

In tempi di crisi la prevenzione sanitaria è a rischio. La sua stessa natura, caratterizzata da effetti talora duraturi ma con una latenza variabile e sempre presente, la rende una «vittima designata» nei momenti dei tagli e ridimensionamenti. Le difficoltà finanziarie, tuttavia, possono diventare un'occasione per ripensare la prevenzione come un sistema per fare buoni investimenti in salute. In un contesto in cui è necessario un controllo rigoroso della spesa pubblica, è certamente più utile valorizzare gli interventi efficaci piuttosto che concentrarsi sulla sola riduzione dei costi. In questa direzione si orienta l'edizione 2013 del Rapporto Prevenzione, promosso dalla Fondazione Smith Kline e dalla Società Italiana di Igiene, Medicina preventiva e Sanità pubblica (S.I.I.). Il volume, dopo un aggiornamento delle attività dell'Osservatorio Italiano sulla Prevenzione (OIP) che si configura sempre più come centro di monitoraggio stabile sulle attività di prevenzione in Italia, approfondisce il tema, complesso ma stimolante, dell'economia della prevenzione. Numerosi e autorevoli sono i contributi, legati da un unico filo conduttore: gli interventi di prevenzione primaria e secondaria, condotti con approcci di popolazione, per individui a più alto rischio o anche personalizzati, se di efficacia e costo-efficacia dimostrate, continuano a essere tali anche in tempo di crisi e rappresentano ottimi investimenti.

Cesare Gislaghi, Michele Conversano, Antonio Federici, Anna Lisa Nicelli, Giovanni Renga, Walter Ricciardi, Carlo Signorelli, Marco Trabucchi, Massimo Valsecchi e Paolo Villari sono membri del Board Prevenzione della Fondazione Smith Kline.



Fondazione Smith Kline

Rapporto Prevenzione 2013

L'economia della prevenzione

a cura di

Cesare Gislaghi, Michele Conversano,
Antonio Federici, Anna Lisa Nicelli,
Giovanni Renga, Walter Ricciardi,
Carlo Signorelli, Marco Trabucchi,
Massimo Valsecchi e Paolo Villari

ISBN 978-88-15-24692-9



9 788815 246929

€ 35,00

Grafica: A. Bernini

il Mulino

INDICE

Gli autori del volume ringraziano Antonella Losito per l'intelligente e accurato lavoro redazionale

Presentazione, di <i>Walter Ricciardi, Paolo Villari e Michele Conversano</i>	p. 9
OSSERVATORIO PREVENZIONE	
Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip): verso una copertura completa del territorio nazionale, di <i>Francesco Calamo-Spechia, Anna Lisa Nicelli e Massimo Valsecchi</i>	19
L'ECONOMIA DELLA PREVENZIONE	
L'economia della prevenzione, di <i>Cesare Cislaghi e Giuseppe Costa</i>	61
L'Osce e l'economia della prevenzione, di <i>Chiara Capobianco e Franco Sassi</i>	75
Il razionale e la logica delle valutazioni economiche in prevenzione, di <i>Fabrizio Tediosi</i>	89
L'ECONOMIA DELLA PREVENZIONE: I SETTORI D'INTERVENTO	
Vaccini, politiche e strategie vaccinali. Due casi modello: Hpv e influenza stagionale, di <i>Paolo Bonanni, Sara Baccalini, Tatiana Battista e Michele Conversano</i>	111
La valutazione economica applicata ai programmi di <i>screening</i> : aspetti metodologici e esempi di utilizzo, di <i>Fabio Palazzo, Paola Mantellini, Giuseppe Lippi, Paolo Giorgi Rossi e Marco Zappa</i>	131

I lettori che desiderano informarsi sui libri e sull'insieme delle attività della Società editrice il Mulino possono consultare il sito Internet: www.mulino.it

ISBN 978-88-15-24692-9

Copyright © 2013 by Società editrice il Mulino, Bologna. Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere fotocopiata, riprodotta, archiviata, memorizzata o trasmessa in qualsiasi forma o mezzo – elettronico, meccanico, reprografico, digitale – se non nei termini previsti dalla Legge che tutela il Diritto d'Autore. Per altre informazioni si veda il sito www.mulino.it/edizioni/fotocopie

L'educazione sanitaria: quale impatto economico?, di <i>Chiara Capobianco e Michele Ceccini</i>	p. 173
I costi della mancata prevenzione cardiovascolare, di <i>Massimo Valsecchi</i>	189
Test genetici, sanità pubblica e valutazioni economiche, di <i>Elvira D'Andrea, Ferruccio Pelone, Carolina Marzullo, Maria Lanzarillo, Corrado De Vito, Maria De Giusti e Paolo Villari</i>	203
Aspetti economici della prevenzione non farmacologica del diabete, di <i>Federico Spandonaro, Annachiara Bernardini e Valentina Lista</i>	231
L'impatto economico delle malattie croniche: la Bpco, di <i>Roberto W. Dal Negro</i>	261
Le badanti e la prevenzione mancata. Rischi per il domani di un lavoro oggi non adeguatamente protetto, di <i>Fausta Podavitte, Angelo Bianchetti e Marco Trabucchi</i>	277
Controlli ambientali e salute umana 20 anni dopo il referendum, di <i>Carlo Signorelli</i>	289
La prevenzione dei danni da incidenti stradali: una valutazione economica, di <i>Alice Mannocci, Manuela Arzori e Giuseppe La Torre</i>	305
L'economia della prevenzione «ambiente e lavoro: dall'Icmesa di Seveso all'IIva di Taranto», di <i>Vittorio Carri e Michele Conversano</i>	319
Impatto economico e costi della ludopatia, di <i>Chiara Cadeddu, Maria Lucia Specchia e Walter Ricciardi</i>	341
Impatto economico e impatto della prevenzione delle dipendenze da sostanze, di <i>Fabrizio Faggiano, Roberto Zanola e Luca Savarino</i>	359

