardiovascolari e del diabete, e almeno il 40% dei tumori, possono essere prevenuti semplicemente cambiando gli attuali stili di vita [Fontana e Klein (2007), Fontana (2009) e WHO (2005)]. Esistono, inoltre, sufficienti evidenze scientifiche che mostrano chiaramente come la quasi totalità delle insorgenze del diabete mellito di tipo 2 e delle patologie cardiovascolari, ed una buona parte dei tumori, possono essere prevenuti con interventi preventivi mirati e personalizzati. Infine, molti studi hanno dimostrato che piccoli cambiamenti dei fattori di rischio metabolici nei pazienti a moderato rischio cardiovascolare e tumorale possono avere enormi e rapidi impatti in termini di riduzione della morbilità, della disabilità e della mortalità, oltre che a contenere significativamente la crescita della spesa sanitaria e aumentare la produttività economica. Tutto ciò potrebbe far risparmiare notevoli somme di denaro pubblico, che in parte potrebbero essere reinvestite per migliorare la qualità dei servizi offerti, per lo studio e la cura di patologie ancora incurabili e in parte nello sviluppo economico del paese.

Da un punto di vista di benessere collettivo la strategia ottimale dovrà, quindi, essere quella di disegnare politiche sanitarie che siano "dinamicamente efficienti", il che implica creare oggi le migliori condizioni per operare meglio domani. L'adozione (oggi) di misure atte a incrementare gli investimenti in prevenzione dovrebbe portare (domani) a una riduzione del numero di persone da curare. Adottare un tale approccio significherebbe, quindi, anche guardare alla spesa sanitaria (o a una larga parte di essa) più in termini di spesa per investimenti che di parte corrente. Sarà, però, necessaria una decisa inversione di tendenza nell'allocazione dei fondi per la sanità in Italia, che con una quota inferiore all'1% della spesa complessiva, si colloca tra gli ultimi posti nella classifica dei Paesi OCSE per l'investimento in prevenzione. Aspettare che i cittadini, in seguito a stili di vita poco salutari (es. eccessivo introito calorico e proteico, malnutrizione, vita sedentaria, alcol, fumo), si ammalino e si rechino in ospedale è una strategia perdente e costosissima. È imperativo invertire la rotta e promuovere politiche incisive di prevenzione e promozione alla salute.

Investire in prevenzione vorrà quindi dire studiare e implementare strategie che non saranno necessariamente limitate a interventi nel settore sanitario. Al contrario, sarà necessario effettuare interventi che: i) promuovano e consentano ai cittadini italiani di vivere una vita sana, attiva e indipendente sino a tarda età, ii) contribuiscano alla sostenibilità ed efficienza del sistema sanitario, sociale e del welfare, e iii) contribuiscano all'ideazione di prodotti e servizi connessi al benessere, alla longevità e all'invecchiamento attivo in salute (active and healthy aging).

Il nuovo paradigma dovrà quindi ambire a spostare risorse economiche e umane dalla cura delle malattie alla prevenzione. Questo imporrà di dover "re-ingegnerizzare" l'intero SSN, essendo essenziale formare una nuova classe di professionisti della salute preventiva e trasformare, mettendole in rete, le strutture già esistenti sul territorio (es. strutture sanitarie, scuole alberghiere, scuole primarie e secondarie, palestre pubbliche) per educare attivamente i cittadini alla tutela della propria salute. Come a scuola, si dovrebbe insegnare ai cittadini a conoscere gli alimenti, a cucinare e alimentarsi in maniera sana ed equilibrata, a fare attività fisica in maniera corretta e regolare, e a evitare l'esposizione a sostanze nocive per la salute. Inoltre, potrebbe essere auspicabile introdurre sistemi di incentivi (es. annullamento ticket sanitario o una sorta di schema bonus/malus) per i cittadini che mettono in pratica le strategie preventive (riducendo, ad esempio, la circonferenza vita e i fattori di rischio cardiovascolari e tumorali), favorendo in tal modo comportamenti virtuosi. Crediamo che questa strategia sia realizzabile e sia vincente.

Nelle pagine che seguono, il documento fornisce un quadro complessivo sul ruolo che la prevenzione può avere quale elemento di sostenibilità della spesa, presentando i risultati di alcune simulazioni in cui si studiano gli effetti di lungo periodo sulla spesa sanitaria, relativi a diversi scenari evolutivi delle prevalenze delle principali patologie croniche, a seguito di ipotetici interventi di prevenzione. Inoltre, sono presentati i risultati di un'indagine condotta su un campione rappresentativo di italiani per capire in che modo le attività di prevenzione vengono viste dagli individui, i comportamenti che mettono in essere (anche a seguito della riduzione dei livelli di reddito) e le aspettative che in essa ripongono. Infine, sono affrontati i problemi dal punto di vista dell'offerta di prevenzione da parte delle strutture sanitarie, cercando di capire quali sono le best practices e cosa è necessario fare per migliorare la frammentazione degli interventi che abbiamo riscontrato attraverso un'indagine condotta tra le ASL.

La crisi economica, la riduzione delle risorse pubbliche e la *governance* della spesa sanitaria: il quadro internazionale

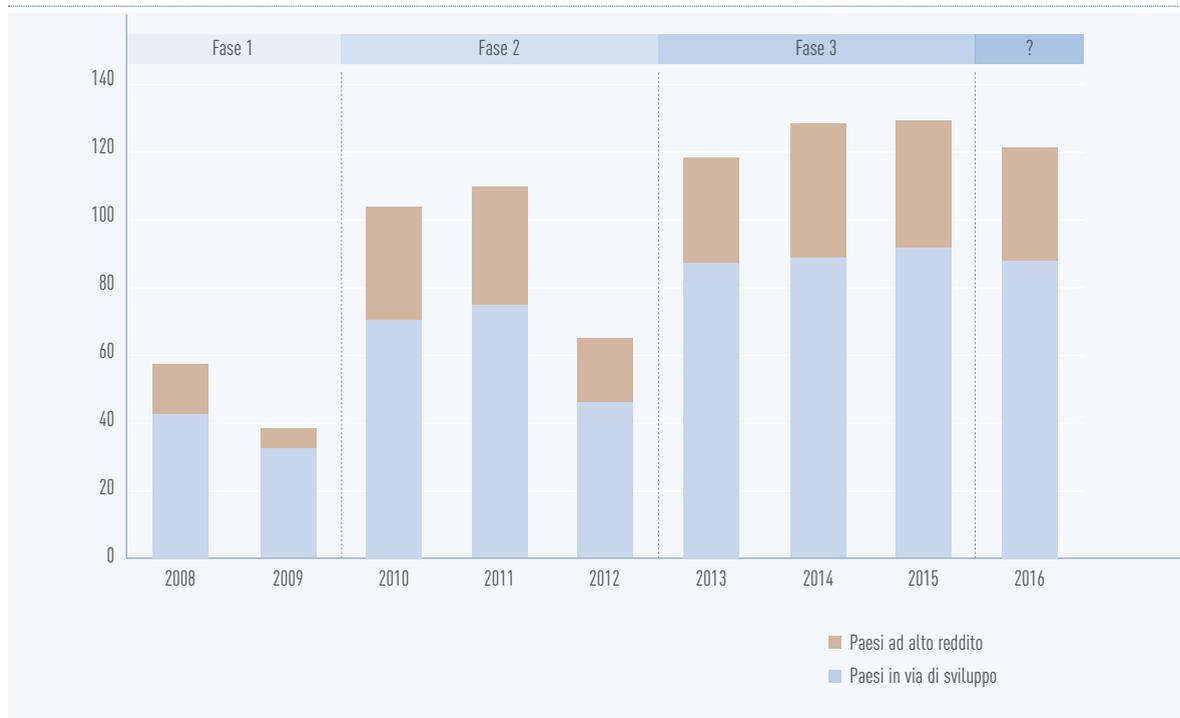
In tutti i paesi del mondo, la spesa sanitaria pubblica rappresenta una delle maggiori voci della spesa pubblica complessiva. Secondo i dati dell'OCSE, nei primi 10 anni di questo secolo la spesa sanitaria ha rappresentato il secondo capitolo per importanza, dopo la spesa per la sicurezza sociale, con un valore che nel 2010 rasentava il 15% del totale. Per questo motivo, dal 2008 si sono concentrate su di essa le attenzioni di molti governi.

Ortiz e Cummins (2013) hanno di recente effettuato un ampio lavoro di rassegna sui documenti di proiezione della spesa pubblica preparati dal Fondo Monetario Internazionale per 181 Paesi, comparando il tipo di politiche attuate in quattro distinti periodi (*vedi figura 1*): 2005-07 (pre-crisi), 2008-09 (fase I della crisi: espansione fiscale), 2010-12 (fase II della crisi: avvio della contrazione fiscale) e 2013-15 (fase III della crisi: intensificazione della contrazione fiscale).

Quello che si nota da questo studio comparativo è che dopo lo stimolo fiscale della prima fase, dal 2010 si sono succeduti una serie di interventi di contenimento della stessa, nonostante la quota della popolazione vulnerabile e bisognosa di assistenza continuasse ad aumentare. Secondo i documenti del FMI, nel 2013 ci si aspetta che il consolidamento della spesa pubblica a livello internazionale aumenti, con ben 119 Paesi che vedranno ridurre la quota di spesa pubblica sul PIL, per raggiungere poi quota 132 Paesi nel 2015. Questo trend dovrebbe continuare fino al 2016. Contrariamente a quanto si possa immaginare, le misure di austerità non sono limitate all'Europa; infatti, molti dei principali interventi di *austerity* sono stati avviati anche nei paesi in via di sviluppo. Nel complesso, in termini di popolazione colpita, tali misure avranno effetto su ben 5,8 miliardi di persone, pari a circa l'80% della popolazione totale nel 2013; nel 2015 questa quota dovrebbe poi salire al 90%, con una popolazione colpita pari a circa 6,3 miliardi di persone.

Nel 2013 l'80% della popolazione mondiale è stata colpita da interventi atti a contenere o ridurre la spesa pubblica e quella sanitaria in particolare

Figura 1. Paesi che hanno ridotto la spesa pubblica in % del PIL (2008-15)



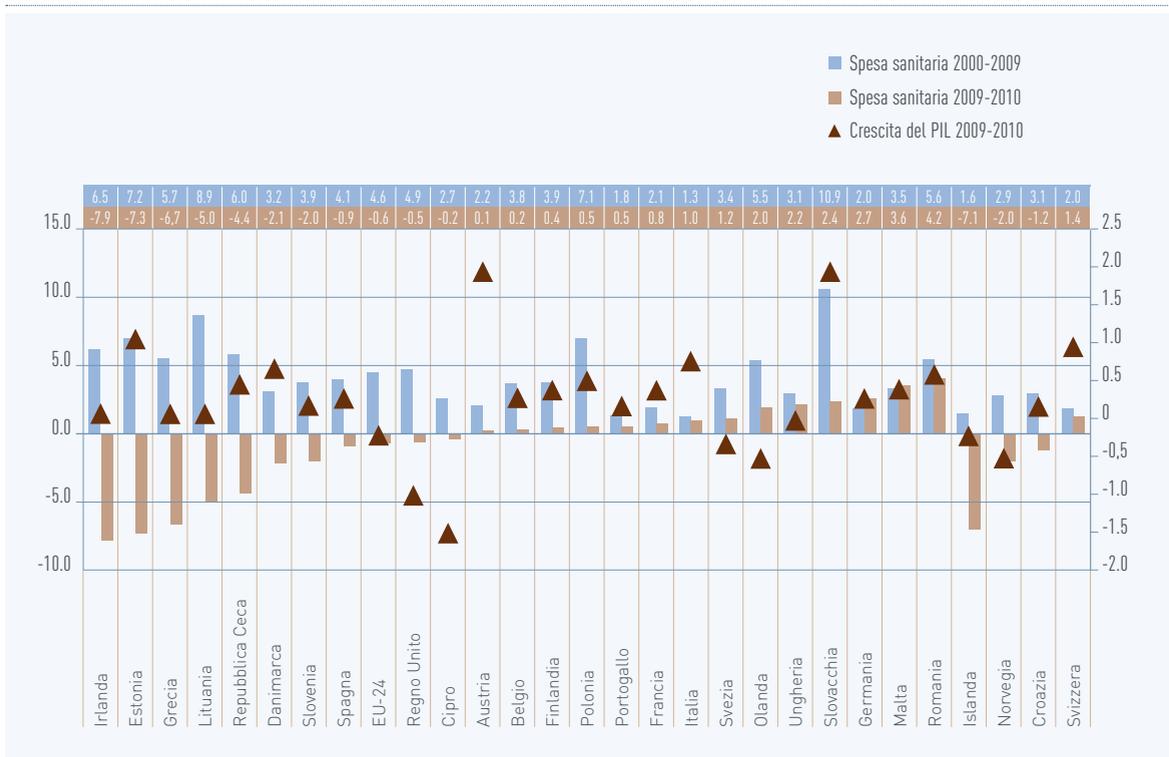
Fonte: Ortiz e Cummins (2013), Calcoli degli autori basati sui World Economic Outlook del FMI (October 2012).

I settori principalmente colpiti dalle misure restrittive sono l'istruzione, la sanità e, più in generale, la spesa sociale. Nel caso particolare della sanità, sono ben 37 i paesi che hanno visto avviare riforme sanitarie e molti di questi sono paesi sviluppati (25 su 37). I principali strumenti utilizzati sono quelli dell'aumento della quota di pagamento *out-of-pocket* per i pazienti e misure di contenimento dei costi dei centri che forniscono servizi sanitari.

Secondo Ortiz e Cummins (2013) le politiche fiscali restrittive di questi anni avranno effetti negativi che aggraveranno la crisi occupazionale diminuendo il sostegno pubblico nel momento in cui ce ne sarà maggiore bisogno. Il costo dell'aggiustamento sarà quasi interamente traslato sulla parte di popolazione più debole che vedrà ridotta in maniera rilevante la possibilità di accedere a servizi essenziali, primi tra tutti quelli sanitari. Quanto appena detto è tanto più vero se si considera che il taglio della spesa pubblica è indipendente dall'andamento del PIL. Ciò è ampiamente dimostrato nella *figura 2* dove viene chiaramente evidenziato che il rallentamento o inversione della crescita della spesa sanitaria tra il 2000 ed il 2010 è avvenuto in tutti (tranne due) dei paesi UE, mentre le performance in termini di crescita del PIL sono state in molti casi positive.

I tagli della spesa pubblica avranno maggiori effetti sugli individui più deboli

Figura 2. Spesa sanitaria pubblica e PIL nei paesi OCSE



Fonte: OECD Health at A Glance Europe, 2012

Influendo sulla spesa pubblica (e quella sanitaria in particolare) la crisi finanziaria sta ponendo le basi per aggravare in modo considerevole lo stato di salute della popolazione mondiale e di quella europea in particolare. Infatti, Karanikolos et al (2013) hanno mostrato come la crisi economica in Europa e le risposte dei governi stiano avendo effetti importanti sui sistemi sanitari e sulla salute della popolazione. Se era abbastanza prevedibile che con la crisi economica potessero aumentare i casi di suicidio e ridursi le morti per incidenti stradali, altre conseguenze immediate quali l'aumento delle patologie infettive trasmissibili (HIV, malaria e tubercolosi) erano meno prevedibili. Senza poi considerare gli effetti di lungo termine che i periodi di prolungata crisi economica hanno sulla salute: in tali frangenti la normale prevenzione sanitaria viene ridotta al minimo se non addirittura annullata, generando effetti a catena i cui risultati saranno osservabili solo a distanza di anni.

