

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E  
STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea *Triennale* in Diritto dell'Economia



IMPATTO DEGLI STILI DI VITA SULLA SPESA  
SANITARIA E POSSIBILI INTERVENTI CORRETTIVI

*Relatore:* Prof. VINCENZO REBBA

*Laureanda:* MARTINA SCANFERLA

Matricola N. 2036899

A.A. 2023/2024





*Ai miei genitori, i miei punti di riferimento.*

*A Veronica, il mio sole, per aver creduto in me prima ancora che ci credessi io.*

*A me stessa, alla mia determinazione.*



## Indice

<b>Introduzione</b> .....	<b>3</b>
<b>Capitolo I: Rapporto tra stili di vita e indicatori del livello di salute della popolazione</b> .....	<b>5</b>
1.1. Indicatori demografici .....	8
1.2. Indicatori di mortalità per causa .....	17
1.3. Salute mentale .....	24
1.4. Mortalità evitabile .....	27
<b>Capitolo II: Rapporto tra spesa sanitaria e stili di vita</b> .....	<b>31</b>
2.1. Alimentazione scorretta .....	33
2.2. Insufficiente attività fisica .....	36
2.3. Consumo di alcol .....	42
2.4. Tabagismo .....	46
2.5. Uso di droghe.....	48
<b>Capitolo III: Politiche incentivanti il cambiamento degli stili di vita per la sostenibilità dei sistemi sanitari</b> .....	<b>53</b>
3.1. Politiche fiscali .....	54
3.1.1. Tassazione delle bevande zuccherate .....	54
3.1.2. Tassazione dei prodotti alcolici .....	56
3.1.3. Tassazione dei prodotti a base di tabacco .....	59
3.2. Prevenzione .....	62
3.3. Nudging .....	71
<b>Conclusioni</b> .....	<b>73</b>
<b>Bibliografia</b> .....	<b>75</b>
<b>Ringraziamenti</b> .....	<b>79</b>



## **Introduzione**

Il presente elaborato prende in considerazione gli effetti che gli stili di vita non salutari possono provocare sulla spesa sanitaria e quindi sulla sostenibilità dei sistemi sanitari. L'analisi parte dall'esame di alcuni indicatori del livello di salute della popolazione nei paesi dell'OCSE e si concentra poi sullo studio dei molteplici fattori di rischio che caratterizzano i comportamenti individuali: alimentazione, attività fisica, consumo di alcol, di tabacco e sostanze stupefacenti. L'obiettivo è comprendere il rapporto che sussiste tra questi elementi, che influiscono sulla salute a livello individuale e di popolazione, e la spesa sanitaria per suggerire delle politiche correttive che possano migliorare il grado di sostenibilità dei sistemi sanitari.

Poiché la salute – secondo la definizione originaria contenuta nella *Constitution of the World Health Organization* (OMS) di “stato di completo benessere fisico, sociale e mentale e non semplicemente l'assenza di malattie o infermità” - è considerata uno dei più importanti diritti umani fondamentali, è indispensabile un sistema che si attivi per poter raggiungere la sua piena realizzazione. Tra i principali fattori che possono garantire tale diritto fondamentale non c'è soltanto la “sanità” - intesa come il complesso di strutture, personale e risorse la cui funzione è tutelare la salute della collettività – ma vanno considerati anche i comportamenti individuali e gli stili di vita. La questione oggetto della trattazione è di grande interesse in quanto essere in un buon stato di salute comporta non solo benefici in termini psico-fisici, bensì permette agli individui di condurre vite socialmente ed economicamente produttive e di determinare, conseguentemente, minori costi sanitari diretti e indiretti per i sistemi sanitari.



## Capitolo I

### Rapporto tra stili di vita e indicatori del livello di salute della popolazione

Ogni individuo, in quanto appartenente alla collettività, ha un ruolo fondamentale nel determinare il livello di salute della popolazione e in particolare di gravare il meno possibile sui sistemi sanitari: quanto più lo stato di salute è ottimale tanto meno si dovrà ricorrere alle prestazioni sanitarie, determinando una spesa medica-ospedaliera meno onerosa sulle casse pubbliche.

Nel definire il livello di salute della popolazione è necessario prendere in considerazione in primo luogo gli indicatori di salute.

Secondo la definizione data dall'OMS<sup>1</sup>, il termine indica le caratteristiche suscettibili di misurazione che possono essere utilizzate per descrivere gli aspetti riguardanti la salute di un individuo o, generalmente, della popolazione in termini qualitativi, quantitativi e di tempo al fine di raggiungere e soddisfare gli scopi preposti<sup>2</sup>. Tra questi, il “Health promotion glossary” del 1998 riconosce l'utilità di predetti indicatori per “definire i problemi di sanità pubblica in un particolare momento, per l'indicare un cambiamento nel tempo rispetto al livello di salute individuale o di una popolazione, per definire le differenze riguardanti la salute della popolazione e per valutare in che misura gli obiettivi di un programma sono stati raggiunti”.

La misurazione concerne le patologie e i disturbi al fine di valutare gli aspetti della salute e gli elementi ad essa collegati, come ad esempio i comportamenti individuali.

In un'accezione più ampia è possibile utilizzare anche misure che comprendono le condizioni riguardanti il contesto ambientale, sociale ed economico in relazione alla salute: *health literacy* e *healthy public policy*.

Per una miglior comprensione della questione è importante chiarire il significato dato dall'OMS<sup>3</sup> delle ultime due misure appena citate. Il termine “*health literacy*” (o “alfabetizzazione della salute”, in italiano) indica l'insieme delle conoscenze e capacità

---

<sup>1</sup> Acronimo di Organizzazione Mondiale della Sanità, organismo di coordinamento in materia di salute all'interno dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU).

<sup>2</sup> Si veda WHO (1984), pp. 25-26.

<sup>3</sup> Si veda WHO (1998), pp. 6-10.

che gli individui possiedono e che permettono loro di “accedere, comprendere, valutare e utilizzare informazioni e servizi” al fine di incentivare il mantenimento di un buono stato di salute. Invece, *healthy public policy* (tradotta in “politica pubblica favorevole alla salute”) indica un insieme di azioni che si concentra sulla “salute ed equità in tutti i settori della politica” e pone particolare attenzione riguardo “l’assunzione di responsabilità rispetto all’impatto sulla salute” al fine di avviare una trasformazione che apporti valore positivo agli ambienti, raggiungendo l’obiettivo di fornire alla collettività contesti sociali che incoraggiano opportunità e scelte salutari in modo da permettere una conduzione di vita più sana.

L’importanza di questi indicatori risiede nel fatto che permettono di analizzare gli esiti ottenuti in ambito di promozione della salute: in accordo con la *Ottawa Charter*<sup>4</sup>, la promozione della salute viene identificata come quel “processo che consente alle persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla”. Affinché gli individui raggiungano tale obiettivo è necessario che siano dotati delle risorse ed informazioni per avere le capacità di valutare le loro esigenze e di riconoscere le opportunità e i cambiamenti che avvengono sia riguardo al proprio corpo sia all’ambiente circostante, avendo maggiore possibilità di controllo dei fattori di rischio collegati alla propria salute.

È un’azione che dovrebbe consentire la difesa della salute, in quanto costituisce la base per lo sviluppo di tutti gli ambiti della vita, promuovendo allo stesso tempo un coordinamento di azioni tra i vari protagonisti della collettività, a partire da quelli di natura governativa fino a giungere ad enti no-profit e ai settori commerciali al fine di intercedere per i diversi interessi.

La promozione ha come punto di partenza le istituzioni, con le conseguenti politiche e regolamentazioni, ma è di considerevole importanza che vi sia anche il fattore partecipazione affinché il processo funzioni e comporti benefici alla collettività.

---

<sup>4</sup> Accordo internazionale, risultato della prima conferenza internazionale sulla promozione della salute organizzata dall’OMS, riunitasi a Ottawa il 21 novembre 1986.

Avendo confermato questo punto, è possibile ora concentrarsi su alcuni dei più rilevanti indicatori dello stato di salute, considerando in particolare quelli che concernono la speranza di vita e la mortalità in base alle patologie e disturbi più comunemente diffusi.

Si utilizzeranno gli indicatori forniti dal report OCSE “Health at a Glance”<sup>5</sup> pubblicato nel 2023, fornendo dati aggiornati sia riguardanti i Paesi aderenti all’Organizzazione sia i candidati all’adesione e non appartenenti al fine di fornire un quadro più completo possibile sul livello dello stato di salute della popolazione, spiegandone i fattori di rischio che influiscono sugli stili di vita.

---

<sup>5</sup> Prodotto di un progetto collaborativo tra i singoli Stati membri dell’unione Europea e la Commissione europea, cooperando anche con organizzazioni internazionali come OCSE, OMS ed Eurostat.

## 1.1. Indicatori demografici

L'indicatore per eccellenza che si pone alla base per definire il livello di salute della popolazione è rappresentato dall'aspettativa di vita alla nascita, definito come la durata media della vita di un individuo dal momento in cui nasce calcolata sulla base di fattori che lo espongono a cause di decesso in determinate fasce d'età, definiti tassi di mortalità specifici.

Il rapporto tra la durata di vita e i predetti tassi è inversamente proporzionale: qualora quest'ultimi decrescano, la durata media aumenta. È evidente come questo determini un effetto positivo sulla speranza di vita poiché la diminuzione dei tassi di mortalità rappresenta un pericolo minore per la salute della popolazione.

L'aspettativa di vita subisce dei mutamenti in base al contesto geografico in cui l'individuo nasce e vive: ogni zona geografica possiede delle caratteristiche proprie che la diversificano dalle altre e che determinano fattori potenzialmente capaci a compromettere, o comunque influenzare, lo stato di salute dell'individuo.

Le variabili ambientali non sono gli unici fattori determinanti. È importante enfatizzare come la speranza di vita sia definita anche dalle condizioni sanitarie che hanno un effetto sullo stile di vita delle persone e dunque sulla loro salute: ad esempio, il sistema dei Paesi orientali dell'Europa versa in condizioni difficili e, come si vedrà in seguito, la popolazione è più soggetta a contrarre malattie cardiache rispetto ad altri Stati.

Come si può osservare dalla figura 1.1, la speranza di vita alla nascita nel 2021 e 2022 nei Paesi OCSE è in media pari a 80.3 anni, tra cui la maggior parte ha un'aspettativa di vita che supera tale dato.

La media tende ad abbassarsi tra un range compreso tra 75 e 80 anni in Paesi europei come la Repubblica Ceca e la Croazia, ma anche oltreoceano come Stati Uniti, Argentina e Messico.

I Paesi OCSE con l'aspettativa di vita più bassa, attorno ai 74 anni, sono Repubblica Slovacca, Ungheria, Lituania, Lettonia, seguiti da altri Stati europei come la Bulgaria (71.4) e altri extraeuropei come India (70.2) e Sudafrica (65.3).

È inoltre necessario rapportare questo indicatore al sesso: dal grafico si rende evidente come un fattore comune a tutti i Paesi illustrati sia un'aspettativa di vita delle donne mediamente più alta rispetto a quella maschile.

Anche per questa variabile intervengono diversi fattori che determinano delle differenze tra i due generi, oltre alle componenti genetiche.

In primo luogo vi sono cause socio-comportamentali come la conduzione di uno stile di vita poco sano da parte degli uomini poiché vi è una maggiore propensione per quest'ultimi ad essere assoggettati al consumo abituale di alcol e di tabacco<sup>6</sup>.

Oltre a ciò, fattori economici come il reddito definiscono disparità tali da compromettere l'aspettativa di vita: secondo l'OMS<sup>7</sup> le donne che vivono in Paesi con un reddito elevato hanno maggiori possibilità di vivere più a lungo e di contrarre meno malattie rispetto a quelle dei Paesi a basso reddito. In tal senso assume rilevanza il livello d'istruzione: un alto livello di istruzione permette di disporre di strumenti e conoscenze tali da poter prendere decisioni autonomamente e comprendere al meglio le dinamiche in ogni ambito della vita. Disponendo tali capacità, si comprende come sfruttare al meglio le risorse disponibili.

Nei paesi OCSE la speranza di vita per gli uomini è in media 77.6 anni, mentre per le donne 83. Il divario è più o meno ampio a seconda dello Stato che si prende in considerazione. Ad esempio, nei Paesi dell'Europa orientale si osserva una differenza tra la speranza di vita relativa ai due sessi di notevole importanza.

Si prenda in esame l'Estonia: la differenza è di circa 9 anni tra i 72.7 degli uomini e gli 81.4 delle donne.

È fondamentale sottolineare che una durata più lunga della vita non significa necessariamente una vita più sana: diversi fattori hanno inciso sulla qualità piuttosto che sulla quantità degli anni di vita. Questo trova origine nell'aumento di disturbi cronici, dunque in quelle condizioni che, come suggerisce l'aggettivo, presentano sintomi persistenti nel tempo senza che manifestino un miglioramento o conducano alla guarigione. Si tratta di malattie quali diabete o malattie legate al sistema

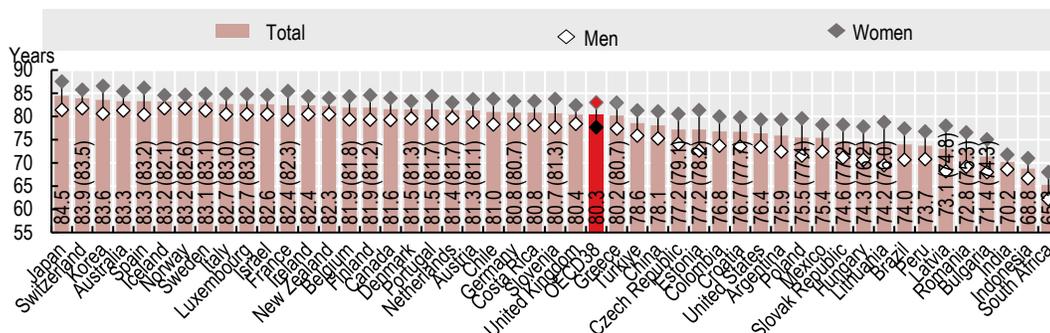
---

<sup>6</sup> Si veda OECD (2023), p. 62.

<sup>7</sup> Si veda WHO (2009), p. XII.

respiratorio che possono essere prevenute agendo sui principali fattori di rischio, perciò sulla conduzione dello stile di vita: errata alimentazione, scarsa attività fisica, eccessivo consumo di alcol e fumo<sup>8</sup>.

Figura 1.1. Aspettativa di vita alla nascita per sesso, 2021 e 2022



Fonte: OECD (2023), p. 63.

Nel corso degli ultimi anni l'aspettativa di vita ha subito un cambiamento a causa della pandemia di COVID-19, un evento di grande impatto sulla salute e dal punto di vista sanitario visto la singolarità nell'aver provocato un numero elevato di decessi.

La figura 1.2 mostra come tra il 2019 e il 2021, anni centrali della diffusione della malattia, l'aspettativa di vita sia diminuita per la maggioranza dei Paesi: negli anni compresi tra il 2020 e il 2022, gli aderenti all'OCSE hanno rilevato circa 6 milioni di morti in eccedenza rispetto alla media di decessi nei cinque anni precedenti.

I Paesi OCSE hanno assistito ad una diminuzione media della speranza di vita pari a 0.7 anni.

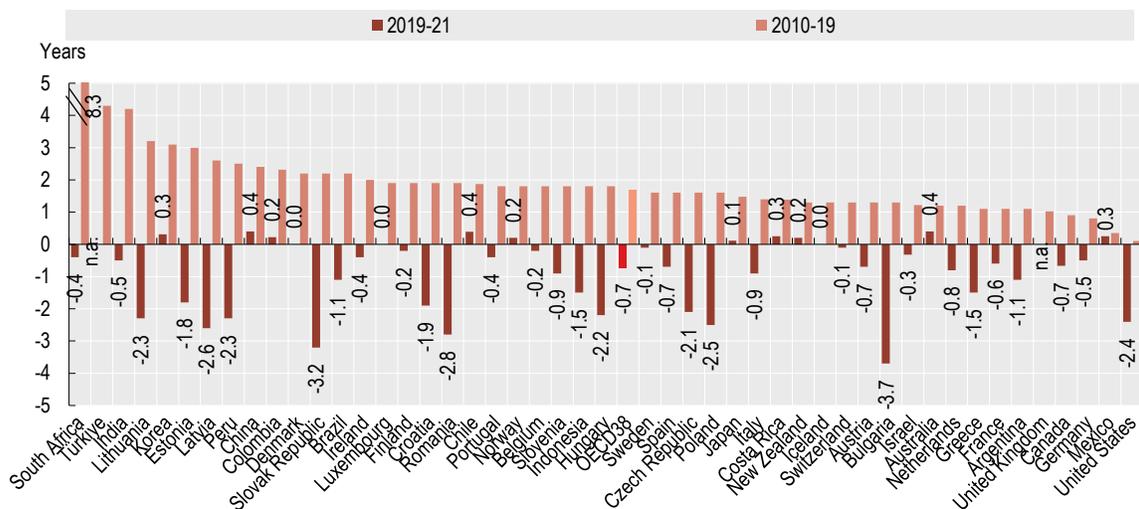
Come affermato in precedenza, la media varia di Stato in Stato: i dati dimostrano come, ancora una volta, i Paesi orientali dell'Europa abbiano subito un ulteriore svantaggio poiché qui si sono registrate le riduzioni più elevate. Ad esempio la Repubblica Slovacca è il Paese OCSE che ne ha risentito di più con un calo di 3.2 anni, seguito dalla Lettonia con una diminuzione di 2.6 anni.

<sup>8</sup> Si veda OECD (2023), p. 76.

Il Paese che ha registrato la più alta diminuzione è stata la Bulgaria con un calo pari a 3.7 anni.

È opportuno precisare, tuttavia, che dall'osservazione dei dati emerge anche una tendenza opposta a quella precedentemente esposta finora: in alcuni Stati l'aspettativa di vita non è diminuita, bensì è aumentata anche se in misura molto contenuta. È il caso di Australia, Cina, Cile, Corea che hanno subito un aumento medio di 0.4 anni, fino ad arrivare a Colombia, Norvegia e Nuova Zelanda con 0.2 e Giappone con 0.1.

Figura 1.2. Cambiamento dell'aspettativa di vita, 2019-2021 e 2010-2019



Fonte: OECD (2023), p. 63.

Nel comprendere il livello di salute della popolazione è necessario considerare anche altri due fattori, strettamente collegati tra di loro: tasso di mortalità infantile e tasso di mortalità materna.

Il primo indicatore si riferisce ai decessi di bambini avvenuti in un determinato anno, prima di compiere il primo anno di età rispetto ai bambini nati vivi nello stesso anno, per 1000 nati vivi.

Per “tasso di mortalità materna”, invece, si intende generalmente il decesso di una donna in situazioni quali parto, gravidanza e interruzione di gravidanza<sup>9</sup> cagionato dalla gravidanza stessa, per cause ad essa relative, o dalla sua conduzione. In questo contesto ci si riferisce alle morti dovute sia ai trattamenti e agli interventi riguardo ciò che è stato o non stato intrapreso durante la gestazione sia alle malattie o disturbi antecedenti lo stato di gravidanza che hanno subito complicazioni per effetto di questa condizione<sup>10</sup>. È da segnalare come non rientrino nel concetto, o comunque nelle cause del decesso, le morti incidentali o cause esterne a quelle sopra menzionate.

