

INVECCHIAMENTO E POLITICHE SANITARIE: LA SFIDE PER UN SISTEMA SOSTENIBILE

Health care policies and aging: challenges for the system sustainability

Vincenzo Atella^{1,2,3}, Joanna Kopinska²

1 Dipartimento di Economia e Finanza Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

2 Centro di Studi Internazionali Sull'Economia e lo Sviluppo (CEIS), Facoltà di Economia,
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

3 Center for Health Policy, Stanford University, Stanford, CA, USA

Keywords

Healthcare policy
Aging
Chronic diseases
Prevention

Abstract

This article discusses the challenges of today's health care systems in the international setting, with a closer look on the Italian situation. It offers a wide set of arguments explaining the mechanisms, which guided the health care systems evolution in the last decades. It presents the challenging aspects related to demographic aging and rising life expectancy rates, where the next fifty years will see a remarkable increase in the prevalence of the elderly, with contemporaneous low fertility rates. Moreover, it discusses the recent situation related to the burden of chronic disease, showing how the gains in life expectancy entail a decrease in the proportion of disability free lived years, due to an anticipation in the offset of pathologies. Finally, the article discusses the need for prevention action, proposes a set of policies and the areas of their application relevant from the point of view of this discussion.

Introduzione

Negli anni ultimi venti anni, a livello mondiale, abbiamo assistito a due fenomeni contrapposti. Da un lato il sorprendente aumento dell'aspettativa di vita della popolazione (circa un anno in più ogni 4 anni), e dall'altro l'aumento della prevalenza delle malattie croniche che si sono diffuse su scala globale, raffigurandosi in alcuni Paesi e per alcune patologie (ad es. il diabete) come vere e proprie epidemie. La diretta conseguenza di tali fenomeni è avere una popolazione più longeva, ma al tempo stesso più malata e bisognosa di cure. Cure che negli anni sono diventate sempre più efficaci e costose, e se da un lato fanno aumentare la speranza di vita, dall'altro creano problemi di sostenibilità finanziaria. Contemporaneamente, il ripensamento dei sistemi di *welfare* (soprattutto in Europa) e, più recentemente, la crisi globale scoppiata nel 2007 (la più prolungata fase di recessione economica dopo quella del 1929) hanno determinato un aumento considerevole degli indici di povertà e di disuguaglianza, peggiorando in molti casi le disuguaglianze nell'accesso alle cure sanitarie.

Le sfide della demografia: una popolazione più longeva ma più anziana

Nel 2060 la popolazione EU sarà poco più numerosa (517 milioni, contro 502 milioni nel 2010), ma molto più anziana: il 30% degli europei avrà almeno 65 anni.

La scala e il ritmo dell'invecchiamento della popolazione dipendono dall'andamento della speranza di vita, della fertilità e delle migrazioni. La speranza di vita alla nascita dovrebbe salire da 76,7 anni nel 2010 a 84,6 nel 2060 per gli uomini e da 82,5 a 89,1 anni per le donne. Il tasso di fertilità nell'UE dovrebbe crescere di poco, da 1,59 nascite per donna nel 2010 a 1,71 nel 2060. Il saldo netto cumulativo delle migrazioni nell'UE ammonterà, secondo le proiezioni, a circa 60 milioni fino al 2060. Nel 2060 la popolazione totale sarà poco più numerosa (517 milioni, contro 502 milioni nel 2010), ma molto più anziana: secondo le proiezioni, il 30% degli europei avrà

Corrispondenza: Vincenzo Atella, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Facoltà di Economia, Via Columbia, 2 - 00133 Roma. E-mail: atella@uniroma2.it

almeno 65 anni. Da un lato, che più persone vivano più a lungo è una grande conquista, ma dall'altro ciò pone gravi problemi alle economie e ai sistemi previdenziali dei Paesi europei. L'altra faccia della medaglia è infatti che ci saranno meno persone in età lavorativa: la quota della popolazione tra i 15 e i 64 anni di età scenderà dal 67% al 56%. Questo vuol dire che, all'incirca, invece di 4 persone in età lavorativa per ogni pensionato ce ne sarebbero solo 2.