Evidenze simili sono quelle presentate da Basu e Stuckler (2013), che hanno evidenziato gli effetti negativi che la crisi finanziaria e le politiche fiscali restrittive hanno avuto sul livello di salute della popolazione europea. In particolare, gli autori hanno mostrato come le politiche fiscali recessive avviate dal 2009 sarebbero responsabili di oltre 10mila suicidi e un milione di casi di depressione nei paesi più industrializzati. Inoltre, la riduzione della spesa nelle politiche di prevenzione attuate dal 2011 in Grecia, ha portato a un aumento considerevole delle infezioni da HIV (+200%) e, per la prima volta dopo decenni, è ricomparsa la malaria. Ma anche il taglio di spese per l'assistenza sociale (ad esempio l'indennità di disoccupazione) ha avuto il suo effetto sulla salute. Sempre secondo Basu e Stuckler (2013) in Europa e negli USA l'aumento della disoccupazione unito al taglio alle campagne sociali hanno visto risalire del 50% l'utilizzo di droghe da parte dei giovani. Ma il risultato più interessante dell'analisi di Basu e Stuckler (2013), che dovrebbe far riflettere molto i *policy makers* di tutti i paesi, è che non è la recessione di per sé che fa aumentare i rischi di salute, quanto piuttosto la particolare interazione tra la crisi economica e il tipo di politiche sociali che vengono poste in atto a seguito della crisi stessa.¹

Gli effetti della crisi finanziaria e le politiche fiscali restrittive hanno avuto effetti negativi sulla salute della popolazione

(1) Esistono evidenze che testimoniano come la crisi economica di per sé può essere un modo per guadagnare salute se, come avvenuto a Cuba dopo la fine del controllo sovietico, a causa della carenza di cibo si ebbe una sostanziale riduzione dell'eccesso ponderale della popolazione e, con essa, la riduzione della prevalenza di diabete e patologie cardiovascolari.

Il quadro macroeconomico e la sostenibilità finanziaria del SSN in Italia

Dal giugno 2008 a oggi in Italia, sono state varate manovre per un ammontare complessivo di 137 miliardi di euro e il massimo grado di restrizione è stato raggiunto nel 2012, con quasi 60 miliardi di interventi. Nel 2013 sono incorporate nella legislazione vigente correzioni aggiuntive per circa 24 miliardi, contando anche gli effetti della legge di stabilità per il 2013. Solo nel 2014 la morsa dell'austerità dovrebbe allentarsi, con una restrizione aggiuntiva di circa 8 miliardi. Nonostante l'imponente sforzo messo in campo in termini di manovre correttive, la passata legislatura non consegna in eredità il raggiungimento del pareggio di bilancio.

Una discreta parte di questi interventi restrittivi ha avuto come obiettivo la sanità pubblica italiana. Ciò ha fatto sì che il SSN divenisse l'oggetto di numerosi dibattiti, spesso legati agli aspetti organizzativi, di efficienza e soprattutto di disuguaglianza in termini di gestione tra le regioni italiane. Nonostante ciò, la sanità italiana continua ad essere uno dei pochi settori del nostro Paese, per i quali, tra i paesi membri dell'Unione Europea e numerosi paesi OCSE, l'Italia si classifica nei primi posti. Come mostrano i dati OCSE, la spesa sanitaria Italiana in termini di PIL è inferiore per esempio a quella Tedesca o Francese, e le previsioni confermano che tale differenza si manterrà nel lungo periodo. E nonostante la minore spesa, la sanità Italiana riesce ancora a preservare un invidiabile primato sul fronte degli *outcome* sanitari. Infatti, i dati OCSE mostrano che, in termini di vari indicatori, tra cui il numero di morti potenzialmente evitabili attraverso interventi tempestivi e appropriati, l'aspettativa di vita, o la performance complessiva del sistema sanitario, l'Italia supera di gran lunga altri paesi OCSE.

Tuttavia, lo scenario internazionale nelle prossime decadi si prospetta denso di importanti sfide ai sistemi sanitari, che risulteranno essere particolarmente difficili per l'Italia. Infatti, il processo di invecchiamento della popolazione italiana è più veloce rispetto ad altri paesi OCSE. Inoltre, l'elevata aspettativa di vita degli italiani (tra le più alte nel mondo) è accompagnata da bassi tassi di fertilità, che porteranno la percentuale di popolazione anziana a raggiungere livelli record. Già nel 2010 il rapporto tra popolazione anziana e popolazione giovane ha superato il 145%. Le previsioni demografiche prospettano che nel 2050 tale proporzione supererà il 250%, con un sostanziale aumento degli anziani più vecchi (ultracentenari). Da una struttura demografica di questo tipo scaturisce una parallela espansione della prevalenza delle malattie croniche, come le patologie cardiovascolari, il diabete, le malattie neurodegenerative e respiratorie, che causano potenzialmente costosissimi eventi clinici: circa la metà delle giornate di degenza registrate in un anno in Italia sono riconducibili ai ricoveri degli anziani. Dall'altro canto, gli stili di vita della popolazione hanno subito un considerevole deterioramento, dove il fumo, il consumo d'alcol, la sedentarietà e consumo dei cibi

Le manovre di contenimento della spesa pubblica in Italia hanno avuto un effetto particolare sulla spesa sanitaria

preconfezionati, si ripercuote sempre di più sullo stato di salute degli italiani. Le più recenti statistiche OCSE indicano che tra gli adolescenti italiani si registrano i più alti tassi di eccesso di peso ponderale in tutta Europa. A livello mondiale siamo dietro solo a Grecia e USA (OECD, 2011). A questi fenomeni di natura “strutturale”, che incidono negativamente sullo stato di salute della popolazione, si devono sommare quelli di natura “congiunturale” imposti dall’attuale periodo di crisi economica e dalle condizioni di austerità che ha innescato.

La spesa sanitaria sembrerebbe inevitabilmente destinata a crescere in futuro, e forse a tassi più elevati. Sfortunatamente, questa esigenza della sanità si scontra con una dinamica contrastante dal punto di vista dell’economia del Paese. L’Italia, e la sua finanza pubblica in particolare, sta affrontando uno dei periodi più difficili, con tassi di crescita del PIL ai minimi storici. In una prospettiva di crescente fabbisogno e di finanziamenti in calo, le uniche strategie sostenibili sembrano essere quelle del maggiore risparmio e dell’aumento dell’efficienza nell’allocazione delle risorse. In quest’ottica, le politiche di prevenzione possono offrire una valida strategia, in alternativa a una costosa, spesso tardiva, cura degli individui.

La prevenzione e il suo ruolo per ridurre la spesa sanitaria

Nel parlare di politiche di prevenzione e della loro realizzazione occorre, però, chiarire alcuni punti fondamentali. Da un punto di vista di teoria economica, un importante impedimento alla messa in opera di varie misure preventive è che gli individui traggono utilità non solo dalla loro salute, ma spesso dal consumo di beni e dal compiere attività che riducono lo *stock* di salute. La decisione di fumare, mangiare cibo "spazzatura", guidare pericolosamente o, più in generale, la mancanza di attenzione agli effetti che determinate attività quotidiane hanno sullo stato di salute, risiede spesso nelle preferenze degli individui. Tali preferenze derivano non solo dalle caratteristiche intrinseche degli individui stessi, ma anche dai fallimenti del mercato, provocati dalla mancanza di adeguate informazioni, dall'insufficiente livello d'istruzione, dalla mancanza di capacità di autocontrollo o dalla non corretta valutazione delle conseguenze di particolari azioni. Tutto ciò suggerisce che i costi della sanità siano spesso legati a meccanismi che hanno origine nelle differenze demografiche, socio-economiche o culturali tra gli individui. Un fondamentale compito della prevenzione sta quindi nel ripristinare l'equità in termini di determinanti dei fattori di rischio, che a loro volta porterebbero a una maggiore equità nei livelli di salute individuali. Lo scopo della prevenzione è quindi quello di formulare strategie di intervento, rivolte a gruppi specifici di individui, particolarmente esposti a determinati fattori di rischio o inclini a comportamenti pericolosi per la loro salute. In tal senso, la prevenzione rappresenta uno strumento efficace nella redistribuzione della salute e della longevità.

Secondo l'Institute for Health Metrics and Evaluation (2013), in Europa le malattie non trasmissibili, quali le patologie cardiovascolari, i tumori, i problemi di salute mentale, il diabete mellito, le malattie respiratorie croniche e le patologie muscolo-scheletriche, sono responsabili della stragrande maggioranza delle morti e della spesa sanitaria. Tra queste, le malattie cardiovascolari costituiscono la principale causa di decessi, e sono responsabili di circa la metà di tutte le morti in Europa. Le malattie del cuore e gli ictus rappresentano, altresì, la principale causa di morte nei 52 stati membri del WHO. Secondo le ultime stime disponibili, dei 57 milioni di morti nel 2008, 36 milioni (65%) erano dovute a malattie non trasmissibili, di cui circa la metà (17 milioni) per cause cardiovascolari e 7,6 milioni per malattie oncologiche. A causa dell'invecchiamento della popolazione, si stima che nel 2030 ci saranno ben 25 milioni di persone che moriranno per cause cardiovascolari e circa 13 milioni per tumori.

Relativamente all'Europa, circa il 60% del peso imposto da queste malattie in termini di DALY (*Disability Adjusted Life Years*) può essere attribuito a sette principali fattori di rischio: pressione alta (12,8%), fumo (12,3%), alcool (10,1%), livelli alti di colesterolo (8,7%), sovrappeso (7,8%), ridotta assunzione di frutta e verdura (4,4%) e scarsa attività fisica (3,5%).

Un fondamentale compito della prevenzione sta quindi nel ripristinare l'equità in termini di determinanti dei fattori di rischio, che a loro volta porterebbero a una maggiore equità nei livelli di salute individuali

Un altro aspetto importante è che i fattori di rischio spesso si sommano tra di loro: ad esempio, il diabete si somma alla lista dei fattori di rischio nel caso delle malattie cardiovascolari. Almeno il 35% degli uomini sopra i 60 anni soffre di due o più patologie croniche e il numero delle co-morbidità aumenta con l'età, con livelli più alti osservati tra le donne. Questi risultati non cambiano di molto se ci si limita ad analizzare i soli Paesi appartenenti all'UE.

Inoltre, vi è una significativa correlazione tra la salute mentale e quella fisica, entrambe condizionate da elementi negativi quali l'assenza di un alloggio, l'alimentazione insufficiente e/o non equilibrata, la scarsa istruzione, o la diffusione di fattori di rischio quali l'alcolismo. Per esempio, la depressione è più comune tra le persone affette da patologie fisiche, manifestandosi nel 33% dei malati di tumore, nel 29% degli ipertesi e nel 27% dei diabetici. Nei paesi più avanzati queste patologie sono responsabili di circa il 70-80% della spesa per la salute e i pazienti affetti da tali malattie sono i principali fruitori dei servizi sanitari. I costi sanitari e i rischi di inutili ricoveri aumentano al crescere della co-morbidità. Nel Regno Unito è stato stimato che tra le principali 11 cause di ricovero, 8 sono riconducibili a patologie di lungo termine (WHO Regional Office Europe, 2006).

La morte prematura e la disabilità rappresentano, inoltre, un costo economico per le famiglie e la società. Infatti, i lavoratori e la società devono farsi carico delle assenze, del calo della produttività e del turnover occupazionale. Le famiglie e la società devono sopportare i costi della salute (diretti e indiretti), la riduzione del reddito, l'uscita anticipata dal mercato del lavoro e la crescente dipendenza dal sistema di sicurezza sociale.

Purtroppo, la tutela della salute e la prevenzione delle patologie croniche rappresentano una quota marginale nel budget del sistema sanitario. L'OCSE stima che nei paesi membri appena il 3% del totale della spesa sanitaria è devoluto alla prevenzione e a programmi di salute pubblica (in Italia meno dell'1%), mentre gran parte dell'esborso è dedicata alla cura della malattia. I servizi sanitari sono spesso orientati a curare piuttosto che a prevenire, con gravi conseguenze anche in termini di diagnostica e di trattamento. Si stima che il 50% dei diabetici non sia a conoscenza della propria condizione. Tra questi, il 50% presenta un metabolismo insufficiente e un controllo non accurato dei lipidi e della pressione arteriosa, anche se circa l'80% dei diabetici muore a causa di malattie di natura cardiovascolare. Ancora, 30.000 donne muoiono ogni anno in Europa a causa del tumore alla cervice, con tassi di mortalità da due a quattro volte superiore nei Paesi dell'Europa centrale e orientale rispetto alla regione occidentale: tali decessi potrebbero in larga misura essere limitati grazie ad un'appropriatezza tempistica della diagnostica e un adeguato trattamento medico e farmacologico.

Nel caso delle malattie cardiovascolari è largamente documentato come la prevenzione sia riuscita a salvare molte più vite di qualsiasi terapia farmacologica o chirurgica, elementi questi che rimangono comunque fondamentali una volta che la malattia si sia manifestata.² E, infatti, nel caso delle cardiopatie, i ricercatori dello Stockholm Network (Hockley et al., 2006) hanno evidenziato come l'elemento chiave per la loro riduzione, compatibile con i vincoli di bilancio delle politiche sanitarie, sia rappresentato dalla gestione efficace dell'ipercolesterolemia attraverso un rafforzamento della prevenzione sia primaria (alimentazione appropriata, consapevolezza nei pazienti dell'importanza della terapia farmacologica al fine di aumentarne la *compliance*) che secondaria (riduzione/annullamento del divario tra gli obiettivi di colesterolo descritti nelle linee guida, trattamento del colesterolo nella pratica clinica, uso appropriato delle statine, terapie concomitanti, ecc.).

Più in generale, esiste un ampio consenso nell'imputare l'aumento della longevità all'adozione di stili di vita più sani e maggiormente inclini alla prevenzione delle patologie, piuttosto che al miglioramento dei trattamenti e, quindi, alle nuove tecnologie. Cutler e Sheiner (2001) e Cutler e Meara (2004) hanno mostrato come, negli USA, tra il 1960 e il 1990 il declino della mortalità dovuta a malattie cardiovascolari fosse da imputare non solo al progresso tecnologico applicato ai servizi medici, ma anche alle forti campagne di prevenzione (primaria e secondaria) attuate spesso anche con diagnosi e trattamenti farmacologici precoci. Ciò testimonierebbe, una volta di più, l'importanza di un approccio globale alla questione sanitaria, maggiormente impegnato, rispetto a quanto sia ora, sul versante della comunicazione e della prevenzione.

Appare quindi chiaro che l'adozione oggi di misure atte a incrementare gli investimenti in prevenzione dovrebbe portare domani a una riduzione del numero di persone da curare. È però necessaria una decisa inversione di tendenza, in special modo in Italia che, con meno dell'1% della spesa complessiva, si colloca all'ultimo posto nella classifica dei Paesi OCSE per l'investimento in prevenzione, dietro a Turchia, Messico e Corea. Mutuando un termine della politica fiscale, occorrerebbe dunque erodere oggi "la base imponibile" (il numero di persone esposte) al fine di ridurre domani il "gettito" (il numero di persone da trattare). A fronte della crescita delle patologie associate all'età avanzata, un adeguato sviluppo dell'assistenza domiciliare per quelle categorie di pazienti non necessariamente trattabili in ospedale e una più accurata politica di prevenzione potrebbero consentire un significativo risparmio di risorse altrimenti impiegabili.

