

Stato dell'arte della prevenzione in Italia

Premessa

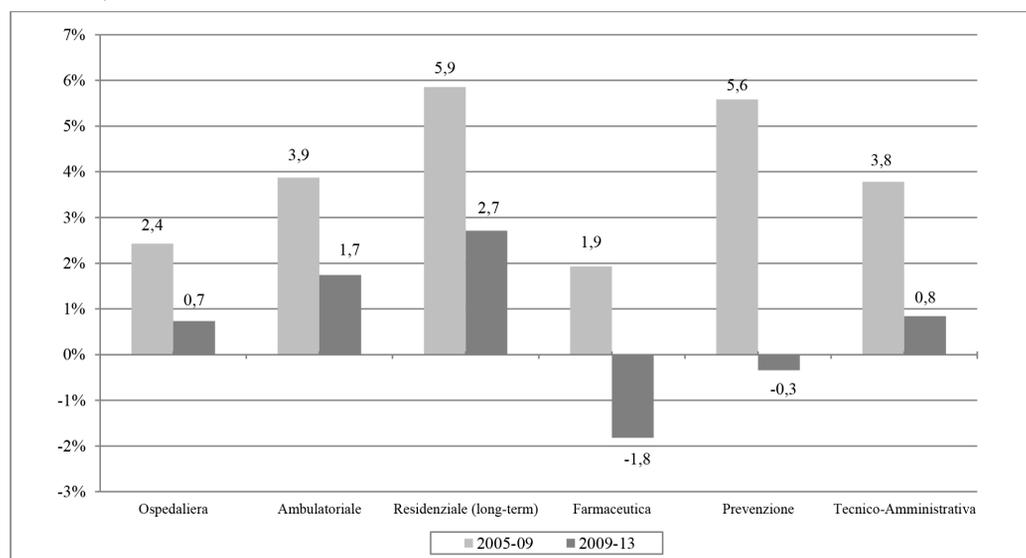
Il significativo miglioramento, negli ultimi decenni, delle condizioni di salute nei Paesi economicamente più avanzati, attribuibile ad una maggiore attenzione agli stili di vita e ai progressi nel campo della medicina, ha certamente contribuito ad aumentare l'aspettativa di vita della popolazione, ma ha anche mutato i bisogni di salute delle persone. Ciò ha determinato un aumento della complessità dei sistemi sanitari che hanno dovuto adeguarsi all'aumento della domanda di assistenza e ad un progressivo aumento dei livelli di spesa pubblica per la sanità che, tra il 2000 ed il 2009, è aumentata, nei Paesi aderenti all'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), in termini reali, mediamente del 3,8%. Con la crisi, la spesa sanitaria pubblica è cresciuta a un tasso annuo significativamente inferiore in tutti i Paesi OCSE passando, nel periodo 2009-2013, ad una crescita media annua dello 0,6%, ma con rilevanti disparità: aumenta in Germania (crescita media annua del 2,0%), Stati Uniti (1,5%) e Francia (0,9%), mentre scende in maniera rilevante in Grecia (-7,4%), Irlanda (-4,0%) Spagna (-1,7%) e Italia (-1,6%).

Se si focalizza l'attenzione sulla variazione della spesa per funzione, sempre nei Paesi OCSE, si osserva che ad essere penalizzate sono, soprattutto, la prevenzione (che nel periodo 2005-2009 cresce del 5,6% annuo e nel periodo 2009-2013 decresce, mediamente, dello 0,3% annuo) e la spesa farmaceutica (che passa da +1,9% a -1,8%) (Grafico 1). Dalla lettura dei dati si evince, quindi, che la spesa per la prevenzione è quella che ha subito il maggior ridimensionamento dai tagli di bilancio, essendo ritenuta una funzione non essenziale e più facilmente comprimibile (1).

In Italia, la spesa destinata alla prevenzione (che comprende, oltre alle attività di prevenzione rivolte alla persona come, ad esempio, vaccinazioni e screening, la tutela della collettività e dei singoli dai rischi negli ambienti di vita e di lavoro, la Sanità Pubblica veterinaria e la tutela igienicosanitaria degli alimenti) è pari al 4,2% della spesa sanitaria, mentre il livello fissato nel Patto per la Salute 2010-2012 è pari al 5% (2).

