

Rivista Scientifica

# *Igiene e Sanità Pubblica*

fondata nel 1945 da Gaetano Del Vecchio  
già diretta da Gaetano e Vittorio Del Vecchio



*Custodit vitam qui custodit sanitatem  
Sed prior est sanitas quam sit curatio morbi  
(Flos Medicinae Scholae Salerni)*

---

**La prevenzione in tempi di crisi economica**

**L'antibioticoresistenza**

**Controindicazioni alle vaccinazioni**

**In evidenza in questo numero**

---

Periodico bimestrale  
Volume LXIX - N. 6 - Novembre / Dicembre 2013  
IgSanPubbl - Issn 0019-1639  
[www.igienesanita.org](http://www.igienesanita.org)

# Igiene e Sanità Pubblica

---

In collaborazione con:



Direttore Responsabile  
**Augusto Panà**

Direttore Editoriale  
**Armando Muzzi**

---

## Redazione

Istituto Superiore di Studi Sanitari "Giuseppe Cannarella" - [www.istitutostudisanitari.it](http://www.istitutostudisanitari.it)  
(Referente: Flavia Battioni - [flaviabattioni@libero.it](mailto:flaviabattioni@libero.it))

## Comitato Scientifico

Gabriella Aggazzotti, Simona Amato, Giovanni Berlinguer, Antonio Boccia, Albert Bosch, Silvio Brusaferrò, Vittorio Carreri, Gaetano M. Fara, Antonietta Filia, Bertram Flehmig, Elisabetta Franco, Maria Pia Garavaglia, Giuseppe Giammanco, Donato Greco, Elio Guzzanti, Giuseppe La Torre, Gavino Maciocco, Alessandro Maida, Massimo Maurici, Marck McCarthy, Isabella Mastrobuono, Cesare Meloni, Nicola Nante, Bruno Paccagnella, Walter Ricciardi, Roberta Siliquini, Gianfranco Tarsitani, Giancarlo Vanini

## Traduzioni a cura di

Antonietta Filia

Norme editoriali in 3<sup>a</sup> di Copertina

## Hanno collaborato a questo numero

A. Aniuskevich, F. Attena, B.M. Are, F. Bianconi, V. Brunori, D. Cantone, C. Capozzi, C. Carlino, M. Colafelice, S. Deidda, C. De Vito, M. Di Marco, V. Dugo, E. Franco, F. La Rosa, F.P. Lisena, P. Lo Curto, G. Maida, M.A. Marano, C. Marzuillo, G.M. Masanotti, M.D. Masia, A. Massimi, A. Matarazzo, M. Maurici, I. Mura, A. Muzzi, A. Panà, V. Pettinicchio, A. Piana, P. Ponzio, M. Saba Petrucci, F. Stracci, P. Villari, G. Visconti, A. Volpi, L. Zaratti, E. Zorzoli



**Edizioni Panorama della Sanità** - S.C.a R.L.

Piazzale di Val Fiorita, 3 - 00144 Roma  
Tel. 065911662 - Fax 065917809

---

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA È INDICIZZATA SU MEDLINE E INDEX MEDICUS.

---

## Garanzia di riservatezza

Il trattamento dei dati personali che riguardano Autori e Abbonati viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge n. 196/03 sulla Tutela dei dati personali. I dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi l'Autore o l'Abbonato potrà richiedere, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione, scrivendo all'Editore.

---

Igiene e Sanità Pubblica - Periodico bimestrale a carattere scientifico

Reg. Trib. di Roma n. 4198 del 19.10.1954

Proprietà artistica e letteraria riservata

Accreditato SItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

---

## La prevenzione in tempi di crisi economica e di spending review. Il caso della Regione Lazio

Marco Di Marco<sup>°</sup>, Carolina Marzuillo<sup>° ^</sup>, Corrado De Vito<sup>° ^</sup>, Azzurra Matarazzo<sup>°</sup>, Azzurra Massimi<sup>°</sup>, Paolo Villari<sup>° ^</sup>

<sup>°</sup> Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma

<sup>^</sup> Accademia Romana di Sanità Pubblica

**Parole chiave** Prevenzione; Spesa sanitaria; Spending review; Regione Lazio.

**Riassunto** Le necessità di contenimento della spesa sanitaria pubblica, che si registrano in Europa e in molti Paesi del mondo, rendono i servizi e le attività di prevenzione particolarmente a rischio. Nell'attuale contesto di crisi economico-finanziaria è importante focalizzare in modo corretto il dibattito sulla spesa sanitaria pubblica, sottolineando che il finanziamento delle attività di prevenzione non rappresenta tanto un costo, ma un investimento per il benessere dei cittadini, per lo sviluppo e la stabilità economica. Tutti, in Italia, sembrano concordare su tre priorità: i) il rafforzamento delle attività di prevenzione; ii) la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera; e iii) il potenziamento dell'assistenza primaria.

Alcuni autorevoli report, pubblicati di recente in Italia, forniscono numerosi dati. In un'epoca in cui tutto giustamente deve essere evidence-based, è importante analizzare i dati disponibili per capire se queste priorità sono giustificate e, soprattutto, se sono in grado di indirizzare politiche mirate di spending review. 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.