La stretta relazione tra i due indicatori è determinata dal fatto che questi mostrano lo stato di salute sia della madre che del neonato la cui causa risiede nelle determinanti sociali, economiche e sanitarie: le disponibilità economiche e l’istruzione della madre incidono enormemente sulla percezione che la donna ha del suo stato così come hanno un impatto sulla condizione di salute del bambino. Allo stesso modo i servizi sanitari devono possedere caratteristiche tali da consentire alla donna e al futuro figlio di non incorrere in rischi mortali tramite un’idonea assistenza che inizia già dal momento precedente il parto, mediante cure mediche, screening e trattamenti volti a promuovere la salute di entrambi e che permettono di cogliere anticipatamente eventuali problemi tali da poter intervenire tempestivamente per risolverli.

Il tasso diventa così un indicatore anche del livello delle prestazioni del sistema sanitario.

È di rilevante importanza menzionare che in questo ambito la mortalità materno-infantile rappresenta una sfida di uno degli Obiettivi di sviluppo sostenibile redatti dall’ONU<sup>11</sup>, precisamente si tratta del terzo *goal*: “Garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutte le età”. Più precisamente il target consiste nel ridurre il tasso in esame inferiore a 70 decessi per ogni 100.000 nati vivi.

---

<sup>9</sup> Entro 42 giorni da questo evento.

<sup>10</sup> Si veda OECD (2023), p. 78.

<sup>11</sup> Serie di 17 obiettivi tra loro correlati definiti dall’Organizzazione delle Nazioni Unite al fine di creare una cooperazione tra gli stati a livello mondiale per garantire la sostenibilità per il pianeta e per gli individui.

Per una comprensione più precisa ed un quadro più dettagliato, si andranno ad analizzare separatamente i predetti indici.

La figura 1.3, rappresenta un confronto dell'andamento della mortalità infantile tra l'anno 2011 e il 2021.

Dall'osservazione dei dati si registra mediamente in tutti i Paesi presi in esame un tasso di mortalità infantile che ha subito progressivamente una diminuzione se si confronta il tasso del 2011 con quello più recente del 2021. È possibile, dunque, presumere che si sia attuato un progresso, o comunque un miglioramento in termini qualitativi, delle strutture, dei servizi e dei trattamenti sanitari.

Permangono, come si è confermato anche nel precedente indicatore, delle differenze sostanziali tra gli Stati le cui cause sono ricondotte sempre ai fattori sociali, economici e sanitari di cui sopra.

Nei Paesi OCSE il tasso nel 2021 è stato in media pari a 4.0 decessi ogni 1000 nati vivi rispetto ai 4.7 dei dieci anni precedenti.

La maggior parte dei Paesi europei è al di sotto di questa media presentando tassi inferiori con un notevole scarto: la Finlandia è la nazione con il tasso di mortalità infantile più basso, registrando 1.6 decessi ogni 1000 nati vivi. I dati crescono fino a 2.4 ad esempio per Danimarca, Italia e Portogallo e superano i 3 in Europa centrale.

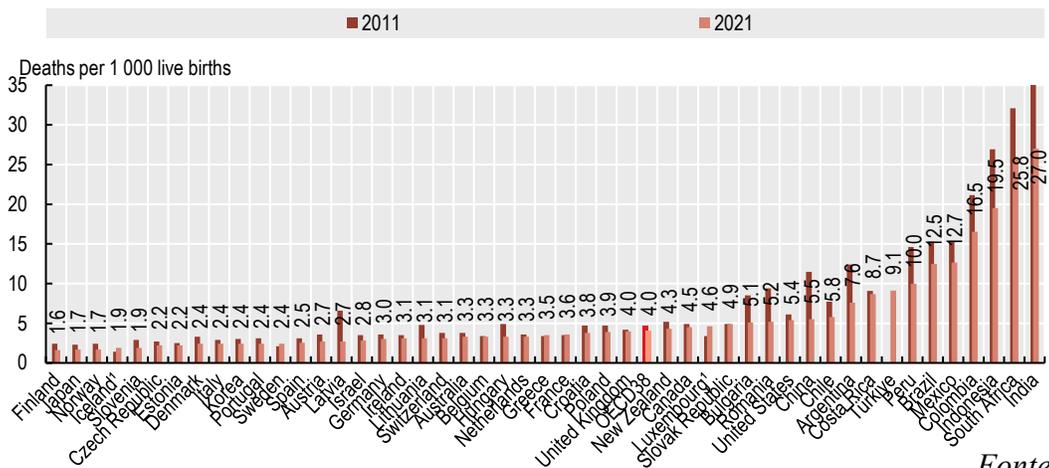
Contrariamente a quanto appena riportato, al di sopra di questo dato si notano alcuni Paesi dell'Europa orientale (come la Romania con 5.2), dell'America del Nord, come Canada (4.5) e Stati Uniti (5.4) e del Sud come Argentina (7.6).

I tassi di mortalità infantile più elevati sono stati registrati in America centrale e meridionale, in particolare in Messico (12.7) e Colombia (16.5). Purtroppo questi ultimi non segnano il livello massimo, poiché in Sudafrica e India la mortalità infantile supera i 20 decessi ogni 1000 nati vivi.

Sebbene i tassi siano ancora molto elevati, è da notare come in questi Paesi, ma anche in altri come Cina, Bulgaria e Romania, il numero di decessi sia diminuito rispetto al 2011: in India si è assistito ad un calo pari a 16 unità, arrivando al dato più recente con 27 decessi ogni 1000 nati vivi, quantità comunque ancora eccessivamente elevata.

I risultati rilevano una forte correlazione tra mortalità infantile e ambiente: i dati più preoccupanti sono stati rilevanti nei Paesi in cui vi è più probabilità di morire a causa soprattutto di polmonite, malaria, diarrea e complicanze durante il parto, oltre alla malnutrizione che risulta essere un fattore costante soprattutto per mancanza di un'alimentazione proteica ed energetica<sup>12</sup>.

Figura 1.3. Mortalità infantile, 2011 e 2021



Fonte:

Fonte: OECD (2023), p. 79.

Nella figura 1.4 è rappresentato l'andamento del tasso di mortalità materna nel 2020. La mortalità materna viene misurata tramite l'MMR (*maternal mortality rate*), un complesso indice che esprime il numero di decessi materni in un certo periodo ogni 100.000 nati vivi nel medesimo periodo.

Nonostante sia un indicatore le cui stime derivino dall'azione sinergica di un complesso di organizzazioni a livello mondiale<sup>13</sup>, molti Paesi, così come per la mortalità infantile,

<sup>12</sup> Si veda UNICEF (2014).

<sup>13</sup> Stime estratte dall'Osservatorio globale sulla salute dell'OMS (WHO GHO) e prodotte dal Maternal Mortality Estimation Interagency Group (MMEIG) delle Nazioni Unite composto da OMS, UNICEF, UNFPA, il Dipartimento degli affari economici e sociali delle Nazioni Unite – Divisione per la popolazione (UNDESA/Divisione per la popolazione) e il Gruppo della Banca mondiale.

dispongono inadeguati sistemi di registrazione per cui spesso il reperimento dei dati in questo ambito appare complicato.

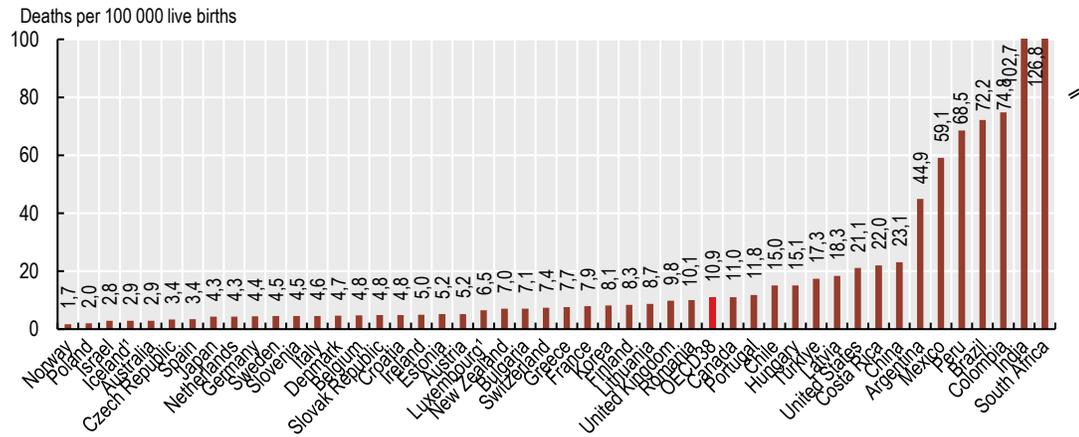
I Paesi OCSE hanno registrato un MMR pari in media a 10.9 decessi, un valore decisamente e positivamente inferiore all'obiettivo fissato dall'Agenda 2030.

Inoltre anche il tasso della maggior parte dei Paesi riportati è notevolmente inferiore alla media stessa dei Paesi OCSE.

Alcuni dati degni di nota sono gli MMR della Norvegia che presentano un tasso inferiore a 2 decessi ogni 100.000 nascite.

A dati sostanzialmente piccoli si contrappongono, però, altrettanti dati al di sopra sia della media OCSE che dell'obiettivo stabilito dall'ONU: nuovamente, alcuni Stati dell'America centrale e meridionale presentano MMR considerevolmente elevati, come in Perù (68.5 decessi) e Colombia (74.8). Ancora più preoccupanti sono i dati di India e Sudafrica che risultano essere dieci volte superiori alla media OCSE.

Figura 1.4. Stime del tasso di mortalità materna, 2020



Fonte: OECD (2023), p. 79.

Secondo le indicazioni del Ministero della Salute italiano<sup>14</sup> i fenomeni della mortalità infantile e materna possono essere limitati mediante l'intervento su più fronti tra cui integrare l'alimentazione della madre e dei bambini sottopeso o prematuri tramite supplementi nutrienti, prevenire e curare tempestivamente le emorragie post parto e fornire cure e trattamenti come antibiotici per l'insorgere delle predette malattie di polmonite e diarrea.

A fronte dei risultati così allarmanti nei Paesi sudamericani, in India e in Sudafrica, è indispensabile attivare delle misure per ridurre i rischi di morte materna: il numero può progressivamente diminuire attraverso la garanzia di un accesso equo, dunque una reale possibilità per le donne e i loro figli ad avere accesso alle cure e all'assistenza al parto e postnatale fornita da strutture e personale competente. In questi casi, purtroppo, lo stile di vita non è dettato da dinamiche socio-comportamenti, bensì da condizioni che sfuggono alla libertà di scelta individuale e che interferiscono con essa.

Dalla considerazione delle informazioni statistiche illustrate dai predetti indicatori, si può concludere che in generale l'aspettativa di vita, anche se diminuita di 0.7 anni a causa della pandemia da COVID-19, risulta essere ad un buon livello, tenendo in considerazione come fattore costante un'aspettativa più alta per le donne e le disparità tra le varie nazioni, dettate per lo più dai diversi stili di vita che incidono sulla salute della singola persona.

Il tasso di mortalità infantile ad oggi è diminuito, restando tuttavia molto elevato in aree del mondo dove le condizioni ambientali ed economiche determinano un progresso a rilento, così come per la mortalità materna.

---

<sup>14</sup> Studio triennale condotto a livello globale con lo scopo di esplicitare gli interventi per ridurre la mortalità infantile e materna.

## 1.2. Indicatori di mortalità per causa

Per un'analisi più accurata è altresì necessario prendere in considerazione una diversa tipologia di indicatori che rilevano l'incidenza di una determinata patologia o disturbo sulla popolazione presa in esame. I cosiddetti indicatori di mortalità che si andranno ad analizzare esaminano quantitativamente i decessi delle malattie più frequenti considerando come anno di riferimento il 2021: le malattie del sistema cardio-circolatorio e i tumori maligni che, secondo le statistiche sanitarie dell'OCSE nel 2023, determinano rispettivamente il 28% e 21% dei decessi della popolazione<sup>15</sup>.

Sempre secondo le predette statistiche, la mortalità media dei Paesi OCSE è di 932 su 100.000: questo risultato è significativamente più elevato rispetto all'anno 2019 che ne ha registrate circa 1.5 milioni in meno. I dati identificano quindi la presenza di un notevole impatto della pandemia da COVID-19 sul tasso di mortalità totale per i decessi dovuti al virus stesso, ma sembrano parimenti suggerire anche un concorso, se pur indiretto, all'aumento di altre malattie, in particolare di quelle maggiormente diffuse poiché l'emergenza sanitaria ha portato inevitabilmente a porre in secondo piano le cure ordinarie e alla sospensione di cure di prevenzione.

Come anticipato in precedenza, le malattie del sistema cardio circolatorio rappresentano la causa principale di decessi nella parte preponderante dei Paesi, in particolar modo infarti e malattie cerebrovascolari (o comunemente ictus).

Nel primo caso, come mostra la figura 1.5, i decessi per infarto nei Paesi OCSE sono stati registrati con una media pari a 114 ogni 100.000 individui. È rilevante come vi siano situazioni poste all'estremo: Paesi notevolmente sotto la media (Corea, Giappone, Francia e Paesi Bassi) e altri con tassi che risultano essere il doppio (Colombia, Repubblica Slovacca) se non il triplo come la Lituania che registra il tasso più alto pari a 395.

---

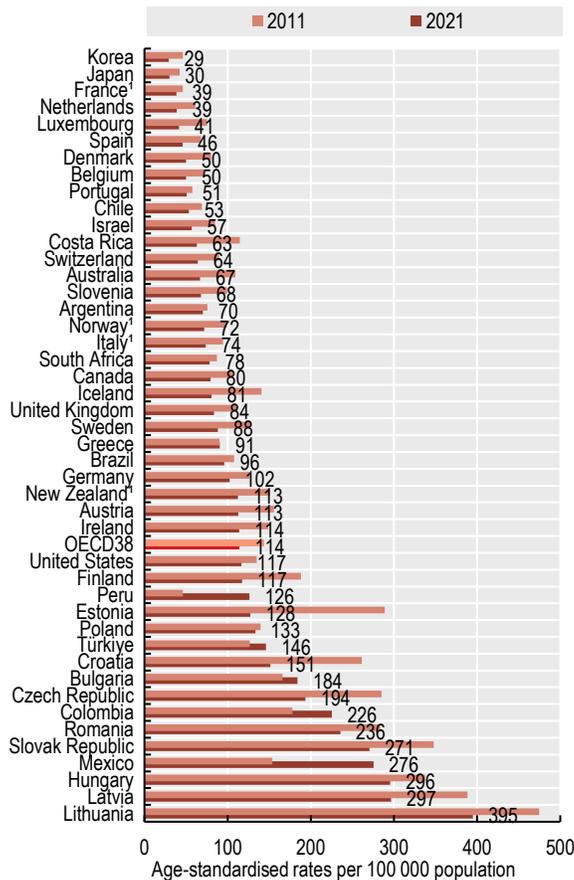
<sup>15</sup> Si veda OECD (2023), pp. 72-75.

Il grafico mostra come, rispetto al 2011, il tasso sia diminuito nella quasi totalità degli Stati presi in esame, ad eccezione di alcune realtà, come Colombia e Messico che hanno registrato, al contrario, un aumento considerevole.

Le cause di questa anomalia possono essere ricondotte all'aumento dei tassi di obesità e del diabete, la tendenza, dunque, ad assumere cibo calorico e ricco di grassi, unito all'assenza di attività fisica<sup>16</sup> e alla presenza malattie croniche.

Questo fenomeno ha caratterizzato anche un rallentamento dei progressi delle malattie cardiache nonostante la diminuzione registrata della relativa mortalità.

Figura 1.5. Mortalità per infarto miocardico, 2011 e 2021



Fonte: OECD (2023), p. 73.

<sup>16</sup> Si veda OECD (2023), p. 72.

Altra condizione che interessa l'apparato cardio-circolatorio è rappresentata dalle malattie cerebrovascolari o ictus. Il grafico nella figura 1.6 rivela che il tasso di mortalità medio dei Paesi OCSE è equivalente a 61 decessi ogni 100.000 persone, dato meno elevato rispetto all'infarto. Anche in questo caso, la maggior parte degli Stati, anche non appartenenti all'Organizzazione, registrano un tasso inferiore alla media, ma pur sempre con delle eccezioni: Lituania e Lettonia mostrano tassi elevati (148 e 217), sebbene inferiori alla Bulgaria che ha registrato un indice pari a 266 decessi ogni 100.000 persone.

Così come per il fenomeno dell'infarto, anche in malattie come l'ictus si è registrato una diminuzione del tasso di mortalità dal 2011, con la singolarità della Lettonia che presenta un picco in aumento di circa 15 unità.

Questo calo porta a presupporre una riduzione dei fattori di rischio poiché queste malattie sono legate particolarmente allo stile di vita condotto dall'individuo, specialmente al fumo e ad un'alimentazione ricca di grassi, che colpisce maggiormente gli uomini<sup>17</sup>.

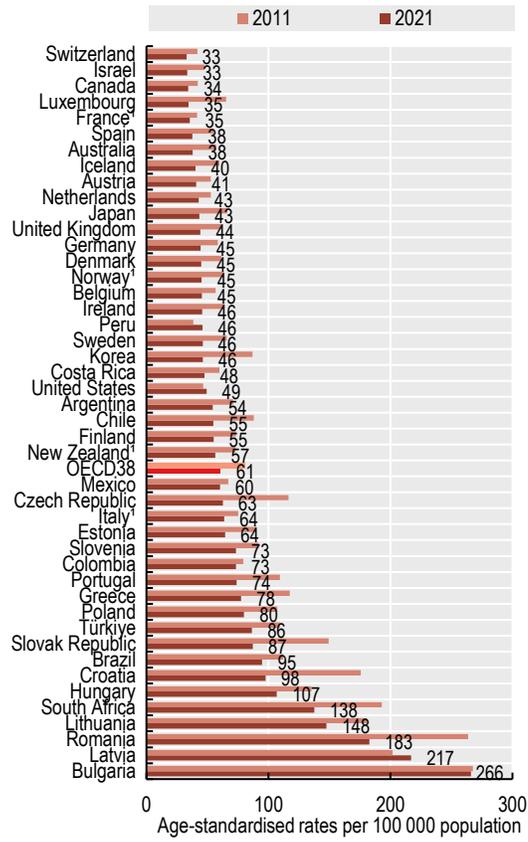
Non vi è solo una differenza tra i sessi, bensì anche tra Paesi: le risorse a disposizione, determinate dalle condizioni economiche, sociali, culturali e sanitarie incidono su quello che va andrà a definire lo stile di vita di una persona.

Lo sviluppo di malattie cardiache è in grado di incidere significativamente sull'aspettativa di vita, in particolare a seguito di precedenti episodi di infarto e ictus. Tale dinamica dipende dai comportamenti assunti dal soggetto affetto dalle patologie in questione e dalla diligenza con cui si seguono le indicazioni mediche. Perciò si afferma che lo stile di vita è potenzialmente capace di determinare un aumento o una diminuzione della speranza vita: l'esperienza medica è in grado di ridurre la mortalità relativa ai disturbi cardiaci, però la maggior parte dell'onere risiede nelle abitudini dell'individuo che dovrebbe seguire una dieta povera di grassi saturi, esercitare abituale attività fisica e provvedere all'eliminazione del consumo di tabacco.