Il quadro che si configura nel nostro Paese è caratterizzato, inoltre, da una scarsa attenzione da parte dei cittadini alla tutela della propria salute, segnato da una scarsa percezione del rischio e/o da una irresponsabilità personale alquanto diffusa che può, per questo, essere annoverata tra i problemi che negli ultimi decenni stanno contribuendo ad orientare la "nave" della sanità nella direzione della "tempesta perfetta"¹, ossia una situazione in cui, a causa dei diversi fattori, il nostro Servizio Sanitario Nazionale potrebbe incontrare seri rischi di non servire adeguatamente i suoi "passeggeri" (3).

Grafico 1 - Tasso di crescita media annua, in termini reali, della spesa sanitaria nei Paesi OCSE per funzione - Anni 2005-2009, 2009-2013



Fonte dei dati: OECD Health Statistics. Anno 2015.

¹N.d.r. Il termine "tempesta perfetta" indica una combinazione di eventi sfavorevoli che colpiscono esattamente l'area più vulnerabile di un sistema, provocando il massimo danno possibile. In meteorologia descrive un ipotetico uragano che colpisce esattamente l'area più vulnerabile di una regione, provocando il massimo danno possibile per un uragano di quella categoria.

Dati del Rapporto Osservasalute in tema di prevenzione

Come abbiamo rilevato dai dati OCSE, anche in Italia uno dei settori che fino ad oggi ha subito di più le politiche di razionamento è quello della prevenzione: infatti, è facile tagliare gli investimenti alle politiche di prevenzione che, come si sa, danno spesso il loro ritorno a distanza di anni, tempo giudicato incompatibile con l'orizzonte temporale di chi è costantemente alle prese con i bilanci annuali o le campagne elettorali. Eppure è ben conosciuto l'impatto in termini economici della "mancata prevenzione": un'imponente lievitazione della spesa sanitaria per il peggioramento delle condizioni di salute della popolazione e, quindi, un aumento della domanda e dei bisogni socio-sanitari, in particolare per la disabilità legata all'aumentata prevalenza delle patologie croniche.

L'Edizione del Rapporto Osservasalute 2015, ci mostra un quadro di "ridotto interesse" per tale ambito di assistenza sanitaria, nonché il persistere di comportamenti a rischio nella popolazione, affiancati alle disuguaglianze di accesso in popolazioni in condizioni di disagio, quali le persone con disabilità e gli immigrati.

Alcuni elementi positivi si riscontrano in taluni aspetti degli stili di vita: nel 2014, rispetto al 2013, cala il numero di fumatori di sigarette e il numero medio di sigarette fumate al giorno (per quest'ultimo si registra un trend di diminuzione continuo dal 2001), nonché la prevalenza di consumatori di alcool (63,9% vs 63,0%), mentre si registra un contemporaneo aumento della percentuale di non-consumatori (34,9% vs 35,6%); diminuisce la percentuale di bambini in eccesso ponderale (nel periodo 2008-2014) e aumenta la quota di quanti praticano attività sportiva in modo continuativo (dal 19,1% nel 2001 al 23,0% nel 2014). Tali aspetti non devono, comunque, far "abbassare la guardia" sulla diffusione di interventi mirati alla prevenzione di comportamenti a rischio.

Nella disamina degli stili di vita emergono, di contro, un decremento del "consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta" (nel periodo 2005-2014) ed un aumento, in alcune aree del Paese, di persone in eccesso ponderale (nel periodo 2001-2014).

L'analisi degli indicatori presentati nel volume ci consente una visione della prevenzione primaria anche in termini di attività vaccinale. Emerge come le coperture vaccinali della popolazione infantile, nel periodo 2013-2014, subiscano decrementi lievi per le vaccinazioni obbligatorie (Tetano -1,0%, Poliomielite, Difterite ed Epatite B -1,1%), per la Pertosse (-1,1%) e per l'*Haemophilus influenzae* di tipo b (-0,6%), con decrementi più marcati per Morbillo, Parotite, Rosolia (per ciascuno si registra un valore pari a -4,0%) e Meningococco c coniugato (-2,5%), mentre aumentano le coperture per Varicella e Pneumococco coniugato (10,3% e 0,6%, rispettivamente); per la vaccinazione antinfluenzale nei soggetti di 65 anni ed oltre, nell'arco temporale 2003-2004/2014-2015, si registra una netta diminuzione pari a circa il 20%.