Nella regione Lazio la spesa sanitaria pubblica è elevata, ma la quota destinata alle attività di prevenzione è tra le più basse d'Italia. Le maggiori criticità emerse nel monitoraggio dei LEA riguardano le coperture per le vaccinazioni raccomandate, gli screening oncologici, l'assistenza residenziale per anziani e disabili e l'efficienza dell'assistenza ospedaliera. La mortalità evitabile, così come la prevalenza di alcuni dei principali fattori di rischio comportamentali, è più alta nel Lazio rispetto al resto del Paese.

Sebbene tutti i dati disponibili avvalorino la scelta di considerare le attività di prevenzione come una priorità, è essenziale tuttavia incrementare il "valore" della prevenzione, investendo le risorse negli interventi preventivi di efficacia e costo-efficacia dimostrate e promuovendo lo sviluppo di sinergie soprattutto con istituzioni esterne al settore sanitario, attuando in maniera decisamente più concreta i principi della salute in tutte le politiche.

### Prevention in times of economic crisis and spending review. The Lazio Region as a study case

**Key words** Prevention; Healthcare expenditure; Spending review; Lazio Region.

**Summary** With cutbacks being implemented across a wide range of social and government programs throughout Europe and the rest of the world, preventive services have become more vulnerable. In this context, it is essential to properly focus the debate on public healthcare expenditure, stressing that financing preventive services is not merely a cost,

but an investment in citizen well-being as well as economic stability and development. In Italy indeed all seem to agree on three priorities: i) strengthening prevention activities; ii) reorganization of hospital care; and iii) reinforcement of primary care.

A plenty of data are available in Italy from some recently published authoritative reports. Given that health policies should be driven by a solid evidence base, it is important to look at the available data to understand if these priorities are justified. The Lazio Region, which is particularly under pressure since it is one of the regions with a formal regional recovery plan (Piano di Rientro), was chosen as a case-study.

In the Lazio Region public health care expenditure is particularly high, but the health care expenditure for prevention activities is among the lowest of the Italian Regions. Major weakness points documented by the essential levels of care indicators included recommended vaccinations coverage, oncological screening programs, residential beds for the elderly and persons with disability and hospital care efficiency. Avoidable mortality is higher in the Lazio than in the rest of the country, as well as the prevalence of some major behavioral risk factors.

Even if all data available support the choice to consider prevention activities as a priority, it is essential to increasing the value of prevention, investing money in preventive interventions of proven effectiveness and cost-effectiveness and promoting synergies with institutions outside the health care sector, implementing in a more efficient way the principle of Health in All Policies.

## **Premessa**

In tempi di crisi la prevenzione è a rischio. La natura stessa della prevenzione, caratterizzata da effetti talora duraturi ma con una latenza variabile e sempre presente, la rende una vittima designata nei momenti di tagli e ridimensionamenti. Tuttavia la difesa della prevenzione in tempi di crisi economica non deve essere una difesa di principio. Le difficoltà finanziarie al contrario possono diventare un'occasione per ripensare alla prevenzione come un sistema per fare buoni investimenti di salute. Di fatto, in un contesto in cui è necessario un controllo rigoroso della spesa pubblica, è probabilmente più utile valorizzare gli interventi efficaci e costo-efficaci piuttosto che concentrarsi sulla riduzione dei costi. Ad esempio, gli screening tumorali di popolazione di efficacia e costo-efficacia ben dimostrate continuano ad essere tali anche in tempi di crisi. Se tali screening non sono senza costi, perdere del tutto la battaglia contro il cancro avrà comunque un prezzo più alto (1). Stessi ragionamenti possono essere fatti per strategie preventive in altri ambiti, come ad esempio le malattie cardiovascolari (2, 3). È importante sottolineare che tra le dieci raccomandazioni elaborate di recente dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS vi è quella di "preservare e proteggere il livello di finanziamento dei servizi di prevenzione e sanità pubblica" (4).

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. Secondo le linee programmatiche del Ministero della Salute presentate a giugno 2013 alle Commissioni Affari Sociali della Camera e Igiene e Sanità del Senato, tra le priorità che il Dicastero intende sviluppare "vi è la valorizzazione delle policies relative alla prevenzione, in tutte le sue forme e nei diversi ambiti ove essa può essere attuata" (5). La Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza del settembre 2013 recita che "gli investimenti nell'ambito della prevenzione ... , basati sull'evidenza scientifica e su una valutazione di costo/efficacia, contribuiscono sostanzialmente nel medio-lungo periodo alla sostenibilità del SSN, riducendo il ricorso allo stesso per finalità di cura ... . Nel contempo essi, assicurando un più elevato livello di benessere e di salute della popolazione, realizzano le condizioni per un miglioramento generale del livello economico del Paese" (6). Il Rapporto Prevenzione 2013 della Fondazione Smith Kline è dedicato al tema dell'economia e della prevenzione ed ospita numerosi ed autorevoli contributi tutti legati dall'unico filo conduttore che gli interventi di prevenzione primaria e secondaria, se di efficacia e costo-efficacia dimostrate, continuano ad essere tali anche in tempo di crisi e rappresentano ottimi investimenti (7). Lo stesso neocommissario alla *spending review* Carlo Cottarelli, in un convegno a Washington nel novembre del 2011 quando era Direttore del Dipartimento Finanza pubblica del Fondo monetario internazionale, sottolineava come modifiche agli approcci sanitari che puntino di più sulla prevenzione e sulla promozione di migliori stili di vita "potrebbero contribuire considerevolmente a ridurre la spesa sanitaria" (8). Tutti, quindi, 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 (9-15). 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.