Ci si aspetta che questi cambiamenti demografici avranno notevoli conseguenze per le finanze pubbliche nell'UE. Sulla base delle politiche attuali, si prevede che la spesa pubblica "direttamente" legata all'età (pensioni, sanità e assistenza a lungo termine) crescerà di 4,1 punti percentuali del PIL tra il 2010 e il 2060, ossia dal 25% al 29% circa del PIL. La sola spesa per le pensioni dovrebbe salire dall'11,3% a quasi il 13% del PIL entro il 2060. La situazione si presenta però molto diversa da un paese all'altro, in gran parte in funzione dei progressi realizzati nella riforma delle pensioni. È di fondamentale importanza per la sostenibilità delle pensioni concentrare l'attenzione non solo sulla previdenza o l'età legale di pensionamento (come è il caso di molte discussioni politiche), ma anche sulle questioni del mercato del lavoro. Il "Calcolatore dell'indice di dipendenza" dimostra l'enorme impatto dei livelli occupazionali sull'evoluzione dei rapporti di dipendenza economica (**Figura 1**). Aumentare i livelli di occupazione e migliorare le opportunità di occupazione, in particolare per i giovani, le donne e gli anziani (uomini e donne) deve essere una priorità chiave viste le previsioni sul calo della popolazione in età lavorativa. Maggiore formazione, tutela della salute, riconciliazione tra lavoro e vita familiare sono solo alcuni degli elementi fondamentali di tale strategia.

Nel caso dell'Italia, l'età media della popolazione passerà dagli attuali 43,5 ai 49,7 anni del 2065. Nella prospettiva di una longevità tendenzialmente crescente e di una riproduttività sotto la soglia di sostituzione delle generazioni, il cambiamento demografico dei prossimi anni vedrà ancora una volta protagonista il processo di invecchiamento della popolazione. La **Figura 2** mostra gli effetti del prossimo cambiamento demografico. Quella che nel lessico demografico, già oggi, si fatica a definire "piramide" della popolazione, in futuro continuerebbe ad allontanarsi sempre più da tale forma: pur affrontando un tema che riguarda il lungo periodo, e pur riconoscendo che i diversi presupposti ipotizzati possano condurre a condizioni più o meno favorevoli, la struttura per età della popolazione non potrà che ulteriormente sbilanciarsi a favore delle età più anziane.

Nello scenario centrale l'età media della popolazione tenderebbe a crescere al ritmo

Figura 1
Il mondo invecchia

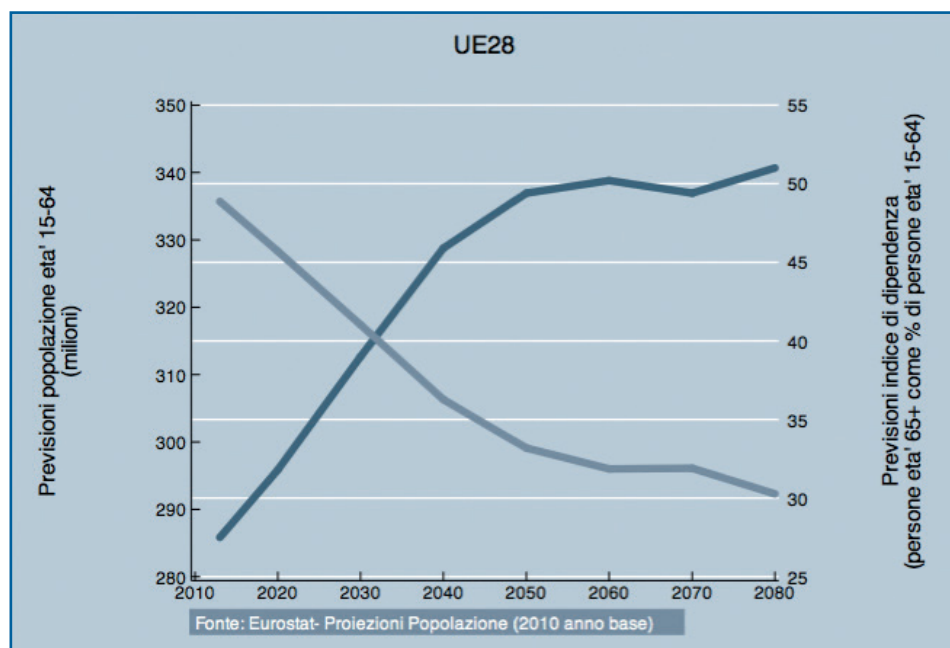
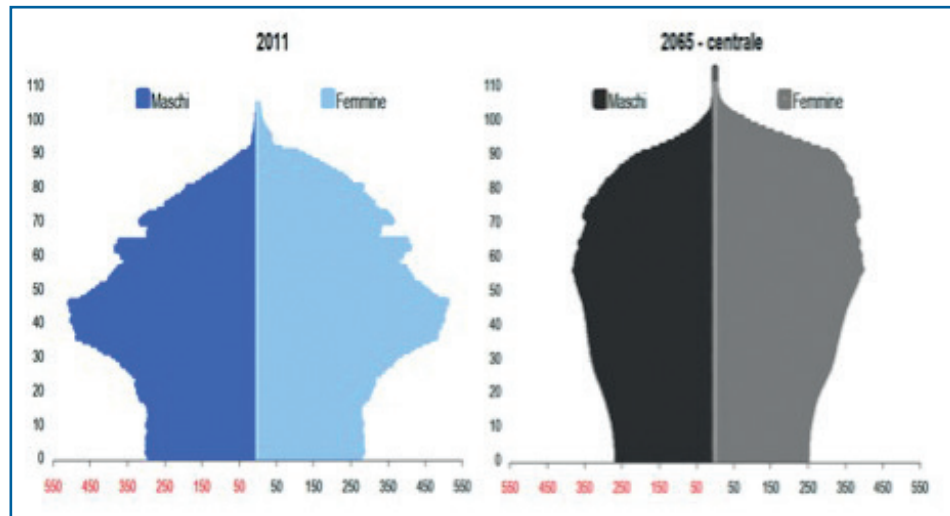