Spostando l'attenzione sugli screening organizzati e spontanei e, dunque, sulla prevenzione secondaria, emerge come l'estensione effettiva dell'offerta per i tre screening (cervicocarcinoma uterino, mammella, colon-retto) subisca un incremento tra il 2005-2006 (2004-2006 per il cervicocarcinoma uterino) ed il 2010-2012 (da 51,8% a 69,5%, da 54,3% a 73,3%, da 20,7% a 53,1%, rispettivamente), con persistenza di marcate differenze tra le regioni, in particolare per gli screening mammografico e coloretale. Per il 2013, i dati di estensione si assestano al 71% e al 74% per lo screening del cervicocarcinoma uterino e della mammella, rispettivamente, e al 62% per il colon-retto. Sempre con notevoli differenze territoriali, i valori di partecipazione della popolazione *target* agli screening sono pari al 56,1% per il tumore della mammella, al 40,7%, nel 2012, per il cervicocarcinoma uterino, mentre per il carcinoma del colon-retto al 47,1%, in riferimento al test per il sangue occulto nelle feci ed al 27% circa (*range* 7-37%) per la rettosigmoidoscopia. Dal 2008 al 2014, mentre cresce in tutto il Paese la copertura dello screening per il tumore della cervice uterina organizzato, quella dello screening spontaneo resta sostanzialmente stabile o diminuisce significativamente nelle regioni del Nord (-9,4%); lo screening spontaneo per il tumore della mammella resta stabile mostrando un aumento nelle regioni del Sud; la copertura dello screening per il tumore del colon-retto raggiunge valori più alti fra i residenti al Nord (64%), ma è significativamente più basso fra i residenti del Centro (43%), del Sud e delle Isole (19%).

La prevenzione nelle persone con disabilità

Dai dati riportati in questa Edizione del Rapporto Osservasalute, emergono interessanti evidenze in termini di accesso alla vaccinazione antinfluenzale, agli screening femminili ed allo screening per il tumore del colon-retto per persone in condizioni di disabilità. Se da un lato, infatti, rispetto alla popolazione generale gli ultra 65enni con disabilità ricorrono in maniera più frequente alla vaccinazione, soprattutto gli uomini, dall'altro le donne con limitazioni funzionali che hanno eseguito più di un Pap-test e più di una mammografia mostrano una prevalenza di oltre 15 punti percentuali inferiore rispetto a quelle raggiunte dalla popolazione generale. Inoltre, le donne disabili accedono allo screening del colon-retto in percentuale nettamente inferiore rispetto alla popolazione femminile generale, mentre per gli uomini l'accesso allo screening del colon-retto non si differenzia da quello della popolazione generale. Tra le donne con disabilità la percentuale di coloro che, tra i 50-69 anni, si sono sottoposte a più di una mammografia è del 17%, inferiore rispetto alle altre. Una situazione analoga si osserva per lo screening del cancro della cervice uterina. Nelle regioni del Sud questo *gap* aumenta, anche se sussistono alcune

eccezioni. Per ciò che riguarda l'eccesso ponderale, rispetto alla popolazione generale, si evidenzia una maggior quota di obesi tra gli uomini con disabilità e, soprattutto, una quota ben più alta di donne disabili in sovrappeso (+7,2%) e obese (+11,9%) rispetto alle donne non disabili.

La prevenzione tra le persone straniere

Ulteriori disparità di accesso alla prevenzione dei tumori femminili sono evidenti nella popolazione straniera presente in Italia. Infatti, sebbene tra il 2005 ed il 2013 si osservi un rilevante incremento nel ricorso al Pap-test e alla mammografia, secondo la cadenza stabilita dalle Linee Guida nazionali per la fascia *target*, sia tra le straniere (per il Pap-test, effettuato almeno una volta negli ultimi 3 anni, da 41,2% a 49,6%; per la mammografia, negli ultimi 2 anni, da 32,7% a 37,1%) sia tra le italiane (per il Pap-test, effettuato almeno una volta negli ultimi 3 anni, da 56,1% a 63,4%; per la mammografia, negli ultimi 2 anni, da 48,9% a 56,8%), la prevalenza del ricorso a tale tipologia di screening nelle straniere rimane decisamente inferiore, con notevoli differenze territoriali: le percentuali sono maggiori al Nord e al Centro rispetto al Mezzogiorno. Per entrambi gli screening si osserva, comunque, un'associazione diretta fra gli anni di permanenza in Italia e il ricorso alla prevenzione, prova che gli interventi per il coinvolgimento delle donne straniere favoriscono l'accesso ai servizi sanitari. Il coinvolgimento delle donne straniere nei programmi di screening è particolarmente basso laddove è più carente l'offerta pubblica. La situazione del Mezzogiorno esemplifica bene la relazione fra attivazione dei programmi organizzati e livello di copertura: nel Sud e nelle Isole i programmi, anche quando attivati, mostrano una cronica difficoltà a invitare tutta la popolazione bersaglio nei tempi raccomandati. Le donne straniere vedono una maggiore copertura in termini di prevenzione oncologica se residenti al Centro-Nord, se hanno un'istruzione elevata o sono di provenienza europea o Sud americana.