### **La spesa sanitaria 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) (11). 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 (11).

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 (16). 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 (Tabella 1). 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 (Tabella 1). 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

Tabella 1 - Indicatori di spesa sanitaria pubblica in Italia e nel Lazio

Indicatore	Anno di rilevazione	Valore Lazio	Valore Italia	Ranking Lazio (*)
Spesa sanitaria pubblica pro capite (in euro) (**)	2011	1969	1851	15
Spesa sanitaria pubblica pro capite al netto del saldo sulla mobilità interregionale (in euro) (**)	2011	1964	1851	16
Percentuale di spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL (**)	2009	7,08%	7,22%	11
Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in euro) (**)	2011	152	29,0	21
Disavanzo sanitario pubblico pro capite cumulato per regione (in euro) (**)	2002-2011	2434	608	21
Costo percentuale del Livello di assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro (***)	2009	3,29%	4,19%	3
Costo percentuale del Livello di assistenza distrettuale (***)	2009	44,6%	48,8%	2
Costo percentuale del Livello di assistenza ospedaliera (***)	2009	52,1%	47,0%	17
Costo pro capite del Livello di assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro (in euro) (***)	2009	69,6	80,9	4
Costo pro capite del servizio di igiene e sanità pubblica (in euro) (***)	2009	27,6	36,1	3
Costo pro capite del servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione (in euro) (***)	2009	5,45	6,37	8
Costo del servizio di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro sulla popolazione attiva (in euro) (***)	2009	14,6	15,9	10
Costo pro capite del servizio di sanità pubblica veterinaria (in euro) (***)	2009	11,2	19,3	2

(\*) Il ranking si riferisce alle 21 regioni/province autonome italiane, classificati in ordine crescente dell'indicatore considerato.

(\*\*) Fonte dei dati: 10° Rapporto Osservasalute (10).

(\*\*\*) Fonte dei dati: Rapporto nazionale di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza. Anno 2007-2009 (17).

della spesa, ma anche 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% (16). Il risultato è che il disavanzo sanitario pubblico pro-capite nel Lazio è il peggiore tra le regioni italiane (Tabella 1).

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 (16). 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 obiettivi 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% (Tabella 1). 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%) (Tabella 1). 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 (Tabella 1).

I dati del 2009 si confermano anche per il 2011, anno in cui la spesa sanitaria pubblica destinata alla prevenzione ha sfiorato i 5 miliardi di euro, corrispondente al 4,2% della spesa sanitaria nazionale (14). Tra le attività di prevenzione quelle di igiene e sanità pubblica assorbono il 26% delle risorse (in calo del 4,7% negli ultimi 6 anni), quelle di sanità pubblica veterinaria il 23% (-3,7%), quelle rivolte alla persona, incluse le vaccinazioni e gli screening, il 20% (+6,9%), quelle di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro il 13% (+0,2%), quello dei servizi di medicina legale con le certificazioni l'11% (+0,2%) e quelle di igiene degli alimenti il 7% (-0,9%) (14). La quota della spesa sanitaria pubblica destinata alla prevenzione conferma di avere una grande eterogeneità regionale, variando dal 5,6% della Valle d'Aosta al 2,6% del Friuli Venezia Giulia. Il Lazio è al terz'ultimo posto di questa classifica, con una quota di poco superiore al 3% (14).

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

### **I cittadini del Lazio e le garanzie sui LEA**

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 (9).

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 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%).

La Tabella 2 mostra nel dettaglio i valori nel Lazio di tutti gli indicatori LEA relativi alla prevenzione e di alcuni indicatori selezionati riguardanti l’assistenza distrettuale e l’assistenza ospedaliera. 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

pro-capite 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 (Tabella 2). 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.

### **Lo stato di salute nel Lazio e in Italia**

Nel Lazio la mortalità infantile e la speranza di vita alla nascita si attestano su valori lievemente più sfavorevoli rispetto alle medie nazionali (Tabella 3). 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: nell’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

Tabella 2 - Alcuni indicatori LEA nel Lazio (anno 2011) (9)

Indicatore	Valore Lazio	Ranking Lazio (*)	Note
<i>Prevenzione</i>			
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	96,6% (POL) 96,6% (DT-DTP) 99,9% (EpB) 96,8% (Hib)	9 (POL) 12 (DT-DTP) 1 (EpB) 7 (Hib)	Valore normale
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	90,0%	14	Scostamento non accettabile
Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano ( $\geq 65$ anni)	62,2%	9	Scostamento non accettabile
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (score) (**)	3	15	Scostamento non accettabile
Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro (euro)	70,45	18	Scostamento rilevante ma in miglioramento (***)
Percentuale di unità controllate nei luoghi di lavoro sul totale da controllare	5,40%	8	Valore normale
Malattie animali trasmissibili all'uomo - Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza (***)	115,6% ↓(°)	1	Valore normale
Malattie animali trasmissibili all'uomo - Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina e riduzione della prevalenza (***)	93,5% ↓(°)	20	Scostamento non accettabile
Anagrafi animali - Percentuale di aziende ovicaprine controllate (soglia del 3%) per anagrafe ovicaprina	86,0%	17	Scostamento non accettabile
Contaminazione degli alimenti - Percentuale dei campioni alimentari analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	152,6%	1	Valore normale
Controllo sanitario su alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione: percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati	41,3%	20	Scostamento non accettabile
<i>Assistenza distrettuale</i>			
Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO. (Indice pesato per fasce d'età)	468,5	3	Valore normale
Percentuale di anziani $\geq 65$ anni trattati in ADI	4,98%	6	Valore normale