---

<sup>17</sup> Si veda WHO (2009,) p. 5.

Figura 1.6. Mortalità per malattie cerebrovascolari, 2011 e 2021



Fonte: OECD (2023), p. 73.

Spostando l'attenzione verso malattie più complesse, si andrà ad analizzare la seconda causa di morte specialmente nei Paesi OCSE: cancro o tumore maligno.

La figura 1.7. presenta i dati per i decessi a causa del cancro in base al sesso nel 2021. Dall'analisi si nota come in tutti i Paesi le donne siano meno soggette a questa malattia rispetto agli uomini, con divari più o meno ampi a seconda del Paese (ad esempio, è molto accentuato in Lituania, Estonia, Lettonia, Croazia e Ungheria). La causa di questa disparità risiede, come per le altre malattie cardiache, nello stile di vita del soggetto e dunque l'esposizione più o meno marcata ai fattori di rischio, soprattutto al consumo di alcol e fumo presente in particolar modo nelle fasce di popolazione con un livello di istruzione più basso, secondo le statistiche OCSE<sup>18</sup>.

La media dei Paesi OCSE è pari a 202 decessi ogni 100.000 persone: rispetto a tale dato il grafico mostra Paesi con indici nettamente inferiori, come il Messico (126) e tassi notevolmente maggiori, come in Ungheria con 286 decessi.

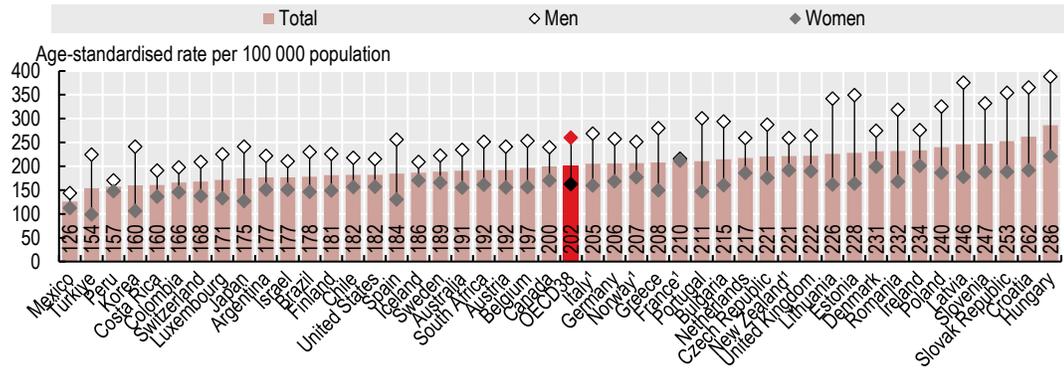
La differenza consiste, oltre che nei predetti fattori di rischio, nelle politiche di prevenzione che permettono di aumentare il tasso di sopravvivenza al cancro mediante controlli, screening e diagnosi, i quali consentono di agire tempestivamente prima che la malattia arrivi ad esiti irreversibili.

È risaputo inoltre che la pandemia da COVID-19 ha cagionato in ambito oncologico, a causa di restrizioni e della situazione di emergenza in generale, una riduzione e sospensione di trattamenti per cure e screening anche in via preventiva, per cui ha inciso inevitabilmente sulla morbilità e nei casi più gravi sulla mortalità di questa patologia.

---

<sup>18</sup> Si veda OECD (2023), p. 74.

Figura 1.7. Mortalità per cancro per sesso, 2021



Fonte: OECD (2023), p. 75.

Le tipologie di cancro più diffuse colpiscono i polmoni, il colon-retto, il seno per le donne e la prostata per gli uomini<sup>19</sup>.

Uomini e donne sono accumulati da due tipologie di cancro: tumore maligno ai polmoni e al colon-retto. Il cancro ai polmoni rappresenta la principale causa di morte dovuta a questa malattia, riconducibile specificamente al consumo di tabacco: per gli uomini rispecchia il 23.2% di decessi dovuti al cancro mentre per le donne il 16.8%.

Il cancro al colon-retto, invece, ha un'incidenza circa uguale in entrambi i sessi: leggermente più marcata per le donne (11.1%) rispetto a quella maschile (10.8%).

Analizzando la situazione femminile, una delle cause principali per decesso in questo contesto non si limita agli organi sopra citati, ma si aggiunge anche il cancro al seno che rappresenta il 14.7% dei decessi per cancro, una percentuale più alta rispetto al colon-retto ma minore dei polmoni.

Tuttavia è importante menzionare come nonostante l'incidenza del cancro al seno sia aumentata nell'ultimo decennio, il tasso di mortalità è diminuito grazie allo screening e a diagnosi precoci poiché questo determina una maggiore possibilità di sopravvivere alla malattia.

Vi è inoltre la presenza di altri tumori che colpiscono organi prettamente femminili, pur sempre in misura inferiore: ovaie (4.7%) e cervice uterina (2%).

<sup>19</sup> Si veda OECD (2023), pp. 74-75.

Per gli uomini invece una consistente percentuale di decessi è rappresentata dal cancro alla prostata equivalente al 10.1%.

Vi sono ancora numerose tipologie presenti in entrambi i sessi, ma che riproducono uno scenario meno preoccupante poiché le loro percentuali sono significativamente inferiori rispetto alle predette categorie: stomaco e fegato rappresentano meno del 6% dei decessi, leucemia sotto al 4% e melanoma della pelle inferiore all'1.5%.

La causa della malattia ha origine in fattori simili alle malattie cardiache: dieta ricca di grassi, consumo abituale di alcol, tabagismo, ridotta attività fisica.

Adottare uno stile di vita salutare è essenziale al fine di incentivare un'aspettativa di vita simile a coloro che non soffrono di tali patologie e di aiutare l'organismo ad affrontare i trattamenti e riprendere le proprie funzioni ostacolate da quest'ultimi.

A tal proposito seguire un'alimentazione di qualità aiuta a mantenere l'organismo in forze, specialmente per la riduzione del peso causata dalle terapie antitumorali, così come dedicare parte della giornata all'esercizio fisico. In particolar modo ridurre o eliminare gradualmente il consumo di alcolici e tabacco, i quali sono i principali responsabili dell'insorgere dei tumori, è fondamentale per ridurre il rischio di sviluppare anche altri disturbi legati a tali fattori.

Alla luce di quanto detto fino ad ora, si può constatare che le maggiori cause di morte sono rappresentate da malattie cardio-circolatorie, che hanno determinato più un quarto dei decessi, e cancro il quale ha comportato un decesso su cinque.

Tali patologie sono accomunate dall'esposizione del soggetto ai medesimi fattori di rischio<sup>20</sup>: scarsa attività fisica, che è potenzialmente traducibile in sedentarietà e può scaturire in obesità, dieta scorretta e consumo di alcol e tabacco.

Si tratta di variabili modificabili tramite la correzione al proprio stile di vita al fine di prevenire l'insorgere di queste patologie, o comunque ridimensionarle nel limite del possibile.

---

<sup>20</sup> Si veda OECD (2017), pp. 9-10; OECD (2015), p. 83.

### 1.3. Salute mentale

Pur ammettendo l'importanza degli indicatori appena analizzati, che sono collegati ad una condizione prettamente fisica, non bisogna tralasciare la trattazione di un aspetto complementare della salute: la salute mentale.

Come sintetizza l'OMS, la salute mentale è definita come “uno stato di benessere mentale che consente alle persone di affrontare lo stress della vita, realizzare le proprie capacità, imparare bene, lavorare bene e contribuire alla propria comunità”.

Dalla definizione appena data, si desume come la salute mentale sia funzionale al benessere sia dal punto di vista individuale, perché permette di affrontare e gestire le più diverse situazioni che si presentano, sia dal punto di vista collettivo. In quest'ultimo caso si riflette sulle performance che la persona avrà nel contesto sociale dov'è inserito: in ambito lavorativo il benessere mentale è una determinante della produttività.

È un argomento di grande interesse tanto quanto complesso: non è riconducibile a cause singole, bensì è data da una combinazione tra i più diversificati fattori legati a vari ambiti (personali, familiari, sociali, economici). Inevitabilmente chi è soggetto a determinate condizioni di vita, come la povertà, avrà maggiore probabilità manifestare disturbi mentali.

Nonostante fosse considerato un aspetto secondario della salute, negli ultimi anni ha assunto notevole valore, in particolare visti gli effetti della pandemia, ed ora viene posto sullo stesso livello di rilevanza della salute fisica.

Quando si tratta di disturbi legati a questo ambito, si fa riferimento principalmente ad ansia, depressione (anche semplicemente dei relativi sintomi) e suicidio.

I dati delle statistiche di vari Paesi europei sulla sanità<sup>21</sup> hanno rivelato come, rispetto al 2019, i livelli di depressione ed ansia siano aumentati in modo esponenziale dal 2020, anno in cui ha preso avvio la pandemia da COVID-19 che portato a tale esito specialmente a causa delle restrizioni.

---

<sup>21</sup> Si veda OECD (2023), pp. 80-81.

Nel 2022, quando la diffusione del virus e il pericolo che rappresentava ha iniziato a rallentare, non tutti gli Stati hanno registrato una conseguente riduzione di questi disturbi: in Stati come la Germania ed Austria la depressione è incrementata fino a superare i livelli del 2020, così come l'ansia per la Francia. Questo è un indicatore di come i disturbi siano peggiorati a causa della pandemia, ma soprattutto di come i suoi effetti si siano protrattati anche negli anni successivi.

È necessario sottolineare che, visto quando detto in precedenza, nonostante il grande impatto della pandemia, occorre considerare anche altre dinamiche che intervengono nella vita, come la precarietà dell'occupazione contestualmente all'incremento del costo della vita.

Il caso più preoccupante concerne il suicidio, quindi quando intervengono una serie di fattori caratterizzati da complessità, in particolar modo derivanti dal contesto sociale, la cui combinazione porta ad una sofferenza tale da togliersi la vita.

Il grafico presente nella figura 1.8 rappresenta i casi di suicidio fornendo un confronto tra 2000 e 2020. Si osserva come più di vent'anni fa il tasso era elevato in pressoché tutti i Paesi analizzati, in particolar modo in Lettonia, Ungheria, Slovenia e Lituania con valori superiori a 30 suicidi ogni 100.000 individui, mentre la media dei Paesi OCSE oscillava verso i 16 casi.

Le donne sono più inclini a soffrire di disturbi d'ansia e depressivi fino ad assumere comportamenti suicidari in particolar modo per l'incorrere in violenze da parte del partner o subite nell'infanzia, specialmente quando si tratta di abusi sessuali<sup>22</sup>. In generale, gli episodi depressivi posso essere prevenuti mediante uno stile di vita caratterizzato da azioni che conducono l'individuo a prendersi cura del proprio corpo a livello fisico, ma che hanno un impatto positivo indiretto anche sul benessere mentale. L'attività fisica ne è un esempio: l'OCSE afferma come una sessione di moderato o intenso movimento può dar effetti benefici già il giorno stesso essendo in grado di ridurre la pressione sanguigna e i sintomi dell'ansia e migliorare l'attenzione<sup>23</sup>.

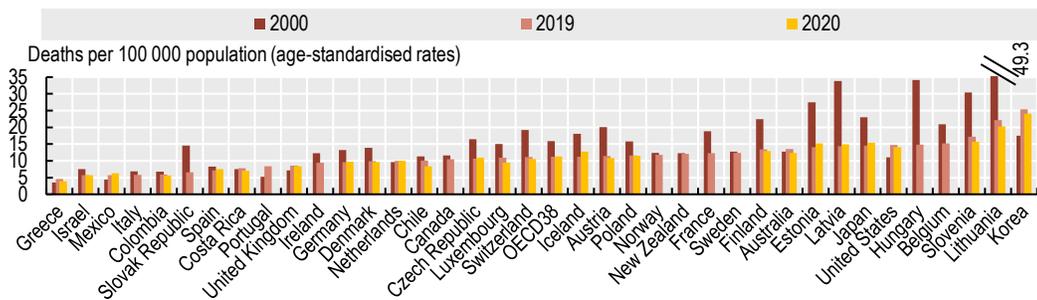
---

<sup>22</sup> Si veda WHO (2009), p. 54.

<sup>23</sup> Si veda OECD (2023), p. 12.

Nel periodo che intercorre tra il 2000 e il 2019 si è registrato un calo significativo nella quasi totalità degli Stati, andamento che è rimasto pressoché stabile anche con l'avvento della pandemia. Questo fornisce un riscontro positivo poiché visti gli andamenti dei disturbi d'ansia e depressivi, l'ipotesi più plausibile era quella secondo la quale anche il tasso di morti per suicidio sarebbe dovuto aumentare, ma, contrariamente a quanto supportato, alcuni Paesi hanno registrato una diminuzione rispetto al 2019 (ad esempio il Cile).

Figura 1.8. Mortalità per suicidio, 2000 e 2020



Fonte: OECD (2023), p. 81.

Da tali risultati si può desumere come i Paesi abbiano agito per sostenere la salute mentale, adottando politiche per curare e prevenire i predetti disturbi.

Tuttavia è necessario sottolineare che permangono problemi di salute poiché la popolazione ha segnalato l'insorgere di sintomi relativi alla depressione post pandemia con percentuali più alte rispetto al periodo 2019-2020.

#### 1.4. Mortalità evitabile

Con il termine “mortalità evitabile” si indicano i casi di morte che possono essere eludibili attraverso opportuni interventi sanitari, quali trattamenti specifici e prevenzione.

Il concetto comprende sia la morte prevenibile che la morte trattabile.

Nel primo caso si tratta di decessi di individui, generalmente con un'età massima di 75 anni, che possono essere evitati essenzialmente tramite azioni effettuate prima del verificarsi del disturbo o della patologia, mentre la morte trattabile concerne le morti evitabili grazie a interventi tempestivi che permettono la cura delle patologie già in corso. La distinzione tra le due categorie avviene in base alla prevalenza del tipo di intervento necessitato: di prevenzione o di riduzione.

Un esempio può aiutare nella comprensione di questo concetto: il cancro può essere inserito come causa di morte in entrambe le categorie poiché può essere evitato tramite prevenzione, ma se si trova in uno stadio avanzato può solamente essere trattato affinché non conduca alla morte della persona affetta.

Secondo i dati disponibili del 2020-2021, nei Paesi OCSE si sono registrate oltre 3 milioni di morti premature, in particolare facendo riferimento alle morti prevenibili, dovute ad una mancanza di un buon livello di prevenzione e prestazioni sanitarie tempestive<sup>24</sup>.

Per ciò che concerne la mortalità prevenibile, nel 2021 nei Paesi OCSE si sono registrati in media 158 decessi ogni 100.000 persone, individuandone la causa principalmente tra le malattie infettive e il cancro, che rappresentano rispettivamente il 22% e il 21%.

Altre morti premature prevenibili sono state ricondotte ad infortuni (ad esempio gli incidenti), malattie del sistema cardiocircolatorio e, in minor quantità, agli effetti di alcol e sostanze stupefacenti e malattie respiratorie<sup>25</sup>.

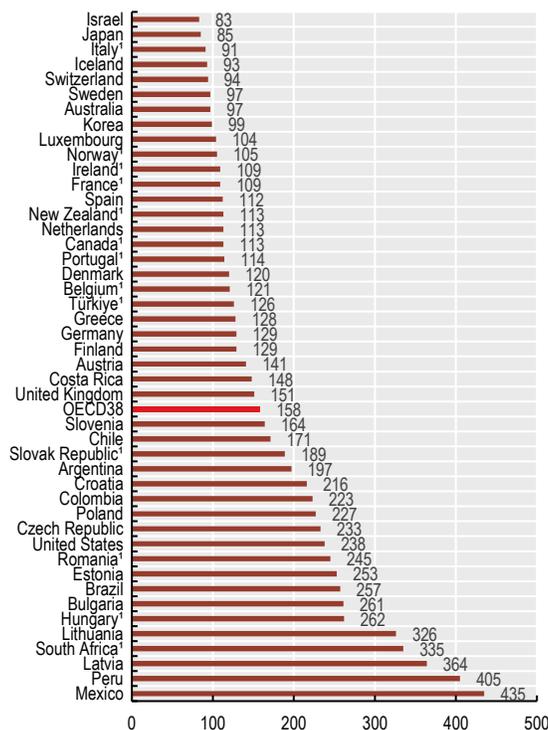
---

<sup>24</sup> Si veda OECD (2023), pp. 68-69.

<sup>25</sup> Si veda OECD (2023), p. 68.

Come mostra il grafico alla figura 1.9a, il tasso di mortalità prevenibile aumenta, ancora una volta, in corrispondenza dei Paesi dell'Europa orientale superando la predetta media fino a raggiungere oltre i 400 decessi ogni 100.000 individui come in Perù e Messico (dovuto anche al fattore COVID-19).

Figura 1.9a. Tasso di mortalità per cause prevenibili, 2021



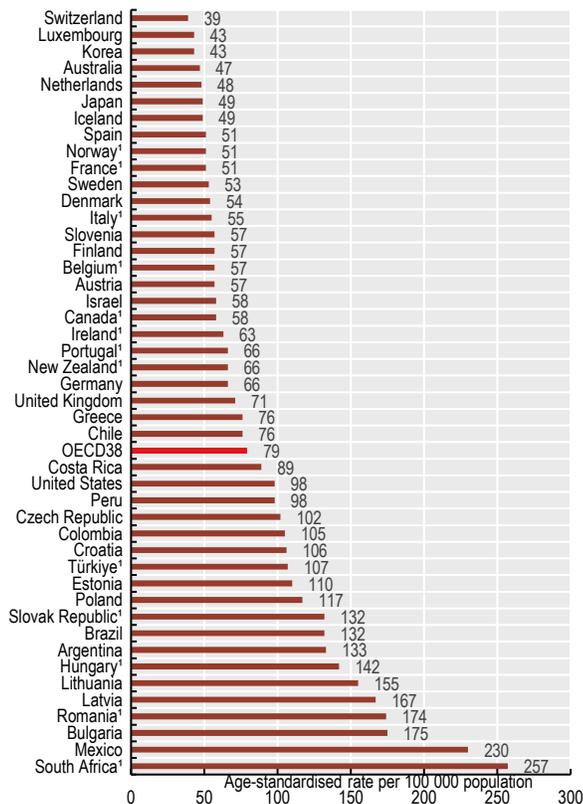
Fonte: OECD (2023), p. 69.

Invece, la figura 1.9b mostra come il tasso medio di mortalità trattabili dei Paesi OCSE nello stesso anno risulta essere minore: 79 decessi per 100.000 individui. Si nota come anche per questo tipo di mortalità, i Paesi con un tasso più elevato sono simili a quelli del grafico precedente.

Le cause principali di mortalità trattabile trovano origine nelle malattie cardiovascolari che hanno costituito il 37% dei decessi prematuri, seguite dal cancro

(23%). Rientrano, ma in misura inferiore, anche patologie dell'apparato endocrino, come il diabete, e respiratorio<sup>26</sup>.

Figura 1.9b. Tasso di mortalità per cause trattabili, 2021



Fonte: OECD (2023), p. 69.