Figura 2
Piramide della popolazione
residente al 2011 e al 2065
in Italia (migliaia)
(Fonte: ISTAT [1]).



annuale di circa due decimi di punto, passando dagli attuali 43,5 anni a 47,8 anni nel 2035. Dopo tale anno la crescita dell'invecchiamento subirebbe un rallentamento e si raggiungerebbe un massimo di 49,8 anni di età media nel 2059. Infine, a indicare un potenziale processo di stabilizzazione dell'invecchiamento, va segnalato che l'età media della popolazione potrebbe ridiscendere a 49,7 anni entro il 2065. Lo spostamento della distribuzione per età della popolazione verso le classi più anziane viene confermato anche negli scenari alternativi, contraddistinti da un percorso evolutivo simile a quello dello scenario centrale, ma con un ventaglio di risultati al 2065 che oscilla dai 49 anni di età media dello scenario alto ai 50,6 anni dello scenario basso.

Stato di salute della popolazione

Sempre più malati cronici e disabili

Secondo l'OMS le patologie croniche sono la principale causa di morbidità e mortalità, nonché la ragione principale di costi per l'economia e per lo stato sociale.

Secondo l'*Institute for Health Metrics and Evaluation* [2], in Europa le malattie non trasmissibili, quali le patologie cardiovascolari, i tumori, i problemi di salute mentale, il diabete mellito, le malattie respiratorie croniche e le patologie muscolo-scheletriche, sono responsabili della stragrande maggioranza delle morti e della spesa sanitaria. Tra queste, le malattie cardiovascolari costituiscono la principale causa di decessi, e sono responsabili di circa la metà di tutte le morti in Europa. Le malattie del cuore e gli ictus rappresentano, altresì, la principale causa di morte nei 52 stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Secondo le ultime stime disponibili, dei 57 milioni di morti nel 2008, 36 milioni (65%) erano dovute a malattie non trasmissibili, di cui circa la metà (17 milioni) per cause cardiovascolari e 7,6 milioni per malattie oncologiche. A causa dell'invecchiamento della popolazione, si stima che nel 2030 ci saranno ben 25 milioni di persone che moriranno per cause cardiovascolari e circa 13 milioni per tumori. Relativamente ai paesi dell'Europa, nella **Figura 3** sono riportati per l'anno 2010 il numero di morti per classe di età e per causa. Come si può vedere, cardiovascolare e tumori costituiscono la stragrande maggioranza della cause di morte. Relativamente all'Europa, circa il 60% del peso imposto da queste malattie in termini di DALY (*Disability Adjusted Life Years*) può essere attribuito a sette principali fattori di rischio: pressione alta (12,8%), fumo (12,3%), alcool (10,1%), livelli alti di colesterolo (8,7%), sovrappeso (7,8%), ridotta assunzione di frutta e verdura (4,4%) e scarsa attività fisica (3,5%). Un altro aspetto importante è che i fattori di rischio spesso si sommano tra di loro, ad esempio il diabete si somma alla lista dei fattori di rischio nel caso delle malattie cardiovascolari. Almeno il 35% degli uomini sopra i 60 anni soffre di due o più patologie croniche e il numero delle co-morbidità aumenta con l'età, con livelli più alti osservati tra le donne. Questi risultati non cambiano di molto se ci si limita ad analizzare i soli Paesi Europei. Nella **Figura 4** sono riportati i dati sul numero di DALY per classe di età e per causa.