segue tabella a pagina seguente

segue Tabella 2

Indicatore	Valore Lazio	Ranking Lazio (*)	Note
Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali ogni 1000 anziani residenti	4,08	13	Scostamento non accettabile
Numero di posti in strutture residenziali ogni 1000 anziani residenti	4,60	13	Scostamento rilevante ma in miglioramento (***)
Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti	0,46	14	Scostamento rilevante ma in miglioramento (***)
Numero di posti in strutture residenziali e semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti	0,88	12	Valore normale
<i>Assistenza ospedaliera</i>			
Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per età per 1000 residenti	166,3	9	Valore normale
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1000 residenti	15,8	14	Scostamento rilevante ma in miglioramento (***)
Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	40,1%	9	Valore normale
Tasso standardizzato di ricoveri ordinari (di 2 o più giornate) attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Patto della salute 2010-2012) per 1000 residenti	22,9	15	Valore normale
Degenza media trimmata standardizzata per case-mix (giornate)	6,30	19	Scostamento non accettabile

(\*) Il ranking si riferisce alle 21 regioni/province autonome italiane, classificate dalla più virtuosa alla meno virtuosa sulla base del valore dell'indicatore considerato.

(\*\*) Lo score totale dell'indicatore è calcolato sommando gli score dei singoli programmi di screening a cui è attribuibile un punteggio che varia da 0 a 5.

SCORE	0	1	3	5
Screening mammografico	0% - 5%	6% - 34%	35% - 59%	≥ 60%
Screening cervicale	0% - 5%	6% - 24%	25% - 49%	≥ 50%
Screening colo-rettale	0% - 5%	6% - 24%	25% - 49%	≥ 50%

(\*\*\*) La valutazione si riferisce al triennio 2009-2011.

(°) Trend della prevalenza in diminuzione.

vaccinazioni, corretta gestione dei pazienti cronici, adeguato ricorso alle strutture sanitarie etc. (15).

Se si considera l'indicatore giorni perduti per cause evitabili pro-capite 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 (Tabella 3). 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 (Tabella 3).

È noto che le malattie cronic-degenerative, 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 (Tabella 3). 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 (Tabella 3). 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 (Tabella 3).

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 (Tabella 3). 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 diseguaglianza 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 (Tabella 3).

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.

**Tabella 3. Alcuni indicatori di salute nel Lazio e in Italia, con particolare riferimento a quelli relativi alla prevenzione**

Indicatore	Anno di rilevazione	Valore Lazio	Valore Italia	Ranking Lazio (*)
<i>Mortalità infantile e speranza di vita</i>				
Tasso di mortalità infantile (per 10000 nati vivi) (**)	2011	32,2	30,1	14
Speranza di vita alla nascita in anni (maschi) (**)	2011	79,1	79,4	15
Speranza di vita alla nascita in anni (femmine) (**)	2011	84,5	84,5	13
<i>Mortalità evitabile</i>				
Giorni perduti per cause evitabili pro-capite (0-74 anni) - maschi (***)	2010	22,9	21,2	15
Giorni perduti per cause evitabili pro-capite (0-74 anni) - maschi - Prevenzione primaria (***)	2010	13,6	12,5	18
Giorni perduti per cause evitabili pro-capite (0-74 anni) - maschi - Diagnosi precoce e terapia (***)	2010	1,70	1,50	18
Giorni perduti per cause evitabili pro-capite (0-74 anni) - maschi - Igiene e assistenza sanitaria (***)	2010	7,60	7,20	11
Giorni perduti per cause evitabili pro-capite (0-74 anni) - femmine (***)	2010	12,4	11,9	16
Giorni perduti per cause evitabili pro-capite (0-74 anni) - femmine - Prevenzione primaria (***)	2010	4,60	4,00	18
Giorni perduti per cause evitabili pro-capite (0-74 anni) - femmine - Diagnosi precoce e terapia (***)	2010	3,40	3,60	9
Giorni perduti per cause evitabili pro-capite (0-74 anni) - femmine - Igiene e assistenza sanitaria (***)	2010	4,40	4,40	11
<i>Fattori di rischio comportamentali</i>				
Prevalenza (per 100) di persone della classe di età di 14 anni ed oltre per abitudine al fumo (°)	2011	27,2	22,3	21
Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio di alcool (°°) della classe di età 11-18 anni (°)	2010	10,5	12,8	4
Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio di alcool (°°) della classe di età 19-64 anni (°)	2010	11,8	13,4	5
Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio di alcool (°°) della classe di età 65-74 anni (°)	2010	25,3	28,7	16
Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio di alcool (°°) della classe di età 75 anni ed oltre (°)	2010	20,7	21,7	8
Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 18 anni ed oltre in sovrappeso (°)	2011	34,0	35,8	6
Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 18 anni ed oltre, obese (°)	2011	9,20	10,0	9
Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 3 anni ed oltre che non praticano sport o attività fisica (°)	2011	44,9	39,8	15
Percentuale di persone della classe di età 3 anni ed oltre (°°°) per consumo di 5 porzioni e più al giorno di verdura, ortaggi e frutta (°)	2011	3,90	4,90	16