Basandosi sulle predette statistiche, si evince che gli indicatori di mortalità evitabile risultano essere strumenti fondamentali al fine di definire le politiche di intervento da effettuare per ridurre l'incidenza e la mortalità delle patologie e dei disturbi e di verificare l'effettiva performance dei sistemi sanitari.

<sup>26</sup> Si veda OECD (2023), pp. 68-69.

L'analisi degli indicatori considerati in questo capitolo contribuisce al miglioramento della comprensione sui principali fattori di rischio che si tratteranno nel capitolo seguente.

I fattori di rischio incidono in maniera variabile tra i diversi individui, tuttavia i disturbi che si presentano a causa di uno scorretto stile di vita impattano inevitabilmente gli eventi misurati con i predetti indicatori.

Inoltre le differenze emerse tra i Paesi presi in esame chiariscono le diversità che si riversano nei sistemi sanitari e l'origine di tali variazioni anche nelle dinamiche sociali ed economiche.

## Capitolo II

### Rapporto tra spesa sanitaria e stili di vita

Lo stile di vita viene definito come l'insieme di azioni compiute quotidianamente dall'individuo secondo abitudini, scelte personali ed influenze esterne riconducibili a comportamenti individuali. Quest'ultimi possono essere considerati fattori di rischio in quanto incidono significativamente sullo stato di salute e sono suscettibili di definire se lo stile di vita è sano o, al contrario, determina complicanze sul lungo termine. Secondo la definizione data dall'OMS<sup>27</sup>, infatti, il termine "fattore di rischio" indica una condizione biologica, ambientale, socio-economica e delle condotte riconducibili o in grado di causare una maggiore propensione a contrarre determinate malattie o uno stato di salute cagionevole.

Da qui si originano stili di vita idonei a compromettere la salute, in dipendenza delle diverse combinazioni dei predetti fattori, i quali si pongono come punto fondamentale per comprendere l'andamento dei trend della salute.

I comportamenti e le scelte individuali non hanno solo conseguenze sull'individuo stesso, bensì produce delle esternalità comportando dei benefici o imponendo dei costi sugli altri individui e, in generale, sulla collettività.

Nonostante alcune scelte personali possano comportare un effetto positivo<sup>28</sup>, si manifestano con più semplicità le esternalità negative che determinano impatti sfavorevoli sul benessere altrui. Per fare un esempio, il fumo pregiudica lo stato di salute anche di coloro che non fanno uso di sigarette e prodotti simili a causa del cosiddetto "fumo passivo"<sup>29</sup>.

Per tali motivi la spesa sanitaria<sup>30</sup> risente di questo effetto: l'aumento dell'insorgere di patologie o disturbi comporta una maggiore richiesta di prestazioni, il che si traduce in un onere sulla spesa.

---

<sup>27</sup> Si veda WHO (2021), p. 30.

<sup>28</sup> Ad esempio, l'immunità di gregge grazie alla vaccinazione.

<sup>29</sup> Fumo proveniente da coloro che fanno uso di tabacco o sigarette elettroniche che viene inevitabilmente e involontariamente respirato da coloro che sono nelle vicinanze.

<sup>30</sup> Erogazioni effettuate allo scopo di finanziare i beni e i servizi sanitari finali per la soddisfazione delle richieste e dei bisogni dei cittadini.

Le variabili che si andranno ad esaminare costituiscono i maggiori fattori di rischio in uno stile di vita<sup>31</sup>: alimentazione scorretta, scarsa attività fisica, consumo di alcol, fumo e uso di droghe.

Il presente capitolo, perciò, si propone di analizzarli singolarmente al fine di comprendere il loro impatto sulla salute e sulla spesa sanitaria.

---

<sup>31</sup> È necessario tener presente l'esistenza di altri fattori oltre a quelli elencati, ma che non verranno trattati in questa sede. Ad esempio: assunzione di medicinali, stress, qualità del sonno, vita sessuale, ambiente.

## 2.1. Alimentazione scorretta

Le variabili più rilevanti di un stile di vita riguardano ciò che si pone alla base della quotidianità di un individuo fin dai primi anni di vita: la dieta<sup>32</sup> e il movimento.

Il comportamento alimentare è una determinante importante che bisogna necessariamente rapportare all'età poiché ad ogni fase della vita corrispondono bisogni differenti. Precisamente durante l'infanzia è importante avviare il bambino verso un'educazione alimentare in modo che si instaurino delle abitudini alimentari sane, mentre una fase delicata risulta essere quella adolescenziale, caratterizzata da un notevole sviluppo fisico, poiché si determinano anche cambiamenti nella rete sociale che possono sfociare in episodio di anoressia e bulimia, soprattutto tra le giovani donne. In generale è possibile affermare che un'alimentazione ricca di grassi e sodio e al tempo stesso povera in sali minerali<sup>33</sup>, dunque un basso consumo di porzioni di frutta e verdura, comporta lo sviluppo di uno stato di sovrappeso, diabete, malattie cardiovascolari e, nei casi più gravi, alcuni tipi di tumore.

Si è dimostrato, infatti, come il consumo fino a 600 grammi giornalieri di frutta e verdura possa ridurre l'esposizione a malattie cardiache<sup>34</sup>.

Secondo quanto affermato dall'OCSE<sup>35</sup>, ad oggi l'alimentazione ha subito uno stravolgimento importante sia in termini qualitativi che quantitativi a causa dei vari fenomeni che si sono succeduti negli anni: il progresso tecnologico e l'espansione del commercio su scala mondiale hanno aumentato il numero dei *fast food* e trasformato la vendita dei prodotti alimentari. I cibi ultra-processati<sup>36</sup>, come merendine confezionate e bevande zuccherate, costituiscono dal 30% al 60% di "energia alimentare totale consumata", in particolare per la loro economicità sul mercato.

---

<sup>32</sup> Si intende l'insieme del cibo assunto quotidianamente, non in riferimento a piani alimentari predisposti per prescrizione medica.

<sup>33</sup> Si veda OECD (2017), p. 10.

<sup>34</sup> Si veda OECD (2017), p. 10

<sup>35</sup> Si veda OECD (2022), p. 49.

<sup>36</sup> Alimenti che subiscono molteplici trasformazioni industriali tramite l'aggiunta di ingredienti che ne esaltano il sapore, oltre a garantire maggiore durabilità.

I dati dei Paesi OCSE dimostrano che tra il 1961 e il 2013 vi è stato un aumento pari al 10% delle calorie giornaliere individuali raggiungendo quota 3.330, senza però che si sia verificato un altrettanto aumento della qualità di quest'ultime.

Gli alimenti con più calorie sono grassi e carboidrati e costituiscono “oltre il 50% dell'apporto energetico totale in paesi come gli Stati Uniti e il Regno Unito”<sup>37</sup>, Paesi che non seguono come modello la dieta mediterranea<sup>38</sup>. Per tali ragioni è necessario monitorare l'andamento calorico dell'alimentazione per prevenire disturbi e patologie correlate, favorendo l'assunzione di cibi più salutari.

Inevitabilmente, questi elementi sono correlati anche alla gestione del peso corporeo. Una dieta caratterizzata dalla prevalenza di cibi con un notevole apporto calorico conducono l'individuo ad entrare in uno stato di sovrappeso o addirittura di obesità.

L'obesità è una malattia complessa, non riconducibile unicamente alla dieta e all'attività fisica, nonostante ne siano elementi fondamentali.

L'obesità porta all'esposizione di altre complicanze, in particolare diabete, ipertensione e, ancora, malattie cardiache. Si innesca, così, una serie di disturbi e malattie che non sono fine a sé stessi, ma che ne producono altre di conseguenza.

Dunque, è possibile assumere che uno stile di vita caratterizzato da una dieta non equilibrata (abbinato alla sedentarietà, come si vedrà prossimamente) comporta delle problematiche rilevanti sulla salute. Di conseguenza si creano condizioni che richiedono il ricorso alle risorse dei servizi sanitari.

La condizione di sovrappeso determina in media nei Paesi OCSE un impatto sulla spesa sanitaria pari a 8.4% rispetto al suo totale<sup>39</sup>.

Da questo dato si presume una richiesta di prestazioni sanitarie frequenti e tanto più costose quanto più la cura sarà complessa: le malattie collegate al peso sono per lo più di natura cronica, dunque richiedono un intervento costante, ripetuto nel tempo e con possibilità di complicazioni.

---

<sup>37</sup> Si veda OECD (2022), p. 49.

<sup>38</sup> Modello alimentare salutare per la presenza di un'ampia gamma di nutrienti e alimenti ricchi di proprietà che favoriscono un buono stato di salute: cereali integrali e derivati, carne e pesce, varietà di verdure e olio extravergine di oliva.

<sup>39</sup> Si veda OECD (2022), p. 55.

Un dato più rassicurante, almeno attualmente, riguarda invece l'obesità: l'European Health Interview Survey<sup>40</sup> afferma che l'impatto oscilla tra il 2.4% e il 4.8% sulla spesa sanitaria totale, ma prevede che entro il 2050 si avrà un incremento medio nei Paesi OCSE equivalente a quello attuale del sovrappeso<sup>41</sup>.

I dati del 2017 e 2018 dimostrano come la condizione socio-economica, e dunque un diverso livello di istruzione, sia determinante nell'esposizione a tale fattore di rischio: il 26% quindicenni appartenenti a famiglie con un basso status di benessere dichiara di essere sovrappeso per il 10% in più di rispetto a coloro con uno status elevato<sup>42</sup>.

È possibile assumere che gli individui con un livello di istruzione più elevato abbiano migliori capacità di comprendere le conseguenze di determinati comportamenti alimentari e risorse adatte per intraprendere uno stile di vita corretto.

---

<sup>40</sup> IlSole24ore, 2024, articolo online “*Obesità: in Italia 6 milioni di pazienti, nei Paesi Ocse impatto dell'8,4% sulla spesa sanitaria entro il 2050*”.

<sup>41</sup> I predetti dati si riferiscono ai Paesi ad alto reddito.

<sup>42</sup> Si veda OECD (2022), p. 54.

## 2.2. Insufficiente attività fisica

Come anticipato in precedenza, l'alimentazione è un fattore rilevante tanto quanto l'attività fisica. L'impatto di quest'ultimo fattore sulla salute ha un effetto sia a livello fisico che mentale: migliora le prestazioni fisiche, previene le malattie croniche, riduce i sintomi di ansia e depressione e aiuta la concentrazione<sup>43</sup>.

Considerando che le malattie cardiache rappresentano la principale causa di decessi nei Paesi OCSE<sup>44</sup>, l'attività fisica è il fattore che permette di influenzare facilmente queste patologie. Quando si parla di “essere fisicamente attivi” l'immagine che generalmente si ha è quella di praticare uno sport, ma questo concetto comprende un'ampia gamma di attività, anche non sportive, con intensità differenti. L'importante è abituare il corpo al movimento poiché questo favorisce benefici con risultati migliori man mano che la pratica diventa “regolare, con sufficiente durata e intensità”<sup>45</sup>.

Secondo le linee guida dell'OCSE<sup>46</sup>, un adulto (a partire dai 18 anni) dovrebbe praticare almeno dalle due ore e mezza alle cinque ore di attività fisica con un'intensità moderata a settimana o, in alternativa, almeno da un'ora e un quarto a due ore e mezza di intensa attività, oppure una combinazione tra le precedenti. È opportuno limitare il tempo speso seduti, sostituendo questa sedentarietà con qualsiasi attività movimentata, ad esempio ballo o giardinaggio.

Come illustrato dalla figura 2.1, nel 2022, si è dimostrato come circa il 50% degli adulti di Paesi appartenenti all'Unione europea non pratici sport o esercizio fisico<sup>47</sup>. La percentuale si riduce per altre attività fisiche, raggiungendo circa il 30%.

I dati rappresentano situazioni che destano preoccupazione poiché metà della popolazione non pratica alcuna attività, nonostante rispetto al 2017 si sia assistito in UE ad un aumento di forme diverse dallo sport equivalente in media al 53%.

---

<sup>43</sup> Si veda OECD (2023), p. 12.

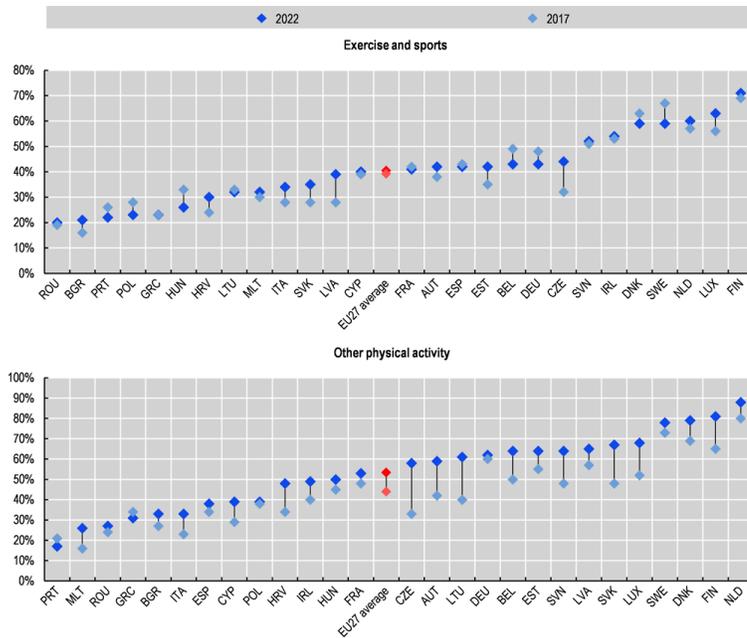
<sup>44</sup> Si veda Capitolo 1.

<sup>45</sup> Si veda OECD (2023), p. 14.

<sup>46</sup> Si veda OECD (2023), p. 14.

È necessario, però, considerare che vi sono notevoli differenze tra i Paesi: un dato notevole si è registrato in Repubblica Ceca, con un aumento sia dello sport che si altre attività.

Figura 2.1. Tendenza dell'attività fisica negli adulti, 2017 e 2022



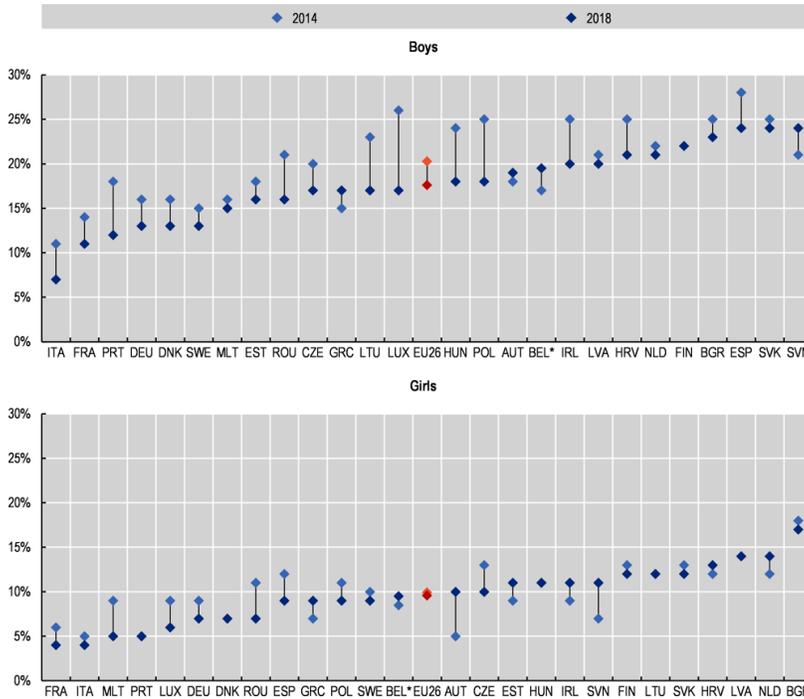
Fonte: OECD (2023), p. 29.

Per i bambini e adolescenti (5-17 anni) è consigliato almeno un'ora di moderato-intensa attività al giorno e ad alta intensità tre volte a settimana, riducendo le attività ricreative sedentarie, in particolare davanti agli schermi.

L'insufficienza di attività fisica è presente anche tra gli adolescenti dell'Unione europea, nonostante siano considerati dalle linee guida coloro che dovrebbero più praticarla: solo il 17.6% dei ragazzi e il 9.6% delle ragazze pratica almeno un'ora di attività fisica giornaliera. Come raffigurato nei grafici della figura 2.2, si è assistito dunque ad una diminuzione tra il 2014 e il 2018, in particolare per i maschi. Ad esempio, dati degni di nota sono stati raccolti in Lituania, Lussemburgo e Polonia. È

possibile presumere che generalmente le donne siano meno propense a praticare attività fisica in modo abituale.

Figura 2.2. Tendenza dell'attività fisica negli adolescenti, 2014 e 2018



Fonte: OECD (2023), p. 32.

Il declino dell'attività fisica è stato certamente favorito da fattori esterni quali lo sviluppo economico e l'ambiente. Il lavoro e i ritmi ad esso relativi occupano gran parte della giornata di un individuo, ma soprattutto assorbono l'energia totale quotidiana a disposizione lasciando poco spazio per le attività ricreative, considerando anche il fatto che i lavori sedentari aumentano l'abitudine di non praticare esercizio fisico.

Anche la pandemia del 2020 ha impattato a causa delle restrizioni: nonostante vi siano stati casi di aumento o addirittura di primo inizio di attività fisica, la diminuzione della frequenza che si è registrata tra gli adulti è stata superiore alla metà<sup>48</sup>.

Tale fattore di rischio comporta lo sviluppo di patologie non trasmissibili, tra cui malattie cardiovascolari, diabete e cancro.

Il grafico alla figura 2.3 rappresenta l'incidenza delle principali malattie o disturbi dovuti ad un'insufficiente attività fisica, intesa come inferiore alle due ore e mezza a settimana. I dati mostrano che la depressione e il mal di schiena risultano essere elementi comuni a tutte le fasce d'età e che aumentano in maniera direttamente proporzionale a questa.

Gli individui compresi in una fascia d'età tra i 50 e i 79 anni sono soggetti alla maggior parte delle patologie riconducibili ad una scarsa attività fisica, con maggior frequenza per le malattie cardiovascolari, elemento che hanno in comune con gli individui di età superiore agli 80 anni. I casi di cancro, invece, iniziano ad aumentare notevolmente non prima del 50 anni di età.

Un caso particolare risulta essere quello in cui si ha una diminuzione dei problemi di mal di schiena in individui con un'età maggiore di 80 anni. L'OCSE presume che questo sia dovuto alla diminuzione dell'aspettativa di vita correlata ad uno scarso movimento che, conseguentemente, "riduce il numero di persone in questa fascia di età e di conseguenza il numero di malattie che sviluppano"<sup>49</sup>.

