

Il caso

Spending review e prevenzione nel Lazio

di Marco Di Marco^o, Carolina Marzuillo^o ^, Corrado De Vito^o ^, Azzurra Matarazzo^o, Azzurra Massimi^o, Paolo Villari^o ^

Nell'attuale contesto di crisi economico-finanziaria in cui versa il nostro Paese, sembra che la prevenzione sia difesa da molti, se non da tutti. In particolare, quasi tutti sembrano essere d'accordo che il rafforzamento delle attività di prevenzione debba essere una priorità per garantire la sostenibilità economico-finanziaria del nostro Ssn, insieme alla riorganizzazione della rete ospedaliera di offerta e al potenziamento dell'assistenza territoriale. Viviamo in un periodo di "plethora" di dati. Forse non ci sono tutti i dati di cui avremmo bisogno per effettuare valutazioni complete ed esaustive, tuttavia il numero di report autorevoli prodotti nel nostro Paese è indubbiamente molto significativo (1-7). E allora vale la pena, in un'epoca in cui tutto deve essere giustamente *evidence-based*, vedere cosa dicono questi dati e se le informazioni che ne scaturiscono giustificano le priorità sopra menzionate e, soprattutto, se sono in grado di indirizzare politiche mirate di *spending review*, tenendo presente che il contenimento della spesa deve essere perseguito congiuntamente al mantenimento degli obiettivi di salute. La regione Lazio viene presa come esempio paradigmatico, in quanto regione sottoposta a piano di rientro e quindi a

pressioni molto forti di contenimento della spesa.

Quanto si spende per la sanità in Italia e nel Lazio?

La spesa sanitaria italiana (totale) è sotto la media EU14 sia in termini percentuali rispetto al PIL (9,23% vs. 10,60% nel 2011) sia in valori assoluti (€ 2.413,89 pro-capite in Italia vs. € 3.173,36 in EU14) (3). La dinamica italiana e quella media internazionale appaiono tuttavia entrambe di difficile sostenibilità nel medio-lungo periodo, ma senza che l'aggregato Italia appaia in condizioni particolarmente divergenti. L'Italia è accomunata al resto dei Paesi occidentali nel difficile problema di governare un capitolo di spesa che ha sperimentato elevati tassi di crescita dal dopoguerra ad oggi, e che non mostra ancora nessuna tendenza alla stabilizzazione. Nel 2010 l'Ocse aveva stimato che, per l'Italia, i risparmi possibili con recuperi di efficienza pur significativi, nell'ordine di un punto di PIL, erano decisamente inferiori alla media Ocse: si sa che la perdita di peso è relativamente facile all'inizio della dieta, ma per l'Italia il recupero del citato punto del PIL, trattandosi di un Paese tra quelli con le migliori

performance a livello internazionale, è un obiettivo ambizioso e indubbiamente difficile (3). Anche ragionando in termini di spesa sanitaria pubblica, le risorse correnti che l'Italia nel suo complesso dedica al Ssn sono inferiori a quelle allo stesso fine dedicate dai partner europei più direttamente comparabili. Inoltre, tenuto conto dell'invecchiamento della popolazione, la dinamica di spesa osservata negli ultimi venti anni è sostanzialmente allineata, anzi un po' inferiore, rispetto a quella osservabile nei Paesi ad economia e welfare sviluppati (8). Tuttavia, diverse realtà regionali, come quella del Lazio, si muovono in modo peggiore rispetto alla realtà nazionale. Nel 2011 la spesa sanitaria pubblica pro-capite nel Lazio è risultata pari a € 1.969, superiore al dato nazionale di € 1.851. Anche ragionando al netto del saldo della mobilità regionale o in termini percentuali rispetto al PIL, i dati esistenti pongono il Lazio tra le regioni meno virtuose. La spesa corrente SSR del Lazio ha avuto, dal 1990 ad oggi, una dinamica significativamente più forte di quella nazionale, non giustificabile con differenze nella struttura demografica. La diversità tra il Lazio e la media Italia non si limita alla dinamica della spesa, ma anche



Paolo Villari

al profilo di spesa pro-capite per fasce di età espresso in euro correnti. Nel 1990, la spesa pro-capite del Lazio è stata, in ogni fascia di età, di circa il 9% superiore rispetto ai corrispondenti valori Italia. Nel 2010, come frutto della combinazione del più elevato livello di partenza e della più intensa dinamica, lo scarto dalla media è salito a circa il 13% (8). Il risultato è che il disavanzo sanitario pubblico pro-capite nel Lazio è il peggiore tra le regioni italiane.