La prevenzione nei dati del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza

Con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono stati individuati alcuni adempimenti a carico delle Regioni, attraverso l'impegno insieme allo Stato, finalizzati a garantire il rispetto dell'uniforme erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in termini di efficienza, appropriatezza ed economicità. Al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, istituito presso il Ministero della Salute, è affidato il compito di monitoraggio e di verifica.

Il documento del Ministero della Salute del maggio 2015 sulla "Verifica adempimenti LEA. Anno 2013" elenca gli adempimenti oggetto di verifica per l'anno 2013, il riepilogo nazionale degli esiti delle valutazioni ed i risultati con dettaglio regionale, aggiornati al mese di maggio 2015.

I *target* della prevenzione nel monitoraggio LEA 2013 sono undici, di cui solo cinque intervengono nel calcolo dell'indicatore per l'anno 2013:

- Piano nazionale della prevenzione - max 30 punti;
- Tasso di indagine di laboratorio (morbillo) - max 15 punti;
- Origine dell'infezione identificata (morbillo) - max 15 punti;
- Proporzioni di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro *screen-detected*) ai *round* successivi a quello di prevalenza - max 30 punti;
- Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro - max 10 punti.

La Regione è adempiente nell'ambito della prevenzione se la somma dei punteggi, ovvero dei contributi dei singoli adempimenti, è ≥ 80 .

Al fine di valutare il peso degli indicatori che riguardano la prevenzione nelle inadempienze delle Regioni, è stata condotta un'analisi dei punteggi per i *target* della prevenzione, valutandone il peso sul punteggio finale attribuito alle Regioni nel monitoraggio. Ricordiamo che, per il computo del punteggio finale, ai singoli indicatori viene attribuito un punteggio che varia da 0-9 in relazione alla misura dell'adempienza, che poi viene pesato con un peso che varia da 0,1-1,0 in relazione all'importanza attribuita all'indicatore (4).

Risultati

Considerati i punteggi complessivi del monitoraggio LEA 2013 si può affermare che in almeno 2 regioni (Lazio e Abruzzo) l'inadempienza complessiva (avere <160 punti) è dovuta, essenzialmente, al fallimento nel raggiungimento dei *target* della prevenzione. Solo il Piemonte, è risultata adempiente nel monitoraggio LEA senza aver raggiunto il *target* nell'area della prevenzione; di contro, solo la Basilicata, pur raggiungendo il *target* nella prevenzione, è risultata adempiente con impegno.

Per quanto sia rilevante l'area della prevenzione nel monitoraggio complessivo dei LEA, in realtà, per il modo in cui è congegnata la griglia LEA, la variabilità negli obiettivi di prevenzione raggiunti tra le regioni è molto bassa. L'inadempienza è, infatti, decisa dal solo obiettivo "Proporzioni di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella"; per altri due *target* non c'è alcuna differenza nei punteggi

ottenuti dalle regioni, mentre scarsa variabilità si presenta per i due indicatori concernenti le indagini sul morbillo (dati non mostrati).