A livello globale, circa l'80% degli anziani sono affetti da almeno una malattia cronica, e il 50% ha due o più malattie croniche (ad esempio malattie cardiovascolari, ictus,

cancro o diabete di tipo 2) [3]. Secondo l'OMS le patologie croniche, che sono in gran parte prevenibili, sono la principale causa di morbilità e mortalità, nonché la ragione principale di costi per l'economia e un peso per lo stato sociale [3, 4]. Questi problemi sono poi aggravati dalla attuale epidemia di obesità, in cui l'eccessiva adiposità è associata all'aumento del rischio di sviluppare diabete di tipo II, malattie cardiovascolari, tumori e, più in generale, disabilità [3-5].

Inoltre, vi è una significativa correlazione tra la salute mentale e quella fisica, entrambe condizionate da elementi negativi quali l'assenza di un alloggio, l'alimentazione insufficiente e/o non equilibrata, la scarsa istruzione, o la diffusione di fattori di rischio quali l'alcolismo. Per esempio, la depressione è più comune tra le persone affette da patologie fisiche, manifestandosi nel 33% dei malati di tumore, nel 29% degli ipertesi e nel 27% dei diabetici. Nei paesi più avanzati queste patologie sono responsabili di circa il 70-80% della spesa per la salute e i pazienti affetti da tali malattie sono i principali fruitori dei servizi sanitari. I costi sanitari e i rischi di inutili ricoveri aumentano al crescere della comorbidità. Nel Regno Unito è stato stimato che tra le principali 11 cause di ricovero, 8 sono riconducibili a patologie di lungo termine [6]. La morte prematura e la disabilità rappresentano, inoltre, un costo economico per le famiglie e la società. Infatti, i lavoratori e la società devono farsi carico delle assenze, del calo della produttività e del turnover occupazionale. Le famiglie e la società devono sopportare i costi della salute (diretti e indiretti), la riduzione del reddito, l'uscita anticipata dal mercato del lavoro e la crescente dipendenza dal sistema di sicurezza sociale.

L'interagire di questi fenomeni clinico-epidemiologici e socio-economici sta producendo effetti che possono essere molto pericolosi per la salute delle persone. Secondo l'OMS, situazioni di questo genere dovrebbero portare i governi a rafforzare le reti di protezione sociale per mitigare gli effetti negativi sulla salute. Al contrario, in molti paesi sono state attuate politiche di austerità che sono intervenute in modo sostanziale sulla spesa sociale, rendendo più difficile l'accesso ai servizi sociali (e sanitari in particolare) e dilatando le disuguaglianze. Secondo Ortiz e Cummins [7], i settori principalmente colpiti dalle misure restrittive sono l'istruzione, la sanità e la spesa sociale. Nel caso particolare della sanità, sono ben 37 i Paesi che, a seguito della crisi economica, dal 2008 hanno avviato delle riforme sanitarie, e molti di questi sono Paesi "sviluppati" (25 su 37). I principali strumenti utilizzati sono quelli dell'aumento della quota di pagamento diretto (*out-of-pocket*) per i pazienti e misure di contenimento dei costi dei centri che forniscono servizi sanitari. Secondo un recente studio dell'OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) [8], sono diversi i modi attraverso cui questi tagli si stanno realizzando. Si interviene nel limitare l'accesso a specifici gruppi di popolazione (gli immigrati illegali, oppure i soli residenti, oppure, come in Irlanda, anziani over 70 ricchi); molto più spesso sono aumentati i livelli di compartecipazione alla spesa, insieme con la revisione delle condizioni di esenzione. Al contrario, poco o nulla si è fatto nel cambiare il paniere di servizi offerto (la generalità delle coperture).

Le politiche e gli investimenti in prevenzione come soluzione alla sostenibilità del sistema

Tutela della salute e prevenzione delle patologie croniche rappresentano una quota marginale nel budget del sistema sanitario nell'OCSE (in Italia meno dell'1%).