Prevenzione e salute mentale, di <i>Claudio Mencacci e Giancarlo Cerveri</i>	p. 383
La prevenzione dalle diseguità e dalle conseguenze delle disuguaglianze sociali, di <i>Giuseppe Costa e Cesare Cirigli</i>	403
Senso e finalità delle valutazioni economiche e finanziarie in sanità pubblica, di <i>Francesco Calamo-Specchia, Giovanni Baglio e Maria Michela Giannino</i>	421

FABRIZIO FAGGIANO*, ROBERTO ZANOLA**
E LUCA SAVARENO***

IMPATTO ECONOMICO
E IMPATTO DELLA PREVENZIONE
DELLE DIPENDENZE DA SOSTANZE

1. Premessa

1.1. Fumo, alcool e droghe

In Italia, nel 2010, si sono persi complessivamente 10.907 anni di vita senza disabilità prima dei 75 anni per ogni 100.000 abitanti (Thme, 2013). Di questi, il 10,1% era dovuto al consumo di tabacco, il 3,0% all'alcool e il 1,5% all'uso di droghe. L'indicatore che abbiamo usato per descrivere l'impatto sulla salute dell'uso di sostanze è il *Daly, Disability Adjusted Life Years*, che rappresenta un anno di vita prematura (cioè prima dei 75 anni) perso per morte, cattivo stato di salute o per disabilità. Si tratta quindi di un indicatore che tiene conto del decesso precoce e degli effetti sulla salute causati da fattori di rischio, come ad esempio il consumo di sostanze psicoattive quali tabacco, alcool e droghe. Si tratta dell'indicatore utilizzato da Gbd, *Global Burden of Diseases*, per quantificare il peso dei singoli fattori di rischio sulla salute globale, sia al fine di definire priorità di intervento che di permettere una valutazione dell'effetto degli interventi di sanità pubblica (Lim *et al.*, 2012).

Questo indicatore ci permette di affermare che il consumo di sostanze è la prima causa di morte e disabilità

* Dipartimento di Medicina Tradizionale, Università del Piemonte Orientale.

** Dipartimento di Giurisprudenza e Scienze Politiche, Economiche e Sociali, Università del Piemonte Orientale.

*** Dipartimento di Studi Umanistici, Università del Piemonte Orientale.

Una simile revisione canadese ha riscontrato effetti simili: le restrizioni nella vendita di tabacco e il divieto di fumo in luoghi pubblici sono risultate fra le iniziative a maggiore costo-efficacia. (Phac, 2009). Il divieto di vendita del tabacco ai minori risulta avere un rapporto costo-efficacia fra 260 e 1.000 Us\$, il divieto di fumo nei luoghi di lavoro di 506 Us\$, molto più favorevoli rispetto ad un programma nazionale di cessazione basato su sostituti della nicotina (4.440 Us\$ per Qualy).

Un lavoro effettuato dall'Ocse permette di fare considerazioni comparative (Sassi, 2010), avendo valutato tutti gli interventi di prevenzione dell'obesità. In questo lavoro gli autori stimano che il rapporto costo-efficacia degli interventi di prevenzione primaria dell'obesità sia poco favorevole: interventi scolastici, ad esempio, vengono a costare in Italia più di 300.000 Us\$ per Daly fino a 60 anni di latenza dalla disseminazione, e interventi di regolazione della produzione fino a 20-30 anni. Ciò è chiaramente dovuto, oltre che all'efficacia degli interventi stessi che è assunta realisticamente bassa (basata sulle stime delle revisioni sistematiche pubblicate nella *Cochrane Library*), alla lunghissima latenza dall'intervento al loro effetto sulla salute. Per questo motivo gli interventi di *counseling* medico, accostabili per molti aspetti agli interventi di cessazione del fumo di tabacco, hanno un rapporto costo-efficacia migliore, costando meno di 10.000 Us\$ per Daly già dopo 10 anni dall'intervento.

Questo quadro si verifica a causa del lungo tempo di latenza, il cui effetto viene ancora più ampliato dall'effetto dello sconto annuo applicato dai modelli di costo-efficacia. Tutti elementi che l'obesità ha in comune con il fumo di tabacco.