Se il Lazio avesse nel tempo condiviso sia i livelli (per fasce di età) che il trend nazionale, dal 1990 ad oggi è stato calcolato che si sarebbero liberate ogni anno risorse importanti, sino a 1,3 miliardi nel solo 2010 (8). Un processo di efficientamento che avrebbe non solo evitato al Ssr del Lazio la condizione di pesante indebitamento commerciale in cui versa, ma anche rese disponibili risorse per altri obietti-

vi sanitari nazionali, a cominciare dagli investimenti in strumentazioni e tecnologie e dalla coesione territoriale. Recuperi di spesa sembrano pertanto tecnicamente possibili nel Lazio più che in altre regioni, e il problema diventa identificare i settori di intervento.

Nel 2009 nel Lazio il costo percentuale del Lea relativo all'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro è risultato pari al 3,29%, inferiore sia al dato nazionale del 4,19% sia al parametro di riferimento stabilito dal Patto della Salute 2010-2012 del 5%. Valori simili si riscontrano per il Lea dell'assistenza distrettuale (inferiori sia ai valori nazionali che ai parametri di riferimento), mentre invece il costo percentuale del Lea dell'assistenza ospedaliera appare più elevato nel Lazio (52,1%) rispetto sia al dato nazionale (47,0%) sia al parametro di riferimento (44%). Sempre nel 2009 il costo pro capite del Lea dell'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro è stato pari a € 69,6, inferiore al dato medio nazionale di € 80,9, così come inferiori rispetto ai valori medi nazionali sono risultati i costi pro-capite dei servizi di igiene e sanità pubblica, igiene degli alimenti e

della nutrizione, prevenzione e sicurezza sul lavoro e sanità pubblica veterinaria (9).

Il Lazio quindi spende di più in sanità rispetto alla media nazionale, ma sicuramente di meno in termini di prevenzione.

I Livelli Essenziali di Assistenza nel Lazio

La cosiddetta "Griglia Lea" rappresenta lo strumento principale per il monitoraggio e la verifica dell'effettiva erogazione delle prestazioni sul territorio nazionale. Il set di indicatori è soggetto annualmente a revisione da parte di un gruppo di esperti, composto da tecnici operanti sui tre livelli di assistenza. Nell'ultima rilevazione, pubblicata nel 2013 e riferita all'anno 2011, gli indicatori sono 29, a ciascuno dei quali vengono assegnati valori soglia, punteggio di valutazione e peso, che consentono il calcolo di un risultato finale che costituisce la valutazione globale della regione rispetto all'adempimento sul mantenimento dei Lea (1).

Nel 2011 la regione Lazio è risultata, sulla base del punteggio finale, "adempiente con impegno su alcuni indicatori", con rinvio al piano di rientro per gli obiettivi relativi all'assistenza residenziale ed al recupero dei criteri di efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e la segnalazione di alcune criticità relative alle coperture vaccinali e agli screening. Tra i 29 indicatori considerati, per 14 (48,3%) si riscontra un valore normale, per uno (3,4%) uno scostamento minimo, per cinque (15,2%) uno scostamento



° Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma
 ^ Accademia Romana di Sanità Pubblica

rilevante ma in miglioramento, e per nove (31,0%) uno scostamento non accettabile. È importante notare che dei nove indicatori per i quali si riscontra uno scostamento non accettabile, ben sei riguardano la prevenzione (66,7%). Analizzando le percentuali di indicatori con scostamento non accettabile o rilevante ma in miglioramento per categoria Lea, tali percentuali sono massime per quanto riguarda la prevenzione (7 su 11, pari al 63,7%), intermedie relativamente all'assistenza ospedaliera (4 su 8, pari al 50,0%) e minime per l'assistenza distrettuale (3 su 10, pari al 30,0%).