La prevenzione salva più vite di qualunque terapia

(2) Come già riportato nell'introduzione, Cutler (2005) ha ampiamente documentato l'alta redditività degli investimenti in ricerche che mirano a capire gli effetti degli input comportamentali (ad esempio lo stile di vita) nello spiegare l'insorgere delle malattie: per ogni dollaro investito il ritorno è pari a 100 dollari.

I diversi modi di fare prevenzione e le determinanti

Il fine ideale della Medicina preventiva è il mantenimento dello stato di salute degli individui attraverso interventi di prevenzione delle malattie e di promozione della salute, intendendo quest'ultima, secondo la definizione dell'OMS, non solo come stato di assenza di malattia, ma come condizione dinamica di benessere fisico, mentale e sociale. Questa definizione, che pone la salute in termini positivi di benessere, implica che essa possa essere portata ad un livello sempre più elevato e che la condizione di benessere possa essere migliorata. Gli interventi di prevenzione possono essere indirizzati all'intera popolazione (prevenzione universale) oppure essere rivolti a particolari sottogruppi di popolazione selezionati in quanto ritenuti a maggior rischio di malattia o infine possono avere come target il singolo individuo mediante l'applicazione di metodologie nell'ambito dei percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi per migliorarne la qualità e l'appropriatezza. In base agli obiettivi e ai metodi adottati dalla Medicina preventiva, è possibile distinguere interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria (Barbuti et al., 2004; Auxilia e Pontello, 2011).

La prevenzione primaria si rivolge all'intera popolazione e ha l'obiettivo prioritario di ridurre l'incidenza di malattia attraverso l'adozione di interventi nei confronti di soggetti sani per eliminare o almeno ridurre la possibilità di esposizione a cause e fattori di rischio per l'insorgenza di malattie. In particolare, nel caso delle patologie ad etiologia infettiva la prevenzione primaria mira ad evitare, per quanto possibile, il contatto con l'agente causale e/o a potenziare le difese del soggetto, in modo che l'eventuale contatto con l'agente patogeno non esiti in malattia (es. interventi di immunoprofilassi). Nel caso di malattie cronico-degenerative, a genesi multifattoriale, gli interventi di prevenzione primaria hanno l'obiettivo di ridurre o, quando possibile, eliminare l'esposizione a fattori di rischio ambientali e comportamentali per diminuire la probabilità di insorgenza di malattia. Anche le misure atte a ridurre il rischio di malattia in soggetti portatori di fattori di rischio individuali, quali ipertensione, ipercolesterolemia, iperglicemia,... possono essere inquadrati all'interno della prevenzione primaria poiché si agisce quando la malattia non risulta ancora in essere. La promozione della salute si inserisce a pieno titolo tra le attività di prevenzione primaria, favorendo atteggiamenti, abitudini e comportamenti protettivi nei confronti del proprio stato di salute. A questo proposito, la carta di Ottawa, sottoscritta nel 1986 dagli Stati appartenenti all'OMS, ha definito la *promozione della salute* come "il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla".

Esistono diversi livelli a cui è possibile fare prevenzione e tutti sono ugualmente importanti

La promozione della salute non è competenza esclusiva dell'ambito sanitario, dovendo coinvolgere anche i diversi settori che influiscono sullo stato di salute della popolazione con un approccio multidisciplinare, anche orientato allo sviluppo di politiche a favore della salute.

La prevenzione secondaria si rivolge a soggetti apparentemente sani, che si trovano in una fase clinicamente silente della malattia, corrispondente al periodo di incubazione per le malattie infettive e al periodo di latenza nel caso delle malattie cronico-degenerative. Nel caso delle malattie croniche, in particolare, la prevenzione secondaria consiste nel riconoscimento precoce del danno già presente, ma non ancora clinicamente manifesto, per evitarne l'ulteriore evoluzione; questo obiettivo è ottenuto attraverso le attività di *screening* nella popolazione (es. screening oncologici) o, in misura minore, a livello individuale (*case finding*, ovvero l'esecuzione di test rivolti a singoli soggetti per iniziativa del medico curante allo scopo di accertare eventuali condizioni di rischio). Un intervento di prevenzione secondaria correttamente condotto è in grado di determinare una riduzione della mortalità, in misura proporzionale all'efficacia dell'intervento stesso. È inoltre in grado di produrre una diminuzione della prevalenza di quelle malattie che, una volta diagnosticate e sottoposte a terapia, possono giungere a guarigione. La prevenzione secondaria non ha invece effetto sulla riduzione dell'incidenza di malattia in quanto, a differenza della prevenzione primaria, non rimuove le cause e/o i fattori di rischio associati alla malattia e quindi non evita l'insorgenza di nuovi casi.

La prevenzione terziaria si occupa di interventi rivolti a soggetti malati che possono ridurre il rischio di complicanze e/o migliorare la qualità di vita. Per le patologie cronico-degenerative, oggi dominanti, possono infatti essere messe in atto misure riabilitative e di prevenzione delle complicanze che migliorano rispettivamente qualità di vita e prognosi. La riabilitazione deve essere condotta precocemente per evitare complicanze della malattia principale durante il suo decorso e per ottenere il massimo recupero funzionale dopo che la malattia è guarita o si è stabilizzata, per favorire il reinserimento familiare e sociale del malato. La prevenzione terziaria sta assumendo un'importanza crescente, in relazione al sempre maggiore peso epidemiologico acquistato dalle patologie cronico-degenerative a livello mondiale.

Accanto alle aree di prevenzione prima definite, oggi viene individuata anche la medicina predittiva, che può essere concettualmente collocata tra il livello primario e secondario della prevenzione e che agisce effettuando una valutazione in termini probabilistici del rischio di insorgenza di una data patologia, determinando il profilo di rischio di un individuo e adottando eventuali interventi preventivi. Come la prevenzione primaria, la medicina predittiva si rivolge a persone sane, ma in più cerca di individuare elementi di fragilità che conferiscono al soggetto una predisposizione (misurabile in termini di probabilità) all'insorgenza di una data patologia, in una fase in cui non sono ancora identificabili segni di malattia. Un esempio è rappresentato dall'applicazione della carta del rischio cardio-cerebrovascolare (Auxilia e Pontello, 2011).

Il Piano Nazionale della Prevenzione attualmente in vigore, ponendo la persona e la comunità al centro del progetto di salute e valorizzando gli esiti più che i processi, rende opportuno considerare la prevenzione rivolta a problemi e, di conseguenza, a obiettivi secondo questa nuova impostazione:

- prevenzione come promozione della salute, che comprende gli interventi che potenziano i determinanti positivi e controllano quelli negativi;
- prevenzione come individuazione del rischio, comprendente sia gli screening di popolazione che la medicina predittiva;
- prevenzione come gestione della malattia e delle sue complicanze, mediante l'adozione di protocolli diagnostico-terapeutico-riabilitativi fondati sull'evidenza di efficacia, secondo standard di qualità.

Per poter indirizzare al meglio gli sforzi della prevenzione è necessario individuare i meccanismi e le determinanti di particolari aspetti della salute e dello sviluppo delle patologie. Una vasta parte della letteratura, sia empirica sia teorica, sostiene che le sistematiche differenze nella salute sono dovute alle diseguglianze nell'istruzione degli individui. La scolarizzazione fornisce capacità deliberative e cognitive, sviluppo personale, abilità di lettura, interpretazione, analisi e sintesi, rafforzando l'autostima, la fiducia nelle proprie azioni, l'impegno e la pazienza. Tutti questi fattori sono strettamente legati ai meccanismi comportamentali degli individui, che li conducono a fare delle scelte ottimali e intraprendere degli stili di vita salutari. Un potenziale simile risiede nei fattori socio-economici, i quali attraverso l'impatto ambientale, rapporti interpersonali, interazioni culturali e attività lavorativa, determinano nelle vite degli individui delle norme sociali, aspettative e condizioni di vita, che possono avere un impatto positivo in termini della loro salute.

Il ruolo del Piano Nazionale della Prevenzione

Dal punto di vista individuale, la letteratura sottolinea anche l'importanza degli aspetti genetici e dell'eredità biologica degli individui, i quali rimangono dei fattori cruciali, responsabili per la propensione allo sviluppo di varie malattie e determinati stati di salute. Inoltre, i fattori di mercato e degli aspetti di offerta hanno un considerevole impatto sulla salute. L'inquinamento, l'esposizione a cibo confezionato a basso costo (*junk food*), la mancanza di spazi verdi o la difficoltà nell'accesso alle strutture sanitarie possono significativamente incidere sulla salute.

Infine, la salute può essere danneggiata dalle esternalità che derivano da politiche disegnate con scopi apparentemente non legati agli aspetti salutari. Per esempio, le politiche agrarie, attraverso sussidi o regolamentazioni, possono alterare la produzione alimentare e incidere sulle preferenze degli consumatori attraverso i prezzi. Le concessioni per il gioco d'azzardo, i ticket sanitari, i piani regolatori che non prevedono adeguati spazi verdi o la scarsa disponibilità di trasporti pubblici sono solo alcuni esempi di politiche che essendo introdotte per scopi originariamente diversi, possono ripercuotersi anche sullo stato di salute degli individui.

La prevenzione può quindi riguardare vari tipi di interventi, vari attori che la realizzano o che la ricevono. Lo Stato è chiaramente l'attore più frequentemente responsabile dell'introduzione di interventi di regolamentazione e indirizzo, ma la prevenzione può essere attuata anche da attori non-governativi. Tra i vari agenti, la società civile, centri studi, comunità, sindacati, varie associazioni o settori imprenditoriali possono condurre campagne che promuovono determinati stili di vita, forniscono consulenza o diffondono informazioni riguardanti la salute.³

Gli attori responsabili della prevenzione sono molti e devono collaborare tra loro

[3] Una discussione più articolata sugli strumenti da utilizzare per campagne di prevenzione si trova in Atella et al. (2013).

L'effetto delle politiche di prevenzione sui costi della sanità in Italia: alcune simulazioni

Capire gli effetti che le politiche di prevenzione possono avere sui tassi di mortalità, o sul ricorso ai servizi sanitari, è un compito molto difficile a causa della complessità del fenomeno in esame. Chi in passato ha provato a fornire delle stime quantitative del fenomeno lo ha fatto facendo ricorso a sofisticati modelli di micro-simulazione dinamica, il cui obiettivo è quello di simulare l'evoluzione delle prevalenze di particolari patologie a partire da una serie di condizioni iniziali e date alcune politiche esogene. Il principio su cui questi modelli si basano è che, dato un iniziale "shock" (o intervento di politica sanitaria), il modello riesce a generare i sentieri di sviluppo delle patologie interessate dall'intervento di *policy*, permettendo così di ottenere (probabilisticamente) i cambiamenti nei tassi di mortalità e nell'accesso ai servizi sanitari. Una volta ottenute queste informazioni, stimare gli effetti in termini di spesa sanitaria diventa facile.

Al momento in Italia non si dispone di un simile strumento di analisi e, pertanto, questo tipo di valutazioni non possono essere effettuate se non ricorrendo ad una serie di non triviali ipotesi semplificatrici.⁴ Dato questo importante limite nella disponibilità degli strumenti di analisi, l'obiettivo del presente lavoro sarà quindi quello di fornire una valutazione dell'impatto di alcune politiche di prevenzione sulla spesa sanitaria, imponendo (ipotesi forte) che le stesse una volta avviate riescano in futuro a fornire una serie di risultati (senza discutere il come), ritardando l'insorgenza di alcune patologie croniche nella popolazione italiana. Da un punto di vista metodologico, ciò equivale a imporre che la capacità di disegnare e realizzare politiche di prevenzione efficaci. Questa ipotesi, che in un primo momento può apparire abbastanza forte, è in realtà meno problematica visto l'obiettivo che si cerca di perseguire. Infatti, ciò che si vuole dimostrare non è tanto il modo con il quale sia possibile disegnare politiche di prevenzione sanitaria efficaci, quanto piuttosto l'ammontare di risparmi che una prevenzione efficace può apportare alle casse dello Stato, data l'attuale struttura demografica ed epidemiologica della popolazione italiana. A tal fine viene impiegato un modello econometrico della spesa sanitaria pubblica sviluppato presso il CEIS Tor Vergata, utilizzando dati a livello di singolo paziente provenienti dal progetto SiSSI. La scelta di utilizzare dati individuali ha il grosso vantaggio di avvicinare i risultati delle nostre simulazioni a quelli che potrebbero essere ottenuti attraverso un modello di micro-simulazione dinamica.

Avendo a disposizione tale modello, si è potuto procedere a effettuare una serie di simulazioni sull'andamento della spesa fino al 2050.⁵ Al fine di rendere più precisa la simulazione, le spese sono state calcolate per classe di età (sotto 25 anni, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75 e più).

È fondamentale riuscire a stimare i benefici per la collettività derivanti dall'attuazione di politiche di prevenzione

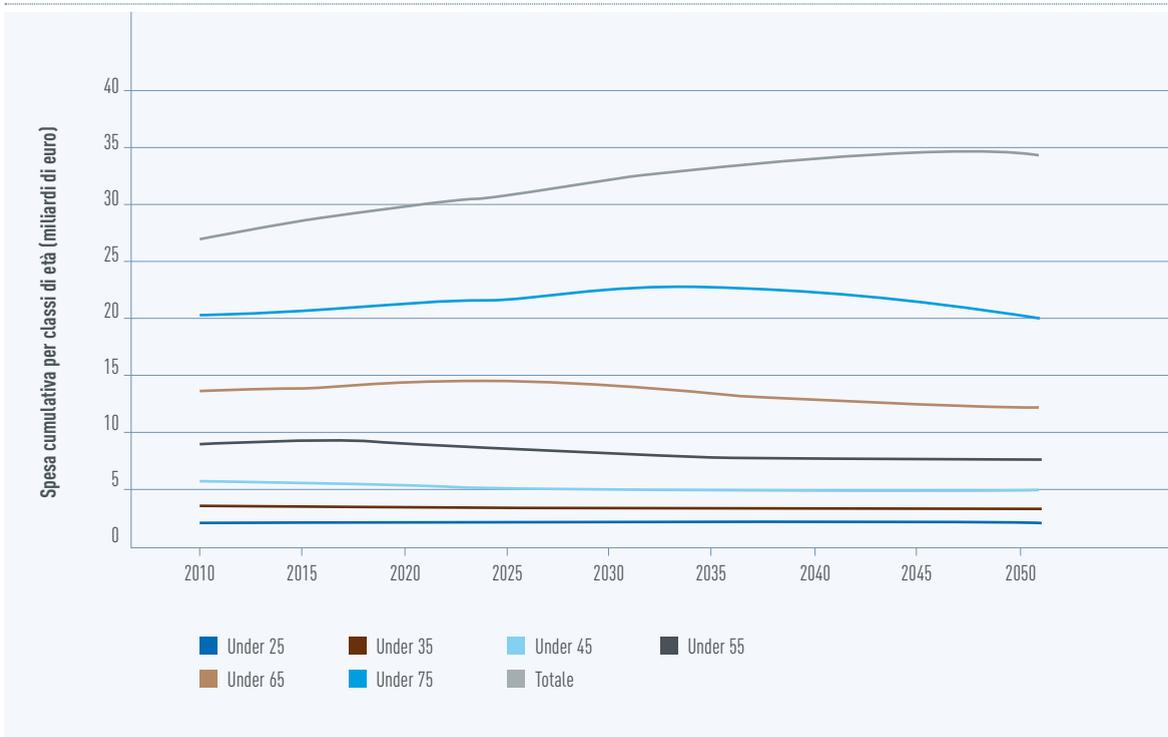
[4] Tra i paesi che dispongono di modelli di micro-simulazione dinamica ricordiamo, tra gli altri, l'Australia, il Canada, la Svezia e gli USA. In Italia è stato da poco avviato un progetto per la realizzazione di un tale modello da parte del CEIS Tor Vergata, che vede coinvolte istituzioni quali l'OCSE, l'ISTAT, la University of Southern California e la Stanford University.