A questo punto appare importante dedicare uno spazio allo screening del tumore della mammella. Sul territorio nazionale circa tre donne su quattro vengono invitate dai programmi di screening organizzati per la prevenzione secondaria del tumore della mammella (estensione invito 73% nel 2012), con una forte variabilità interregionale (nove donne su dieci invitate nel Centro Nord vs tre su dieci invitate nel Sud ed Isole) (5). Nel 2012, la partecipazione delle donne invitate ad effettuare la mammografia di screening è stata del 57% circa con un gradiente Nord-Sud (63% nel Nord, 44% nel Sud). Nel biennio 2010-2011, sono stati diagnosticati 12.392 carcinomi contro 1.722 lesioni benigne. La valutazione dei principali indicatori raccolti e il confronto con gli standard di riferimento derivanti dall'esperienza di programmi, sia italiani che europei, confermano il buon andamento complessivo dell'attività italiana di screening mammografico. Tuttavia, nelle regioni in cui non viene raggiunto il *target* fissato nel monitoraggio dei LEA (Abruzzo, Calabria, Campania, Molise, Puglia e Sicilia) si dimostra il fallimento in termini di equità territoriale dei programmi di screening. La bassa copertura dei programmi di screening implica un problema di equità di accesso alle cure.

Tabella 1 - *Punteggio complessivo nel monitoraggio LEA, punteggio degli indicatori della prevenzione e punteggio pesato della prevenzione per alcune regioni - Anno 2013*

Regioni	Punteggio monitoraggio LEA		Punteggio pesato della prevenzione
	Complessivo	Indicatori della prevenzione	
Piemonte	201	75,0*	21,0
Lombardia	187	85,0	25,2
Veneto	190	80,0	14,4
Liguria	187	92,5	22,2
Emilia-Romagna	204	100,0	24,0
Toscana	214	100,0	24,0
Umbria	179	100,0	25,8
Marche	191	92,5	18,0
Lazio	152*	50,0*	9,0
Abruzzo	152*	52,5*	19,8
Molise	140*	62,5*	22,2
Campania	136*	55,0*	12,0
Puglia	134*	70,0*	12,6
Basilicata	146*	92,5	23,4
Calabria	136*	60,0*	12,6
Sicilia	165	47,5*	9,6

*Punteggi inferiori alla soglia prefissata.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Anno 2015.

Considerazioni e conclusioni

La spesa per la prevenzione ammonta a circa 4,9 miliardi di euro e rappresenta il 4,2% della spesa sanitaria pubblica. La percentuale di spesa per la prevenzione prevista dal Piano Sanitario Nazionale è del 5%. Sono poche le regioni che raggiungono tale livello e a livello nazionale mancano "all'appello" 930 milioni di euro da dedicare alla prevenzione.

Le regioni inadempienti nel monitoraggio dei LEA sono, oltre al Lazio, quelle del Meridione e coincidono, di fatto, con le regioni che presentano inadempienze nelle funzioni relative alla prevenzione. Dai dati dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali sulla spesa sanitaria del 2011 (2) si rileva come la percentuale di spesa complessiva dedicata alla prevenzione sia uguale tra regioni inadempienti e adempienti nel monitoraggio dei LEA (circa 4,3%). Le difficoltà delle regioni inadempienti non sembrerebbero, quindi, legate ad un problema di risorse dedicate alla prevenzione.

Le inefficienze nell'area della prevenzione hanno un caro prezzo. Non c'è dubbio, ad esempio, che una quota rilevante degli oltre 11.000 decessi osservati ogni anno per carcinoma mammario sarebbe prevenibile se nel nostro Paese i LEA fossero garantiti equamente in tutto il territorio.

In questa Edizione del Rapporto Osservasalute si rilevano, inoltre, altri due importanti fattori di disuguaglianza nell'ambito della prevenzione, in particolare nell'accesso ai programmi di screening dedicati alle donne: la condizioni di disabilità e quella di immigrazione. Si tratta di fattori che si combinano con le difficoltà rilevabili nel Meridione, esacerbando i termini della disuguaglianza.

STATO DELL'ARTE DELLA PREVENZIONE IN ITALIA

491

Riferimenti bibliografici

- (1) Health at Glance 2015. OECD Indicators.
- (2) Meridiano Sanità. Le coordinate della salute. Rapporto 2013. Casa editrice: The European House. Ambrosetti.
- (3) Walter Ricciardi, Vincenzo Atella, Claudio Cricelli, Federico Serra. La tempesta perfetta. Il possibile naufragio del Servizio Sanitario Nazionale: come evitarlo? Vita e Pensiero, 2015.
- (4) Ministero della Salute. Adempimento "Mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea Metodologia e Risultati dell'anno 2013. Luglio 2015.
- (5) Osservatorio Nazionale Screening. I programmi di screening in Italia. Anno 2014.