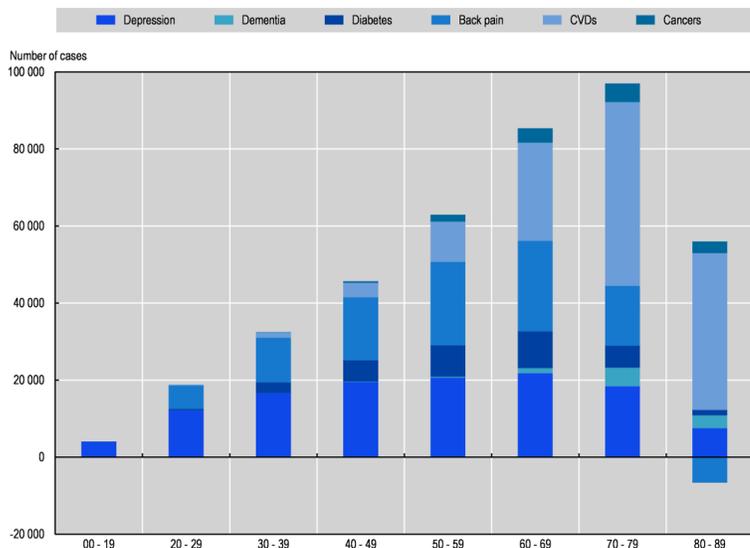
Il rispetto delle linee indicate OMS di almeno 150 minuti a settimana comporterebbe la prevenzione di 3.9% casi di diabete di tipo 2 e il 2.3% dei casi di malattie cardiache. Se di eseguissero almeno i 300 minuti di movimento a settimana indicati, le percentuali subirebbero un aumento raggiungendo rispettivamente circa il 10% e il 5,2%.

---

<sup>48</sup> Si veda OECD (2023), p. 34.

<sup>49</sup> Si veda OECD (2023), p. 51.

Figura 2.3. Il peso medio delle malattie dovute ad attività fisica insufficiente (meno di 150 minuti a settimana) per fascia d'età, 2022-2050



Fonte: OECD (2023), p. 52.

L'impatto di tale fattore determina un peso rilevante sulla spesa sanitaria.

Secondo gli studi dell'OCSE<sup>50</sup>, si è ipotizzato che il rispetto delle linee guida comporti un notevole risparmio di risorse nei Paesi membri dell'UE.

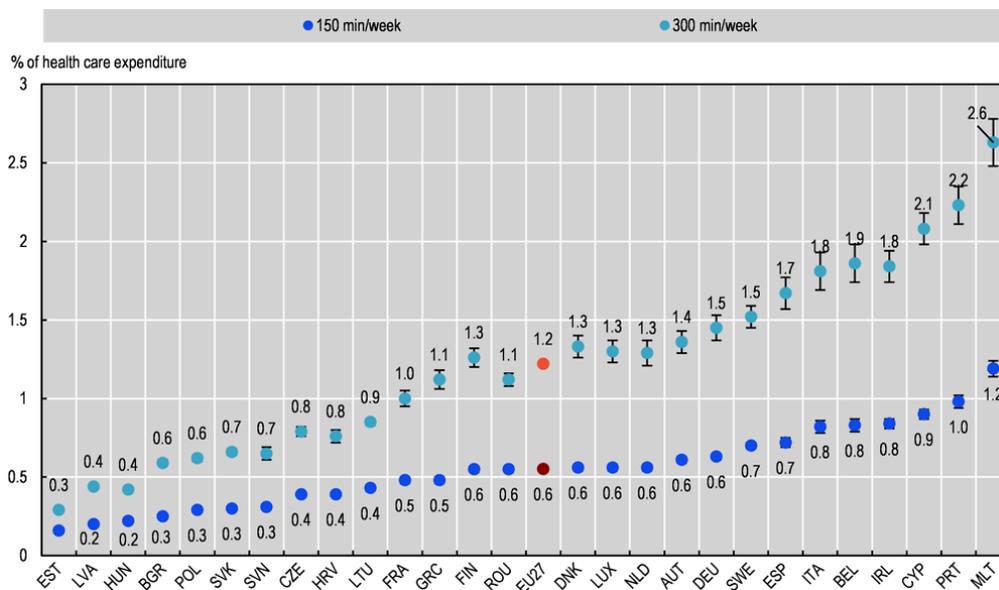
Lo svolgimento di attività fisica per almeno due ore e mezza (150 minuti) a settimana implicherebbe un risparmio di circa 8 miliardi di euro PPA<sup>51</sup> ogni anno per la prevenzione di 11.5 milioni di casi delle predette malattie entro il 2050, inclusi circa 7 milioni tra malattie cardiache e depressione e oltre 400.000 casi di cancro. Allo stesso modo compiere attività fisica più intensa, cinque ore (300 minuti) a settimana, comporterebbe un risparmio di 17 miliardi di euro PPA all'anno per opera della prevenzione di 27 milioni di malattie correlate a questo fattore.

<sup>50</sup> Si veda OECD (2023), p. 53.

<sup>51</sup> Acronimo di "parità di potere di acquisto". Sono strumenti di conversione delle valute con la funzione di uniformare il potere d'acquisto delle diverse valute tra i Paesi.

Inoltre, come illustrato dalla figura 2.4, gli Stati membri dell'Unione europea potrebbero ottenere un risparmio in media di 0.6% del totale della spesa sanitaria se si seguissero le indicazioni di 150 minuti di attività fisica dell'OMS e di 1.2% se si rispettassero i 300 minuti.

Figura 2.4. Spesa sanitaria media attribuibile ad attività fisica insufficiente, 2022-2050



Fonte: OECD (2023), p. 55.

### 2.3. Consumo di alcol

L'alcol alimentare è una sostanza il cui consumo moderato può comportare effetti positivi sulla salute<sup>52</sup>, ma la sua assunzione abituale in quantità eccessive rappresenta un fattore di rischio per la salute. Questo è dovuto principalmente al fatto che la maggior parte viene assorbita dal fegato, stimolando la formazione di una sostanza che causa la presenza di grassi nello stesso.

Nei Paesi OCSE nel 2021 si è rilevato un consumo medio di sostanze alcoliche tra la popolazione di età superiore ai 14 anni sia pari a 8.6 litri per ciascun individuo, dato leggermente ridotto rispetto al 8.9 del decennio precedente<sup>53</sup>.

In media nei Paesi OCSE il 42% dell'alcol è rappresentato dal consumo di birra, mentre il 29% da vino, soprattutto nei maggiori Paesi produttori, quali Francia e Italia e il 23% da superalcolici, in particolare nei Paesi dell'Est<sup>54</sup>.

Per determinare e comprende gli effetti lesivi sulla salute è necessario analizzare gli episodi in cui l'assunzione risulta essere eccessiva. Secondo il report Health at a Glance 2023 dell'OCSE il numero di forti bevitori episodici è definita come “la quota di adulti di età pari o superiore a 18 anni che hanno riferito di aver bevuto 60 g o più di etanolo puro (equivalenti a 6 drink o più) in una singola occasione negli ultimi 30 giorni”. Come rappresentato nel grafico alla figura 2.5, nel 2019 circa il 20% degli adulti dei Paesi OCSE ha riferito di consumare tale quantità almeno una volta al mese.

Attorno a tale media oscillano dati differenti in ragione dei diversi Stati: Belgio, Germania, Lussemburgo e Regno Unito registrano tassi particolarmente alti (oltre il 30%), mentre Italia e Turchia arrivano solamente circa al 3%.

I dati mostrano immediatamente come vi sia una differenza sostanziale tra uomini e donne in tutti i Paesi presi in analisi: gli uomini risultano essere più soggetti ad eccessivi episodi di consumo di alcol rispetto alle donne, con gap più o meno ampi a seconda dello Stato, in particolare nei Paesi con un livello socio-economico meno sviluppato. Ad esempio il divario più ampio è stato registrato in Romania con una

---

<sup>52</sup> Si veda OECD (2015), p. 23.

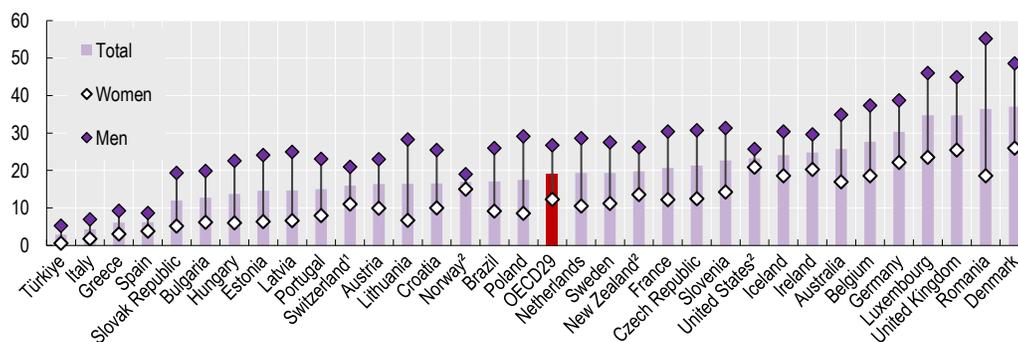
<sup>53</sup> Si veda OECD (2023), pp. 88-89.

<sup>54</sup> Si veda OECD (2021), p. 74.

differenza equivalente al 36%, contrariamente a Norvegia e Turchia con il 4%, mentre la media dei Paesi OCSE è 27% per gli uomini e 12% per le donne.

Tuttavia diversi studi<sup>55</sup> hanno dimostrato che i comportamenti sociali sono cambiati negli anni (il raggiungimento dell'uguaglianza professionale, ad esempio) e hanno determinato un assottigliamento delle differenze di genere nel consumo di alcolici con il conseguente avvicinamento dell'atteggiamento femminile a quello degli uomini.

Figura 2.5. Adulti che hanno riferito di bere in modo episodico eccessivo per sesso, 2019



Fonte: OECD (2023), p. 89.

Inoltre, già nel 2015<sup>56</sup> si era registrato un aumento di tale fenomeno anche tra i giovani, intesi fino a un'età di 35 anni. Una delle cause più plausibili di tale aumento può risiedere nella maggiore accessibilità economica di queste bevande e la loro attrazione per i diffusi modelli comportamentali che implicano l'associazione dell'alcol al divertimento<sup>57</sup>. Tale dinamica diventa ancora più rischiosa quando l'età dell'individuo è bassa poiché vi è una maggiore propensione al consumo abituale prolungato nel tempo con probabile rischio di sviluppare una dipendenza<sup>58</sup>.

<sup>55</sup> Si veda OECD (2015), pp. 62-63.

<sup>56</sup> Si veda OECD (2015), pp. 52-53.

<sup>57</sup> Si veda OECD (2015), pp. 53-54.

<sup>58</sup> Si veda OECD (2015), p. 56.

L'alcol è un fattore di rischio complesso, che entra in contatto con diverse variabili. È necessario infatti considerare il contesto in cui tale assunzione si inserisce poiché le caratteristiche del quadro hanno effetti differenti a seconda delle combinazioni di tali variabili, in particolare per l'insorgere delle predette patologie e di episodi di dipendenza: la quantità di alcol ingerita avrà conseguenze diverse a seconda dell'assunzione a stomaco vuoto o in brevi periodi temporali piuttosto che durante i pasti e durante più settimane.

Le implicazioni in termini di salute sono preoccupanti: generalmente riguardano malattie cardiache, quali ictus, alcuni tipi di cancro (ad esempio al fegato), cirrosi epatica e disturbi mentali, oltre a condizioni di disabilità e decessi per incidenti stradali e violenze fisiche<sup>59</sup>.

Inoltre l'assunzione esagerata di alcolici può compromettere la speranza di vita, portando ad una morte prematura tra i 30 e i 70 anni<sup>60</sup>.

La peculiarità di tale fattore di rischio è l'impatto negativo che non si limita alla salute del soggetto che ne fa uso, bensì coinvolge anche terze persone: ogni anno si registrano circa 10.000 morti da incidenti stradali causati da episodi di ubriachezza del conducente che ricadono su vittime di altre vetture o addirittura di pedoni negativi all'assunzione di alcol o stupefacenti<sup>61</sup>.

Inevitabilmente tali condizioni comportano un costo elevato: nei Paesi OCSE la spesa per far fronte alle patologie e alle problematiche derivanti dal consumo di alcol è pari a 2.4% della spesa sanitaria totale, il che si traduce in 138 miliardi di dollari PPA annuali<sup>62</sup>.

Questo è dovuto al consumo superiore al limite massimo consigliato di 1 e 1,5 drink al giorno, rispettivamente per donne e uomini, il quale aumenta l'insorgere delle predette malattie legate a questo fattore di rischio e, di conseguenza, anche la spesa correlata alle cure.

---

<sup>59</sup> Vi sono difficoltà nel redigere linee guida uniformi per la popolazione perché i fattori che intervengono sono molteplici e variabili anche per coloro che sono considerati "a basso rischio".

<sup>60</sup> Si veda OECD (2021), p. 133.

<sup>61</sup> ISS (2006).

<sup>62</sup> Si veda OECD (2021), p. 135.

È necessario sottolineare che le malattie causate da un eccessivo consumo di alcol costituiscono cause di mortalità evitabile, per lo più prevenibile: essendo un fattore di rischio modificabile è possibile promuovere azioni preventive affinché si diffonda un uso più consapevole di sostanze alcoliche e si verifichi un impatto più contenuto possibile sulla spesa e dunque un risparmio di risorse.

## 2.4. Tabagismo

Il termine “tabagismo” indica il consumo abituale di tabacco assunto da individui con età superiore a 14 anni con cadenza giornaliera.

I dati del 2021 nei Paesi OCSE hanno descritto in media un consumo di tabacco equivalente circa al 16% tra gli individui con un’età a partire dai 15 anni.

Come illustrato nella figura 2.6, i tassi variano a seconda dello Stato: al di sopra della media si trovano Paesi quali Francia, Spagna e Italia, mentre tassi notevolmente più bassi vengono registrati principalmente nei Paesi nordici e nell’America settentrionale. Al di fuori dei Paesi OCSE si trovano i tassi più elevati, dal 29% per la popolazione bulgara al 33% per quella indonesiana.

Il grafico mostra come, ad eccezione della Norvegia, gli uomini fumino di più delle donne, con gap più o meno ampi: nei Paesi OCSE lo scarto è in media pari a 8 punti percentuali. Il divario più ampio viene registrato in Stati quali Cina e Indonesia in cui la popolazione femminile non supera il 3% mentre quella maschile raggiunge oltre i 50 punti percentuali.

Rispetto al 2011, nei Paesi OCSE il tabagismo ha subito un declino in media pari a circa il 5%. Tuttavia è aumentato l’utilizzo abituale di sigarette elettroniche<sup>63</sup> soprattutto tra i giovani, in sostituzione al normale tabacco, anche se i tassi sono più bassi rispetto a quest’ultimo.

Infatti l’uso dei predetti dispositivi è pari in media al 3.2% nei Paesi OCSE con tassi più alti in alcuni Stati quali Nuova Zelanda (8%) ed Estonia (10%)<sup>64</sup>.

---

<sup>63</sup> Si fa riferimento alla popolazione dai 15 anni in su che fa uso di sigarette elettroniche con o senza nicotina.

<sup>64</sup> Si veda OECD (2023), pp. 86-87.

Figura 2.6. Popolazione da 15 anni in su che fuma quotidianamente per sesso, 2021



Fonte: OECD (2023), p. 87.

Il fumo rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio per la salute dell'individuo, ma anche per coloro che lo circondano: è la principale causa di malattie cardiovascolari e respiratorie oltre ad alimentare il rischio dell'insorgenza di tumori maligni. L'OMS ha stimato la morte di 8 milioni di persone ogni anno, di cui il 15% è dovuto al fumo passivo<sup>65</sup>.

Questi valori hanno un'implicazione non solo in termini di salute, bensì anche sulla spesa sanitaria costituendo un onere pari al 5.7% della spesa sanitaria globale. In particolare si tratta di 467 miliardi di dollari PPA nel 2012<sup>66</sup>.

L'impatto economico del tabagismo risulta essere più elevato in Europa e in America del Nord con un costo delle relative patologie corrispondente rispettivamente al 2.5% e 3% del Pil. In particolare le regioni dell'Est Europa hanno un peso economico superiore alla media, equivalente al 3.6% del Pil.

<sup>65</sup> Si veda OECD (2023), pp. 86-87.

<sup>66</sup> Goodchild M., Nargis N., Tursan d'Espaignet E. (2018), p. 58.

## 2.5. Uso di droghe

Il consumo di droghe, inteso come l'assunzione di sostanze allucinogene, oppioidi<sup>67</sup> e stimolanti senza scopi medici, è uno dei fattori di rischio altamente preoccupante. Si tratta di droghe illecite, la cui produzione e vendita è vietata per uso personale a causa degli effetti sulla salute della persona: overdose, malattie cardiovascolari e infettive, disturbi mentali, incidenti e violenze<sup>68</sup>, costituendo il 13% delle cause di mortalità prevenibile<sup>69</sup>.

La sostanza illegale più consumata è rappresentata dalla cannabis poiché l'ampia disponibilità e la diversificazione dei prodotti hanno portato ad una maggiore espansione rispetto a tutte le altre droghe: nell'ultimo anno si è registrato un consumo collegato a circa 22.8 milioni di persone in Europa in un'età compresa tra i 15 e i 64 anni, di cui l'1.3% ne assume quotidianamente. Proprio tale parte di popolazione ha maggior probabilità di manifestare sintomi simili ai fumatori abituali di tabacco, quali problemi respiratori e cardiaci, oltre a dipendenza ed episodio psicotici. Si ritiene che tale sostanza abbia causato in ambito europeo più di un terzo dei ricoveri correlati a interventi sanitari per tossicodipendenti, includendo anche interventi di breve durata<sup>70</sup>. Un'altra tipologia di sostanze stupefacenti sono quelle stimolanti e la più comunemente diffusa è la cocaina. L'uso di tale sostanza, come illustrato nella figura 2.8, è maggiore negli individui di sesso maschile, con divari più o meno ampi tra gli Stati. Il gap più consistente si è registrato in Spagna con una media percentuale pari a 4.1 per gli uomini mentre di 1 per le donne.

Nei Paesi OCSE si è registrato una media pari a 1.2% di individui in un'età compresa tra i 15 e i 64 anni che hanno fatto uso di cocaina nel 2020, in particolare, con una differenza tra i sessi di un punto percentuale. In Europa i Paesi con un tasso di consumo

---

<sup>67</sup> Farmaci con effetto antidolorifico e sedativo utilizzati per il trattamento del dolore con intensità elevata, sia a breve che a lungo termine.

<sup>68</sup> Si veda OECD (2023), p. 90.

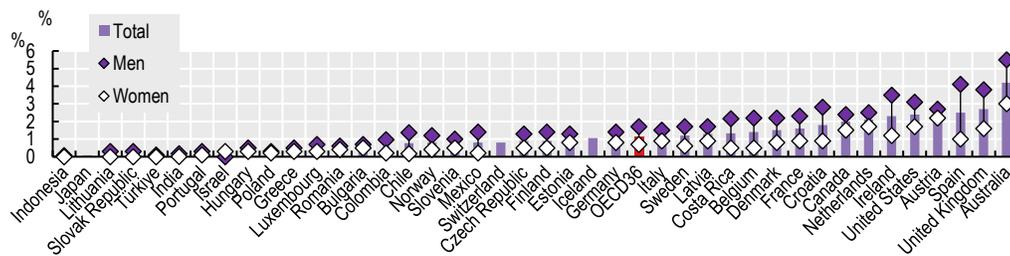
<sup>69</sup> Si veda OECD (2023), p. 69.

<sup>70</sup> Si veda European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2024), p. 43.

più elevato sono Austria, Spagna e Regno Unito, invece oltreoceano l’Australia registra il più alto consumo di tutti i Paesi analizzati equivalente al 4.2%.