[5] La descrizione dettagliata dei risultati del modello si trova in Atella et al. (2013).

Successivamente, usando le previsioni demografiche ISTAT al 2050, sono stati simulati i tendenziali della spesa complessiva per l'Italia in miliardi di euro/anno per ogni classe di età.⁶ In questa prima simulazione l'ipotesi di fondo è che i profili di spesa per classe di età rimarranno invariati nel lungo periodo e l'unica fonte di variabilità proviene dall'evoluzione della struttura demografica, quindi dall'invecchiamento della popolazione Italiana.

(6) L'aver utilizzato nel nostro modello le previsioni demografiche dell'ISTAT, equivale ad aver fatto delle precise assunzioni sui tassi di fertilità e di mortalità della popolazione italiana. Per alcuni versi questo passaggio rappresenta un limite metodologico.

Figura 3. Simulazione dei tendenziali di spesa sanitaria cumulata per classe di età – ipotesi pure aging.



Fonte: nostre elaborazioni su dati HS - Sissi

Nella *figura 3* vengono presentati gli stessi tendenziali della spesa per classi di età nella versione cumulativa, espressa sempre in miliardi di euro/anno. Due sono i punti che richiedono maggiori commenti. Il primo riguarda il livello di spesa che viene intercettata con i dati del progetto SiSSI, che è sostanzialmente più basso del valore reale della spesa sanitaria pubblica italiana (circa 28 miliardi nel 2010, contro gli oltre 100 miliardi effettivi).

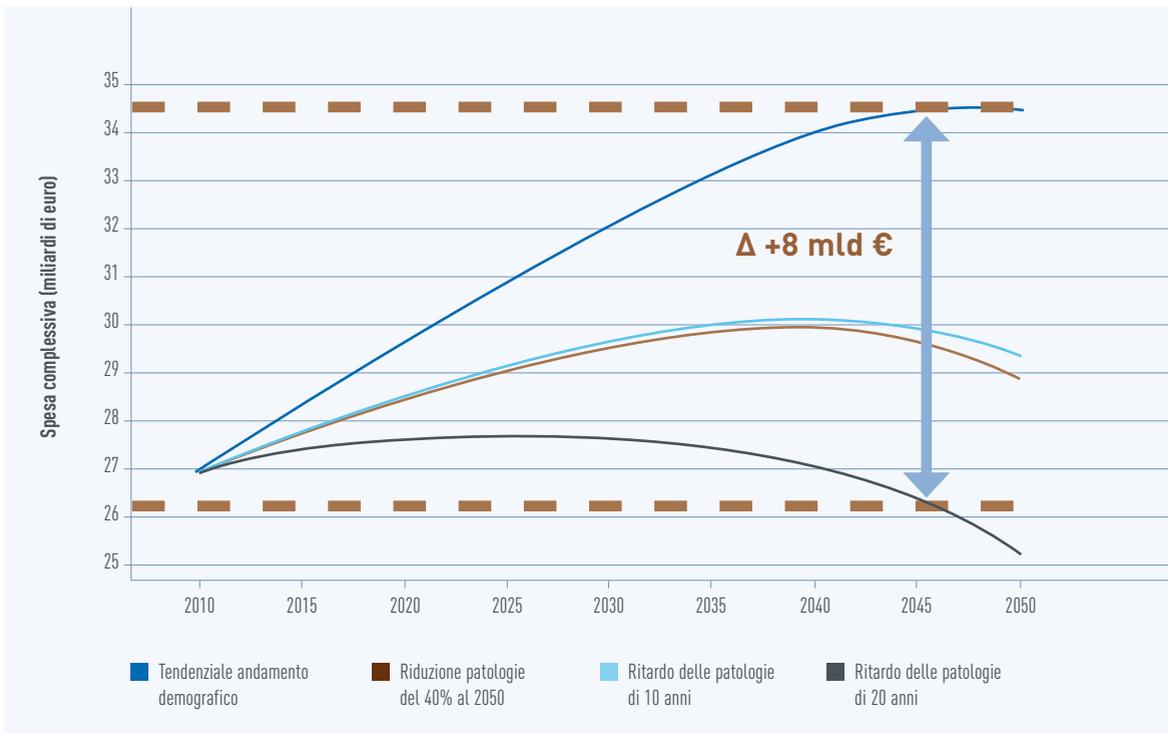
Occorre qui ricordare che nella nostra definizione di spesa non rientrano una serie importante di voci di spesa (tutti i costi di natura amministrativa, di logistica e di *long-term care*) e, inoltre, la spesa ospedaliera è sottostimata di almeno un terzo rispetto a quella reale. Ciò comporta una conseguente sottostima del valore assoluto dei risparmi ottenibili, cosa che in parte gioca a favore dell'ipotesi che la prevenzione può essere molto efficace, poiché le stime sui risparmi che sono qui riportati sono anch'essi ampiamente sottostimati. Il secondo punto da evidenziare è che, come si può vedere dalle simulazioni, le fasce di età che in futuro saranno maggiormente responsabili dell'aumento della spesa sanitaria sono quelle dai 55 anni in su. In ogni caso, poiché la quota di persone anziane sul totale della popolazione raggiungerà il suo massimo nel 2040, a partire da quella data i costi complessivi del sistema cominceranno a ridursi.

Il passaggio successivo è stato, quindi, quello di simulare gli effetti sulla spesa sanitaria dell'implementazione di politiche di prevenzione in grado di generare una riduzione nelle prevalenze di patologie più strettamente legate agli stili di vita (diabete, ipertensione, dislipidemia, malattie coronariche, scompenso cardiaco, ictus, BPCO, tumore del colon, tumore della mammella, tumore dello stomaco) o un ritardo nell'età in cui le stesse si manifestano nei pazienti. Qui di seguito sono riportati alcuni scenari ipotizzati:

- 1)** le prevalenze delle patologie subiranno una graduale diminuzione, per arrivare nel 2050 ad un -40%;
- 2)** il manifestarsi delle patologie subirà un graduale ritardo, per arrivare nel 2050 alla posticipazione di 10 anni (ovvero, il livello di prevalenza di patologie croniche che nel 2050 si trovava nelle coorti dei quarantenni dopo la *policy* si trova in quelle dei cinquantenni);
- 3)** il manifestarsi delle patologie subirà un graduale ritardo, per arrivare nel 2050 alla posticipazione di 20 anni.

Gli scenari adottati per la simulazione

Figura 4. Confronto tra scenari di simulazione



Fonte: nostre elaborazioni su dati HS - SiSSI

Nella figura 4 sono riportati i risultati di tali simulazioni e sono confrontati con il tendenziale ottenuto nello scenario *pure aging*. Com'è facile vedere, la riduzione delle prevalenze nelle patologie croniche potrebbe portare a risultati notevoli in termini di risparmi di spesa. Nel 2045, il differenziale tra lo scenario *pure-aging* e quello in cui si ritarda l'insorgenza delle patologie croniche di 20 anni è di circa 8 miliardi di euro in termini reali, equivalente a una riduzione di circa il 25% della spesa medica dedicata ai servizi sanitari. Altro aspetto interessante da notare è che gli effetti sulla spesa sanitaria del ritardare l'insorgenza delle patologie di 10 anni equivale a quella che si avrebbe nel ridurle gradualmente del 40%.

Sebbene interessanti, i risultati presentati attraverso questo semplice esercizio di simulazione potrebbero essere soggetti a una serie non irrilevante di critiche, circa la costruzione e l'effettiva realizzabilità degli scenari. Tuttavia, riteniamo che le indicazioni di *policy* ottenute attraverso questo semplice esercizio di simulazione siano sufficientemente accurate, in quanto basate su un campione di popolazione italiana molto numeroso (oltre 5 milioni di osservazioni) con informazioni di natura clinica molto accurate.

Infine, è utile far notare che la messa in campo di politiche di prevenzione capaci di far ridurre (o ritardare) le prevalenze secondo gli scenari utilizzati potrebbe garantire risparmi più elevati di quelli simulati se si prendessero in considerazione una serie di studi e analisi che recentemente sono stati condotti (Hulsegge et al., 2013). Infatti, come in parte già discusso in precedenza, aver utilizzato gli scenari demografici dell'ISTAT, che si basano sull'ipotesi che l'aspettativa di vita nei prossimi anni continui a aumentare grazie soprattutto alle nuove cure mediche e alla drastica riduzione della mortalità infantile, potrebbe non rappresentare una scelta corretta. Infatti, questa prospettiva è stata messa in discussione da una serie di lavori che hanno evidenziato come le generazioni più giovani stiano vivendo problemi di eccesso di peso, pressione alta e diabete peggiori di quelli affrontati dai loro coetanei di qualche anno fa, fattori che potrebbero compromettere la qualità della vita di molte persone. In particolare, alcuni ricercatori olandesi hanno effettuato uno studio su 6.000 persone a partire dal 1987, valutando la loro salute tra i venti, trenta, quaranta e cinquant'anni, facendo emergere che, da un punto di vista metabolico, gli adulti di oggi sono meno sani rispetto al passato (Hulsegge et al., 2013).

È, infatti, ormai accertato che le attuali abitudini alimentari abbiano creato non pochi problemi di salute alla popolazione, a causa dell'eccesso di grassi, zuccheri e sale nelle razioni di cibo che quotidianamente vengono assunti. A ciò si aggiunga la sedentarietà che porta il bilancio energetico in notevole surplus, con due terzi della popolazione in sovrappeso o obesa e con la plausibile aspettativa che nel 2050 la quantità di persone obese e sovrappeso possa arrivare al 90 per cento della popolazione. Questo, ovviamente, si tradurrà in una maggiore incidenza di malattie, in una ridotta qualità della vita e, potenzialmente, in una riduzione dell'aspettativa di vita. Se tutto ciò dovesse accadere, allora le politiche di prevenzione avranno un ruolo ancor più importante, generando risparmi maggiori di quelli simulati dal modello.

I risparmi stimati dal modello potrebbero essere sottostimati se si considera che le generazioni più giovani potrebbero avere uno stato di salute più basso rispetto a quelle anziane

La prevenzione e i cittadini: i comportamenti e le aspettative

Nell'affrontare il tema della prevenzione rispetto alla salute è inoltre importante tenere presente che si tratta di una dimensione non esclusivamente istituzionale, essendo costituita, per la parte che va sotto il nome di prevenzione primaria, dall'insieme dei comportamenti individuali, quotidiani, e a volte intimi, la cui pratica è legata alla volontà e agli stili di vita delle persone. Anche in Italia questa dimensione della prevenzione primaria è da tempo parte integrante degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale, e da almeno un decennio è aumentata l'attenzione su questi temi da parte del grande pubblico.

All'inizio dello scorso decennio sono stati due ministri oncologi, Umberto Veronesi e Girolamo Sirchia, a definire alcune importanti priorità rispetto al ruolo degli stili di vita nel determinare lo stato di salute delle persone, a prendere sul serio il contenuto e l'intensità della domanda sanitaria per i suoi addentellati con la dimensione comportamentale e privata della salute, e ad assegnare alla prevenzione un ruolo strategico all'interno del sistema sanitario. A seguito del loro impegno, il Paese ha raggiunto anche livelli di eccellenza riconosciuti a livello internazionale, ad esempio per la norma introdotta da Sirchia sul divieto di fumare nei locali pubblici.

La propensione individuale agli stili di vita salutari, ed anche la *legacy* dell'impegno pubblico politico-istituzionale sulla loro diffusione, deve però fare i conti sia con un'antica residualità della prevenzione sanitaria rispetto ad altri comparti della sanità pubblica ed, in particolare, rispetto al ruolo dell'intervento ospedaliero, sia con gli effetti della crisi economico-finanziaria sulle ristrettezze dei bilanci pubblici, ed anche delle famiglie, che a causa della crisi economica hanno avuto ripercussioni negative di ogni settore. In questo nuovo contesto è alto il rischio che la prevenzione subisca un ulteriore ridimensionamento come componente della spesa sanitaria pubblica, e che questo processo di *downsizing* si estenda anche alla spesa privata e all'impegno individuale degli italiani.

Al fine di capire il modo in cui gli italiani oggi percepiscono e interpretano il ruolo della prevenzione in salute, è stata condotta un'indagine su un campione di 1.000 cittadini rappresentativi a livello nazionale e un focus su 600 cittadini residenti in Puglia.⁷

I risultati ottenuti hanno permesso di mettere a fuoco, dal punto di vista dei cittadini, la matrice di comportamenti, opinioni e aspettative, con particolare riferimento alla dimensione della prevenzione sanitaria ed agli effetti della crisi, sullo sfondo dell'evoluzione dei servizi sanitari regionali.

La prevenzione e i comportamenti individuali visti come complemento rispetto all'intervento dello Stato

[7] Indagine realizzata dalla Fondazione Censis, per conto della Fondazione Farmafactoring. I risultati dell'indagine sono stati pubblicati nel Rapporto Fondazione Farmafactoring 2013 - La sanità in controllo (parte seconda), disponibile su http://www.fondazionefarmafactoring.it/FondFarmafactoring_Rapporto_2013_-_Seconda_Parte.pdf.

Un primo positivo risultato che emerge dall'indagine è che la prevenzione per gli italiani è un fatto prevalentemente individuale, che si compone di una pluralità di comportamenti soggettivi quotidiani, collocati in sfere diverse ed anche distanti tra loro, che però contribuiscono in maniera sinergica a promuovere buona salute ed a ridurre il rischio di insorgenza di patologie. Dalle diete salutari alla pratica sportiva, dal rigetto del fumo e dell'alcol alle tecniche di promozione del benessere psicologico, sino alle pratiche di tutela dall'*ageing* (come il tenere allenata la mente), nel quotidiano di italiani sono ormai radicati comportamenti dal positivo impatto verso la tutela della salute. In qualche modo emerge una responsabilizzazione crescente dei cittadini rispetto all'autoregolazione della propria salute, che nella prevenzione trova un terreno privilegiato di espressione.

La propensione a praticare stili di vita salutari e ad adottare comportamenti di prevenzione rispetto ai danni alla salute è particolarmente alta tra i genitori, in linea con quella genitorialità responsabile, forse a volte un po' ansiosa, che è dato riscontrare anche in altri ambiti. Dalle attività sportive al rapporto continuativo con il pediatra, dalle vaccinazioni al ricorso agli apparecchi odontoiatrici, sino al rispettare l'uso del seggiolino di sicurezza in auto (come previsto dalle legge), è molto ampia la matrice di comportamenti che generano prevenzione per la salute dei propri figli.