segue tabella a pagina seguente

segue Tabella 3

Indicatore	Anno di rilevazione	Valore Lazio	Valore Italia	Ranking Lazio (*)
<i>Indicatori di deprivazione</i>				
Popolazione in età 25-64 anni che ha conseguito al più un livello di istruzione secondaria inferiore (^)	2011	33,9%	44,3%	1
Giovani Neet (Not in Education, Employment or Training) di 15-29 anni (^)	2011	21,6%	22,7%	14
Tasso di disoccupazione (^)	2011	8,90%	8,40%	14
Tasso di inattività (donne) (^)	2011	45,6%	48,5%	13
Densità della popolazione (abitanti per km <sup>2</sup> ) (^)	2011	333,7	201,5	19
Incidenza della povertà relativa (x 100 famiglie residenti) (^)	2011	7,10	11,1	11
Diseguaglianza dei redditi (^) (^ ^)	2010	0,324	0,319	18
Indicatore sintetico di deprivazione (per 100 famiglie residenti) (^) (^ ^ ^)	2011	19,0	22,4	12

(\*) Il ranking si riferisce alle 21 regioni/province autonome italiane, classificate dalla più virtuosa alla meno virtuosa sulla base del valore dell'indicatore considerato.

(\*\*) Fonte dei dati: Istat. Sistema informativo territoriale su sanità e salute. Health for All - Italia, Versione di dicembre 2013 (18).

(\*\*\*) Fonte dei dati: Rapporto MEV (i) 2013 (15).

(°) Fonte dei dati: 10° Rapporto Osservasalute (10).

(°°) Consumatori a rischio: donne che consumano più di 20 grammi di alcool al giorno (1-2 Unità Alcoliche-UA1), uomini che superano i 40 grammi di alcool al giorno (2-3 UA), giovani di età <16 anni che assumono una qualsiasi quantità di bevande alcoliche, giovani di 16-18 anni che consumano più di 1 UA al giorno, ultra 65enni che eccedono il consumo di 1 UA al giorno, individui che assumono in un'unica occasione oltre 6 UA di una qualsiasi bevanda (binge drinking).

(°°°) L'indicatore è calcolato sulle persone di 3 anni e oltre che hanno dichiarato di consumare almeno una porzione di verdura, ortaggi e frutta.

(^ ) Fonte dei dati: Istat. Noi Italia 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo. 2013 (19).

(^ ^) L'indicatore è una misura sintetica del grado di diseguaglianza della distribuzione del reddito ed è calcolato sui redditi familiari equivalenti, cioè resi comparabili mediante l'applicazione di una scala di equivalenza che tiene conto della diversa composizione delle famiglie. Questo indice è pari a zero nel caso di una perfetta equità della distribuzione dei redditi, nell'ipotesi cioè che tutte le famiglie ricevano lo stesso reddito; è invece pari a uno nel caso di totale diseguaglianza, nell'ipotesi che il reddito totale sia percepito da una sola famiglia.

(^ ^ ^) L'indicatore sintetico di deprivazione rappresenta la quota di famiglie che dichiarano almeno tre delle nove deprivazioni riportate di seguito: non riuscire a sostenere spese impreviste; avere arretrati nei pagamenti (mutuo, affitto, bollette, debiti diversi dal mutuo); non potersi permettere una settimana di ferie in un anno lontano da casa, un pasto adeguato (proteico) almeno ogni due giorni, il riscaldamento adeguato dell'abitazione, l'acquisto di una lavatrice, o di un televisore a colori, o di un telefono, o di un'automobile.

## 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, come già sottolineato all'inizio di questo articolo, la difesa della prevenzione in tempi di crisi economica non deve essere una difesa di principio, bensì deve basarsi su solide evidenze scientifiche. È indubbio che i sistemi sanitari pubblici siano costretti ad affrontare il tema della scarsità delle risorse e dei metodi di valutazione per definire le priorità degli interventi. Il controllo della spesa sanitaria è sempre stato un obiettivo prioritario dei sistemi sanitari. Se gli anni '90 sono stati, nella maggior parte dei Paesi industrializzati, caratterizzati da riforme e misure di bilancio improntate soprattutto al contenimento della spesa (“imperativo economico”, secondo una definizione dell'OMS), con strategie di natura prevalentemente finanziaria, negli anni 2000 si sono osservate maggiormente riforme finalizzate al controllo della spesa attraverso un miglioramento della pratica medica e di sanità pubblica tramite recuperi di efficacia, appropriatezza ed efficienza. In altri termini, sono ritornati molto in auge due slogan, il primo, famoso e forse un po' datato, di Archie Cochrane (“All effective treatment should be free”) (20) e il secondo, meno famoso ma più recente, di Alan Williams (“All cost-effectiveness treatment should be free”) (21). Tutto ciò porta ad assegnare un ruolo strategico alla valutazione degli interventi sanitari, in termini sia di efficacia sia di efficienza, da attuarsi mediante tecniche di epidemiologia clinica e di valutazione economica, che, tra l'altro, nel settore della prevenzione presentano alcune caratteristiche peculiari rispetto agli ambiti di diagnosi e cura.

È importante quindi cercare di capire, in termini di evidenza scientifica disponibile, se gli interventi di prevenzione 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 (22). 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 (23).