5. *La prospettiva di valutazione economica*

È comune registrare una certa diffidenza ogni volta che la valutazione economica è evocata quale soluzione per scelte allocative ottimali in regimi di risorse scarse. In

particolare questa percezione si declina in due pregiudizi (Richardson, 1998): *i*) l'economia è unicamente interessata ai costi (e non ai benefici); e quando anche fosse interessata a questi ultimi, *ii*) i benefici di programmi sanitari sono troppo eterogenei e complessi per misurazioni semiplicitiche quali quelle fornite dall'economia.

Quest'ultima critica diventa più severa allorché i programmi oggetto di analisi riguardano la promozione della salute e la prevenzione primaria. In questo caso, infatti, alle difficoltà oggettive di misurazione degli effetti si affianca la dinamica temporale con cui si manifestano a distanza di tempo (Sassi e Hurst, 2008).

Ma vi sono ragioni per ritenere discutibile l'utilizzo di tecniche di valutazione economica? La risposta a questo quesito sta nella consapevolezza che ogni euro speso per il trattamento di un paziente è per definizione sottratto ad un altro paziente. E questo è tanto più vero nell'ambito della promozione e prevenzione della salute, ambiti che sono cronicamente sotto finanziati, in parte per scelte storicizzate di allocazione delle risorse in ambito sanitario, e in parte per l'enfasi che la società attribuisce alla cura di una patologia piuttosto che alla prevenzione della sua insorgenza (Stevens, 2010).

La valutazione economica potrebbe, dunque, rappresentare lo strumento per porre la promozione e la prevenzione della salute sotto una luce nuova, capace di mettere in relazione la spesa sostenuta ai benefici generati. Infatti, tutti gli investimenti in promozione e prevenzione rappresentano un investimento sul futuro stato di salute e benessere, e la valutazione economica ha la forza di verificare se tale investimento generi un rendimento superiore rispetto a intervenire sulla patologia solo dopo che si è manifestata.

6. *Le tecniche di valutazione*

La valutazione economica consiste nel comparare i costi di un programma, ovvero le risorse finanziarie impiegate per implementarlo, alle sue conseguenze. La ta-

Tab. 5. *Principali tecniche di valutazione economica*

	Unità di misura dei costi	Unità di misura dell'outcome
Analisi costo-efficacia (Ace)	euro	Unità naturali di diversa natura (es. anni di vita guadagnati o casi evitati)
Analisi costo-conseguenze (Acc)	euro	Unità naturali di diversa natura (es. anni di vita guadagnati e casi evitati)
Analisi costo-utilità (Acu)	euro	Stato di salute pesato per la qualità (Qalys; Dalys; Hys)
Analisi costo-benefici (Ach)	euro	euro

Fonte: Drummond *et al.* (2005).

bella 5 sintetizza le principali tecniche di valutazione, così come illustrate in Drummond *et al.* (2005).

Le diverse tecniche di valutazione presentano una natura comune, basandosi, implicitamente, su un paradigma di natura farmacologico, che assume un'elevata qualità della misurazione dell'efficacia, derivante, il più delle volte, da *trial* randomizzati (Trueman e Anoksy, 2012). Tuttavia, tale assunzione viene in parte meno, per i programmi di salute pubblica ai quali appartengono la promozione della salute e la prevenzione (Drummond *et al.*, 2007). Alcuni di questi programmi, in particolare quelli che appartengono alle «strategie ambientali», non possono essere valutati con le tecniche tradizionali perché non sono randomizzabili e non riconoscono un gruppo non esposto (Baldasseroni *et al.*, 2010). Facciamo come esempio interventi e politiche riconosciute di elevata efficacia come la tassazione dei prodotti del tabacco o la regolamentazione della pubblicità degli alcolici.

Alla luce di queste difficoltà è possibile ipotizzare la preferibilità di una delle tecniche riportate in tabella 5 quando l'ambito di applicazione è rappresentato dai programmi di promozione e prevenzione? Il National Institute of Health and Clinical Excellence inglese (Nice) sostiene che gli interventi di politica sanitaria dovrebbero essere soggetti alla valutazione per determinare la

loro costo-efficacia ogni volta che sia possibile, compresa l'Acu nella forma di costi per Qalys (Nice, 2008). Sebbene l'Acu consenta di superare la difficoltà di trasformare in euro gli outcome prodotti, e dunque sia idealmente preferibile all'Acb, non mancano le difficoltà di un suo impiego nell'ambito della valutazione di programmi di promozione e di prevenzione. In particolare, alla difficoltà di isolare gli esiti specifici dei programmi sugli outcome, spesso frutto di azioni articolate e non sempre coordinate, emerge anche l'impossibilità di poter confrontare programmi di natura diversa che insistono sulle stesse risorse (e dunque poter confrontare in termini di Qalys programmi alternativi) (Sassi e Hurst, 2008). A fronte di queste difficoltà, appare particolarmente attrattiva nella valutazione degli interventi di promozione e di prevenzione l'Acc (Nice, 2008), i cui dati di outcome disaggregati consentono il superamento del valore di sintesi dell'Acu (Qalys), valore il più delle volte privo di un riferimento specifico al soggetto beneficiario dei programmi (Cookson *et al.*, 2009).