L'OMS stima che circa l'80% delle patologie cardiovascolari e del diabete, e almeno il 40% dei tumori, possono essere prevenuti semplicemente cambiando gli attuali stili di vita [3-5]). Esistono, inoltre, sufficienti evidenze scientifiche che mostrano chiaramente come la quasi totalità delle insorgenze del diabete mellito di tipo 2 e delle patologie cardiovascolari, ed una buona parte dei tumori, possono essere prevenuti con interventi preventivi mirati e personalizzati. Infine, molti studi hanno dimostrato che piccoli cambiamenti dei fattori di rischio metabolici nei pazienti a moderato rischio cardiovascolare e tumorale possono avere enormi e rapidi impatti in termini di riduzione della morbilità, della disabilità e della mortalità, oltre che a contenere significativamente la crescita della spesa sanitaria e aumentare la produttività economica. Tutto ciò potrebbe far risparmiare notevoli somme di denaro pubblico che in parte potrebbero essere reinvestite per lo studio e la cura di patologie rare ancora incurabili e in parte nello sviluppo economico del paese.

Purtroppo, la tutela della salute e la prevenzione delle patologie croniche rappresentano una quota marginale nel budget del sistema sanitario. L'OCSE stima che nei paesi

membri appena il 3% del totale della spesa sanitaria è devoluto alla prevenzione e a programmi di salute pubblica (in Italia meno dell'1%), mentre gran parte dell'esborso è dedicata alla cura della malattia. I servizi sanitari sono spesso orientati a curare piuttosto che a prevenire, con gravi conseguenze anche in termini di diagnostica e di trattamento. Si stima che il 50% dei diabetici non sia a conoscenza della propria condizione. Tra questi, il 50% presenta un metabolismo insufficiente e un controllo non accurato dei lipidi e della pressione arteriosa anche se circa l'80% dei diabetici muore a causa di malattie di natura cardiovascolare. Ancora, 30.000 donne muoiono ogni anno in Europa a causa del tumore alla cervice, con tassi di mortalità da due a quattro volte superiore nei Paesi dell'Europa centrale e orientale rispetto alla regione occidentale: tali decessi potrebbero in larga misura essere limitati grazie ad un'appropriatezza tempistica della diagnostica e un adeguato trattamento medico e farmacologico. Il **Box 1** riassume in breve il peso delle patologie croniche nell'UE.

Nel caso delle malattie cardiovascolari è largamente documentato come la prevenzione sia riuscita a salvare molte più vite di qualsiasi terapia farmacologica o chirurgica, elementi questi che rimangono comunque fondamentali una volta che la malattia si sia manifestata.¹

Più in generale, esiste un ampio consenso nell'imputare l'aumento della longevità all'adozione di stili di vita più sani e maggiormente inclini alla prevenzione delle patologie, piuttosto che al miglioramento dei trattamenti e, quindi, alle nuove tecnologie. Cutler e Sheiner [11] e Cutler e Meara [12] hanno mostrato come, negli USA, tra il 1960 e il 1990 il declino della mortalità dovuta a malattie cardiovascolari fosse da imputare non solo al progresso tecnologico applicato ai servizi medici, ma anche alle forti campagne di prevenzione (primaria e secondaria) attuate spesso anche con diagnosi e trattamenti farmacologici precoci. Ciò testimonierebbe, una volta di più, l'importanza di un approccio globale alla questione sanitaria, maggiormente impegnato, rispetto a quanto sia ora, sul versante della comunicazione e della prevenzione.

Più recentemente, l'OCSE ha lanciato una serie di programmi di ricerca per valutare gli effetti delle politiche in favore della prevenzione. Nel rapporto OCSE "Fit not Fat" [13], il focus è incentrato sui programmi di prevenzione contro l'accumulo dell'eccesso ponderale. Un pacchetto completo e multidimensionale delle campagne di prevenzione, secondo l'OCSE, agirebbe su diversi fronti, utilizzando misure (più o meno "paternalistiche"), ritenute efficaci nella prevenzione dei livelli elevati dell'indice di massa corporea (BMI). Tra queste, ci sarebbero le politiche legate all'educazione alla salute nelle scuole, alla regolamentazione delle pubblicità attraverso i media da parte dello Stato e del settore privato, alle campagne informative nei media, agli interventi informativi sui posti di lavoro, alla consulenza con i medici di medicina generale e i dietologi, alle informazioni nutrizionali sulle etichette alimentari e, infine, a varie misure fiscali.