Sebbene i dati sopraesposti non siano eclatanti, tali cioè da poter affermare che gli interventi di prevenzione comportino sempre un risparmio di risorse, è abbastanza chiaro che gli interventi e le attività di prevenzione possano rappresentare in molti casi un ottimo investimento delle risorse. È inoltre evidente che non è possibile generalizzare,

vale a dire non è possibile considerare globalmente gli interventi di prevenzione primaria o secondaria, valutandoli comparativamente con la totalità degli interventi curativi. In altri termini, come affermato con chiarezza più di venti anni fa da Milton Weinstein (24), esistono numerosi interventi preventivi e numerosi interventi curativi, ciascuno dei quali deve essere sottoposto a valutazione economica completa, tenendo presente che esistono alcuni interventi preventivi con rapporti costo-efficacia più favorevoli rispetto ad interventi curativi, e viceversa. Il punto centrale diventa quindi la selezione delle attività di prevenzione “giuste”, con evidenze di efficacia e con rapporti costo-efficacia favorevoli.

È il caso forse anche di andare a vedere cosa succede in Europa. Il concetto che la prevenzione rappresenta una chiave di volta essenziale nel promuovere la salute ed il benessere delle popolazioni è ampiamente radicato a livello europeo. L'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha recentemente redatto il documento politico “Health 2020” (25), che si apre con la dichiarazione che gli obiettivi dei Paesi europei devono comprendere il miglioramento della salute e del benessere delle popolazioni, la riduzione delle disuguaglianze di salute, il rafforzamento della sanità pubblica e la garanzia di sistemi sanitari universalistici, equi, sostenibili e di elevata qualità. Gli obiettivi strategici di “Health 2020” sono di migliorare la salute per tutti e di ridurre le disuguaglianze di salute e di migliorare la leadership e la governance partecipativa per la salute con il coinvolgimento della società civile, individuando quattro aree prioritarie: adozione di un approccio “life-course” e promozione dell'*empowerment* dei cittadini; attenzione alle malattie infettive e cronico-degenerative; rafforzamento dei sistemi sanitari centrati sulla persona, delle competenze di sanità pubblica e delle capacità di rispondere alle emergenze; creazione di comunità e di ambienti in grado di supportare positivamente la salute. La sanità pubblica è quindi chiaramente al centro della strategia di “Health 2020”, enfatizzando che la sanità pubblica dipende non solo dai Ministeri della Salute e dai settori sanitari, ma anche (e forse di più) da altri settori. Si tratta, di fatto, della strategia, certamente non nuova, della salute in tutte le politiche (HiAP, *Health in All Policies*) (26).

L'evidenza scientifica a supporto di “Health 2020” è particolarmente significativa. Tra i diversi documenti prodotti o in corso di pubblicazione, è importante citare lo studio effettuato dall'OMS in collaborazione con l'Osservatorio Europeo sulle politiche e sui sistemi sanitari e l'OCSE, incentrato sull'economia delle attività di sanità pubblica e di prevenzione (27). Lo studio ha proprio l'obiettivo di fornire ai

diversi Paesi europei l'evidenza scientifica circa l'efficacia e la costo-efficacia degli interventi di prevenzione primaria in grado di supportare scelte politiche di investimenti nei settori "giusti" della prevenzione, quali, ad esempio, quelli relativi al controllo dei grandi fattori di rischio di tipo comportamentale (fumo, alcool, alimentazione, attività fisica) o ambientale.

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 circostanziate 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.

## Bibliografia

- <sup>1)</sup> Martin-Moreno JM, Anttila A, von Karsa L, Alfonso-Sanchez JL, Gorgojo L. *Cancer screening and health system resilience: keys to protecting and bolstering preventive services during a financial crisis*. Eur J Cancer 2012;48:2212-8.
- <sup>2)</sup> Barton P, Andronis L, Briggs A, McPherson K, Capewell S. *Effectiveness and cost effectiveness of cardiovascular disease prevention in whole populations: modelling study*. BMJ 2011;343:d4044.
- <sup>3)</sup> Weintraub WS, Daniels SR, Burke LE, Franklin BA, Goff DC Jr, Hayman LL, Lloyd-Jones D, Pandey DK, Sanchez EJ, Schram AP, Whitsel LP; American Heart Association Advocacy Coordinating Committee; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on the Kidney in Cardiovascular Disease; Council on Epidemiology and Prevention; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Arteriosclerosis; Thrombosis and Vascular Biology; Council on Clinical Cardiology, and Stroke Council. *Value of primordial and primary prevention for cardiovascular disease: a policy statement from the American Heart Association*. Circulation 2011;124:967-90.
- <sup>4)</sup> World Health Organization. *Health systems in times of global economic crisis: an update of the situation in the WHO European Region*. Geneva: WHO, 2013. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/190456/Health-systems-in-times-of-global-economic-crisis,-an-update-of-the-situation-in-the-WHO-European-Region.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/190456/Health-systems-in-times-of-global-economic-crisis,-an-update-of-the-situation-in-the-WHO-European-Region.pdf)
- <sup>5)</sup> Linee programmatiche del Ministero della Salute presentate alle Commissioni Affari Sociali della Camera e Igiene e Sanità del Senato. Roma, giugno 2013. [http://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_4\\_1\\_1\\_stampa.jsp?id=3965](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_4_1_1_stampa.jsp?id=3965)
- <sup>6)</sup> Ministero dell'Economia e delle Finanze. *Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2013*. Roma, 20 settembre 2013. <http://www.governo.it/backoffice/allegati/72959-8932.pdf>
- <sup>7)</sup> Cislighi C, Conversano M, Federici A, Nicelli AL, Renga G, Ricciardi W, Signorelli C, Trabucchi M, Valsecchi M e Villari P (a cura di). *Rapporto Prevenzione 2013. L'economia della prevenzione*. Fondazione Smith Kline. Bologna: il Mulino, 2013.
- <sup>8)</sup> Cottarelli C. *Technological Advances, Public Health Spending Increases, and Health Care Reforms in the Advanced Economies*. *Health Care Innovation in a Time of Fiscal Austerity*. Washington, November 2, 2011. [http://www.quotidianosanita.it/allegati/create\\_pdf.php?all=1567724.pdf](http://www.quotidianosanita.it/allegati/create_pdf.php?all=1567724.pdf)
- <sup>9)</sup> 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](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2067_allegato.pdf)
- <sup>10)</sup> Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. *10° Rapporto Osservasalute. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Milano: Prex, 2013.
- <sup>11)</sup> Spandonaro F (a cura di). *IX Rapporto Sanità. Crisi economica e sanità: come cambiare le politiche pubbliche*. Roma: Università "Tor Vergata", 2013.
- <sup>12)</sup> 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.