7. La stima dei costi

Qualunque sia la tecnica di valutazione considerata, la stima dei costi rappresenta sempre un elemento critico. Pregiudiziale a ogni analisi dei costi di un programma di promozione o prevenzione è il principio secondo il quale i costi di un programma variano in relazione alla prospettiva a partire dalla quale sono calcolati. Gli economisti il più delle volte enfatizzano la prospettiva della società, in cui sia i partecipanti ai programmi che i contribuenti sono inclusi (Foster *et al.*, 2003). Discuteremo meglio in seguito la questione quando affronteremo il tema del *trade-off* tra efficienza ed equità, ma, a titolo di esempio, si pensi alle implicazioni di includere nel profilo dei costi i soli partecipanti al programma o estenderlo al complesso della società: in quest'ultimo caso un aumento dell'accisa sulle sigarette, che nel lungo

periodo si può tradurre in una contrazione del gettito a causa della riduzione dei consumi di sigarette, determinerà un costo per la collettività in termini di riduzione delle tasse.

La misurazione dei costi sostenuti per programmi di promozione e prevenzione include i costi diretti, i costi indiretti e i costi intangibili (Torrance, 1986). I costi diretti rappresentano il valore delle risorse specificatamente utilizzate per il programma. I costi indiretti, talvolta indicati come *impliciti*, invece, sono costituiti dalle risorse consumate per partecipare e realizzare i programmi. Essi possono essere di due tipi: costi di spazio e di tempo (Foster *et al.*, 2003). I primi si riferiscono allo spazio utilizzato per la realizzazione del programma di promozione o prevenzione. Si potrebbe obiettare che il costo di questi spazi debba essere prossimo allo zero, essendo in qualche misura già coperto dall'attività principale in essi svolta (si pensi alla scuola utilizzata per un progetto di formazione dopo l'orario delle lezioni). Tuttavia, in questi casi l'economista ricorre al concetto di costo-opportunità, cioè il costo di uno spazio simile che si renderebbe necessario affittare per l'iniziativa in assenza della disponibilità del locale (scolastico nell'esempio).

La seconda tipologia di costi indiretti è rappresentata dai costi del tempo. Questi includono sia il tempo «consumato» dal fruitore del programma di intervento che dai soggetti terzi impiegati per consentire al destinatario del progetto la sua fruizione (per esempio i genitori che accompagnano un minore ad incontri di formazione). In questo caso il costo monetario è calcolato in termini di reddito perso o tempo libero perso (costo-opportunità). In taluni casi questa tipologia di costi può non essere immediatamente evidente. Si pensi, al riguardo, al tempo necessario per preparare il programma di intervento e il tempo necessario per la sua somministrazione.

Infine, i costi *intangibili*, come il dolore, la sofferenza, ecc., possono essere analizzati, anche se essendo difficilmente calcolabili, quando non aleatori, raramente sono inclusi in una valutazione economica (Zaza *et al.*, 2009).

8. L'outcome

La domanda fondamentale cui risponde la valutazione economica è se un programma di prevenzione sia o meno «meritevole» di essere implementato in termini finanziari. Infatti, pur a fronte di esiti positivi di un programma di promozione e prevenzione, in assenza di un'adeguata valutazione economica non è possibile rispondere al quesito se tale intervento rappresenti un uso appropriato di risorse collettive limitate. A tale proposito la valutazione economica può assumere diverse forme: l'analisi costo-beneficio; l'analisi costo-efficacia; e l'analisi costo-utilità. Tuttavia, a prescindere dalla forma adottata, e che discuteremo in seguito, due problemi di ordine generali si pongono: la misurazione dell'*outcome* e lo sconto del tempo (Richardson, 1998).

8.1. La misurazione dell'outcome

Premessa necessaria di qualsiasi analisi economica è rispondere al quesito se l'intervento sanitario sia o meno efficace. Rispondere a tale quesito è più complesso nell'ambito degli interventi per la promozione e la prevenzione, in cui il ricorso a metodi di valutazione non-sperimentali o a dati prodotti da esperimenti naturali di varia natura, necessario almeno per la parte di interventi «non randomizzabili», in particolare le politiche (Drummond *et al.*, 2005), implica una certa cautela nella interpretazione dei risultati.

La questione della misurazione degli *outcome* delle politiche di prevenzione, cioè di interventi che interessano tutta la popolazione nello stesso momento, è niente affatto ovvia. Ricorrendo alle parole di Einstein, «Non tutto ciò che può essere contato conta e non tutto ciò che conta può essere contato». La necessità, in altri termini, di poter misurare gli esiti delle politiche può indurre l'adozione di sistemi di rilevazione di breve periodo che potrebbero essere sensibilmente diversi dagli *outcome* di lungo periodo.

Inoltre, esiste un problema di misurazione degli *outcome* che non si esaurisce nella qualità dei dati, nella validità del modello teorico utilizzato o nell'appropriatezza dei metodi statistici applicati. Come ricordato dall'OMS, infatti, gli interventi di natura sanitaria presentano una pluralità di obiettivi, ognuno dei quali conduce a misure di *outcome* differenti. Nello specifico: la promozione di comportamenti virtuosi sotto il profilo sanitario; la promozione del benessere sociale, dove accanto alla prevenzione è necessario garantire obiettivi di equità e giustizia sociale; e infine il cambiamento sistematico, raggiunto attraverso una trasformazione sistematica della società e delle istituzioni in essa presenti (Richardson, 1998).