Il quadro non è però ovviamente tutto roseo: colpisce, ad esempio, quanto ancora diffusi siano comportamenti notoriamente ad alto rischio, dal non utilizzare il casco in moto, al non proteggersi durante i rapporti sessuali occasionali; così come tra i bambini, dalle dichiarazioni dei genitori si evidenzia che esistono quote non marginali di comportamenti alimentari non adeguati, come il mangiare con regolarità merendine preconfezionate o il bere frequentemente bevande gassate, prodotti che a detta degli esperti ed al di là di possibili ed erronee demonizzazioni, non dovrebbero trovare posto stabile nella dieta delle persone in età evolutiva.

Si può dire, pertanto, che gli stili di vita salutari sono oggi una realtà consolidata della nostra società e tuttavia è evidente quanto ampio sia ancora l'impegno necessario per diffondere ulteriormente la consapevolezza e la responsabilità soggettiva, e soprattutto per modificare i comportamenti erronei in ambiti in cui l'adozione di alcune semplici regole potrebbe ridurre l'insorgenza di patologie e la conseguente pressione sul sistema sanitario.

Peraltro, la crisi sta modificando profondamente una serie di comportamenti, in particolare nella sfera dei consumi e degli acquisti, con riduzione del consumo di alcuni alimenti tipici

La prevenzione per gli Italiani è un fatto prevalentemente individuale

della buona dieta, come frutta, verdura e pesce, o con la rinuncia forzata a palestre e piscine; ed è ormai ampiamente evidente che l'impatto psicologico e materiale della crisi non lascia indenne l'area delle opzioni relative alla salute, penalizzando maggiormente i gruppi sociali a più basso reddito. Fenomeno questo che, peraltro, ha avuto anche qualche effetto positivo, ad esempio inducendo una quota di soggetti a rinunciare per ragioni economiche ad acquistare sigarette, con un effetto netto positivo sulla propria salute.

L'aspetto più nuovo che l'indagine richiama rispetto all'impatto che la crisi ha avuto e sta avendo sulla salute dei cittadini riguarda però la dimensione psicologica e del benessere in senso ampio, tenuto conto dell'elevata quota di italiani che soggiace ad un incremento dello stress da sostenere a causa di eventi afferenti direttamente o indirettamente alla crisi, e questo è un fenomeno trasversale ai gruppi sociali.

Nell'ambito dei comportamenti di prevenzione sono abbastanza diffusi ormai anche quelli di tipo secondario, con una buona propensione a realizzare accertamenti diagnostici specificamente orientati alla prevenzione generale o a quella per specifiche patologie; in questo ambito il riferimento primario è il medico di medicina generale al quale le persone tendono a rivolgersi prioritariamente per avere indicazioni ed orientamenti e per designare una personale traiettoria di autotutela dall'insorgere di patologie.

Se il medico di medicina generale è il pivot del rapporto dei cittadini con la prevenzione sanitaria, specie di tipo secondario, la consapevolezza dell'importanza della prevenzione generale e della necessità di non attendere l'insorgere di una patologia o di specifici sintomi per attivare le necessarie iniziative, secondo gli intervistati dipende soprattutto dalla maturazione individuale e soggettiva. E a questa maturazione contribuisce in misura rilevante l'informazione, che se di qualità e certificata, è in grado di produrre educazione sanitaria, come dimostrato dal sito di alcune ampie campagne nazionali e locali che nel passato, anche recente, sono state realizzate con un certo successo.

La dimensione individuale, privata, della prevenzione trova solo in parte un riscontro in quella pubblica, in quanto questa ultima costituisce da sempre una voce minore della spesa sanitaria pubblica, ed ora anche perché rischia di subire anch'essa gli effetti delle politiche di *downsizing*. A questo proposito dai dati emerge il timore che l'esito del rigore di bilancio pubblico sfoci in una riduzione della qualità delle *performance* del Servizio sanitario regionale, che già viene percepito in pericoloso scivolamento verso

L'informazione è fondamentale nel produrre educazione sanitaria e attenzione nei confronti delle attività di prevenzione

il basso; la paura di dovere investire più risorse proprie per la salute convive quindi con quella che la qualità delle prestazioni sanitarie pubbliche si deteriori ulteriormente. Questi timori vanno di pari passo con la consapevolezza che la sanità deve cambiare profondamente e che occorre trasferire risorse dal settore ospedaliero a quello sociosanitario e territoriale e, soprattutto, alla prevenzione.

È questo forse il dato più innovativo dell'indagine: gli italiani sono sicuri, da un lato, della necessità di innalzare l'efficienza di utilizzo delle risorse attualmente impiegate in sanità e, dall'altro, della priorità da dare alla riallocazione di risorse nel quadro di una sanità che non consideri marginali i due pilastri del territorio e della prevenzione, secondo uno schema diverso da quello tradizionalmente orientato all'ospedale, in linea con il portato dell'epidemiologia moderna e della domanda di assistenza che proviene dai cittadini.

Vi è dunque un'urgenza di risposte politiche e di bilancio pubblico rispetto a questa esigenza, anche perché gli italiani non sono disposti a subire ulteriori rialzi della pressione fiscale, fosse pure tramite tasse di scopo dalle finalità condivisibili, come quella per l'acquisto di tecnologie utili per la prevenzione sanitaria. Che i soldi ci siano, che vadano utilizzati in modo più efficiente e che l'offerta sanitaria debba evolvere verso una composizione più in linea con le esigenze della sanità moderna è opinione trasversalmente condivisa, visto che il persistere di un contesto di inefficiente utilizzo delle risorse non solo genera frustrazione, ma anche, forse per la prima volta condensa una potenziale linea di frattura del consenso ai valori di solidarietà, che hanno trovato espressione anche nell'universalismo del servizio sanitario.

Infatti, dalla ricerca emerge una quota relativamente alta di cittadini favorevoli a penalizzare o tassare punitivamente coloro che adottano comportamenti nocivi per la salute. Una sorta di versione estrema, questa, della responsabilità individuale rispetto alla regolazione della salute, che si distanzia dalla consueta logica della solidarietà orizzontale tipica della sanità universalista, che ha garantito libero accesso e, a determinate condizioni, gratuita assistenza a tutti coloro che hanno un bisogno. Obesi, alcolisti, tossicodipendenti, fumatori e in generale chi non agisce in conformità ai comportamenti salutisti è, secondo una quota sorprendentemente alta di cittadini, da considerare direttamente responsabile dell'eventuale insorgenza di problematiche sanitarie ed è quindi imputabile direttamente, o per tramite della leva fiscale, degli esiti delle proprie scelte.

Gli italiani vogliono che vengano dedicate maggiori risorse alle cure primarie e alla prevenzione

Più che un'evoluzione della responsabilizzazione individuale, questa eticità punitiva sembra espressione di una sorta di esasperazione sociale verso la persistenza degli sprechi e il trasferimento di costi a carico dei cittadini, che sfocia nella voglia indefinita di trovare un colpevole sul quale scaricare i costi e le colpe di quanto accade. Pertanto, il senso degli stili di vita salutari migra da strumento di una più alta maturità a veicolo per stigmatizzare il mancato conformismo.

Ma è la crisi a creare le condizioni del diffondersi di questa "desolidarizzazione" sanitaria. E non si possono sottovalutare le implicazioni psicologiche dell'impatto della crisi.

La crisi economica degli ultimi cinque anni ha portato le famiglie italiane ad una necessaria riconsiderazione dei budget disponibili e ciò si è tradotto in una necessaria razionalizzazione dei consumi. Anche in ambito sanitario gli italiani hanno optato negli ultimi tempi per un approccio più selettivo, che si è indirizzato verso una ricerca più qualitativa del benessere, con impatti sulle pratiche di prevenzione intese come comportamenti individuali la cui diffusione ha rilevanti implicazioni sociali. I mutamenti ci sono stati e molto spesso si sono tradotti in vere e proprie rinunce di attività o abitudini prima consolidate (*tabella 1*).

Dai dati relativi agli intervistati in Italia e in Puglia si riscontra come la crisi abbia fortemente influenzato il loro rapporto con il cibo, imponendo sempre più la variabile prezzo come fattore discriminante di scelta. Il 63,4% degli italiani e il 73,4% di pugliesi a dichiarare di scegliere gli alimenti che acquista tenendo in maggiore considerazione rispetto al passato recente il prezzo più basso; un comportamento questo sicuramente razionale, ma al contempo portatore di potenziali rischi, per la salute ed anche per il mercato, poiché tende a radicare nei consumatori una sorta di fatalistica accettazione di una minore qualità, come se il basso prezzo finisse per introiettare il rischio di una qualità meno elevata.

Il problema chiave è ovviamente comprendere in che misura questa ridefinizione dei criteri di acquisto, centrata su un'attenzione maggiore al prezzo, incida sulla dieta degli italiani ed è da verificare se la voglia e la necessità di spendere meno determini anche una dieta meno salutare, o se invece si sia di fronte ad una ridefinizione della spesa che genera piuttosto la riduzione degli eccessi e degli sprechi, come emerge indirettamente dalle iniziative del Banco Alimentare ed altre simili, che certificano uno spreco imponente di cibo da parte degli italiani. E in particolare a diminuire il consumo di carne è stato il 29% degli italiani e il 30,4% dei pugliesi, mentre ha ridotto il consumo di pesce il 23% degli italiani e il 28% dei pugliesi.

La crisi economica ha modificato molti dei comportamenti dei cittadini nei confronti delle attività di prevenzione individuale

La propensione a ridurre i consumi di frutta ha invece coinvolto il 9,8% degli italiani ed il 12,7% dei pugliesi; ed il consumo di verdura, ridotto dal 9,6% degli italiani e dal 12,8% dei pugliesi.

Tabella 1. Cambiamenti di abitudini e comportamenti a causa della crisi, confronto Italia-Puglia (val %)

<i>Le è capitato per ragioni economiche nell'ultimo anno di:</i>	Puglia	Italia
- Scegliere gli alimenti che acquista tenendo in maggior considerazione il prezzo più basso	73,4	63,4
- Rinunciare al ristorante	49,0	45,4
- Mangiare meno carne	30,4	29,4
- Mangiare meno pesce	28,1	23,0
- Andare più spesso al fast food perché costa meno	18,4	15,6
- Mangiare meno frutta	12,7	9,8
- Mangiare meno verdura	12,8	9,6
- Subire maggior stress (con insonnia, litigiosità, ecc.) per aspetti legati alla crisi (difficoltà lavorative, di reddito, ecc.)	52,5	46,7
- Rinunciare all'iscrizione alla palestra, piscina, attività sportive	22,5	21,7
- Rinunciare o ridurre il fumo di sigarette	15,0	16,7
- Sottoporsi a tempi di attesa lunghi per effettuare analisi o visite preventive in strutture pubbliche o convenzionate (che in altri tempi non avrebbe usato facendo ricorso a strutture private a pagamento intero)	46,9	41,9
- Rinunciare ad una o più prestazioni sanitarie che servivano a scopo di prevenzione (visita specialistica, esami del sangue, ecc.)	28,8	23,0
<i>Il totale non è uguale a 100 perchè erano possibili più risposte</i>		

Fonte: indagine Censis - Fondazione Farmafactoring, 2013

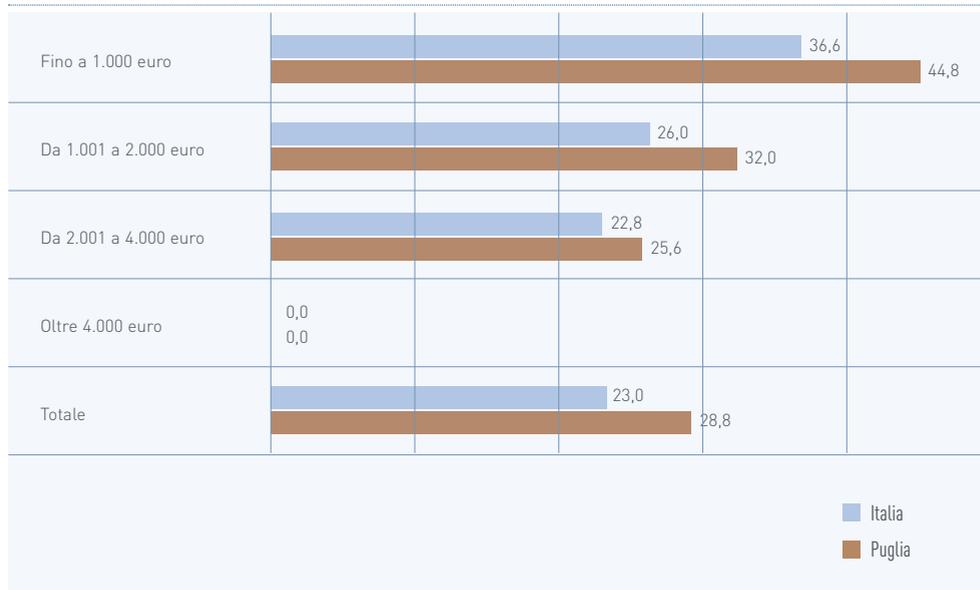
Altro segnale significativo, da valutare con attenzione, come per i bambini anche per gli adulti, quale sintomo di un cambiamento pericoloso delle abitudini alimentari, è l'aumento del ricorso al fast food, legato solitamente al fattore prezzo, tendenza confermata sia a livello nazionale (15,6%) che a livello pugliese (18,4%). Riguardo poi la pratica dello sport, dichiara di avere rinunciato all'iscrizione alla palestra o piscina quasi il 22% degli italiani ed oltre il 22% dei pugliesi; il che conferma come alcuni segmenti sociali siano stati portati dalla crisi ad assumere comportamenti negativi per la salute, cioè a fare meno attività sportiva, a mangiare meno carne, meno pesce e più ancora meno verdura e frutta, per problemi legati ai costi monetari dei consumi più salutari.

In ambito più prettamente sanitario e di prevenzione secondaria si evidenzia, poi, come la crisi abbia portato molti italiani (23%) e ancor più pugliesi (28,8%) a rinunciare a prestazioni sanitarie a scopo preventivo oppure a ovviare alle esigenze economiche rientrando nel pubblico sottoponendosi a tempi di attesa più lunghi per visite, accertamenti ed esami (42% degli italiani e 46,9% dei pugliesi).

Anche qui si verifica una sorta di riarticolazione delle scelte sanitarie legate alla disponibilità ed alla necessità di rivedere la allocazione dei redditi familiari, con contrazione di impieghi diretti di tasca propria in prestazioni di tipo preventivo, e ritorno al Servizio sanitario, anche se ciò in alcuni casi comporta tempi di attesa più lunghi. Un complesso meccanismo di ridefinizione molecolare della domanda di salute, il cui effetto netto è quello di una contrazione della prevenzione sanitaria per i ceti meno abbienti in modo particolare; i dati su questo fronte sono eloquenti poiché *(figura 5)*:

- il 36,6% degli italiani con reddito mensile netto familiare inferiore a 1.000 euro ha dovuto rinunciare a una o più prestazioni sanitarie di prevenzione per ragioni economiche nell'ultimo anno, quota che si riduce al 26% per le famiglie con reddito tra 1.000 e 2.000 euro e al 22,8% per quelle con reddito tra 2 mila euro e 4 mila euro, mentre i redditi più alti dichiarano di non aver dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie per ragioni economiche nell'ambito della prevenzione *(figura 1)*;
- circa il 51% delle famiglie con reddito mensile netto familiare fino a 1.000 euro e tra 1.000 e 2.000 euro ha deciso di accettare tempi di attesa più lunghi nell'ambito del Servizio sanitario pubblico per accedere a prestazioni di prevenzione che in altri tempi avrebbe effettuato privatamente, e la quota scende al 44,6% tra le famiglie con reddito mensile tra 2 mila e 4 mila euro ed al 45% per i redditi più alti.

