

Donna con bilancia, Johannes Vermeer, 1632-1675



ECONOMIA DEL BENESSERE

Rosella Levaggi

Il concetto di benessere può avere diverse interpretazioni in economia. L'accezione più normale è quella di "economia del benessere" che per gli economisti definisce un filone di ricerca che ha come scopo lo studio delle politiche volte a massimizzare la funzione di utilità collettiva. In questo capitolo noi useremo un'accezione più ampia di benessere: partiremo da questa definizione per ricomprendere all'interno del nostro discorso temi che sono più vicini alla nozione di welfare e di wellness, ma che rispecchiano meglio l'intervento dell'economia nel settore sanitario.

Muoveremo da dove ci lascia l'approccio liberista per studiare come, invece, nel settore sanitario l'intervento dello Stato sia necessario proprio per migliorare il benessere, inteso non come un concetto di efficienza (legato al massimo prodotto ottenibile con determinate risorse), ma al concetto di equità che, di fatto, vuol dire creare un trade-off fra efficienza (massimo prodotto) ed equità (una quantità di prodotto inferiore ma distribuita in modo più equo).

I motivi per cui è necessario l'intervento dello Stato per quanto riguarda le prestazioni sanitarie sono noti e in questo contesto vengono dati per acquisiti. In particolare in questa trattazione cercheremo di affrontare il problema di come sia possibile, tramite l'intervento pubblico migliorare, almeno in parte, il benessere, inteso però come salute dei cittadini.

La teoria: gli strumenti per redistribuire il reddito

Il mercato di concorrenza perfetta assicura efficienza, ma non equità. È un concetto che, ben chiaro per gli economisti, risulta forse un

po' complesso per chi si avvicina a questa materia per la prima volta. Già Pareto osservava che le risorse tendono a concentrarsi nelle mani di pochi su un mercato lasciato a sé stesso. Per contrastare questa tendenza lo Stato ha a disposizione due strumenti:

- 1) la tassazione e i sussidi (tassazione negativa);
- 2) la fornitura di beni e servizi a prezzi molto più bassi del costo o, addirittura, nulli (redistribuzione in natura).

Per perseguire semplici fini di redistribuzione del reddito, la letteratura ha dimostrato che il primo strumento è nettamente superiore al secondo. Imposizione fiscale e sussidi possono essere combinati assieme la fornitura di beni e servizi riesce solo ad operare nella direzione di mettere dei beni a disposizione di tutti. L'utilizzo della redistribuzione in natura ha però una sua ragione d'essere quando lo Stato voglia indirizzare il consumo dei cittadini verso alcuni beni e servizi che, in una visione paternalistica, sono considerati indispensabili. Nasce da qui il concetto di "bene meritorio": un bene o un servizio che lo Stato ritiene indispensabile per il cittadino e che, al fine di promuoverne l'utilizzo, viene messo a disposizione gratuitamente.

Il concetto che fonda l'idea di un Servizio Sanitario Nazionale come il nostro è in gran parte questo: le prestazioni sanitarie sono beni meritori, lo Stato vuole promuoverne un utilizzo appropriato ed è per questo che vengono forniti secondo un criterio di pari accesso. Tutti coloro che hanno un bisogno "meritevole" hanno diritto di essere curati, indipendentemente dal loro reddito. Solo criteri legati alla necessità delle cure possono generare una "discriminazione" nell'accesso, come per esempio, nel caso delle liste di attesa con priorità per i casi più gravi.

Imposte e spesa pubblica sono quindi gli strumenti che sono stati utilizzati in prevalenza per migliorare il benessere in sanità. Tuttavia l'evoluzione della medicina, l'evoluzione dei pazienti, la valutazione degli outcomes in sanità in termini di speranza di vita e la pressione sul sistema economico creato dai costi crescenti della sanità stessa spingono l'intervento pubblico anche in altre direzioni.

Nel prossimo paragrafo esamineremo gli strumenti di redistribuzione del reddito, con particolare riferimento all'Italia.

Gli strumenti tradizionali: spesa sanitaria e imposizione fiscale

L'intervento pubblico nel mercato assicurativo ha assunto storicamente la forma di rendere l'assicurazione obbligatoria, di far contribuire i datori di lavoro, ed infine di creare enti assicurativi pubblici e di coprirne le perdite di gestione. L'intervento diretto (in Italia a partire dal 1972) è quello di provvedere alle prestazioni sanitarie producendole direttamente mediante un ente pubblico, ossia mediante l'istituzione di un Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Una delle principali differenze tra gli enti assicurativi pubblici e il SSN è data dall'ottica tipicamente egualitaria con cui sono fornite le prestazioni dal SSN. Le riforme che dal '92 in poi hanno cambiato il nostro SSN hanno prodotto dei cambiamenti importanti e sostanziali nell'organizzazione del servizio, ma non hanno cambiato la filosofia di base del nostro sistema. Secondo le ultime stime, in Italia l'incidenza del finanziamento del nostro SSN sul Prodotto Interno Lordo (PIL) era nel 2007 al 6,6% contro il 4,9% del 1982. La spesa sanitaria italiana si posiziona inoltre al di sopra della media OECD¹² per quota pubblica di spesa sanitaria (nel 2006, 77,2 % rispetto ad una media OECD pari al 73,4%) e tale quota ha subito un incremento di quasi cinque punti percentuali dal 2000 al 2006¹.