In sintesi, accanto agli obiettivi di salute (riduzione dell'incidenza, prevalenza), è necessario rilevare l'equità, la partecipazione e la giustizia sociale degli interventi di prevenzione e promozione, o, in altri termini, il benessere sociale prodotto dalle politiche di promozione e prevenzione. Da qui gli evidenti limiti di un impianto alla misurazione degli *outcome* che si basi solo sul metodo epidemiologico (Drummond *et al.*, 2007).

8.2. L'effetto del tempo

Un aspetto metodologico critico che si presenta quando la valutazione economica è applicata ai programmi di promozione e prevenzione è costituito dallo sconto dei costi e degli *outcome* futuri. In letteratura si registra un largo consenso circa la necessità di scontare gli effetti futuri per tener conto sia dell'incertezza che delle preferenze intertemporali degli individui. Tuttavia, i programmi di promozione e prevenzione hanno orizzonti temporali lunghi e quanto più gli effetti saranno spostati in avanti nel tempo, maggiore sarà l'effetto dello sconto applicato e la conseguente diminuzione di valore.

L'applicazione standard dei modelli di valutazione economica implica tassi di sconto identici per i costi e gli effetti (Lipscomb *et al.*, 1996). Nonostante ciò, por-

tando alle estreme conseguenze questo approccio nell'ambito della promozione e prevenzione, in assenza di cause metodologiche, si potrebbe assistere all'abbandono di programmi efficaci a breve termine i cui effetti di lungo periodo, una volta scontati, risultano modesti (Bonneau e Birnie, 2001).

È dunque necessario evidenziare due problemi con cui confrontarsi prima di procedere alla valutazione economica dei programmi di promozione e di prevenzione. Il primo è rappresentato dalla natura delle preferenze intertemporali delle persone in ambito sanitario, interessate ai benefici immediati rispetto a quelli differiti nel tempo. Nella realtà, la letteratura empirica evidenzia la necessità di un tasso di sconto differente per la sanità rispetto a quello applicato ad altri beni; ciò introdurrebbe un giudizio di valore relativo alla determinazione del suo valore – il tasso di sconto sociale – che contrasta con le tecniche di valutazione economica che dovrebbero limitarsi a registrare le preferenze intertemporali per quelle che sono nella realtà.

La seconda questione è rappresentata dal punto di vista a partire dal quale l'analisi è condotta. Infatti, il tasso di sconto applicato da un individuo per le proprie scelte individuali è differente dal tasso applicato per decisioni di natura pubblica. O analogamente, il tasso di sconto applicato ai benefici prodotti per una generazione è necessariamente diverso da quello applicato a una generazione differente, come confermato da diversi studi empirici, nessuno dei quali produce evidenza a sostegno di un tasso di sconto costante nel tempo (Cairns e Vander Pol, 1997). Al contrario, il tasso di sconto dipende dalla lunghezza dell'orizzonte temporale proposto (Bonneau e Birnie, 2001). I due problemi di cui sopra sono tra loro strettamente correlati. Infatti, le preferenze temporali degli individui rispetto allo stile di vita sono con ogni probabilità approssimate da una funzione iperbolica del tasso di sconto, così come evidenziato dalla letteratura (Viscusi e Huber, 2006; Sassi e Hurst, 2008). In questo caso l'adozione di un tasso di sconto esponenziale

standard, necessario per garantire la consistenza intertemporale delle preferenze, potrebbe generare una sovrastima dei benefici di programmi di promozione e prevenzione così come percepiti dagli individui o dai gruppi oggetto dei programmi stessi.

In sintesi, il ricorso al tasso di sconto solleva problemi di equità di efficienza allocativa a livello intra- e inter-generazionale (Kaplow, 2006; Viscusi, 2006) che in questa sede ci limitiamo a segnalare e per la discussione dei quali rimandiamo ad una approfondita quanto ampia letteratura sull'argomento (Cientico, 2010; Marks, 2011).

8.3. Equità vs. efficienza

I programmi di promozione e prevenzione devono rispondere ad una duplice logica: garantire l'efficienza nell'allocatione di risorse scarse e, contemporaneamente, l'equità nella (re)distribuzione delle risorse tra individui differenti (Kaplan e Merson, 2002; Potvin *et al.*, 2007). Tuttavia gli obiettivi di efficienza ed equità sovente non sono tra loro compatibili e il *trade-off* che ne consegue richiede specifiche considerazioni sul processo di implementazione degli stessi (Schmidhauser *et al.*, 2009).

I fattori di rischio, come l'alimentazione scorretta, il fumo, l'alcool, così come gli effetti di tali fattori sull'insorgenza delle patologie, registrano solitamente un'incidenza maggiore tra i gruppi più svantaggiati. Da qui la necessità di investire più risorse su questi gruppi per garantire obiettivi di equità. Tuttavia, allo stesso tempo, i soggetti appartenenti a classi svantaggiate sono proprio quelli che rispondono meno ai programmi, e dunque l'impiego di risorse a favore di queste classi risulta meno efficiente (Sassi e Hurst, 2008). Si prenda ad esempio il caso del tabacco. I soggetti economicamente fragili, quelli maggiormente esposti al tabagismo, rispondono poco, ad esempio, alle campagne mediatiche, mentre l'aumento delle accise sulle sigarette produce una risposta più forte sulla contrazione dei consumi da parte dei soggetti a più basso reddito (Vos

et al., 2010). Tuttavia, la tassazione delle sigarette è una tipica misura regressiva e, dunque, a meno di compensazioni successive, questa misura efficiente produrrà sensibili effetti redistributivi a scapito dei ceti più indigenti.