Figura 5. Persone che negli ultimi 12 mesi per ragioni economiche hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie di prevenzione, per reddito mensile netto familiare medio (val. %)



Fonte: indagine Censis - Fondazione Farmafactoring, 2013

D'altro canto, la crisi come ci si poteva aspettare ha anche impattato sul benessere psicofisico di chi la sta vivendo: tra gli italiani è il 47% che dichiara di sentirsi più stressato nell'ultimo anno, quota che per i pugliesi arriva al 52%. Un elemento positivo da questo punto di vista è dato dal fatto che l'impatto della crisi sui consumi non si limita a colpire i consumi più virtuosi, visto che, ad esempio, si registra una riduzione del consumo di sigarette per il 17% degli italiani ed il 15% dei pugliesi.

Si tratta dunque di una lettura complessa, che deve necessariamente fare riferimento ad una articolazione che dipende non solo dal reddito, ma anche da una pluralità di aspetti che tagliano trasversalmente il corpo sociale, e che tende in due direzioni:

- il rischio che le famiglie a più basso reddito riarticolino i propri consumi in modo contrario ai principi di un'esistenza tendenzialmente sana, a caccia di prezzi più bassi;
- che le modalità di prevenzione secondaria siano meno praticate, perché le ragioni economiche impediscono di finanziare con risorse private attività e pratiche un tempo a carico delle famiglie, senza che il pubblico riesca a supplire a questo ridimensionamento del pilastro privato e al conseguente aumento di domanda che gli si rivolge.

La diffusione di comportamenti salutari ha, come rilevato, anche una dimensione psicologica molto rilevante, ad esempio relativa all'attenzione che gli italiani mettono nel tenere sotto controllo lo stress, fattore percepito come minaccioso, e di deterioramento della salute. In particolare, al di là dell'incremento delle patologie del tono dell'umore, si rileva una sorta di depressione strisciante, che si insinua nella quotidianità, e che ha una diffusione trasversale: hanno dichiarato che nei trenta giorni precedenti l'intervista è capitato una o più volte di sentirsi depresso, psicologicamente e "a terra", di vedere il futuro nero o di non trovare piacere, interesse nel fare le cose, anche quelle che di solito gli piacciono:

- quasi il 41% degli italiani intervistati, di cui oltre il 19% più volte, e la frequenza ha una dinamica crescente con l'età degli intervistati e raggiunge il 43% tra gli anziani;
- oltre il 37% dei pugliesi, di cui il 20,5% più volte, anche tra i longevi pugliesi la quota sale ad oltre il 43%.

Se la prevenzione è per molti aspetti un fatto soggettivo, legato a scelte individuali ed al modo di pensare e organizzare la propria quotidianità, anche la dimensione psicologica della malattia e della prevenzione non può essere lasciata solo alla "forza d'animo" individuale, ma chiama in causa l'attivazione di reti relazionali di supporto ai singoli, per non lasciarli soli di fronte alle difficoltà. Dai dati emerge come la crisi sgretoli il modello di prevenzione fondato sulla responsabilizzazione individuale, rendendo in molti casi evidente che le radici finanziarie e sociali di quel modello risultano carenti, soprattutto laddove esso non viene integrato con scelte sistemiche in grado di valorizzare le risorse esistenti con logiche di rete e di mobilitazione integrata degli attori.

La prevenzione e la gestione delle patologie cronic-degenerative sul territorio: il ruolo delle ASL

Le Aziende Sanitarie locali svolgono un ruolo chiave nelle attività di programmazione, attuazione e monitoraggio degli interventi di prevenzione, mediante un'azione multidisciplinare integrata, a tutti i livelli della prevenzione, secondo un'organizzazione dipartimentale e distrettuale. In particolare, le attività di prevenzione nelle Aziende Sanitarie coinvolgono:

- il **Dipartimento di Prevenzione Medica**, che interviene sulla collettività e sul singolo per il controllo dei rischi e la promozione della salute attraverso azioni tendenti a conoscere, prevedere e prevenire situazioni di rischio negli ambienti di vita e di lavoro e promuovere comportamenti congrui dei singoli e della collettività;
- il **Dipartimento di Cure Primarie**, che svolge attività di programmazione, organizzazione e coordinamento del sistema delle cure sanitarie primarie erogate dai professionisti convenzionati cui competono le attività territoriali di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ambulatoriali e domiciliari, nonché le attività di continuità assistenziale e di assistenza protesica;
- il **Dipartimento per le attività Socio-Sanitarie Integrate (ASSI)**, che gestisce gli obiettivi tecnici ed economici per le aree di competenza (famiglia, fragilità, cure domiciliari), attraverso la programmazione, valutazione, monitoraggio e il coordinamento funzionale delle attività socio-sanitarie erogate dai Distretti;
- il **Dipartimento Dipendenze**, a cui fanno riferimento i Servizi territoriali che rispondono al bisogno di cura e di assistenza delle persone dipendenti da droghe, alcol e da altre forme di dipendenza;
- la **rete dei Centri Psico-Sociali (CPS)**, che svolgono attività psicodiagnostiche, di assistenza psichiatrica e psicoterapeutica individuale, di gruppo e per la famiglia, oltre che programmi riabilitativi e coordinano il servizio psichiatrico domiciliare. Fanno capo alle Unità Operative Psichiatriche per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle malattie psicologiche e del comportamento.

L'analisi svolta ha consentito di valutare l'impatto dell'adozione di strumenti di management a livello aziendale sull'attività di prevenzione in termini di patologie oggetto presidiate, tipologie di prestazioni di offerte, categorie di soggetti maggiormente raggiunti, indicatori di monitoraggio previsti, livelli di interazione e responsabilizzazione individuale alla tutela della salute ed infine consumi medi di risorse. I risultati che saranno presentati sono ottenuti a partire da dati ottenuti da 9 casi studio - nei quali sono presenti buone pratiche - oltre che da un questionario rivolto all'universo delle aziende territoriali, con un tasso di risposta superiore al 40%.

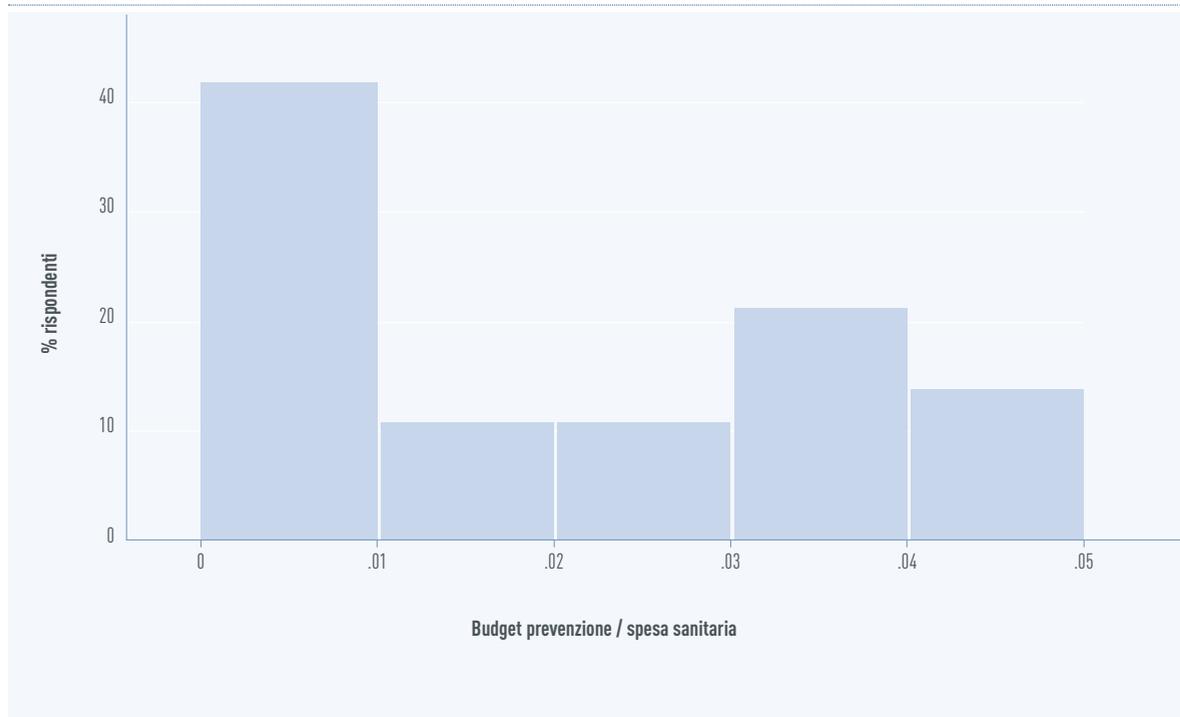
Il ruolo chiave delle ASL nel definire i programmi di prevenzione e nel determinarne il successo

Le prevenzione, per sua natura, attiva processi trasversali a più aree di risultato all'interno delle aziende sanitarie. Per tale motivo, la *survey* ha indagato in quali aree organizzative sia diffusa l'attività di prevenzione. I questionari mostrano un quadro piuttosto composito di soggetti aziendali coinvolti: prevale il Dipartimento di Prevenzione (35% dei rispondenti), seguito dall'area delle Dipendenze (22%) e dal Dipartimento delle Cure Primarie (19%). Solo nell'11% dei casi si fa esplicito riferimento all'area della Salute Mentale come luogo deputato alla prevenzione, così come residuale appare il ruolo di Ospedali, Consultori, Distretti o altro. La pluralità di soggetti coinvolti fa emergere la necessità dell'individuazione di un unico soggetto coordinatore del complesso dell'attività svolta: tale soggetto esiste nell'84% delle aziende rispondenti e, fra queste, nell'89% dei casi coincide con lo stesso Dipartimento di Prevenzione. Qualora non coincida con il Dipartimento di Prevenzione, il soggetto deputato al coordinamento dell'attività oggetto di analisi potrebbe essere proprio il Dipartimento di Cure Primarie, come avviene in alcune aziende della regione Toscana, o unità organizzative inter-articolazione appositamente costituite: è questo il caso delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (sempre in Toscana) o della stessa Direzione Sanitaria Aziendale (come in alcune aziende dell'Emilia Romagna).

Uno degli aspetti più problematici da indagare in termini di attività di prevenzione è quello delle risorse che alla stessa sono destinate.

I luoghi dove nelle ASL si fa prevenzione

Figura 6. Distribuzione dei rispondenti per incidenza del budget della prevenzione sulla spesa sanitaria



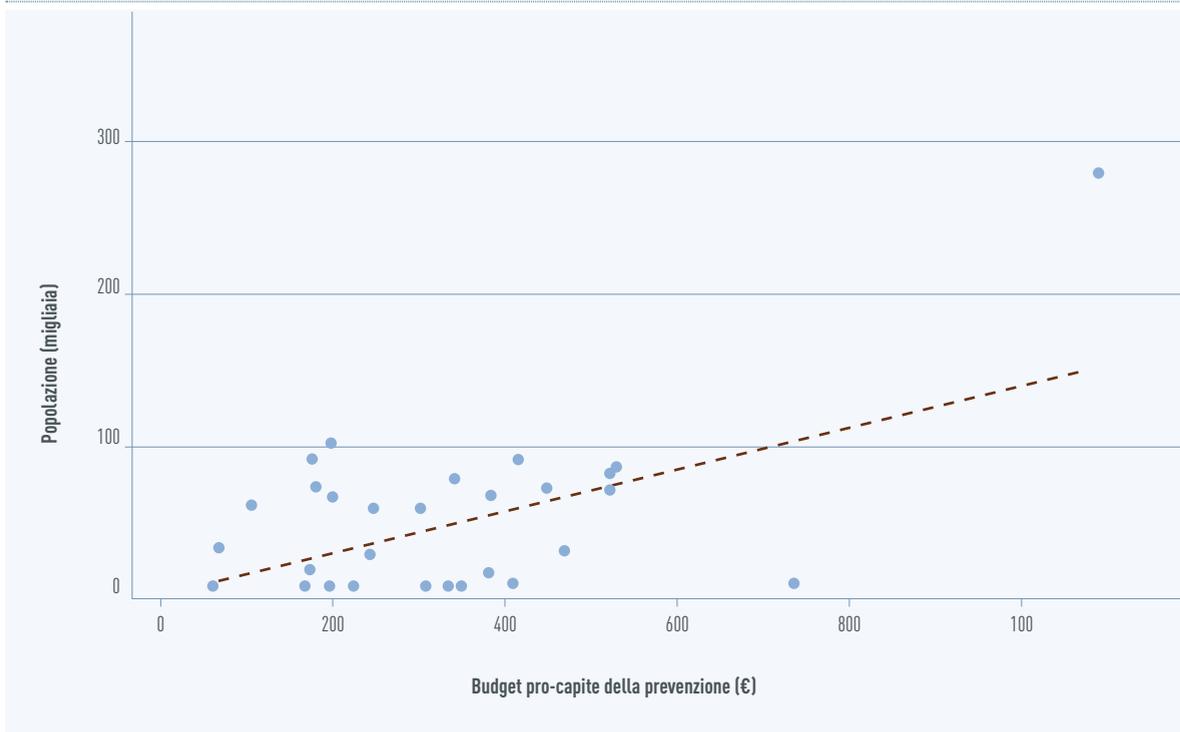
Fonte: elaborazioni CERGAS su dati indagine.

La **Figura 6** mostra che poco più del 40% delle aziende non risponde alla domanda sul budget assegnato all'attività di prevenzione. Le rimanenti aziende si distribuiscono su incidenze comprese tra l'1% e il 5%. In sintesi nelle 31 ASL che hanno risposto in maniera completa a questa sezione del questionario, il valore medio pro-capite destinato all'attività di prevenzione risulta pari a 43,8 euro (intervallo di riferimento compreso tra € 23,7 e € 64), ovvero circa il 2,3% della spesa sanitaria, valore che si posiziona nell'ambito di un intervallo che pone i suoi estremi (nel 95% dei casi) a 1,2% e 3,4%. Questo dato indica che, nella realtà, le aziende sono molto lontane dall'investire in prevenzione quel 5% di risorse che le indicazioni nazionali destinano a tale livello essenziale.