La cocaina risulta essere la sostanza illegale che crea più dipendenza: il corpo richiede quantità sempre maggiori ed a intervalli più brevi con una conseguente riduzione del peso corporeo poiché si percepisce un minor bisogno di cibo. Altri effetti riguardano l’elevata esposizione a infarti e arresti cardiaci nonché disturbi a livello psicologico causando depressione e aggressività comportamentale.

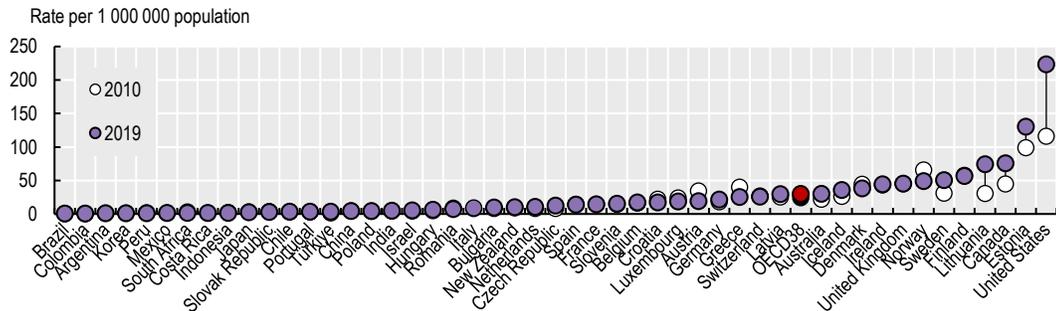
Figura 2.8. Consumo di cocaina negli ultimi 12 mesi tra le persone di età compresa tra 15 e 64 anni, 2020



Fonte: OECD (2023), p. 91.

L’abuso di oppioidi, invece, rappresenta la maggiore causa di morte per overdose, verificata soprattutto nei Paesi dell’America del Nord: nonostante la difficoltà nella reperibilità dei dati, si sono registrati in media 223 e 75 decessi per milione di persone rispettivamente negli Stati Uniti e in Canada. Sebbene i dati siano nettamente inferiori a quelli appena citati, anche i Paesi OCSE nel 2019 hanno registrato morti collegate agli oppioidi, con una media di 30 decessi ogni milione di individui, in aumento in media del 20% rispetto al 2010, come illustrato nella figura 2.7.

Figura 2.7. Tassi di mortalità correlati agli oppioidi in persone di età compresa tra i 15 e i 60 anni, 2010 e 2019



Fonte: OECD (2023), p. 91.

Oppioidi come eroina e fentanyl vengono assunti nella maggioranza dei casi tramite iniezioni endovena, dunque, oltre ad avere effetti devastanti sulla salute di chi ne fa uso (patologie cardiache, respiratorie e disturbi mentali), aumenta il rischio di infezioni da HIV, aumentando ulteriormente l'onere sulla spesa sanitaria. Secondo l'EUDA<sup>71</sup>, infatti, nel 2022 si è registrato un aumento di casi di HIV correlati all'assunzione di droga pari a 968, circa 350 casi in più rispetto al 2021, regredendo a livelli simili pre-pandemici<sup>72</sup>.

Ad oggi la situazione risulta essere più preoccupante: il mercato illegale della droga offre un'ampia disponibilità di prodotti e spesso più potenti rispetto al passato. Il rischio risiede nel fatto che le nuove sostanze, o comunque la combinazione tra queste, porta ad avere una conoscenza non sufficiente degli effetti sulla salute, con la conseguenza che il sistema sanitario rischia di non essere in grado di far fronte alle nuove dinamiche, con un incremento del dispendio delle già limitate risorse a disposizione.

L'uso di tali sostanze oltre alle predette patologie causa uno stato di dipendenza il quale comporta un'assunzione sempre maggiore e al conseguente peggioramento dello stato

<sup>71</sup> Acronimo di European Union Drugs Agency. Agenzia dell'UE con il compito di prevedere e affrontare i rischi delle droghe, fornendo agli Stati membri le risposte adatte e promuovendo lo scambio di informazioni tra di essi.

<sup>72</sup> Si veda European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2024), p. 15.

di salute: nell'Unione Europea nell'anno 2022 circa 1.7 milioni di individui hanno beneficiato di cure per disturbi collegati all'assunzione di sostanza stupefacenti<sup>73</sup>. La spesa sanitaria ne risenta particolarmente poiché la richiesta di prestazioni sanitarie per risolvere tali problematiche ha un impatto oneroso: senza tener conto delle spese sostenute individualmente dal singolo, non a carico della società, il costo è stimato tra lo 0.01% e lo 0.5% del Pil, destinando a tale fenomeno dal 23% fino all'83% della spesa pubblica, con oscillazioni differenti a seconda delle politiche adottate dai Paesi<sup>74</sup>. In Italia, ad esempio, gran parte delle prestazioni sanitarie per le dipendenze vengono forniti dai Servizi per le Tossicodipendenze (SerT). Si tratta di servizi sanitari finanziati da risorse pubbliche istituiti al fine di sostenere coloro che hanno sviluppato una dipendenza da sostanze stupefacenti, mediante cure e trattamenti riabilitativi, oltre ad un programma di prevenzione.

---

<sup>73</sup> Si veda European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2024), p. 164.

<sup>74</sup> Si veda European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017), p. 63.

L'attenzione sulla spesa sanitaria nei Paesi OCSE è così marcata perché dopo la pandemia si è verificato un aumento, raggiungendo il 9.2% del Pil nel 2022 rispetto all'8.8% dei tre anni precedenti<sup>75</sup>.

Gli ultimi dati risalenti al 2021 indicano come il 60% della spesa sanitaria venga destinata ai servizi ospedalieri per cura e riabilitazione, che rientrano nell'assistenza primaria<sup>76</sup>. In particolare si finanziano gli stipendi dei lavoratori del settore.

La causa dell'impiego in questi servizi della maggior parte delle risorse risiede nell'obiettivo di potenziare le performance sanitarie riducendo in tal modo anche gli sprechi.

Tuttavia una spesa sanitaria quantitativamente elevata non comporta necessariamente dei risultati migliori: è necessaria un'efficiente allocazione delle risorse tra i vari servizi.

Quantificare l'impatto economico dei fattori di rischio significa comprendere come agire in termini di prevenzione e politiche al fine di trattare e ridurre le malattie e i disturbi ad essa collegati e, conseguentemente, determinare un risparmio delle risorse economiche destinate alla sanità.

---

<sup>75</sup> Si veda OECD (2023), p. 154.

<sup>76</sup> Si veda OECD (2023), p. 164.

### **Capitolo III**

#### **Politiche incentivanti il cambiamento degli stili di vita per la sostenibilità dei sistemi sanitari**

Dalla considerazione delle informazioni statistiche illustrate, si evince che le esternalità causate da comportamenti individuali determinano notevoli costi sulla spesa sanitaria. Per tale motivo risulta necessaria l'implementazione di politiche efficaci, fornendo una risposta alla sostenibilità dei sistemi sanitari al fine di ridurre i fattori di rischio e i comportamenti ad essi associati.

È possibile intervenire tramite soluzioni di natura differente. Nel presente capitolo, infatti, si illustreranno politiche di intervento su più fronti: dalle tipiche misure fiscali e di prevenzione fino alle più innovative di *nudging*.

### 3.1. Politiche fiscali

Una prima soluzione viene offerta da un approccio prettamente fiscale.

L'adozione di politiche fiscali per la salute, come l'introduzione di imposte ad valorem o accise, può creare le condizioni per la diminuzione dell'assunzione di determinati comportamenti dannosi per la salute e la riduzione i costi per gli interventi sanitari.

In particolare si tratta dell'applicazione di tributi di natura indiretta su determinati prodotti, quali bevande zuccherate, alcol e tabacco, il cui consumo abituale è collegato direttamente all'insorgere di disturbi e malattie non trasmissibili specialmente obesità, diabete e patologie cardiovascolari. Per tali motivi vengono definite *sin taxes*<sup>77</sup>.

La tassazione o l'aumento di tributi già esistenti sui prodotti di cui sopra comporta un aumento del prezzo di quei beni, il che è indice di un potenziale cambiamento delle abitudini di consumo decretando una diminuzione dello stesso, poiché meno conveniente. La ragione, e al tempo stesso l'obiettivo, per cui si adottano tali misure è la promozione di stili di vita più salutari.

#### 3.1.1. Tassazione delle bevande zuccherate

Per ciò che concerne l'alimentazione, il consumo di bevande zuccherate rappresenta l'assunzione di zuccheri non essenziali, il cui consumo eccessivo comporta un maggiore rischio di sviluppare diabete e condizioni di obesità<sup>78</sup>.

La principale causa dell'ampia assunzione di questi prodotti risiede nella varietà e l'accessibilità in termini economici.

Il prezzo rappresenta, dunque, un fattore chiave: l'accisa determina un costo maggiorato del bene che ricade sul consumatore finale<sup>79</sup>, la cui domanda tenderà a

---

<sup>77</sup> Traduzione inglese di "tasse sul peccato". Il termine è stato introdotto per la prima volta nell'articolo di Ted O'Donoghue and Matthew Rabin, pubblicato nel 2003 *sull'American Economic Review* (O'Donoghue and Rabin, 2003) e fa riferimento alla tassazione di beni non necessari e potenzialmente dannosi per la salute.

<sup>78</sup> Si veda WHO (2022), p. 22.

<sup>79</sup> L'onere ricade in primo luogo sul produttore, il quale per recuperare le risorse versate allo Stato aumenta il prezzo di vendita finale del bene soggetto a tassazione.

decreocere man mano che il prezzo aumenta, sostituendo tale prodotto con altri beni non tassati, con l'obiettivo di indirizzarlo verso alimenti più salutari.

Tra i vari sistemi di tassazione, sempre nell'ambito delle bevande zuccherate, le accise specifiche rappresentano la politica fiscale più adeguata se rapportata all'obiettivo sanitario: esse, infatti, essendo applicate solo alle bevande zuccherate, in particolare quelle a basso costo, aumentano il loro prezzo rispetto ad altri prodotti, riducendo in tal modo il consumo dei predetti beni.

A supporto di tale ipotesi, sono stati condotti degli studi che dimostrano l'impatto vantaggioso delle politiche fiscali applicate in relazione alle bevande zuccherate sui consumi<sup>80</sup>: si è dimostrato come l'acquisto di tali bevande tassate subisca una diminuzione rispetto a quelle che non sono soggette a tale onere. Quest'ultime, infatti, aumentano o non subiscono rilevanti cambiamenti.

In particolare, un'imposta pari al 10% comporta una diminuzione della stessa percentuale sul consumo di bevande tassate e un aumento equivalente all'1.9% sull'acquisto di bevande non tassate<sup>81</sup>.

A livello sanitario si può ipotizzare che l'esito della tassazione su tali prodotti sia assolutamente positivo: un incremento della tassazione comporterebbe un aumento dei prezzi delle bevande prese in esame di circa il 50%. Tale dato suggerisce un conseguente decremento globale di morti premature stimate di circa 2.2 milioni nei successivi 50 anni<sup>82</sup>.

Si tratta di ipotesi poiché i risultati sanitari non sono immediatamente evidenti e il sistema causale tra quest'ultimi, l'imposta e i consumi è più complicato.

È necessario tener presente il contesto in cui si inserisce tale politica e disporre di un quadro economico e sanitario dettagliato per far sì che l'introduzione di nuove tasse sia proficua in base all'obiettivo che la *governance* pone in termini di salute e sanità.

---

<sup>80</sup> Si veda WHO (2022), p. 19.

<sup>81</sup> Si tratta di risultati generali. È dunque necessario tenere in considerazione diversi fattori, come il contesto.

<sup>82</sup> Si veda WHO (2022), pp. 22-23.

### 3.1.2. Tassazione dei prodotti alcolici

Oltre alle bevande zuccherate, un altro problema considerevole è rappresentato dall'assunzione di alcolici.

Come dimostrato precedentemente, i disturbi collegati all'eccessivo consumo di alcol sono assolutamente rilevanti, dunque i governi sono attivati per attuare politiche dal punto di vista fiscale anche in questo ambito.

Una prima misura è rappresentata dal MUP, acronimo di "*Minimum Unit Pricing*"<sup>83</sup>. Tale elemento costituisce uno strumento che pone un prezzo minimo obbligatorio al di sotto del quale non è consentito vendere legalmente bevande alcoliche.

Risulta essere uno strumento efficace poiché viene applicato agli alcolici a basso costo, i quali, garantendo una facile accessibilità, rappresentano la tipologia più consumata dai bevitori abituali e con episodi di eccessivo utilizzo. In tal modo si individua il prodotto più largamente consumato e, applicando tali restrizioni, ne si disincentiva l'assunzione.

Ad oggi il MUP è in vigore in alcuni territori di Regno Unito, Australia e Canada, dove l'implementazione di tale politica ha portato a risultati soddisfacenti affermando il suo ruolo fondamentale nell'impatto sugli alcolici a basso costo<sup>84</sup>.

In Scozia, ad esempio, grazie alla predetta misura si è verificata una diminuzione equivalente al 7.6% della spesa annuale di alcol per famiglia, in particolare in quelle con un consumo più elevato di tali beni.

Sebbene il MUP sia una delle migliori politiche sui prezzi, è da segnalare la presenza di altre misure. Tra queste si menzionano il divieto di vendita di alcolici sottocosto, ossia al di sotto del costo di produzione per evitare l'incentivo ad acquistare prodotti alcolici scontati, e di applicazione di sconti in base alla quantità di alcolici acquistata<sup>85</sup>. Così come menzionato per le bevande zuccherate, la tassazione specifica sugli alcolici, quindi l'applicazione di tasse sulla base della quantità di alcol contenuta nelle bevande,

---

<sup>83</sup> Traduzione inglese di "prezzo minimo unitario".

<sup>84</sup> Si veda OECD (2021), p. 188.

<sup>85</sup> Si veda OECD (2021), pp. 187-188.

risulta essere una misura più efficace rispetto ad altri strumenti (quali le imposte unitarie<sup>86</sup>). Questo perché, applicandosi direttamente all'etanolo, i produttori e i consumatori saranno disincentivati rispettivamente a produrre e ad acquistare bevande con alte percentuali di alcol e di conseguenza a ridurre l'assunzione di questi prodotti diminuendo i rischi di disturbi e patologie loro collegati<sup>87</sup>.

A sostegno di tale assunto, il 95% degli studi condotti in questo ambito ha dimostrato una diminuzione del consumo di alcolici compresa in media tra il 5% e l'8% circa a seguito di un incremento del prezzo pari al 10%, in particolare sulla porzione di popolazione a basso reddito<sup>88</sup>.

Pur avendo appurato che tali misure comportano dei benefici in termini di salute e di spesa sanitaria, vi possono essere degli effetti distorsivi causati dalle politiche stesse.

La causa principale risiede nell'aumento esagerato dei prezzi: nell'ipotesi in cui questi subiscano un eccessivo incremento, i consumatori potrebbero essere incentivati a reperire tali beni altrove dove vi è più accessibilità, in altri Paesi o anche nel mercato illegale<sup>89</sup>. Inoltre chi sviluppa una dipendenza tenderà a mantenere inalterata la spesa per gli alcolici e a risparmiare su altri prodotti, spesso di genere primario.

Come dimostrato in precedenza<sup>90</sup>, l'alcol è alla base delle principali cause di incidenti stradali data l'alterazione nei riflessi e nelle capacità mentali che comporta. Per tale motivo è necessario porre delle restrizioni e dei limiti anche in questo ambito al fine di diminuire il numero di morti evitabili.

Le sanzioni previste variano a seconda della gravità dell'accaduto e fanno riferimento alla concentrazione di alcol nel sangue che determina il tasso alcolemico stabilito per legge, il quale nella maggior parte dei Paesi OCSE è fissato generalmente allo 0,05%<sup>91</sup>. Molti Paesi hanno reso più severe le sanzioni contro i conducenti in stato di ebbrezza, in particolare la Corea dopo il 2018 ha sancito una multa pari a 10 milioni di won, dunque più di 6.700 euro, alternativamente alla reclusione pari a 2 anni per il

---

<sup>86</sup> Imposte che si basano sulla dimensione della bevanda alcolica.

<sup>87</sup> Si veda capitolo 2.

<sup>88</sup> Si veda OECD (2021), p. 184.

<sup>89</sup> Si veda OECD (2021), p. 187.

<sup>90</sup> Si veda capitolo 2.

<sup>91</sup> Si veda OECD (2021), p. 195.

superamento del limite legale di alcol presente nel sangue, compreso tra 0.08% e 0.2%. La sanzione può raggiungere anche 20 milioni di won ( oltre i 13.400 euro) se il tasso alcolemico risulta superiore al 2%<sup>92</sup>.

Confermato i precedenti punti, è di fondamentale importanza comprendere la destinazione delle risorse ottenute attraverso le politiche fiscali applicate ai prodotti alcolici.

Generalmente le entrate determinate dalla tassazione di tali prodotti vengono gestite in maniera differente dai vari Paesi, ma con un denominatore comune: ridurre il consumo di bevande alcoliche e destinare tali risorse a programmi di promozione della salute per la collettività al fine di apportare un miglioramento del livello di salute della popolazione e sollevare i sistemi sanitari dagli oneri che derivano da tale fattore di rischio.

La maggior parte dei Paesi devolve i fondi a programmi di prevenzione e trattamento delle malattie non trasmissibili collegati all'alcol, nonché all'ampliamento della copertura sanitaria e dunque di finanziamento, di cui solo circa il 15% viene destinato a scopi specifici<sup>93</sup>.

Ad esempio, in Francia l'imposta specifica su alcolici con una gradazione superiore al 18% è destinata alla sicurezza sociale. La Svizzera, invece, redistribuisce il 10% delle risorse reperite tramite la tassazione sugli alcolici ai Cantoni. La quasi totalità di questi viene spesa in politiche per la lotta all'abuso di sostanze suscettibili di creare dipendenza<sup>94</sup>.

---

<sup>92</sup> Si veda OECD (2021), p. 197.

<sup>93</sup> Si veda WHO (2023), p. 29.

<sup>94</sup> Si veda WHO (2023), p. 75.

### *3.1.3. Tassazione dei prodotti a base di tabacco*

Le politiche fiscali concernono anche il tabacco poiché rappresenta la causa di molteplici disturbi cardiovascolari e tumori, nonché sostanza in grado di creare dipendenza.

Il tabacco nella maggior parte dei casi è soggetto ad una tassazione di tipo indiretto rappresentata dall'applicazione di accise specifiche o ad valorem<sup>95</sup>.

La differenza tra le due tipologie risiede nel fatto che le accise del primo tipo si basano sulla quantità di prodotto mentre le altre sono calcolate in percentuale sul loro valore. Nonostante le differenze appena descritte, il funzionamento è il medesimo per le bevande zuccherate: le accise aumentano il prezzo dei beni relativi al tabacco con l'obiettivo di disincentivarne l'utilizzo.

Tuttavia è necessario prendere in considerazione che solo una parte della popolazione ridurrà la quantità di tabacco consumata poiché la restante parte, composta in particolare da coloro che vengono collocati nella fascia ad alto reddito, registrerà un cambio di preferenza verso prodotti economicamente meno convenienti ma migliori secondo gusti ed inclinazioni personali dei consumatori, in attuazione di una tassazione specifica<sup>96</sup>.