- 13) CERGAS Bocconi. Rapporto OASI 2013. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano. Milano: EGEA, 2013.
- 14) 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>
- 15) Buzzi N, Cananzi G, Mozzetta I, Maurici M, Tondo E. Rapporto MEV (i) 2013. <http://www.mortalitaevitabile.it>
- 16) 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](http://www.quotidianosanita.it/allegati/create_pdf.php?all=2296637.pdf)
- 17) 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](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1674_allegato.pdf)
- 18) Istat. *Sistema informativo territoriale su sanità e salute. Health for All - Italia, Versione di dicembre 2013*. <http://www.istat.it/it/archivio/14562>
- 19) Istat. *Noi Italia 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo*. 2013. Roma, 2013. <http://noi-italia.istat.it/fileadmin/NoiItalia2013.pdf>
- 20) Cochrane AL. *Effectiveness and efficiency. Random reflection on health service es*. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.
- 21) Williams A. Cochrane Lecture. *All cost effective treatments should be free... or, how Archie Cochrane changed my life!* *J Epidemiol Community Health*, 1997;51:116–120.
- 22) Cohen JT, Neumann PJ, Weinstein MC. *Does preventive care save money?* *Health economics and the presidential candidates 2008*;358:661-3.
- 23) Chokshi DA, Farley TA. *The cost-effectiveness of environmental approaches to disease prevention 2012*;367:295-7.
- 24) Weinstein MC (1990): *Economics of prevention*. *J Gen Int Med*, 5(suppl):S89-S92.
- 25) Organizzazione Mondiale della Sanità, Ufficio regionale Europa. *Health 2020. Una strategia di indirizzo europea a sostegno dell'azione governativa e sociale per la salute e il benessere*. In: Boccia A, Cislaghi C, Federici A, Lagravinese D, Nicelli AL, Renga G, Ricciardi W, Signorelli C, Trabucchi M e Villari P (a cura di). *Rapporto Prevenzione 2012. L'economia della prevenzione*. Fondazione Smith Kline. Bologna: il Mulino, 2012.
- 26) Hunter DJ. *WHO's ambitious new European health strategy*. *BMJ* 2012; 345:e5928.
- 27) McDaid D, Sassi F, Merkur S. *The economic case for public health action*. Maidenhead: Open University Press, in press.

## Referente

Paolo Villari, MD MPH

Professore Ordinario di Igiene

Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive

Sapienza Università di Roma

P.le Aldo Moro, 5 - 00185 Roma

Tel. +39 0649914886

Fax. + 39 0649914449

E-mail: [paolo.villari@uniroma1.it](mailto:paolo.villari@uniroma1.it)

---

## Norme editoriali e modalità di abbonamento

---

La collaborazione è aperta a tutti e gli articoli firmati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori. La Direzione si riserva in ogni caso l'accettazione dei lavori. La *proprietà letteraria ed artistica* di quanto pubblicato è riservata alla Rivista. È autorizzata la riproduzione anche parziale di quanto pubblicato su *Igiene e Sanità Pubblica* purché ne sia citata la fonte.

I lavori, apolitici ed inediti, debbono essere inviati a *Igiene e Sanità Pubblica* presso:

- Istituto Superiore di Studi Sanitari "Giuseppe Cannarella"

Referente: Flavia Battioni - e-mail: [flaviabattioni@libero.it](mailto:flaviabattioni@libero.it)

specificando quale sia il referente fra gli Autori citati nel lavoro con indicazione completa del recapito (qualifica, istituto/ente di appartenenza, indirizzo, telefono, fax, e-mail).

I lavori degli abbonati godono della precedenza nella pubblicazione. Gli articoli dovranno pervenire alla *Redazione di Igiene e Sanità Pubblica* su supporto magnetico o per e-mail, utilizzando un formato di tipo diffuso (ambiente Windows). Il materiale inviato, anche se non pubblicato, non verrà restituito.