Quanto si spende in prevenzione nelle ASL

Il dato sul budget di spesa è stato analizzato al fine di catturare i driver in grado di spiegare l'andamento dello stesso. Nello specifico, la numerosità delle aree organizzative coinvolte nell'attività di erogazione è in grado di spiegare solo in parte il valore di investimento pro-capite in attività di integrazione (fino a due aree coinvolte, non ci sono significativi spostamenti in termini di range di spesa e fino a quattro unità non si modifica l'estremo inferiore dell'intervallo di distribuzione, mentre tende ad aumentare quello superiore; da cinque articolazioni organizzative in su, il budget tende a spostarsi sistematicamente verso l'alto). Questo dato ha una duplice valenza: da un lato, maggiore è la dispersione dell'attività su una pluralità di soggetti e più si moltiplicano le risorse destinate alla prevenzione, indebolendo il coordinamento del soggetto unitario; dall'altro la diffusione dell'attività di prevenzione su più aree aziendale costituisce l'occasione per ampliare la "capacità produttiva" su questo livello assistenziale, garantendo maggiori investimenti e, auspicabilmente, un maggior numero di prestazioni.

Figura 7. Relazione tra popolazione e budget pro-capite della prevenzione



Fonte: elaborazioni CERGAS su dati indagine.

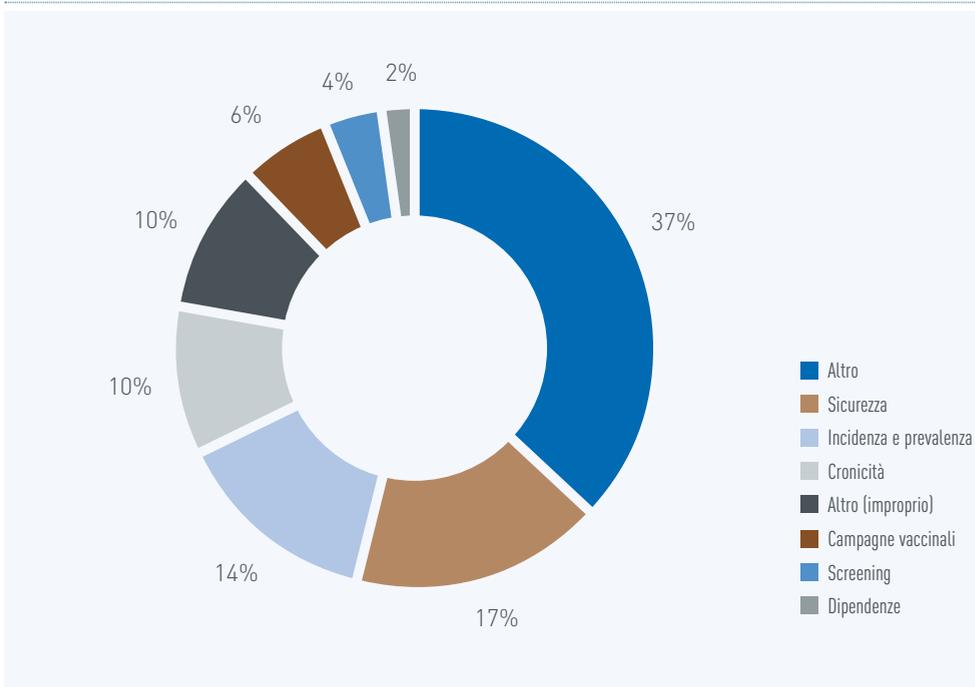
Decisamente più chiara appare la relazione tra numerosità della popolazione residente nell'ASL e budget pro-capite assegnato alla prevenzione. La *figura 7* mostra chiaramente che il costo dell'attività di prevenzione non solo non è sensibile alla scala di erogazione, ma si pone in relazione di anti-economicità: al crescere del numero di abitanti, cresce il costo pro-capite dell'attività di prevenzione. Nello specifico, ogni mille abitanti in più il costo pro-capite cresce di circa 16 centesimi di euro. Il dato appare, ad una prima lettura, contro intuitivo, ma si spiega agevolmente se si riflette sul fatto che l'attività di prevenzione beneficia dell'assorbimento di risorse che assumono la classica connotazione a *step*, vale a dire che hanno un costo fisso per una determinata capacità produttiva, superata la quale, mostrano un costo dall'andamento più che proporzionale alla crescita dell'attività. Inoltre, riletto in termini di investimento, il dato evidenzia come le ASL più grandi riescano a recuperare più risorse, nell'ambito del fondo assegnato, da allocare sull'attività di prevenzione. Rispetto all'attività di prevenzione, il 20% delle aziende rispondenti dichiara di non aver istituito reportistica strutturata. Tale carenza rende particolarmente difficile monitorare l'attività svolta e, ancor più, i suoi impatti. Tra le aziende che, al contrario, hanno attivato reportistica strutturata, circa il 68% dichiara di produrre da uno a tre report. Questo risultato può avere una duplice interpretazione: potrebbe deporre per una chiara scelta da parte delle aziende circa le informazioni che si ritengono più rilevanti ai fini del governo dell'attività di prevenzione o, al contrario, per una carenza nei flussi informativi che non consentono rilevazioni dettagliate.

Una possibile chiave di lettura è fornita dai dati presentati in *figura 8*. Circa il 37% dei report fanno riferimento a report (indicati con Altro) che derivano da flussi informativi regionali o ministeriale o che sono attivate ad hoc dalle aziende sulla base di indicatori di responsabilizzazione. Circa il 10% dei report indicati non ha un contenuto proprio riferibile all'attività di prevenzione (indicato con "Altro (improprio)"), quali possono essere, a titolo di esempio, i registri tumore o i registri di malattia. Il 14% dei report contiene informazioni relative a incidenza e prevalenza di malattie, il che li caratterizza come flussi informativi più utili a programmare che a controllare. Il combinato disposto di questi risultati testimonia come solo poco più di un terzo della reportistica prodotta abbia finalità di controllo in senso stretto (campagne vaccinali svolte, screening effettuati, campagne per la sicurezza e iniziative nell'area delle dipendenze e della cronicità). In termini di caratteristiche intrinseche degli indicatori contenuti nei report, nel 37% dei casi riguardano il grado di raggiungimento di obiettivi chiaramente esplicitati ed assegnati. Nel restante 2/3 dei casi si tratta di indicatori di outcome sulla popolazione (24%), riferiti a dinamiche di medio-lungo periodo

Le ASL più grandi investono più risorse in prevenzione

[rilette prevalentemente attraverso i dati di incidenza e prevalenza, senza un'analisi specifica che consenta di associare questi outcome all'erogazione di programmi di prevenzione specifici); alla qualità (prevalentemente percepita) rispetto al servizio erogato (22%) e solo nel 17% dei casi ai costi dell'attività stessa.

Figura 8. Distribuzione numero di report



Fonte: elaborazioni CERGAS su dati indagine.

L'analisi ha consentito di sviluppare due *focus* specifici, il primo dei quali ha teso indagare la presenza, nell'ambito dell'attività di prevenzione, di attività finalizzate ad evitare l'insorgere di patologie croniche o a governarne il decorso.

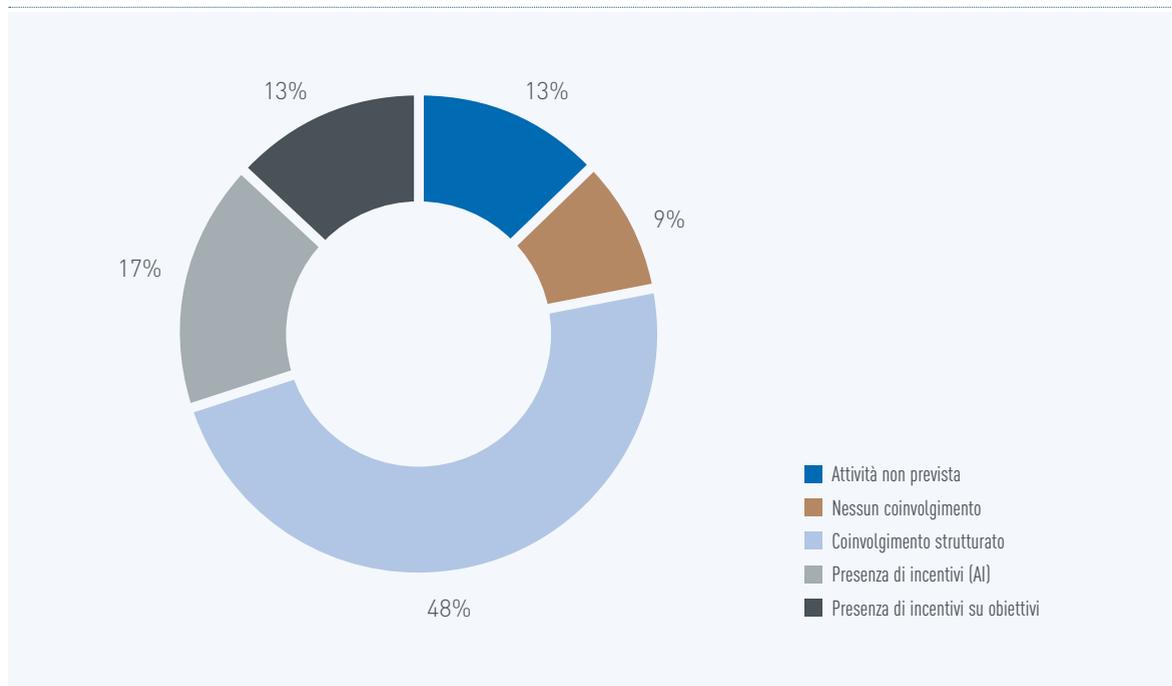
Le condizioni croniche maggiormente presidiate risultano diabete, obesità e scompenso, sebbene probabilmente attraverso l'attivazione di livelli di prevenzioni differenti: nello specifico, generalmente, sull'obesità insistono programmi di prevenzione primaria, atti a favorire la diffusione di stili di vita che inibiscono l'insorgenza di tale patologia, mentre il diabete e lo scompenso sono prevalentemente presidati attraverso programmi di prevenzione.

Anche in questo caso, come già era emerso nel Rapporto Fondazione Farmafactoring 2011 e nel Rapporto Fondazione Farmafactoring 2012, appare evidente la mancata presa in carico delle patologie a matrice psichiatrica (depressione), ancorché il centro di salute mentale sia uno dei soggetti prioritariamente coinvolti nell'attività di prevenzione e nonostante i diffusi richiami dei programmi nazionali e internazionali su tale area di bisogno. Nello specifico, tra le aziende rispondenti, solo quelle che operano in Piemonte, Lombardia e Provincia autonoma di Trento hanno dichiarato attività preventiva nell'ambito della depressione.

Chiaramente, l'erogazione di programmi di prevenzione nell'ambito della cronicità richiede il coinvolgimento di una pluralità di soggetti e mostra una profonda eterogeneità nei modelli di governance. Nello specifico, scompenso e ipertensione mostrano un elevato coinvolgimento di articolazioni organizzative ospedaliere sia in qualità di responsabili che di esecutori di attività di prevenzione e una costante presenza di progetti definiti ad hoc, ancorché non destinatari di finanziamenti specifici. Sull'obesità un ruolo rilevante viene svolto da aree quali i Servizi Igiene Alimenti Nutrizione o da MMG/PLS, anche in questo caso nell'ambito di programmi specifici, il cui finanziamento raramente viene esplicitato. Il diabete mostra una più netta ripartizione, in termini di ruoli, tra responsabili della linea di attività (tendenzialmente aree ospedaliere) ed esecutori (tipicamente MMG/PLS). Infine sulla depressione sono rintracciabili pochi esempi e scarsamente significativi.

Le patologie a matrice psichiatrica ricevono una scarsa considerazione in termini di attività di prevenzione

Figura 9. Il ruolo di MMG e PLS (tutte le attività)



Fonte: elaborazioni CERGAS su dati indagine.

Il secondo focus ha avuto l'obiettivo di indagare il ruolo di MMG e PLS nell'attività di prevenzione. La *figura 9* mostra come nel 48% dei casi esista un coinvolgimento strutturato, nel 17% sono previsti degli incentivi ad hoc e nel 13% dei casi gli incentivi siano legati al raggiungimento di specifici obiettivi in materia di prevenzione. Il dato significativo è però legato ai casi (complessivamente pari al 22%) in cui o non è previsto alcun coinvolgimento di MMG e PLS o, se previsto, lo stesso non si traduce in alcuna linea di attività specifica.

I risultati della *survey* sono stati valutati alla luce degli esiti di un'analisi approfondita di 9 casi aziendali: ASL Città di Milano, ULSS 22 [Bussolengo-Domegliara-Villafranca], ASS 4 Medio-Friuli, AUSL di Piacenza, ASL di Pisa, ASL di Viterbo, ASL di Chieti-Lanciano-Vasto, ASP di Ragusa e ASL di Sassari. In ogni azienda sono stati analizzati i documenti aziendali e condotte più interviste tese ad accertare le principali linee di attività di prevenzione, i destinatari dell'attività, i soggetti coinvolti, gli indicatori di misurazione adottati e le risorse assorbite.

I MMG e i PLS non sempre sono coinvolti nelle attività di prevenzione

Sebbene i casi confermino pienamente i risultati esplicitati nella *survey*, è possibile evidenziare alcuni aspetti ulteriori.

Nonostante il PSN 2011-2013 e il PNP 2010-2012 (ancora in vigore) abbiano esplicitato la necessità di avviare attività di prevenzioni «globali» sull'intera popolazione, quanto meno in termini di diffusione della cultura della salute, i casi analizzati mostrano una focalizzazione dell'attività di prevenzione prevalentemente su minori, anziani e segmenti ben precisi della popolazione. Inoltre, appare ancora non adeguatamente sviluppata l'attività di creazione di cultura della salute nelle nuove generazioni.

Nei casi analizzati, l'attività di prevenzione coinvolge sempre almeno le seguenti aree di attività: Igiene e sanità pubblica, Alimenti e Nutrizione, Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, Veterinaria, Centri di Salute Mentale (CSM), SERT, Distretti, Specialità territoriali e ospedaliere, MMG/PLS. Nello specifico, questi ultimi risultano sempre coinvolti nell'attività di prevenzione primaria; raramente coinvolti nell'attività di prevenzione secondaria e mediamente coinvolti nell'attività di prevenzione sulle patologie croniche. I MMG/PLS, se coinvolti, tendono sempre a ricevere incentivi.

Infine, in termini di reportistica, gli indicatori utilizzati riguardano tendenzialmente il numero di soggetti contattati (indicatore di output di primo livello); il numero di soggetti arruolati (indicatore di output di secondo livello) e parametri di *outcome* (solo nell'area della cronicità e tendenzialmente del diabete mellito). In quasi tutti i casi, la reportistica deriva da indicazioni provenienti dal livello nazionale/regionale.

Il quadro che emerge dall'analisi evidenzia che nel nostro Paese persiste un'elevata sensibilità al tema della prevenzione, che è svolta da numerosi soggetti, in termini capillari, senza tuttavia forti sistemi di programmazione, coordinamento e governance complessiva in grado di collegare approcci integrati e utilizzo delle risorse. I risultati della *survey* e dell'analisi dei casi mostrano, infatti, un importante successo delle aziende sanitarie italiane nell'erogare, anche in un momento di difficoltà economica, i servizi e le prestazioni di prevenzione previste dalla normativa.