Non esiste, come è facile intuire, una soluzione preconfezionata al *trade-off* efficienza-equità. E non può esistere nell'ambito dell'economia sanitaria, che deve limitarsi a fornire degli strumenti al *policy maker* per effettuare tale scelta. La valutazione economica dei programmi di promozione e di prevenzione richiede, in altri termini, l'adozione di modelli di analisi capaci di catturare gli impatti di questi programmi sia sul benessere sociale (efficienza) che sulla distribuzione della salute tra i gruppi di persone (equità), integrandoli nei modelli di valutazione (monetizzando gli obiettivi di equità nell'Acb; introducendo misure di *outcome* «pesate» per tener conto delle diverse priorità assegnate a classi di popolazione differenti; ecc.) o, in alternativa, selezionando separatamente strumenti adeguati di misurazione dell'impatto distributivo da utilizzare insieme a indicatori di efficienza (Sassi *et al.*, 2009).

9. Conclusioni

Non ci sono dubbi che la valutazione economica sia uno strumento essenziale, in tempi di risorse limitate, per selezionare interventi di prevenzione con maggiori probabilità di impatto sulla salute e sui costi.

Ad oggi le esperienze di valutazione economica di interventi di prevenzione sono ancora limitate sia per una carenza di valutazioni di efficacia di buona qualità, che sono essenziali per alimentare la valutazione economica, sia per la sottosistima del ruolo della prevenzione che è tipica dei nostri sistemi sanitari centrati sulla cura della malattia.

Eppure un *benchmarking* per comparare gli interventi di prevenzione e quelli di cura potrebbe essere una opportunità per la prevenzione. Ma vi sono senza dubbio degli aspetti metodologici che devono essere approfonditi, in particolare la gestione della latenza dei benefici, che

nella prevenzione sono fortemente penalizzati dal tasso di sconto applicato a tutti gli anni che separano l'intervento dai benefici attesi, sovente decine di anni (Phac, 2009).

La prevenzione primaria dell'uso di sostanze non ha poi come beneficio solo la riduzione dei ricoveri e dei decessi per le malattie legate al consumo di tabacco, alcool e droghe. Le analisi economiche difficilmente riescono a tener conto di fattori intangibili quali l'intrinseca riduzione dell'autonomia dovuta alla dipendenza da tabacco, alcool e droghe, il valore della vita umana e della salute, o le ricadute negative, che sono pressoché incalcolabili, della perdita della vita e della salute stesse su un contesto sociale e familiare più allargato.

Ciò non toglie che spesso gli interventi di prevenzione abbiano un rapporto costo-efficacia sfavorevole. Questo è anche dovuto alla prevalenza dei fenomeni e alla logica dell'intervento di popolazione. «Siccome è impossibile sapere con certezza gli individui che nella popolazione svilupperanno la condizione di interesse, gli interventi di popolazione sono invariabilmente forniti a più persone rispetto a quelli che ne potrebbero beneficiare» (Phac, 2009); questa è una delle ragioni di ciò, ma è anche un fattore che chi si occupa di prevenzione deve conoscere bene e deve apprendere a gestire sia nella pratica che nella valutazione.

E tuttavia, la bontà delle attività di prevenzione primaria in termini di allocazione delle risorse sanitarie, se non vuole diventare un dogma socialmente accettato in virtù del valore che le società occidentali assegnano alla salvaguardia e alla promozione della salute e al prolungamento della vita, deve accettare di dover fare i conti con questi problemi. Le decisioni relative a questo tipo di interventi non sono infatti squisitamente mediche, ma assumono una rilevanza politica, e possono essere risolte solo attraverso un'analisi che le affronti non solo sotto il profilo della gestione delle politiche pubbliche, ma più in generale su un piano culturale e filosofico. Solo una riflessione di stampo multidisciplinare, in cui l'economia si apra al contributo delle scienze sociali e cognitive, e a quello della filosofia,

sembra poter essere in grado di porre e affrontare adeguatamente questioni che rinviavano a fenomeni complessi e articolati: il significato dell'autonomia, la distinzione tra salute e malattia e il valore della vita umana individuale.

E questa riflessione è urgente per dare alla prevenzione e alla promozione della salute quell'insieme di sostegno valutativo che serve al decisore per la programmazione in un moderno sistema sanitario a risorse limitate.