Relativamente alla prevenzione, mentre si riscontrano valori normali per quanto riguarda le coperture per le vaccinazioni obbligatorie, ampie criticità sono rilevabili invece per le coperture di vaccinazioni non obbligatorie ma fortemente raccomandate e per l'adesione ai programmi di screening per i tumori della cervice uterina, mammario e del colon-retto. L'unico indicatore considerato per la prevenzione e la salute nei luoghi di lavoro appare nel range della normalità, mentre valori discordanti si riscontrano sia per gli indicatori relativi alla sanità pubblica veterinaria sia per gli indicatori riguardanti l'igiene e la sicurezza alimentare. È interessante notare che per l'indicatore "costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro" si riscontra uno scostamento rilevante (con il Lazio agli ultimi posti nella "classifica" delle regioni italiane), ma in miglioramento nel triennio considerato (2009-2011).

Criticità si osservano anche per quanto riguarda l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera. Relativamente all'assistenza distrettuale, ampi margini di

miglioramento si distinguono nell'assistenza residenziale agli anziani e ai disabili, mentre i tassi di ospedalizzazioni evitabili attraverso l'assistenza primaria mostrano valori quasi ottimali. Per quel che concerne l'assistenza ospedaliera, mentre per il tasso di ospedalizzazione si riscontrano valori normali, esistono alcune criticità relative all'efficienza, come mostra, ad esempio, l'indicatore classico della durata di degenza, per il quale si rileva un valore più elevato rispetto alla quasi totalità delle regioni italiane.

Ovviamente, gli indicatori Lea, per la loro stessa natura, sono soprattutto indicatori di processo. È opportuno e necessario, per una più completa valutazione, prendere in considerazione anche indicatori di "output" e soprattutto di "outcome", che consentano una valutazione dello stato di salute dei cittadini del Lazio, con particolare riguardo agli aspetti relativi alle attività di prevenzione.

Qualche dato sullo stato di salute della popolazione nel Lazio. Nel Lazio la mortalità infantile e la speranza di vita alla nascita si attestano su valori lievemente più sfavorevoli rispetto alle medie nazionali. Sebbene tali indicatori siano considerati tra i più "robusti" per descrivere lo stato di salute delle popolazioni, è altrettanto noto che per avere un'idea dello stato di salute di una popolazione è necessario ricorrere ad altre tipologie di indicatori, in particolare se si vuole focalizzare l'attenzione sulle "potenzialità" delle attività di prevenzione.

In questo senso particolarmente interessante è la cosiddetta mortalità evitabile, vale a dire l'area dei decessi contrastabili con interventi di prevenzione, solitamente classificati secondo tre aree principali di azione: nel-

l'area della prevenzione primaria vengono incluse iniziative orientate agli stili di vita del singolo, quali lotta al tabagismo e all'alcolismo, educazione alla corretta alimentazione, sicurezza stradale, in casa e sul lavoro, etc.; nell'area della diagnosi precoce e terapia vi è il ricorso a strumenti efficaci per identificare e trattare tempestivamente alcune malattie, quali ad esempio il tumore della mammella nelle donne; nell'area, infine, dell'igiene e dell'assistenza sanitaria rientrano attività di varia natura, quali vaccinazioni, corretta gestione dei pazienti cronici, adeguato ricorso alle strutture sanitarie etc. (7).

Se si considera l'indicatore giorni perduti per cause evitabili procapite nei soggetti di età 0-74 anni, il Lazio sicuramente non sta messo bene rispetto alla maggior parte delle regioni italiane: nel 2010 i maschi perdono in media 22,9 giorni di vita e le femmine 12,4 giorni, in confronto a valori medi nazionali rispettivamente di 21,2 giorni e di 11,9 giorni. Carenze si riscontrano in tutti e tre i settori di intervento considerati (prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria), ma, in particolare, il Lazio si posiziona agli ultimi posti nella classifica delle regioni italiane nell'area di azione della prevenzione primaria, sia nei maschi che nelle femmine.