Tuttavia, rispetto a tali prestazioni e servizi si ha la sensazione che sia migliorabile la capacità complessiva di governo. L'attività di prevenzione appare, infatti, poco misurata. Tale fenomeno è in parte dovuto, all'adozione, dagli anni 90 di meccanismi di quasi-mercato e politiche rivolte al miglioramento dell'efficienza. Inevitabilmente, tali innovazioni hanno messo al centro dell'attenzione i servizi a domanda individuale, per i quali le organizzazioni sanitarie pubbliche

subivano pressioni competitive e i cui *output* erano più facilmente misurabili. In tale contesto, l'attività di prevenzione include, da una parte, una tensione che dovrebbe orientare tutti i sistemi verso il raggiungimento di risultati in termini di salute invece che di mera produzione di servizi sanitari e, dall'altra, una funzione che assicura la produzione e l'erogazione di quelle prestazioni a domanda collettiva che tanta parte rappresentano dell'orientamento dei sistemi alla salute. L'attività di prevenzione si è così trovata in una situazione di oggettivo svantaggio. La risposta però, salvo alcune eccezioni, non è stata sempre ricercata in una maggiore evidenza della propria efficacia e in un miglioramento della propria efficienza, ma nella difesa istituzionale (per legge) dei propri confini e delle proprie risorse. Questo spiega anche in parte la difficoltà di presidiare in maniera integrata e attraverso programmi di prevenzione soddisfacenti, l'area delle patologie croniche, il cui presidio richiede necessariamente azioni condivise e azioni di coordinamento specifico.

In assenza di strumenti manageriali in grado di garantire misurazione e presidio delle performance relative all'area della prevenzione, il rischio è che la politica di erosione delle risorse collegate abbia vita facile nell'incidere in maniera significativa proprio su questo segmento, caratterizzato da confini dispersi, linee di azione parcellizzate e difficoltà di rappresentazione.

Conclusioni

I risultati presentati hanno evidenziato come negli ultimi anni, a causa di una serie di problemi di natura principalmente macro-economica, si siano adottate politiche di sostegno alla spesa sociale poco lungimiranti, i cui effetti, oltre a creare problemi nel breve periodo, potrebbero impattare in modo negativo sulla salute degli individui, soprattutto nel medio e lungo periodo. Le evidenze in tale direzione sono tante e, spesso, neanche difficili da individuare e comprendere. Come ampiamente documentato, l'adozione da parte dei *policy maker* di politiche fiscali restrittive è una pratica che si è ampiamente diffusa a livello internazionale, e coinvolge non solo i paesi sviluppati, ma anche quelli in via di sviluppo.

Tutto ciò accade in un momento molto particolare per la salute della popolazione. Le più recenti evidenze clinico-epidemiologiche mostrano che, per la prima volta negli ultimi venti anni, lo stato di salute della popolazione comincia a mostrare segni di deterioramento: in media, un individuo nella fascia di età tra i quaranta e i cinquanta anni oggi presenta uno stato metabolico peggiore di quello di un suo omologo dieci o venti anni prima. Tale evidenza è sicuramente sorprendente, visti anche gli incrementi nell'aspettativa di vita a cui siamo stati abituati negli ultimi anni e, soprattutto, i miglioramenti della medicina.

È, quindi, necessario guardare oggi a questi fenomeni in modo diverso da come i *policy maker*, sia a livello centrale che locale, stanno facendo. È fondamentale comprendere che intervenire oggi in modo appropriato per migliorare lo stato di salute della popolazione avrà un costo diretto notevolmente inferiore rispetto a quello che si avrà tra dieci o venti anni. Senza poi contare i risparmi che si potranno generare in termini di costi indiretti, in particolare quelli che afferiscono alla qualità della vita delle persone affette da patologie croniche e quelli che derivano dalle ridotte capacità lavorative.

L'obiettivo di questo documento è di contribuire al dibattito sulla necessità o meno di investire oggi e di più nella spesa sociale, evidenziando che al momento questa scelta è equiparabile a un'opzione di investimento che va esercitata da subito per guadagnare il massimo possibile. Procrastinare la decisione a un futuro neanche troppo distante potrebbe risultare una strategia perdente e non avere lo stesso ritorno sull'investimento fatto. D'altro canto, i dati macro-economici presentati ci fanno capire che l'idea di inserire l'obbligo di pareggio del bilancio in Costituzione ha avviato un processo di restrizione fiscale che dal giugno 2008 a oggi ha portato a varare manovre per un ammontare complessivo di 137 miliardi di euro, restrizioni che si sono concentrate principalmente sulle voci di spesa sociale, dalle pensioni, all'istruzione alla sanità.

Intervenire oggi in modo appropriato per migliorare lo stato di salute della popolazione avrà un costo diretto notevolmente inferiore rispetto a quello che si avrà tra dieci o venti anni

È tanto che continuiamo a interrogarci sulla sostenibilità del nostro Sistema Sanitario Nazionale, ma le soluzioni che vengono proposte sono spesso indirizzate ad escogitare nuove strategie per ricavare maggiori finanziamenti (pubblici e privati) per una spesa che continua incessantemente a crescere, dimenticando che la soluzione migliore sarebbe quella di evitare di generare i bisogni sanitari e, quindi la spesa stessa.

Quello che proponiamo ai *policy maker*, e che abbiamo documentato con i risultati delle analisi presentate in questo Rapporto, è di investire maggiormente in prevenzione, cercando di cambiare ove possibile gli stili di vita della popolazione al fine di ridurre le patologie croniche e/o di ritardarne l'insorgenza. Tutto ciò potrebbe essere fatto non necessariamente aggiungendo ulteriori cospicue risorse alle attuali, ma destinando gli attuali tagli spesa delle manovre in programma per il 2013 e 2014 a un fondo per la prevenzione. Questo garantirebbe, ad esempio, che la quota di spesa per prevenzione in Italia sia riallineata alla media OCSE. Inoltre, nei prossimi anni si potrebbe riqualificare parte della spesa sanitaria, attuando in modo concreto quelle riforme già partite che mirano a spostare le cure dall'ospedale al territorio.

**Impegnarsi
a ridurre i bisogni
sanitari è più
importante
che trovare nuove
risorse finanziarie**

Bibliografia

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - Agenas (2012), Dossier Copayment, http://www.agenas.it/agenas_pdf/Dossier%20Copayment_aprile2012.pdf
- Anessi Pessina E. e Cantù E. (2013). Il modello di analisi, l'impostazione del Rapporto e i principali risultati, in Anessi Pessina E., Cantù E., Ferré F. e Ricci A. (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea.
- Atella V., Belotti F., Cincotti F., Conti V., Kopinska J. e Piano Mortari A. (2013). Il Sistema Sanitario in controluce - Rapporto Fondazione Farmafactoring 2013 - Parte 1, http://www.fondazionefarmafactoring.it/FondFarmafactoring_Rapporto_2013_-_Prima_Parte.pdf
- Atella V., Cincotti F. e Kopinska J. (2012a). La spesa sanitaria e i vincoli di finanza pubblica, in Fondazione Farmafactoring (a cura di), *Il Sistema Sanitario in controluce - Rapporto Fondazione Farmafactoring 2011*, Franco Angeli, Milano.
- Atella V., Cincotti F., Conti V. e Kopinska J. (2012). La spesa sanitaria e i vincoli di finanza pubblica, in Fondazione Farmafactoring (a cura di), *Il Sistema Sanitario in controluce - Rapporto Fondazione Farmafactoring 2012*, Franco Angeli, Milano.
- Balducci S., Zanuso S., Nicolucci A., De Feo P., Cavallo S., Cardelli P., Fallucca S., Alessi E., Fallucca F., Pugliese G. (2010). Effect of an Intensive Exercise Intervention Strategy on Modifiable Cardiovascular Risk Factors in Subjects With Type 2 Diabetes Mellitus. A Randomized Controlled Trial: The Italian Diabetes and Exercise Study (IDES). *Arch Intern Med.*;170(20):1794-1803.
- Breslow L., Enstrom J.E. (1980). Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Prev Med.* Jul;9(4):469-483.
- Caputo S., Lauro R. e Nicolucci A. (2012) Public Health & Health Policy: An informed health policy on chronic diseases" Italian barometer of diabetes and physical activity, Altis, Milano.
- Corte dei Conti (2012). *Rapporto 2012 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma.
- Cutler, D. (2005). *Your Money or your life: strong medicine for America's health care system*. Oxford, England: Oxford University Press.

Cutler D., Meara E. (2004). Changes in the Age Distribution of Mortality over the Twentieth Century, Perspectives on the economics of aging, pp. 333-65.

Cutler D., Sheiner L., (2001). Demographics and medical care spending: Standard and non-standard effects, Demographic change and fiscal policy, pp. 253-91.

Di Loreto C., Fanelli C., Lucidi P., Murdolo G., De Cicco A., Parlanti N., Ranchelli A., Fatone C., Taglioni C., Santeusano F., De Feo F. (2005) Make Your Diabetic Patients Walk Long-term impact of different amounts of physical activity on type 2 diabetes. *Diabetes Care* 28:1295-1302.

Dirindin N. (2011). Eliminare la detraibilità fiscale dei ticket?, *Politiche sanitarie*, vol. 12, n. 3.

Fontana L., Klein S. (2007). Aging, adiposity and calorie restriction. *JAMA*. 297: 986-994.

Fontana L. (2009). Modulating Human Aging and Age-Associated Diseases. *Biochim Biophys Acta*. 1790: 1133-1138.

Hockley T., Pollard S. and Sedgley M. (2006). Cholesterol: The Public Policy Implications Of Not Doing Enough. Stockholm Network, London.

Hulsegge G., Susan H., Picavet J., et al. (2013). Today's adult generations are less healthy than their predecessors: Generation shifts in metabolic risk factors: the Doetinchem Cardiology, DOI:10.1177/2047487313485512.

Istat (2012). *Conti delle Amministrazioni pubbliche. Anni 1990-2011*, Roma.

Istat (2013). *Prodotto interno lordo, indebitamento netto e saldo primario delle Amministrazioni pubbliche. Anni 2009-2012*, Roma.

Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. Seattle, WA: IHME.

Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D., Mackenbach J.P., McKee M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe, *Lancet*.

Khaw K.T., Wareham N., Bingham S., Welch A., Luben R., et al. (2008). Combined Impact of Health Behaviors and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLoS Med* 5(1): e12. doi:10.1371/journal.pmed.0050012.

Ministero dell'Economia e delle Finanze – MEF (2012). *Nota d'Aggiornamento al Documento di Economia e Finanza 2012*, Roma.

Ministero dell'Economia e delle Finanze – MEF (2013). *Documento di Economia e Finanza 2013*, Roma.

Ministero della Salute (2012). *Rapporto sanità 2012*, Roma, www.salute.gov.it

OECD (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en.

OECD (2010). *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat*. ISBN: 978-92-64-06367-9 [print].

Ortiz I. and Cummins M. (2013). *The Age of Austerity: A Review of Public Expenditures and Adjustment Measures in 181 Countries*. Initiative for Policy Dialogue and the South Centre, Working Paper, March.

Puska P., Vartiainen E., Tuomilehto J., Salomaa V., and Nissinen A. (1998). Changes in premature deaths in Finland: successful long-term prevention of cardiovascular diseases. *Bull World Health Organ.* 76(4): 419–425.PMCID: PMC2305767.

WHO (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment - WHO Global Report*. Geneva: World Health Organization 2005.

WHO Regional Office for Europe (2006). *Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*, Geneva, World Health Organization.

Numeri precedenti

Luglio 2012

Il futuro del SSN tra sfide da vincere e inefficienze da eliminare

Gennaio 2013

La Spesa Sanitaria in tempi di *Spending Review*:
il quadro di sintesi dei prossimi anni

Luglio 2013

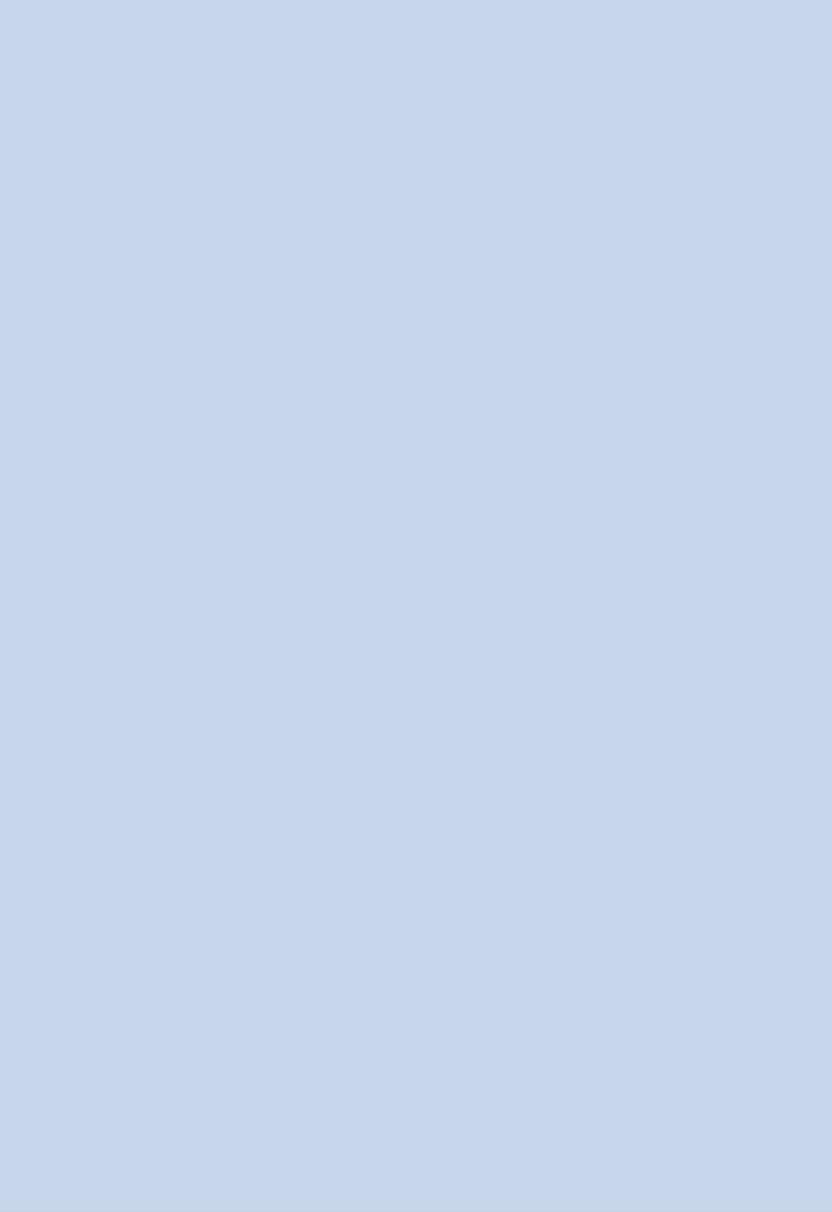
Sanità e salute: la variabile generazionale

Novembre 2013

Compartecipazione alla Spesa Sanitaria e salute dei pazienti

Progetto grafico: ideogramma.it
Stampa: Arti Grafiche Baratelli

*Le conclusioni riportate nei Quaderni sono quelle espresse dagli autori
e non coinvolgono in nessun modo la responsabilità della Fondazione.*



Fondazione Farmafactoring

Via Domenichino 5 - 20149 Milano

Tel. 02.49905204

Via Bertoloni, 1/E int. F - 00197 Roma

Tel. 06.8091391 - fax 06.80913941

info@fondazionefarmafactoring.it

fondazionefarmafactoring.it