Riferimenti bibliografici

- Agenas (2011), *Rapporto Nazionale di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza. Anno 2007-2009*, in <http://www.salute.gov.it/programmazioneSanitaria/Ellea>.
- Aggazzotti G., Signorelli C. e Contu P. (2006), *Ruolo dell'epidemiologia per la Sanità Pubblica*, in F. Faggiano, F. Donato e F. Barbone (a cura di), *Applicazioni di Epidemiologia per la Sanità Pubblica*, Torino, Centro Scientifico Editore.
- Baldasseroni A., Faggiano F. e de Belvis A.G. (2010), *L'epidemiologia per la valutazione della prevenzione: interventi, strategie e politiche preventive*, in A. Bocca, C. Cislaghi, N. Falchetti *et al.* (a cura di), *Rapporto Prevenzione 2010*, Bologna, Il Mulino.
- Bonneux L. e Birnie E. (2001), *The discount rate in the economic evaluation of prevention: A thought experiment*, in «J. Epidemiol. Community Health», 55, pp. 123-125.
- Cairns, J.A. e Van der Pol, M.M. (1997), *Saving future lives. A comparison of three discounting models*, in «Health Econ.», 6, pp. 341-350.
- Carreras G., Gallus S., Iannucci L. e Gorini G. (2012), *Estimating the probabilities of making a smoking quit attempt in Italy: Stall in smoking cessation levels, 1986-2009*, in «BMC Public Health», Mar. 12, 12: 183; doi: 10.1186/1471-2458-12-183.
- Clerico G. (2010), *Scelte pubbliche, efficienza e giustizia distributiva intergenerazionale: ruolo ed effetti del tasso di sconto*, in «Economia Pubblica», 40, pp. 35-65.
- Cookson R., Drummond M. e Weatherly H. (2009), *Explicit incorporation of equity considerations into economic evaluation*.

- tion of public health interventions, in «Health Econ. Policy Law», 4, 2, pp. 231-245.
- Diecidue R., Madris F. e Migliardi A. (2011), *Fatti e cifre sul fumo di tabacco in Piemonte, 2011*, Oed Piemonte, Asl To3, Grugiasco (To).
- Drummond M.F., Sculpher M.J., Torrance G.W., O'Brien B.J. e Stoddart G.L. (2005), *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, Oxford, Oxford University Press, 3^a ed.
- Drummond M., Weatherly H. e Claxton K. (2007), *Assessing the challenges of applying standard methods of economic evaluation to public health interventions*, WP, University of York.
- Faggiano F. e Corrao G. (2011), *La prevenzione delle dipendenze patologiche*, in A. Boccia, C. Cislaghi, A. Federica et al. (a cura di), *Rapporto Prevenzione 2011: le attività di prevenzione*, Bologna, Il Mulino, pp. 567-594.
- Faggiano F. e Vigna-Taglianti F. (2008), *Drugs, illicit - primary prevention strategies*, in K. Heggenhougen e S. Qaah (a cura di), *International encyclopedia of public health*, San Diego, Academic Press, vol. 2, pp. 249-265.
- Foster E.M., Dodge K.A. e Jones D. (2003), *Issues in the economic evaluation of prevention programs*, in «Applied Developmental Science», 7, 2, pp. 76-86.
- Gallus S., Mutarak R., Martínez-Sánchez J.M., Zuccharo P., Colombo P. e La Vecchia C. (2011), *Smoking prevalence and smoking attributable mortality in Italy, 2010*, in «Prev. Med.», Jun 1, 52, 6, pp. 434-438.
- Garber A. (2000), *Advances in Ce analysis*, in A.J. Culver e J. Newhouse (a cura di), *Handbook of health economics*, North-Holland, vol. 1b.
- Gorini G., Carreras G., Allara E. e Faggiano F. (2013), *Decennial trends of social differences in smoking habits in Italy: A 30-year update*, in «Cancer Causes Control», May 3.
- Ilme, Institute of Health Metrics and Evaluation, *Gbd Profile*, in www.healthmetricsandevaluation.org, ultimo accesso luglio 2013.
- Kaplan E.H. e Merson M.H. (2002), *Allocating HIV-prevention resources: Balancing efficiency and equity*, in «Am. J. Public Health», 92, 12, pp. 1905-1907.
- Kaplow L. (2006), *Discounting dollars, discounting lives: Intergenerational distributive justice and efficiency*, NBER Working Paper 12239.
- Leshner A.I. (1999), *Science-based views of drug addiction and its treatment*, in «JAMA», 282, pp. 1314-1316.
- Levy D., Gallus S., Blackman K., Carreras G., La Vecchia C. e Gorini G. (2012), *Italy SmoKe: The effect of tobacco control policies on smoking prevalence and smoking attributable deaths in Italy*, in «BMC Public Health», 12, p. 709.
- Lim S.S., Vos T., Flaxman A.D. et al. (2012), *A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*, in «Lancet», 380, pp. 2224-2260.
- Lipscomb J., Weinstein M.C., Torrance G.W. (1996), *Time preference*, in M.R. Gold, J.E. Siegel, L.B. Russel et al. (a cura di), *Cost effectiveness in health and medicine*, New York, Oxford University Press, pp. 214-247.
- Marks S. (2011), *Valuing the future: Intergenerational discounting, its problems, and a modest proposal*, Boston, University School of Law Paper, pp. 11-12.
- Neubauer S., Welte R., Beiche A., Koenig H.H., Buesch K. e Leidl R. (2006), *Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany: Update and a 10-year comparison*, in «Tobacco Control», vol. 15, 6, pp. 464-471.
- Nice, National Institute of Health and Clinical Excellence (2008), *Workplace health promotion: How to encourage employees to be physically active*, National Institute for Clinical Excellence.
- Phac, Public Health Agency of Canada (2009), *Investing in prevention. The economic perspective*, Public Health Agency of Canada.
- Porvin, I., Mantoura, P. e Ridde, V. (2007), *Evaluating equity in health promotion in global perspectives on health promotion effectiveness*, in D.V. McQueen e C.M. Jones (a cura di), *Global debates about effectiveness of health promotion*, Springer, pp. 367-384.
- Richardson J. (1998), *Economic evaluation of health promotion: Friend or foe, Australian and New Zealand*, in «Journal of Public Health», 22, 2, pp. 247-253.
- Sassi F. (2010), *Obesity and economics of prevention - Fit not fat*, Oed Publishing, 12 Oct., disponibile online in <http://www.oed.org/health/health-systems/obesityandtheconomics/prevention/fitnotfat.htm>.