È noto che le malattie cronicodegenerative, che in Italia come in Europa rappresentano la principale causa di morte e di carico di malattia, riconoscono un set comune di fattori di rischio comportamentali che include l'abitudine al fumo, l'abuso di alcool, l'inattività fisica ed una non corretta alimentazione. Anche nell'ambito dei grandi fattori di rischio comportamentali, il Lazio

mostra dati di prevalenza preoccupanti. La prevalenza di fumatori nella regione Lazio è nettamente superiore rispetto alla media nazionale, collocandola all'ultimo posto tra le regioni italiane. Migliori sono i dati per quanto riguarda l'abuso di sostanze alcoliche, generalmente inferiori rispetto ai dati medi nazionali, anche se il dato della prevalenza in alcune fasce di età, come quella tra 65 e 74 anni, merita sicuramente attenzione. La prevalenza di obesità e sovrappeso appare di poco inferiore rispetto alla media nazionale, invece sono nettamente al di sopra dei valori medi italiani i dati del Lazio relativamente all'inattività fisica e allo scarso consumo alimentare di frutta e verdura.

Lo stato socioeconomico o la deprivazione materiale degli individui, delle comunità e dei contesti possono influire sull'origine delle malattie attraverso una complessa rete causale che coinvolge sia le abitudini di vita, ad esempio fumo di sigaretta e dieta, che le esposizioni lavorative. I dati di alcuni indicatori nel Lazio meritano una qualche attenzione. Se il livello di istruzione nel Lazio appare maggiore rispetto a valori medi nazionali e i dati sulla disoccupazione e l'inattività lavorativa appaiono sostanzialmente in linea con il resto del Paese,

il dato sulla disuguaglianza dei redditi appare al di sopra della media italiana. L'indice sintetico di deprivazione calcolato dall'Istat su dati del 2011 mostra un valore minore rispetto al dato medio italiano, ma colloca il Lazio al 12° posto nella classifica delle regioni italiane.

Nel complesso, quindi, i dati sullo stato di salute della popolazione del Lazio, se valutati comparativamente con quelli delle altre regioni italiane, mostrano ampi margini di miglioramento e notevoli potenzialità, in termini di impatto sulla salute, delle attività di prevenzione.

Quali soluzioni?

I dati disponibili consentono di trarre le seguenti, schematiche, conclusioni: 1) la spesa sanitaria della regione Lazio mostra sicuramente margini di efficientamento; 2) l'assistenza distrettuale va potenziata, in particolare per quanto riguarda l'assistenza residenziale agli anziani e ai disabili; 3) vi è la necessità di recuperare efficienza nell'assistenza ospedaliera; 4) l'assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro appare sottofinanziata e, purtroppo, deficitaria sia in termini di mantenimento dei Lea che dal punto di vista dei risultati di salute. Le attività di prevenzione, quindi, non soltanto vanno difese nell'attuale

contesto di crisi economico-finanziaria, ma, di fatto, razionalizzate e rafforzate.

Tuttavia, la difesa della prevenzione in tempi di crisi economica non deve essere una difesa di principio, bensì deve basarsi su solide evidenze scientifiche. È importante quindi cercare di capire, in termini di evidenza scientifica disponibile, se gli interventi di prevenzione presentano prove di efficacia convincenti e rapporti costi-efficacia favorevoli, anche rispetto agli interventi sanitari di diagnosi e cura. In accordo con i dati disponibili, gli interventi di prevenzione primaria risultano *cost-saving* in circa il 20% dei casi, mentre gli interventi curativi lo sono in circa il 18% dei casi (10). Se si ragiona solamente nell'ambito degli interventi preventivi, quelli di prevenzione primaria ambientale risultano *cost-saving* nel 46% dei casi, invece gli interventi di prevenzione non clinici diretti alle persone e quelli di prevenzione clinica lo sono, rispettivamente, nel 13% e nel 16% dei casi (11). Il problema quindi, nel Lazio come in Italia, non è tanto mantenere i finanziamenti attuali per le attività di prevenzione, che anzi andrebbero opportunamente incrementati per garantire i Lea, quanto ripensare alle stesse come modalità più efficaci ed efficienti per investire in salute. È del tutto