Da tale ragionamento si evince che quest'ultima misura pone un vantaggio ai produttori di tabacco poiché spinge i consumatori a nuove varianti dello stesso prodotto incentivandone il consumo.

Al contrario, l'applicazione di un'accisa ad valorem non comporta la sostituzione del tabacco con altri prodotti poiché ne viene ridotto l'uso sia in termini quantitativi che qualitativi<sup>97</sup>.

Il consumo di tabacco rappresenta il principale fattore di rischi collegato alle principali cause di morte e anche alle morti evitabili<sup>98</sup>.

---

<sup>95</sup> Si veda WHO (2021), pp. 16-17.

<sup>96</sup> Si veda WHO (2021), pp. 21-22.

<sup>97</sup> Si veda WHO (2021), pp. 21-22.

<sup>98</sup> Si veda capitolo 1.

Infatti, i dati del 2019 stimano una quota pari a 27.2 milioni di morti evitabili entro 50 anni se si applicasse un aumento delle tasse tale da raggiungere un aumento del prezzo del tabacco equivalente al 50%. In particolare un incremento del 10% comporterebbe in media una diminuzione dell'utilizzo del tabacco tra il 5% e l'8% nei Paesi a medio e basso reddito e leggermente inferiore (4%) in quelli con un reddito più alto<sup>99</sup>.

Le entrate generate dalla tassazione del tabacco vengono destinate in misura pari al 23% in programmi di prevenzione e controllo dell'assunzione di tale prodotto, nonché in altre progetti rivolti alla collettività in ambito sanitario<sup>100</sup>.

---

<sup>99</sup> Si veda WHO (2023), p. 81

<sup>100</sup> Si veda WHO (2021), p. 29

Per ciò che concerne tutte le misure di politica fiscale è importante tenere in considerazione il livello dell'inflazione: monitorare tale fenomeno permette di regolare le aliquote fiscali in ragione dell'aumento o diminuzione del potere d'acquisto. Se l'incremento dei prezzi non risulta essere significativo, per il consumatore questo cambiamento verrà percepito come indifferente poiché i prodotti continueranno ad essere facilmente accessibili. Di conseguenza non si raggiunge l'obiettivo di ridurre il relativo consumo e la pressione sul sistema sanitario.

Ciò porta alla conclusione che la tassazione sui prodotti che hanno un impatto negativo per la salute determina uno svantaggio per le aziende produttrici e aumento delle entrate dello Stato, se considerate congiuntamente. Infatti la considerazione delle entrate derivanti dalla tassazione di singoli prodotti è molto ridotta se posta in relazione al Pil. Ad esempio, le entrate generate nell'ambito della tassazione delle bevande zuccherate rappresentano tra il 0.001% e il 0.16% del Pil<sup>101</sup>.

---

<sup>101</sup> Si veda WHO (2022), p. 21.

### 3.2. Prevenzione

Con il termine “prevenzione” si intende l’insieme di azioni e misure adottate al fine di prevenire, dunque ridurre, l’insorgenza di malattie, disturbi e dei fattori di rischio collegati, oltre a limitare ed arginare le conseguenze di patologie già in atto, attraverso programmi di monitoraggio, educazione ed informazione<sup>102</sup>.

Da tale definizione si evince la triplice direzione verso cui l’azione preventiva agisce: primaria, secondaria e terziaria.

La prevenzione primaria è caratterizzata da misure dirette ad agire sui fattori di rischio, in particolar modo sull’uso di alcol e tabacco, insufficiente attività fisica e alimentazione scorretta (fattori analizzati finora), per ridurre la probabilità di manifestazioni iniziali di patologie e disturbi ad essi correlati.

La prevenzione secondaria invece è rivolta al raggiungimento di una diagnosi precoce di malattie, prima che vi sia la comparsa di sintomi ad esse collegati, attraverso screening e strumenti specifici in tale ambito al fine di ridurre e contenere le conseguenze e la relativa mortalità.

L’azione terziaria comprende quegli atti di conduzione e controllo di patologie già palesatesi al fine di diminuire la probabilità di peggioramento. Quest’ultima categoria in termini di spesa viene ricompresa, però, nelle cure primarie di riabilitazione<sup>103</sup>.

Grazie all’attività di prevenzione è possibile determinare un significativo numero di vite salvate, considerata la ragguardevole quota di morti evitabili, un buon livello di salute della popolazione e gravare il meno possibile sui sistemi sanitari.

Per tali motivi è necessario investire risorse in programmi prevenzione per implementare le relative politiche.

Secondo i dati del 2017, in media solo il 2.8% della spesa sanitaria dei Paesi OCSE viene destinato ad attività di prevenzione<sup>104</sup>. Questo dato fornisce un quadro poco soddisfacente poiché la prevenzione rappresenta una delle funzioni essenziali per ottenere sistemi sanitari efficaci ed efficienti. Attorno alla media oscillano vari risultati:

---

<sup>102</sup> Si veda WHO (2021), p. 5.

<sup>103</sup> Si veda OECD (2017), p. 13.

<sup>104</sup> Si veda OECD (2017), p. 15.

la differenza nella quantità di risorse da destinare in programmi di prevenzione consiste nella scelta dell'allocazione in base all'urgenza delle situazioni che necessitano di un intervento prioritario.

In media circa la metà della spesa in prevenzione viene assorbita da programmi di monitoraggio della salute, rappresentandone circa il 44%<sup>105</sup>. Questa attività è rivolta alla rilevazione sistematica delle condizioni di salute degli individui, come ad esempio l'effettuazione delle analisi del sangue, al fine di verificare l'andamento dello stato di salute ed eventualmente intervenire in modo tempestivo qualora si manifestino delle anomalie.

La relativa spesa si differenzia da Paese a Paese in base agli esami inseriti nel programma. Ad esempio in Inghilterra è in vigore il “*NHS Health Check*”, un programma gratuito di controlli sulla salute in generale con cadenza quinquennale, rivolto agli individui tra i 40 e i 74 anni, il cui costo ammonta complessivamente a circa 165 milioni di sterline. È composto da un pacchetto di controlli volti a individuare i fattori di rischio potenziali allo sviluppo di disturbi e patologie non trasmissibili<sup>106</sup>.

Tra le altre voci emergono i programmi di promozione della salute: informazione ed educazione, che rappresentano il 27% della spesa totale destinata alla prevenzione<sup>107</sup>.

Precisamente l'OMS definisce l'educazione sanitaria come “qualsiasi combinazione di esperienze di apprendimento progettate per aiutare gli individui e le comunità a migliorare la propria salute aumentando la conoscenza, influenzando la motivazione e migliorando l'alfabetizzazione sanitaria”<sup>108</sup>.

Da tale espressione si evince come questa tipologia di educazione costituisca il principale strumento per una promozione della salute efficace<sup>109</sup>: avere consapevolezza dei rischi e del proprio stato di salute permette di adottare uno stile di vita sano e al tempo stesso sostenibile per le strutture della sanità, oltre a dotare gli individui di competenze tali da saper riconoscere ed affrontare le più varie situazioni.

---

<sup>105</sup> Si veda OECD (2017), p. 19.

<sup>106</sup> Si veda OECD (2017), p. 25.

<sup>107</sup> Si veda OECD (2017), p. 6.

<sup>108</sup> Si veda WHO (2021), pp. 18-19.

<sup>109</sup> Si veda capitolo 1.

In questi programmi vengono ricomprese misure sia di natura primaria che secondaria. Per citare alcuni esempi: comunicazione sulle conseguenze riguardanti i principali fattori di rischio, partecipazione a iniziative di screening e campagne vaccinali.

Altre politiche di prevenzione sono rappresentate dall'immunizzazione e dalla diagnosi precoce, rispettivamente del 9% e del 7% della predetta spesa.

La prima misura si riferisce a programmi di prevenzione primaria di malattie, come morbillo, tetano e epatite, mediante l'uso di vaccini.

I programmi vaccinali si differenziano da Paese a Paese in base a vari fattori, come l'età e il numero di dosi da somministrare, ma in particolar modo ciò che influenza maggiormente la spesa vaccinale è costituito dai prezzi. Un breve esempio è utile al fine di comprendere meglio questo concetto: la spesa destinata alle vaccinazioni in Germania è tra le più alte dei Paesi OCSE. Infatti, il prezzo del vaccino contro l'HPV<sup>110</sup>, approvato tra il 2006 e il 2007, è superiore a 500 USD PPP rispetto ad altri Stati come Australia (315) o Nuova Zelanda (292)<sup>111</sup>.

La diagnosi precoce, invece, costituisce lo strumento di prevenzione secondaria più importante: lo scopo è rappresentato dal verificare la presenza di patologie specifiche, come ad esempio cancro e AIDS, nonostante l'assenza di sintomi, attraverso screening e test propri. È considerata una delle politiche di prevenzione più efficaci per i risultati ottenuti in termini sanitari e più vantaggiosi dal punto di vista economico<sup>112</sup>, nonostante il rallentamento subito a causa della pandemia di COVID-19 che ha ritardato la diagnosi e gli eventuali e consecutivi trattamenti.

L'Unione Europea già nel 2003 ha posto raccomandazioni sull'adozione di programmi di indagini diagnostiche volte all'individuazione precauzionale di alcuni tipi di cancro, in particolare al seno, alla cervice e al colon-retto, incentivando la popolazione a parteciparvi e, nella maggior parte dei casi, coprendo gratuitamente la spesa per determinate fasce d'età<sup>113</sup>.

---

<sup>110</sup> Acronimo di *Human Papilloma Virus*. È un virus che si trasmette per via sessuale in grado di causare infezioni che portano al potenziale sviluppo di tumori al collo dell'utero.

<sup>111</sup> Si veda OECD (2017), p. 22.

<sup>112</sup> Si veda OECD (2023), p. 128.

<sup>113</sup> Si veda OECD (2017), p. 23.

Ad esempio, lo screening per il cancro al seno viene effettuato ogni due anni su una porzione di popolazione compresa tra i 50 e i 69 anni. La media della popolazione OCSE sottoposta a questi programmi è equivalente al 59.1%, con dati che variano da percentuali molto alte, come in Danimarca e Finlandia (oltre l'80%) a notevolmente basse del Messico, pari al 20%<sup>114</sup>.

Lo screening del cancro alla cervice, invece, viene proposto ogni 3 anni su una fascia molto più ampia rispetto a quella appena descritta, partendo da un minimo di 20 anni. Per far sì che la morbilità venga diminuita, è indispensabile ricorrere alla vaccinazione contro l'HPV per le giovani donne. La percentuale di popolazione compresa in queste politiche è quasi alla pari dello screening di cui sopra, ancora una volta con ampie variazioni tra gli Stati. Il tasso più basso è stato registrato in Costa Rica, pari al 3%<sup>115</sup>. La percentuale di spesa destinata alla prevenzione di misure di immunizzazione e diagnosi precoce è molto bassa, nonostante gli studi abbiano dimostrato la loro efficacia e il loro apporto di benefici anche in termini economici rispetto all'attività di monitoraggio, la quale tende a raccogliere meno partecipazione ai controlli di ordine generale<sup>116</sup>.

Negli ultimi anni le politiche di prevenzione hanno riscosso notevoli risultati per ciò che concerne la riduzione dei fattori di rischio che conducono ad uno stile di vita non salutare e di conseguenza all'insorgere di patologie e disturbi prevalentemente non trasmissibili.

In particolare il tabagismo nei Paesi OCSE rispetto ai decenni precedenti ha subito un notevole abbassamento<sup>117</sup> in forza delle politiche di prevenzione tra cui si comprendono le campagne di sensibilizzazione, divieti e aiuti individuali specifici.

Sono stati introdotti degli interventi farmaceutici per ridurre il consumo di tabacco e la conseguente sensazione di appagamento nell'utilizzo, fino ad abbandonare questo vizio. Un esempio è fornito dalle terapie sostitutive della nicotina, il cui scopo è alleviare progressivamente gli effetti dell'astinenza, tramite la somministrazione di

---

<sup>114</sup> Si veda OECD (2023), pp. 128-129.

<sup>115</sup> Si veda OECD (2023), pp. 128-129.

<sup>116</sup> Si veda OECD (2017), pp. 25-26.

<sup>117</sup> Si veda capitolo 2.

sostanze farmaceutiche sotto forma di cerotti o altri dispositivi. La percentuale di successo di tali misure varia dal 6% al 15%<sup>118</sup>.

Al fine di ottenere un risultato di successo più sicuro sono presenti i servizi per la cessazione presenti in 32 Paesi: servizi con l'obiettivo di far cessare l'uso abituale di tabacco, comprendo completamente 2.8 miliardi di individui, dato equivalente a oltre un terzo della popolazione a livello mondiale<sup>119</sup>.

Le misure di prevenzione più rilevanti in questo ambito comprendono strategie di comunicazioni efficaci agli individui: l'informazione è il mezzo mediante il quale si prende coscienza e consapevolezza dei rischi associati al consumo di tali sostanze.

Un esempio è fornito dall'etichettatura presente nei pacchetti di sigarette per ciò che concerne la comunicazione delle avvertenze e dei rischi. Tali elementi vengono comunicati soprattutto mediante l'illustrazione di immagini e parole visivamente forti e di grandi dimensioni, tale da ricoprire almeno la metà della confezione. Questa misura viene adottata dalla maggior parte dei Paesi, raggiungendo il 57% della popolazione mondiale. La restante parte comprende sia gli Stati che omettono le etichette di avvertenza sia coloro che le adottano ma con una dimensione tale da occupare meno della metà dello spazio del pacchetto<sup>120</sup>.

Alcuni Paesi hanno aumentato l'area di esposizione delle avvertenze: in Canada, ad esempio, le controindicazioni sanitarie sono state stampate, oltre che sulla confezione, direttamente sulle sigarette stesse al fine di entrare in contatto anche con i più giovani che spesso se le procurano singolarmente<sup>121</sup>.

Anche il consumo di alcol risulta essere in diminuzione, anche se in misura contenuta, tranne nel caso dell'assunzione episodica ed eccessiva<sup>122</sup>.

La misura dell'etichettatura appena descritta viene applicata anche in questo ambito: oltre ai valori nutrizionali, vengono esposte anche le avvertenze in termini di salute riguardo ai potenziali disturbi e incidenti. I risultati sull'efficacia di tale politica sui

---

<sup>118</sup> Si veda OECD (2023), p. 61.

<sup>119</sup> Si veda OECD (2023), pp. 61-62.

<sup>120</sup> Si veda OECD (2023), pp. 66-68.

<sup>121</sup> Si veda OECD (2023), p. 86.

<sup>122</sup> Si veda capitolo 2.

comportamenti rischiosi non sono chiari, tuttavia è indispensabile fornire questa tipologia di informazioni ai consumatori e, data l'insufficienza dei risultati, è necessario attuare dei miglioramenti, ad esempio sulla visibilità e grandezza dei simboli sulle etichette<sup>123</sup>.

La più importante misura è rappresentata dai programmi di prevenzione nelle scuole: l'educazione e l'approccio a questi argomenti permette di avere una maggiore consapevolezza e gli strumenti necessari per i giovani al fine di riconoscere i rischi dell'assunzione di tali sostanze, considerando anche le pressioni dei modelli sociali<sup>124</sup>. Infatti, uno studio ha constatato una diminuzione del consumo di alcolici sugli studenti pari al 28%, anche se con effetti a breve termine<sup>125</sup>. Anche i mass media, in particolar modo i social network negli anni più recenti, contribuiscono ad indirizzare il comportamento riguardo a tali sostanze, incrementandone o diminuendone il consumo. Altre tipologie di restrizioni concernono le opportunità di vendita. In tal senso si pongono delle restrizioni sugli orari, applicate dal 43% dei Paesi OCSE<sup>126</sup>, durante i quali la vendita e l'acquisto di tali prodotti risultano essere soggetto a limiti. Generalmente le limitazioni vengono poste in fasce orarie per lo più notturne proprio perché il consumo di alcolici è maggiormente diffuso in questi momenti. L'obiettivo di tale misura è quello di diminuire gli episodi di ubriachezza che scatenano violenze, aggressioni e incidenti.

Diversi studi hanno dimostrato, infatti, una correlazione tra tali politiche e la diminuzione di situazioni dannose per l'incolumità sia di chi assume tali bevande sia per i terzi. Un esempio viene fornito da varie città norvegesi, dove si è stimato un aumento di episodi di aggressioni rilevate equivalente al 16% in relazione alla proroga di un'ora dell'orario di vendita<sup>127</sup>.

Inoltre è di primaria importanza porre limitazioni e divieti in base all'età: nel capitolo precedente è stato menzionato come la precoce esposizione all'alcol determini una

---

<sup>123</sup> Si veda OECD (2021), pp. 219-220.

<sup>124</sup> Si veda capitolo 2.

<sup>125</sup> Si veda OECD (2021), p. 224.

<sup>126</sup> Si fa riferimento ai Paesi dell'Organizzazione per cui sono disponibili tali informazioni.

<sup>127</sup> Si veda OECD (2021), p. 190.

maggior probabilità di sviluppare disturbi anzitempo legati a questo fattore di rischio e una dipendenza con le conseguenti complicazioni.

Perciò la maggior parte dei Paesi OCSE ha posto dei limiti legali secondo i quali è necessario un'età minima, che varia dai 16 a 21 anni, per poter acquistare alcolici.

È particolare e innovativa la soluzione posta in essere nei Paesi Bassi: è stato introdotto un sistema di rilevamento d'età a distanza che permette di approvare o meno l'acquisto con un successo pari all'87%<sup>128</sup>. Tuttavia è costantemente presente un'ampia percentuale di individui che consuma alcol illegalmente.

Nonostante i successi sopra descritti, permangono ancora delle problematiche per quanto riguarda l'obesità poiché i dati OCSE hanno dimostrato un aumento del tasso di obesità rispetto agli anni 2000<sup>129</sup>.

Come descritto in precedenza, l'obesità è collegata sia ad un'alimentazione scorretta sia ad un'insufficiente, se non addirittura assente, attività fisica ed è causa di molteplici malattie croniche.

Secondo gli studi OCSE, un insieme di politiche volte a incentivare l'attività fisica comporterebbe entro il 2050 un risparmio pari a circa 14 miliardi di euro sulla spesa sanitaria poiché le potenziali malattie che si andrebbero ad evitare salirebbero ad una quota annua di 38.000<sup>130</sup>.

L'insieme delle politiche comprende misure su vari fronti al fine di fornire completezza in ciò che si offre alla collettività.

In primo luogo è fondamentale supportare le campagne di informazione. La quasi totalità degli Stati appartenenti all'Unione Europea ha elaborato dei programmi nazionali al fine di sensibilizzare sulle problematiche legate ad una scarsa attività fisica e apprendere la portata dei vantaggi del movimento non solo a livello di salute fisica e mentale, bensì anche in ambito economico e sociale<sup>131</sup>.

Un ruolo estremamente importante è riservato all'educazione scolastica: grazie a programmi interattivi permette di indirizzare gli individui, fin dalla più tenera età, ad

---

<sup>128</sup> Si veda OECD (2021), p. 193.

<sup>129</sup> Si veda OECD (2017), p. 10.

<sup>130</sup> Si veda OECD/WHO (2023), p. 77.

<sup>131</sup> Si veda OECD/WHO (2023), p. 76.

avvicinarsi al movimento durante l'orario scolastico, facendo percepire loro l'importanza delle attività, visto le esternalità positive che ne derivano<sup>132</sup>.