L'OCSE stima che, introdotti singolarmente, tali programmi porterebbero a ridurre le morti dovute a malattie croniche in Italia fino a 50.000, mentre un mix di tutti i pro-

Box 1 - Il peso delle patologie croniche nell'UE [9,10]

- Le malattie croniche sono correlate tra loro, hanno fattori di rischio comuni e sono in gran parte prevenibili.
- Tuttavia, in Europa, 9 persone su 10 muoiono di una malattia cronica.
- Le malattie croniche portano notevoli costi economici, sociali e umani (la sofferenza umana, riduzione forza lavoro, esclusione sociale, disuguaglianze sanitarie, costi sanitari, ecc.)
- Tra il 70% e l'80% delle risorse finanziarie impiegate nel settore della sanità sono utilizzate per far fronte alle malattie croniche. Ciò corrisponde a circa 700 miliardi di Euro nella sola Unione europea e questo numero è destinato ad aumentare nei prossimi anni.
- Il 97% delle spese sanitarie sono attualmente impiegate per le cure sanitarie e solo il 3% è investito in prevenzione.

¹Come già riportato nell'introduzione, Cutler [12] ha ampiamente documentato l'alta redditività degli investimenti in ricerche che mirano a capire gli effetti degli input comportamentali (ad esempio lo stile di vita) nello spiegare l'insorgere delle malattie: per ogni dollaro investito il ritorno è pari a 100 dollari.

grammi sarebbe in grado di diminuire tale mortalità di ben 75.000 persone. Inoltre, secondo l'OCSE l'introduzione di un programma di consulenze personalizzate offerte dai medici di medicina generale ai pazienti con eccesso ponderale porterebbe un guadagno di 70.000 anni di vita in buona salute. In termini di spesa, l'OCSE mostra, che la maggior parte di queste campagne di prevenzione costerebbe meno di 100 milioni di euro l'anno, mentre le consulenze personalizzate dai medici di base comporterebbero un ulteriore costo di 580 milioni di euro. Tutti i programmi considerati sarebbero costo-efficaci nel lungo periodo, mentre solo alcuni, legati alle misure più intrusive come le tasse, le etichette alimentari, o le consulenze specifiche, porterebbero a un guadagno anche nel breve e medio termine.

Molti altri sono gli esempi che potrebbero essere descritti per far capire come, su un periodo abbastanza lungo, l'adozione di stili di vita adeguati possa prevenire una larga parte della mortalità dovuta a malattie croniche. In particolare, studi condotti negli anni '70 e '80 nella contea di Alameda in California, hanno mostrato che sane abitudini di vita in termini di dieta, attività fisica, fumo, alcool e regolarità nel sonno possono ridurre i tassi di mortalità del 72% negli uomini e 57% nelle donne rispetto a individui che hanno stili di vita meno salutari [14]. Più recentemente, uno studio condotto in Inghilterra ha prodotto risultati molto simili, suggerendo che la corretta combinazione di abitudini più salubri permette di incidere in modo rilevante sulla riduzione della mortalità. Pazienti che conducono una vita fisicamente attiva, non fumano, bevono alcool in quantità moderata, e mangiano in abbondanza frutta e verdura vedono ridurre il tasso di mortalità di oltre il 25% rispetto a chi non si comporta in modo simile [15]. In Irlanda, circa la metà della riduzione delle patologie cardiache tra il 1985 e il 2000 nel gruppo di età 25-84 va attribuito ai trend decrescenti di fumatori ed al livello medio di colesterolo e pressione arteriosa [6]. Una vita poco sedentaria può essere un'altra provata causa di miglioramento degli *outcomes* sanitari, come dimostrato da uno studio di 25 anni condotto tra i maschi adulti della regione della Nord Karelia in Finlandia: in questa popolazione il tasso di mortalità per cause cardiovascolari è diminuito del 68%, quello per problemi alle coronarie del 73%, quello per tumori del 44%, quello per tumori al polmone del 71%, e di ben il 48% il tasso di mortalità generale [16].

Come appare chiaro anche da questi esempi, l'adozione oggi di misure atte a incrementare gli investimenti in prevenzione dovrebbe portare domani a una riduzione del numero di persone da curare. È perciò necessario una decisa inversione di tendenza, in special modo in Italia che, con meno dell'1% della spesa complessiva, si colloca all'ultimo posto nella classifica dei Paesi OCSE per l'investimento in prevenzione, dietro a Turchia, Messico e Corea. Mutuando un termine della politica fiscale, occorrerebbe dunque erodere oggi "la base imponibile" (il numero di persone esposte) al fine di ridurre domani il "gettito" (il numero di persone da trattare). A fronte della crescita delle patologie associate all'età avanzata, un adeguato sviluppo dell'assistenza domiciliare per quelle categorie di pazienti non necessariamente trattabili in ospedale e una più accurata politica di prevenzione potrebbero consentire un significativo risparmio di risorse altrimenti impiegabili.