sbagliato pensare di ridimensionare i servizi attuali di igiene e sanità pubblica, igiene degli alimenti, prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro e sanità pubblica veterinaria dei dipartimenti di prevenzione, che sono, tra l'altro, previsti dalle normative vigenti e che si sono faticosamente costruiti e strutturati nel corso del tempo. Ma sarebbe altrettanto sbagliato ritenere che le attività di prevenzione attuali possano considerarsi adeguate, particolarmente per quanto riguarda le sinergie che i dipartimenti di prevenzione possono e devono far progredire. Si tratta di sinergie da sviluppare sia all'interno del sistema sanitario, in particolare con i distretti e la medicina di base e specialistica per l'opportuno decollo dell'assistenza primaria, sia soprattutto all'esterno di esso, per dare corso reale all'implementazione della salute in tutte le politiche. Gli obiettivi da perseguire devono essere dettati obbligatoriamente dalle evidenze scientifiche disponibili e, in questo senso, la lotta ai grandi fattori di rischio rappresenta sicuramente una priorità.

Lo strumento per il rilancio delle attività di prevenzione nel nostro Paese esiste già e si identifica istituzionalmente con il Piano Nazionale della Prevenzione, la cui edizione per il periodo 2014-2018 è attualmente in fase di stesura. Non si vuole entrare nel merito degli obiettivi, dei contenuti e delle modalità organizzative del piano, tuttavia ci sembra doveroso fornire, seppure in forma schematica e senza pretesa di esaustività, alcune caratteristiche essenziali che il nuovo piano deve possedere: 1) esplicitazione trasparente delle priorità di intervento, selezionate sulla base del carico di malattia e delle possibilità di attuazione di interventi di efficacia e costo-efficacia

dimostrate; 2) assegnazione di responsabilità chiare e circoscritte ai dipartimenti di prevenzione che devono avere la possibilità di razionalizzare le proprie attività e soprattutto di ampliarle anche sulla base dei Lea da garantire; 3) sostegno e facilitazioni allo sviluppo di sinergie sia tra organizzazioni interne al Ssn sia con enti, associazioni ed organizzazioni all'esterno

di esso, ai fini di una concreta attuazione della salute in tutte le politiche; 4) identificazione precisa di ruoli e responsabilità, con individuazione di meccanismi incentivanti per il raggiungimento degli obiettivi del piano.

Il presente contributo rappresenta un estratto di un articolo, completo di tutti i dati, in corso di pubblicazione sulla rivista "Igiene e Sanità Pubblica".

Bibliografia

1. Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio VI. Adempimenti "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della griglia LEA. Metodologia e risultati dell'anno 2011. Roma, luglio 2013. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2067_allegato.pdf
2. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. 10° Rapporto Osservasalute. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex, 2013.
3. Spandonaro F (a cura di). IX Rapporto Sanità. Crisi economica e sanità: come cambiare le politiche pubbliche. Roma: Università "Tor Vergata", 2013.
4. Nuti S, Bonini A (a cura di). Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali: Basilicata, Liguria, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Veneto. Report 2012. Pisa: Scuola Superiore Sant'Anna, Istituto di Management, Laboratorio Management e Sanità, 2013.
5. CERGAS Bocconi. Rapporto OASI 2013. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano. Milano: EGEA, 2013.
6. The European House Ambrosetti. Meridiano Sanità. Le coordinate della salute. Rapporto 2013. <http://www.ambrosetti.eu/it/download/ricerche-e-presentazioni/2013/meridiano-sanita.-le-coordinate-della-salute-rapporto-finale-2013>
7. Buzzi N, Cananzi G, Mozzetta I, Maurici M, Tondo E. Rapporto MEV (i) 2013. <http://www.mortalitaevitabile.it>
8. Salerno NC. La spesa sanitaria SSN in Italia e nel Lazio. Ricostruzione con la metodologia Ecofin-Ocse dal 1990 a oggi. Dicembre 2013. http://www.quotidianosanita.it/allegati/create_pdf.php?all=2296637.pdf
9. Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio VI. Rapporto nazionale di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza. Anno 2007-2009. Roma, novembre 2011. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1674_allegato.pdf
10. Cohen JT, Neumann PJ, Weinstein MC. Does preventive care save money? Health economics and the presidential candidates 2008;358:661-3.
11. Chokshi DA, Farley TA. The cost-effectiveness of environmental approaches to disease prevention 2012;367:295-7.