Spesso all'interno delle ore dedicate all'educazione fisica<sup>133</sup>, vengono affrontati anche temi di educazione sanitaria volti a responsabilizzare gli studenti sui più comuni disturbi e principali comportamenti potenzialmente dannosi.

L'attività fisica può essere supportata anche dopo l'orario delle lezioni scolastiche. In Belgio, ad esempio, il governo ha attuato un programma mirato ad incentivare il movimento dopo la scuola tramite sussidi alle infrastrutture scolastiche<sup>134</sup>.

Oltre al mondo scolastico, che comprende quasi esclusivamente bambini e adolescenti, è necessario considerare anche il mondo del lavoro, dove gli adulti sono i principali interessati. Per chi svolge un lavoro sedentario, l'attività fisica durante l'orario di lavoro è assai limitata e dunque il restante tempo della giornata a disposizione è prezioso per recuperare il tempo trascorso seduti.

Per tali motivi la struttura urbana rappresenta un importante elemento per mettere in pratica varie attività, tra cui banalmente andare a lavoro.

Una disposizione ideale sarebbe quella con ampi spazi verdi e percorsi ciclabili agevoli al fine di incentivare uno spostamento facilitato a piedi o in bicicletta per le commissioni o per raggiungere il posto di lavoro, aumentando in tal modo il tempo dedicato all'attività fisica quotidiana e riducendo al tempo stesso anche l'impatto ambientale<sup>135</sup>. Per citare un esempio, nell'estate del 2020 in Lussemburgo è stata adottata l'iniziativa di "*Vélosummer*", una proposta di mobilità in bicicletta, la quale, grazie alla creazione di più di 500 km di piste ciclabili, ha registrato una partecipazione pari a 40.000 persone. Dato l'affermazione di tale iniziativa, altri comuni hanno aderito alla proposta, decretando una crescita di nuovi percorsi fino all'anno seguente<sup>136</sup>.

---

<sup>132</sup> Si veda capitolo 2.

<sup>133</sup> Le ore di educazione fisica all'interno dell'orario scolastico sono obbligatorie per tutti i Paesi dell'Unione Europea.

<sup>134</sup> Si veda OECD/WHO (2023), p. 70.

<sup>135</sup> Si veda OECD/WHO (2023), p. 74.

<sup>136</sup> Si veda OECD/WHO (2023), p. 75.

Alla luce di quanto detto finora, la maggior parte della spesa sanitaria viene impiegata in cure ospedaliere e ambulatoriali<sup>137</sup>. Dunque se si investisse più in prevenzione si arginerebbero le cause di insorgenza di disturbi di varia natura ottenendo un duplice effetto positivo: determinare un buon livello di salute della collettività e ridurre la spesa per le prestazioni sanitarie di secondo livello richieste dopo l'insorgenza delle patologie o determinate dall'inefficace controllo delle patologie in essere.

Tuttavia è necessario menzionare come la spesa per la prevenzione nella maggior parte dei Paesi OCSE abbia subito un calo soprattutto a seguito della crisi finanziaria del 2008<sup>138</sup>, per aumentare però – sia pure provvisoriamente – nel 2021 e 2022, anni caratterizzati dalla pandemia da COVID-19.

---

<sup>137</sup> Si veda capitolo 2.

<sup>138</sup> Si veda OECD (2017), p. 31.

### 3.3. Nudging

Le politiche di *nudging* (o “paternalismo libertario”) in ambito sanitario rappresentano degli strumenti innovativi, non tradizionali, al fine di incentivare comportamenti funzionali al benessere dell’individuo e a lungo termine della collettività.

Il termine, infatti, si riferisce a interventi poco invasivi in grado di guidare il comportamento degli individui verso scelte più consone dal punto di vista sociale, non precludendo, però, la libertà di decisione degli stessi<sup>139</sup>.

La particolarità, che costituisce, tra l’altro, il punto forte di tali politiche, concerne l’attrattività delle opzioni basandosi su studi comportamentali in ambito psicologico ed economico: il modo in cui queste vengono presentate influisce notevolmente sulla decisione finale che l’individuo intraprenderà, trattandosi di opzioni singolari, non comuni, che incuriosiscono il pubblico a cui si rivolge.

In ambito sanitario e di promozione alla salute il *nudging* è applicabile su diversi fronti al fine di incentivare scelte che conducano a stili di vita più salutari.

Alcuni brevi esempi possono essere d’aiuto alla comprensione del concetto.

Per ciò che riguarda l’attività fisica, si comprendono le iniziative per rendere più desiderabile e gradevole l’utilizzo delle scale, in modo da disincentivare l’utilizzo di ascensori o scale mobili, attraverso la riproduzione di melodie ogni qualvolta i gradini vengano calpestati o con un design che renda quest’ultimi invitanti da percorrere.

Avendo appurato che le malattie cardiache e il cancro sono le principali cause di morte, è importante promuovere abitudini salutari anche attraverso interventi di *nudging* che concernono il consumo di alcol e tabacco. In questo ambito vi è la presenza di un’ampia gamma e disponibilità di misure. Ad esempio, presentare le bevande alcoliche in bicchieri con minor capacità permette di ridurre la quantità di alcol servita.

Una soluzione più incisiva ed efficace è rappresentata dalla vendita separata di tali prodotti all’interno dello stesso stabile. In questo modo gli individui saranno più disincentivati all’acquisto di alcolici poiché dovranno attendere in due file differenti.

---

<sup>139</sup> L’idea base delle politiche di nudging è contenuta nel libro “*Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*” (Thaler and Sunstein, 2008). Per un’analisi sintetica del concetto di Nudging si veda G. Galletti (2021).

Allo stesso modo vi è l'insorgere del disinteresse nell'assunzione di alcolici quando, grazie alla promozione di una comunicazione efficace nel trasmettere il messaggio di un consumo consapevole, il feedback della collettività su tali comportamenti risulta essere negativo.

È possibile, con queste misure, promuovere anche ciò che concerne un'alimentazione più sana. Una delle azioni più semplici si esplica attraverso l'esposizione nei supermercati di frutta e verdura in primo piano rispetto a prodotti confezionati ricchi di grassi e zuccheri.

Nei luoghi di lavoro o nei centri commerciali, invece, un'opzione è rappresentata dall'inserire nei menu fissi del servizio di ristorazione dei contorni come verdure e legumi al posto delle tipiche patatine fritte e impostare nei distributori automatici cibo più salutare a ridotto contenuto di sale e zuccheri, come frutta secca, in sostituzione ai cibi ultra-processati. Anche nelle macchinette del caffè o di bevande calde, spesso già zuccherate, si potrebbe impostare come opzione automatica una quantità di dolcificante pari a zero o a uno, in modo da ridurre l'assunzione eccessiva di zuccheri.

È necessario sottolineare che queste politiche devono essere implementate in sinergia con le tradizionali misure normative e di regolazione, come divieti, autorizzazioni e aumento dei prezzi, ma soprattutto di prevenzione, per conseguire efficacemente i predetti obiettivi.

## Conclusioni

In conclusione, sulla base dell'analisi svolta, è possibile affermare che scorretti stili di vita possono produrre delle notevoli esternalità negative sulla salute dell'individuo e, al tempo stesso, anche sul livello di salute della popolazione in generale.

Le combinazioni tra i principali fattori di rischio presi in esame (scorretta alimentazione, scarsa attività fisica, consumo di alcol, tabacco e droghe) causano molteplici disturbi e patologie, tra cui malattie cardiache e cancro, le quali rappresentano le principali cause di morte.

Inevitabilmente questo si riflette sui sistemi sanitari sia in termini di *outcome* di salute scarsi e bassa performance (con i correlati costi sociali determinati da un'elevata mortalità prematura) sia in termini di elevata spesa sanitaria: un livello di salute compromesso dai predetti fattori di rischio implica un incremento delle risorse richieste al fine di far fronte alla cura dei disturbi insorti. In particolar modo, alla luce dei dati forniti, i fattori fumo, consumo di sostanze stupefacenti e la condizione di sovrappeso incidono in misura rilevante sulla spesa sanitaria.

Gli stili di vita sono caratterizzati dai fattori di rischio sopra indicati, i quali, essendo legati ai comportamenti individuali, sono però modificabili attraverso opportune politiche correttive e incentivanti al fine di garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari. La tesi ha esaminato una serie di possibili interventi correttivi degli stili di vita poco salutari: la tassazione dei prodotti dannosi per la salute, in particolar modo quella di tipo indiretto, sembra rappresentare il disincentivo più efficace per ridurre l'acquisto degli stessi, mentre la prevenzione, specialmente primaria e secondaria, rimane la politica sanitaria più importante poiché permette di evitare l'insorgenza di malattie e disturbi e di ridurre la mortalità evitabile. Infatti risulta essere la politica più efficace in termini di risultati sanitari ottenuti e al tempo stesso la più economica.

A tal proposito si è altresì dimostrato come la spesa in materia di prevenzione in gran parte dei Paesi rappresenti una percentuale molto contenuta della spesa sanitaria. Per tale motivo si ritiene necessario investire maggiormente in programmi e azioni di promozione della salute, in particolare di prevenzione primaria. Questo comporterebbe

un miglioramento della salute in termini qualitativi e la successiva riduzione dei costi a lungo termine associati ai trattamenti ospedalieri, o in generale alle cure specialistiche, che, assieme ai prodotti farmaceutici, assorbono la maggior parte della spesa dei sistemi sanitari, garantendone così la sostenibilità nel lungo periodo.

Per garantire un miglior risultato è possibile attuare anche le innovative politiche di *nudging*, le quali però si dovrebbero affiancare e non sostituire alle politiche fiscali e agli interventi di prevenzione primaria.

## Bibliografia

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2024), *European Drug Report 2024: Trends and Developments*, Luxembourg, Publication Office of the European Union.

Disponibile su: [https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en) (ultimo accesso in data 21/07/2024).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017), *European Drug Report 2017: Trends and Developments*, Luxembourg, Publication Office of the European Union.

Disponibile su: [https://www.euda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2017\\_en](https://www.euda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2017_en) (ultimo accesso in data 21/07/2024).

Galletti G. (2021), *Nudge. La spinta gentile*, Salute internazionale.

Disponibile su: <https://www.saluteinternazionale.info/2021/11/nudge-la-spinta-gentile/> (ultimo accesso in data 01/08/2024).

Gmeinder M., Morgan D. and Mueller M. (2017), *How much do OECD countries spend on prevention?*, *OECD Health Working Papers No. 101*, Paris, OECD Publishing.

Disponibile su: <https://doi.org/10.1787/f19e803c-en> (ultimo accesso in data 22/08/2024).

Goodchild M., Nargis N. and Tursan d'Espaignet E. (2018), *Global economic cost of smoking-attributable diseases*, *Tobacco Control*, Vol. 27, No.1, London, BMJ Publishing Group Limited.

Disponibile su: <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/27/1/58> (ultimo accesso in data 24/07/2024).

Graf S. and Cecchini M. (2017), *Diet, physical activity and sedentary behaviours: Analysis of trends, inequalities and clustering in selected oecd countries*, *OECD Health Working Papers No. 100*, Paris, OECD Publishing.

Disponibile su: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/diet-physical-activity-and-sedentary-behaviours\\_54464f80-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/diet-physical-activity-and-sedentary-behaviours_54464f80-en) (ultimo accesso in data 25/07/2024).

Istituto superiore di sanità (2006), *L'impatto sociale, sanitario ed economico dell'alcol in Europa*.

Disponibile su:

[https://www.epicentro.iss.it/alcol/ue\\_comunicato\\_report\\_alcol\\_2006#:~:text=125%20miliardi%20di%20euro%2C%20pari,all'anno%20per%20ogni%20famiglia](https://www.epicentro.iss.it/alcol/ue_comunicato_report_alcol_2006#:~:text=125%20miliardi%20di%20euro%2C%20pari,all'anno%20per%20ogni%20famiglia) (ultimo accesso in data 24/07/2024).

IlSole24ore (2024), *Obesità: in Italia 6 milioni di pazienti, nei Paesi Ocse impatto dell'8,4% sulla spesa sanitaria entro il 2050*, Sanità24.

Disponibile su: <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2024-05-13/obesita-italia-6-milioni-pazienti-paesi-ocse-impatto-dell-84percento-spesa-sanitaria-entro-2050-124525.php?uuid=AFv6A7cB> (ultimo accesso in data 24/07/2024).

Ministero della Salute (2011), *Grazie a uno studio triennale, individuati gli interventi chiave per ridurre la mortalità materna, neonatale e infantile*.

Disponibile su: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1675\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1675_allegato.pdf) (ultimo accesso 24/07/2024).

O'Donoghue T. and Rabin M. (2003), *Studying Optimal Paternalism, Illustrated by a Model of Sin Taxes*, American Economic Review, Vol. 93, No. 2, pp. 186-191, USA, Erzo F.P. Luttmer, Dartmouth College.

Disponibile su: <https://pubs.aeaweb.org/doi/pdfplus/10.1257/000282803321947029> (ultimo accesso in data 23/08/2024).

Organization for Economic Cooperation and Development (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, Paris, OECD Publishing.

Disponibile su: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> (ultimo accesso in data 22/08/2024).

Organization for Economic Cooperation and Development (2022), *Healthy Eating and Active Lifestyles: Best Practices in Public Health*, Paris, OECD Publishing.

Disponibile su: <https://doi.org/10.1787/40f65568-en> (ultimo accesso in data 05/08/2024).

Organization for Economic Cooperation and Development (2021), *Preventing Harmful Alcohol Use, OECD Health Policy Studies*, Paris, OECD Publishing.

Disponibile su: <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en> (ultimo accesso in data 20/08/2024).

Organization for Economic Cooperation and Development and World Health Organization (2023), *Step Up! Tackling the Burden of Insufficient Physical Activity in Europe*, Paris, OECD Publishing.

Disponibile su: <https://doi.org/10.1787/500a9601-en> (ultimo accesso in data 22/08/2024).

Organization for Economic Cooperation and Development (2015), *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*, Paris, OECD Publishing.

Disponibile su: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-harmful-alcohol-use\\_9789264181069-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-harmful-alcohol-use_9789264181069-en) (ultimo accesso in data 24/07/2024).

Thaler R.H and Sunstein C.R. (2008), *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*, Yale University Press.

UNICEF (2014), *Mortalità infantile dimezzata dal 1990, ma l'Africa rallenta*.  
Disponibile su: <https://www.unicef.it/media/mortalita-infantile-dati-2014/> (ultimo accesso in data 24/07/2024).

World Health Organization (1946), *Constitution of World Health Organisation*.  
Disponibile su: <https://www.who.int/about/governance/constitution> (ultimo accesso in data 22/08/2024).

World Health Organization (2023), *Global report on the use of alcohol taxes*, Geneva, WHO Press.  
Disponibile su: [https://iris.who.int/handle/10665/374614?search-result=true&query=Global+report+on+the+use+of+alcohol+taxes&scope=&rpp=10&sort\\_by=score&order=desc](https://iris.who.int/handle/10665/374614?search-result=true&query=Global+report+on+the+use+of+alcohol+taxes&scope=&rpp=10&sort_by=score&order=desc) (ultimo accesso in data 22/08/2024).

World Health Organization (1984), *Glossary of Terms used in Health fro All serie (N 9)*, Geneva, WHO Press.  
Disponibile su:  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39565/9241800097.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (ultimo accesso in data 24/07/2024).

World Health Organization (1998), *Health Promotion Glossary*, Geneva, WHO Press.  
Disponibile:  
[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/64546/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf?sequence=1) (ultimo accesso in data 24/07/2024).

World Health Organization (2021), *Health Promotion Glossary of Term 2021*, Geneva, WHO Press.  
Disponibile su: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1> (ultimo accesso in data 22/08/2024).

World Health Organization (2022), *Manual on sugar-sweetened beverage taxation policies to promote healthy diets*, Geneva, WHO Press.  
Disponibile su: <https://iris.who.int/handle/10665/365285> (ultimo accesso in data 22/08/2024).

World Health Organization (2023), *Report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke*, Geneva, WHO Press.  
Disponibile su: [https://iris.who.int/handle/10665/372043?search-result=true&query=Report+on+the+global+tobacco+epidemic%2C+2023%3A+protect+people+from+tobacco+smoke&scope=&rpp=10&sort\\_by=score&order=desc](https://iris.who.int/handle/10665/372043?search-result=true&query=Report+on+the+global+tobacco+epidemic%2C+2023%3A+protect+people+from+tobacco+smoke&scope=&rpp=10&sort_by=score&order=desc) (ultimo accesso in data 22/08/2024).

World Health Organization (2021), *Technical manual on tobacco tax policy and administration*, Geneva, WHO Press.

Disponibile su: [https://iris.who.int/handle/10665/340659?search-result=true&query=Report+on+the+global+tobacco+epidemic%2C+2023%3A+protect+people+from+tobacco+smoke&scope=&rpp=10&sort\\_by=score&order=desc](https://iris.who.int/handle/10665/340659?search-result=true&query=Report+on+the+global+tobacco+epidemic%2C+2023%3A+protect+people+from+tobacco+smoke&scope=&rpp=10&sort_by=score&order=desc) (ultimo accesso in data 22/08/2024).

World Health Organization (2009), *Women and health, today's evidence, tomorrow's agenda*, Geneva, WHO Press.

Disponibile su: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44168/9789241563857\\_eng.pdf;jsessionid=35F16FB916A5E2AD43C3D3EDFA87833E?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44168/9789241563857_eng.pdf;jsessionid=35F16FB916A5E2AD43C3D3EDFA87833E?sequence=1) (ultimo accesso in data 24/07/2024).

## **Ringraziamenti**

Un sentito ringraziamento va al mio relatore, il Prof. Vincenzo Rebba, per l'immediata disponibilità e per il supporto in questo momento così complesso della mia carriera universitaria.

Lo ringrazio per i preziosi suggerimenti e il sostegno dimostrato fin dall'inizio e che si è protratto in tutto il percorso che ha portato alla stesura di questo elaborato.

Un grazie speciale ai miei genitori, che per tutta la vita mi hanno sostenuto con la loro costante dedizione nel rendermi felice. Ringrazio anche mio fratello Giacomo che ha sempre creduto in me, nonostante lo dimostri a modo suo.

Spero di rendervi sempre orgogliosi di me, come oggi.

Grazie oggi e sempre.

Ringrazio Veronica, per essere un'amica incredibile. La ringrazio per essere stata sempre al mio fianco nei migliori momenti della mia vita, ma anche per aver sistemato i pezzi di tutti quei "qualcosa" che non hai rotto lei.

Ringrazio Beatrice, una piacevole riscoperta, per essere entrata nella mia vita e per essersi rivelata una persona spettacolare, incoraggiandomi sempre a dare il meglio.

Ringrazio Angelica, per la sua leggerezza, vitalità ed empatia. Grazie per esserci sempre stata: alla fine conta chi rivedi dopo tanto tempo e il rapporto rimane sempre lo stesso.

Ringrazio Mattia, che nonostante sia arrivato alla fine di questo percorso, è come se mi avesse supportata e tenuta per mano dall'inizio.

Un ringraziamento anche alle mie amiche e compagne di corso, Laura e Cristina, che mi hanno accompagnata fino a qui e con le quali ho condiviso ansie e preoccupazioni, ma anche momenti memorabili che porterò sempre con me.