Adottare un tale approccio significherebbe, quindi, anche guardare alla spesa sanitaria (o a una larga parte di essa) più in termini di spesa per investimenti che di spesa di parte corrente. La razionalizzazione di alcuni servizi di assistenza potrebbe essere operata, infatti, senza particolari costi aggiuntivi, mentre il costo delle nuove campagne di prevenzione e degli incentivi all'adozione di nuove tecnologie (sia in campo farmacologico, che diagnostico) potrebbe essere più che compensato dai minori costi in termini di ospedalizzazione, specialmente degli individui appartenenti alle classi di età intermedie.²

Conclusioni

Investire in prevenzione vorrà quindi dire studiare e implementare strategie che non saranno necessariamente limitate a interventi nel settore sanitario. Al contrario, sarà necessario effettuare interventi che: i) promuovano e consentano ai cittadini italiani

²Atella, Peracchi, Depalo e Rossetti [17] hanno condotto uno studio sulla popolazione della ASL di Treviso, documentando come a fronte di un aumento dell'utilizzo di farmaci anti-ipertensivi si sia registrato un calo nell'ospedalizzazione e nella mortalità per cause cardiovascolari.

Occorre un approccio integrato in cui la salute delle persone e l'investimento nel capitale umano possono essere tutti visti attraverso un approccio sinergico con esternalità positive che rimarrebbero, altrimenti, inesprese se gli interventi sono frammentati e mal coordinati.

di vivere una vita sana, attiva e indipendente sino a tarda età, ii) contribuiscano alla sostenibilità ed efficienza del sistema sanitario, sociale e del welfare, e iii) contribuiscano all'ideazione di prodotti e servizi "made in Italy" connessi al benessere, alla longevità e all'invecchiamento attivo in salute (*active and healthy aging*).

Il nuovo paradigma dovrà quindi ambire a spostare risorse economiche e umane dalla cura delle malattie alla prevenzione. Questo imporrà di dover "re-ingegnerizzare" l'intero SSN, essendo essenziale formare una nuova classe di professionisti della salute preventiva e trasformare, mettendole in rete, le strutture già esistenti sul territorio (es. strutture sanitarie, scuole alberghiere, scuole primarie e secondarie, palestre pubbliche) per educare attivamente i cittadini alla tutela della propria salute. Come a scuola, si dovrebbe insegnare ai cittadini a conoscere gli alimenti, a cucinare e alimentarsi in maniera sana ed equilibrata, a fare attività fisica in maniera corretta e regolare, e a evitare l'esposizione a sostanze nocive per la salute. Inoltre, potrebbe essere auspicabile introdurre sistemi di incentivi (es. annullamento ticket sanitario o una sorta di schema bonus/malus) per i cittadini che mettono in pratica le strategie preventive (riducendo, ad esempio, la circonferenza vita e i fattori di rischio cardiovascolari e tumorali), favorendo in tal modo comportamenti virtuosi. Crediamo che questa strategia sia realizzabile e sia vincente.

Questo vorrà dire che da un punto di vista di benessere collettivo la strategia ottimale dovrà essere quella di disegnare politiche sanitarie che siano "dinamicamente efficienti", il che implica creare oggi le migliori condizioni per operare meglio domani. L'adozione (oggi) di misure atte a incrementare gli investimenti in prevenzione dovrebbe portare (domani) a una riduzione del numero di persone da curare. Adottare un tale approccio significherebbe, quindi, anche guardare alla spesa sanitaria (o a una larga parte di essa) più in termini di spesa per investimenti che di parte corrente.

Sarà, però, necessaria una decisa inversione di tendenza nell'allocazione dei fondi budget per la sanità in Italia, che con una quota inferiore all'1% della spesa complessiva, si colloca tra gli ultimi posti nella classifica dei Paesi OCSE per l'investimento in prevenzione. Aspettare che i cittadini, in seguito a anni di stili di vita poco salutari (es. eccessivo introito calorico e proteico, malnutrizione, vita sedentaria, alcol, fumo), si ammalinino e si rechino in pronto soccorso o in ospedale è una strategia perdente e costosissima. È imperativo invertire la rotta e promuovere politiche incisive di prevenzione e promozione alla salute.