- Sassi F. *et al.* (2009), *The Obesity epidemic: Analysis of past and projected future trends in selected Oecd Countries*, in Oecd Health Working Paper, 45, Oecd Publishing.
- Sassi F. e Hurst J. (2008), *The prevention of lifestyle-related chronic diseases: An economic framework*, in Oecd Health Working Paper, 32.
- Schmidhauser S., Wieser S., Kauer L. e Brugger U. (2009), *Returns on investment in prevention and health promotion measures in Switzerland*, in *Review of methodological literature on economic evaluation of health promotion and prevention with focus on cost-benefit analysis*, a report commissioned by the Federal Office of Public Health, Winterthur Institute of Health Economics, Zurich University of Applied Sciences.
- Stevens W. (2010), *Economic evaluation of health promotion interventions*, in M. Thorogood e Y. Coombes, *Evaluating health promotion. Practice and methods*, New York, Oxford University Press, pp. 56-69.
- Tiessen J., Hunt P., Celia C., Fazekas M., de Vries H., Saetky L., Diepeveen S., Rabinovich L., Ridsdale H. e Ling T. (2011), *Assessing the impacts of revising the tobacco products directive*, Rand Europe, European Commission, http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR823.html.
- Torrance G.W. (1986), *Measurement of health state utilities for economic appraisal: A review*, in «Journal of Health Economics», 5, 1, pp. 1-30.
- Trueman P. e Anokye N.K. (2012), *Applying economic evaluation to public health interventions: The case of interventions to promote physical activity*, in «Journal of Public Health Advances Access», 2, 1, p. 8.
- Viscusi W.K. (2006), *Rational discounting for regulatory analysis*, NBER Working Paper 12294, National Bureau of Economic Research.
- Viscusi W.K. e Huber J. (2006), *Hyperbolic discounting of public goods*, NBER Working Paper 11935, National Bureau of Economic Research.
- Vos T., Carter R., Barendregt J. *et al.* (2010), *Assessing cost-effectiveness in prevention, Aep-prevention*, The University of Queensland.
- Zaza S., Briss P.A. e Harris K.W. (2009), *The Guide to Community Preventive Services: What works to promote health?*, Oxford Scholarship Online.

CLAUDIO MENCACCI* E GIANCARLO CERVERI**
PREVENZIONE E SALUTE MENTALE

I disturbi psichici risultano ampiamente diffusi in tutte le popolazioni della Terra. Si osservano in persone di qualunque Paese, di qualunque religione e di qualunque organizzazione sociale. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, circa 450 milioni di persone al mondo soffrivano di un qualche disturbo psichiatrico nel 2001 ed era previsto che 1 persona ogni 5 avrebbe sofferto di un tale disturbo nel corso della vita (20%) (Who, 2001).

In una ricerca condotta nell'Unione Europea (Eu-27 più Svizzera, Islanda e Norvegia) (Wirthen *et al.*, 2011) gli autori hanno osservato che circa il 38% della popolazione soffre ogni anno di un disturbo mentale (psichiatrico o neurologico). Circa 165 milioni di cittadini, nell'area geografica sopra identificata, sono affetti ogni anno da un qualche disturbo meritevole di attenzione clinica (compresi in questa indagine anche minori e anziani). I disturbi più rilevanti risultano essere i seguenti: disturbi d'ansia (14%), insonnia (7%), depressione maggiore (6,9%), dipendenza da alcool o sostanze (4%), Adhd (5% nei minori) e demenza (fino al 30% nelle fasce di età più avanzata). Gli stessi autori hanno poi indagato il livello di disabilità prodotto dalle patologie del sistema nervoso centrale. Hanno osservato che il livello totale di disabilità prodotta dalla patologia correlata al sistema nervoso centrale corrisponde a circa il 26% della disabilità totale osservata per qualunque causa (dato superiore rispetto ad altre aree regionali). Le patologie causa di maggiore disabilità, pur variando per

* Dipartimento di neuroscienze Ao Fatebenefratelli-ofalmico, Milano e Presidente della Società Italiana di Psichiatria

** Dipartimento di neuroscienze Ao Fatebenefratelli-ofalmico, Milano e membro della Commissione Etica della Società Italiana di Psichiatria