Ogni articolo dovrà essere così composto:

- Titolo (in italiano e inglese)
- Nome e Cognome (per esteso) di ogni autore
- Ad ogni autore deve corrispondere una sola qualifica ed un solo ente. Si prega di utilizzare solo i seguenti simboli per distinguere le qualifiche degli autori: \* o ° o ^ . Ognuno di questi simboli può essere ripetuto fino a tre volte (\*, \*\*, \*\*\*, °, °°, °°, ^, ^ ^, ^ ^ ^). Come nell'esempio: Francesco Rossi\*, Giorgio Verdi\*\*, Maria Teresa Gialli\*\*\*, Riccardo Bianchi°, Barbara Viola°, Alice Celesti°, Carlo Blu ^, Omar Neri ^ ^, Vittorio Grigi ^ ^ ^.
- Parole chiave, massimo 4 in italiano e in inglese.
- Riassunto, non deve superare i 500 caratteri e deve essere redatto in italiano, e inglese, utilizzando un linguaggio conciso, evitando le abbreviazioni ed usando la terza persona. In conformità a raccomandazione dell'Unesco è desiderabile che il riassunto-sommario sia posto all'inizio del lavoro e contenga, nell'ordine, lo scopo delle indagini che ne formano l'oggetto, le osservazioni eseguite, le conclusioni tratte, nonché, se possibile, i punti essenziali di ogni teoria, apparecchio o tecnica avente carattere di novità. Gli Autori sono pregati di rivedere accuratamente il riassunto-sommario, eliminando parole non strettamente necessarie, chiarendo eventuali punti oscuri e facendo particolare attenzione alla terminologia scientifica, ai nomi propri, ai dati numerici ed alle formule chimiche e matematiche.
- Articolo, massimo 18.000 caratteri spazi inclusi (8 pagine compresa la bibliografia), €170,00. Per ogni ulteriore pagina (2.700 caratteri spazi inclusi) il costo è fissato a €10,00.
- Tabelle e grafici/immagini fino ad un massimo di 3 per articolo sono inclusi nel contributo. Gli eventuali grafici e tabelle dovranno in ogni caso essere accompagnati dai dati grezzi necessari per la loro realizzazione. Per ogni grafico/immagine e tabella in più il costo è fissato a €13,00.

Per gli estratti (solo in formato digitale) rivolgersi all'Editore: [abbonamenti@panoramasanita.it](mailto:abbonamenti@panoramasanita.it).

### Costo dell'abbonamento per l'anno 2014

Ordinario (Enti, Aziende) 75 euro, Personale (Individuale) 60 euro, Abbonamento Socio SItI 55 euro.

Estero 100 euro.

Il versamento va effettuato sul c/c postale 89920847 intestato a Edizioni Panorama della Sanità- Roma, o a mezzo bonifico bancario Banca Popolare di Sondrio IBAN IT10N056960321100008992X72.

Inviare all'editore Edizioni Panorama della Sanità per lettera o fax comunicazione dell'avvenuto versamento per dare corso all'invio della Rivista.

Per ogni controversia è competente il Foro di Roma. L'Amministrazione non risponde di eventuali disguidi postali. I reclami devono pervenire subito dopo l'arrivo del fascicolo successivo al disguidato. Il costo del fascicolo arretrato è doppio di quello di copertina; per annata arretrata il costo è pari al canone di abbonamento ordinario dell'anno cui si riferisce, maggiorato del 50%.

## Indice

### Editoriale

A. Muzzi, A. Panà Coscienza sanitaria e Sanità pubblica .....	603
--	-----

### Parte Scientifica e Pratica

A. Piana, I. Mura, S. Deidda, P. Lo Curto, B.M. Are, G. Maida, M.D. Masia Valutazione in vitro dell'attività antimicrobica di dispositivi medici emostatici in uso in chirurgia .....	611
D. Cantone, M.A. Marano, F. Attena Indagine conoscitiva sui Corsi di Accompagnamento alla nascita in strutture pubbliche della regione Campania .....	619
M. Saba Petrucci, V. Brunori, G.M. Masanotti, F. Bianconi, F. La Rosa, F. Stracci Incidenza dei tumori multipli in seguito a cancro del tratto respiratorio in Umbria .....	629

### Note di Aggiornamento

M. Di Marco, C. Marzuillo, C. De Vito, A. Matarazzo, A. Massimi, P. Villari La prevenzione in tempi di crisi economica e di spendingreview. Il caso della Regione Lazio .....	639
--	-----

### Note di Approfondimento

C. Capozzi, A. Volpi, M. Maurici, F.P. Lisena, G. Visconti, A. Panà Le infezioni correlate all'assistenza e l'antibiotico-resistenza: una sfida globale del XXI secolo .....	657
---	-----

### Politiche Vaccinali

E. Zorzoli, C. Carlino, A. Aniuskevich, M. Colafelice, V. Dugo, V. Pettinicchio, P. Ponzio, L. Zaratti, E. Franco Controindicazioni alle vaccinazioni:nessuna nuova, buona nuova .....	693
---	-----

## Index

- Health awareness and public health .....	603
--	-----

### Research and Practice

- In vitro evaluation of antimicrobial activity of absorbable topical hemostatic agents used in the operating room .....	611
- A survey on publicly funded antenatal courses for pregnant women in the Campaniaregion (Italy) .....	619
- Incidence of multiple primary cancers followingrespiratory tract cancer in Umbria, Italy .....	629

### Update Note

- Prevention in times of economic crisis and spending review. The Lazio Region as a study case .....	639
--	-----

### In depth Note

- Healthcare-associated infections and antibiotic resistance: a global challengefor the 21st century .....	657
--	-----

### Vaccinal Politics

- Contraindications to vaccinations: no news is good news .....	693
---	-----