Occorrerà soprattutto pensare a politiche che sappiano superare il problema della "settorialità" dell'intervento. Infatti, se da un lato si suggerisce di investire nella ricerca di nuove fonti d'energia fossile cercando di spingere sempre più in là la barriera della convenienza a estrarre attraverso nuove tecnologie, dall'altro ci si dimentica che quell'extra energia che otteniamo a costi comunque elevati serve per riscaldare/raffreddare case mal coibentate, far muovere autovetture preistoriche pesanti e inquinanti, che in ultima analisi innalzano la temperatura del pianeta; oppure, si suggerisce di investire in ricerca per nuovi farmaci e tecnologie medico-chirurgiche, dimenticandoci d'investire in strutture in cui i cittadini possano imparare a mangiare correttamente e a fare esercizio fisico, riducendo così drasticamente l'insorgenza della maggior parte delle costose e dolorose patologie croniche che affliggono milioni di individui. Esempi simili se ne possono fare tanti e servono a far capire che occorre un approccio integrato in cui la salute delle persone, la salute dell'ambiente, la difesa del patrimonio artistico e culturale e l'investimento nel capitale umano possono essere tutti visti attraverso un approccio sinergico in grado di generare grosse esternalità positive che rimarrebbero, altrimenti, inesprese se gli interventi sono frammentati e mal coordinati.

Con un simile approccio si potrebbe costruire un paese con bassi livelli d'inquinamento, con una popolazione sana e istruita, capace di rispettare e valorizzare il nostro patrimonio artistico e culturale e con un benessere diffuso prodotto mediante un modello di sviluppo che valorizzi (e non distrugga) il patrimonio ambientale, garantendo una felice e pacifica convivenza. Ma questa rappresenta anche una visione strategica del futuro di questo Paese che dovrebbe indicarci su quali settori investire, secondo un modello sostenibile ed eco-compatibile.

Bibliografia

- [1] ISTAT. Il futuro demografico del Paese. Statistiche Report. 28 dicembre 2011.
- [2] Ng M, Fleming T, Robinson M, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014; 384:766-81.
- [3] Fontana L. Modulating Human Aging and Age-Associated Diseases. *Biochim Biophys Acta*. 2009; 1790: 1133-1138.
- [4] OMS. Preventing chronic diseases: a vital investment - WHO global report. Geneva: World Health Organization. 2005.
- [5] Fontana L, Klein S. Aging, adiposity and calorie restriction. *JAMA*. 2007; 297:986-994.
- [6] OMS Ufficio regionale per l'Europa. Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Geneva. World Health Organization. 2006.
- [7] Ortiz I, Cummins M. The Age of Austerity: A Review of Public Expenditures and Adjustment Measures in 181 Countries. Initiative for Policy Dialogue and the South Centre. Working Paper. 2013.
- [8] OCSE. Crisis squeezes income and puts pressure on inequality and poverty. 2013.
- [9] The Economist Intelligence Unit Limited. Never too early: tackling chronic diseases to extend health life years. 2012.
- [10] European Commission. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013. White paper COM, 2007, 630 final.
- [11] Cutler D, Sheiner L. Demographics and medical care spending: Standard and non-standard effects. In: Auerbach AJ and Lee RD editors. "Demographic change and fiscal policy". Cambridge University Press. 2001. pp. 253-91.
- [12] Cutler D, Meara E. Changes in the Age Distribution of Mortality over the Twentieth Century. In: Wise DA editor. "Perspectives on the economics of aging". The University of Chicago Press. 2004. pp. 333-65.
- [13] Sassi F. Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat. OECD. 2010.
- [14] Breslow L, Enstrom JE. Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Prev Med*. 1980; 9:469-483.
- [15] Khaw KT, Wareham N, Bingham S, et al. Combined Impact of Health Behaviors and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLoS Med*. 2008; 5:e12.
- [16] Puska P, Vartiainen E, Tuomilehto J, et al. Changes in premature deaths in Finland: successful long-term prevention of cardiovascular diseases. *Bull World Health Organ*. 1998; 76:419-425.
- [17] Atella V, Peracchi F, Depalo D, Rossetti C. Drug compliance, co-payment and health outcomes: Evidence from a panel of Italian patients. *Health Economics*. 2006; 15:875-892.