La crescita della spesa pubblica è comunque preoccupante in un paese quale l'Italia dove persiste un forte debito pubblico. Le più recenti proiezioni Ecofin² e OECD aggiungono un elemento preoccupante a questo quadro stimando che da adesso fino al 2050 la spesa sanitaria potrebbe aumentare da un minimo di 0,6 ad un massimo di 9,4 punti percentuali rispetto al PIL mentre la quota di spesa sanitaria pubblica potrebbe scendere intorno al 50% (Pammolli, 2008).

Il secondo strumento a disposizione per ridistribuire il reddito è rappresentato dalla tassazione, da tutte cioè quelle norme che regolano la raccolta delle risorse necessarie per far funzionare il sistema

¹ Organization for Economic Co-operation and Development

² Va tuttavia considerato che su 30 Paesi OECD considerati, ben 16 hanno una quota di spesa pubblica superiore al 75%; in particolare, raggiungono o superano l'80% Danimarca, Francia, Giappone, Islanda, Lussemburgo, Norvegia, Olanda, Regno Unito, Repubblica Ceca e Svezia. Si tratta di Paesi con un sistema tipicamente a copertura universale. Negli altri Paesi, ad eccezione di Corea (55%), Messico (44%) e Stati Uniti (46%), tale quota non scende comunque al di sotto del 60%.

¹⁴ Economic and Financial Affairs Council

sanitario. Per quanto riguarda l'Italia, il federalismo fiscale ha reso le Regioni molto più indipendenti sul lato della spesa che su quello delle entrate. Complessivamente, la sanità oggi è finanziata da imposte regionali e nazionali. Le principali imposte nazionali per finanziare la sanità sono rappresentate a livello regionale dall'IRAP e dall'addizionale IRPEF e a livello nazionale dall'IVA che costituisce la principale fonte di risorse per il Fondo Sanitario Nazionale.

Le entrate proprie delle Regioni rappresentano circa il 40% del totale delle entrate mentre il resto è sostanzialmente formato da trasferimenti dallo Stato; i ricavi per vendite di prodotti e quelli straordinari rappresentano una percentuale molto piccola delle entrate. Occorre tuttavia notare che questa ripartizione è molto variabile a livello regionale e, per alcune regioni, il finanziamento tramite trasferimento rappresenta una percentuale molto vicina al 90% della spesa.

Gli effetti degli interventi

Senza entrare ulteriormente nei particolari tecnici della spesa e delle imposte possiamo chiederci qual è l'effetto di questi strumenti sul benessere. Dal momento che spesa e imposte hanno come scopo quello di redistribuire la ricchezza e di migliorare la salute, esaminiamo questi due aspetti separatamente.

Redistribuzione del reddito

L'effettivo livello di redistribuzione del reddito della spesa sanitaria non è facilmente calcolabile e di fatto è stato calcolato solo per poche nazioni o solo con riferimento a specifici servizi. Dove tale indice è stato calcolato, spesso si sono riscontrate delle forti discrepanze fra la redistribuzione attesa e quella effettiva. Questo avviene sia perché le imposte utilizzate non sempre sono progressive sia perché l'utilizzo effettivo dei beni forniti viene effettuato più dalle classi con un livello di istruzione, cultura e reddito maggiore della media. Per stimare questo impatto redistributivo possiamo far ricorso alla stima del residuo fiscale (Ferrario, 2009) per le sole regioni a statuto ordinario. I dati sono stati ottenuti riattribuendo i gettiti delle imposte alle Regioni in cui sono stati originati mediante una metodologia abbastanza complessa.

Da queste analisi risulta che la redistribuzione delle risorse va dalle regioni del nord a quelle del sud, fatta qualche eccezione come la regione Liguria.

Ferrario e Zanardi stimano che l'impatto redistributivo della spesa sanitaria a livello regionale sia pari a circa il 7% del PIL contro un 38% dell'intera spesa pubblica italiana. In questo senso quindi la spesa sanitaria sembrerebbe contribuire in modo significativo alla redistribuzione a livello regionale, ma non tanto forse quanto ci si potrebbe aspettare. Secondo altre stime, ben il 20% dell'intera redistribuzione del reddito operata a livello regionale può essere attribuita alla sanità. In questo senso la sanità ha un forte effetto redistributivo (Ferrario, 2009).

Effetto sulla "redistribuzione di salute"

L'effetto sulla salute della spesa sanitaria è molto più complesso da valutare in quanto, come osservato in molti studi, la salute è influenzata da molti determinanti e, a livello macroeconomico, solo il 10% dell'aumento di salute può essere attribuito alle prestazioni sanitarie. Inoltre, è molto difficile capire se effettivamente tutti quelli che hanno bisogno di prestazioni sanitarie ricevono assistenza. Non necessariamente chi sta male si rivolge alle strutture e, in questo reddito, istruzione e contesto sociale giocano un ruolo molto importante. Non è quindi scontato che chi ha oggettivamente più bisogno riceva di più.

La valutazione dell'impatto del SSN sulla salute è molto complessa e molto controversa anche dal punto di vista metodologico. In Italia questo tipo di studi è ancora poco sviluppato e riguarda, di solito, la comparazione delle performances dei diversi sistemi regionali. Su questo punto il lavoro più completo è quello presentato da Mapelli in cui vengono utilizzati diversi indici per comparare le performances dei Sistemi Sanitari Regionali in termini di salute, costo e aspettative dei pazienti. I sistemi delle regioni del Nord sembrano essere molto più efficaci di quelli del Sud, ma va notato che in realtà c'è un forte effetto reddito: le regioni più ricche hanno un SSN più efficace (Mapelli 2007). Tale risultato non va interpretato solo in termini di disponibilità a pagare, ma nasconde anche un fenomeno legato alla sensibilità personale verso il mantenimento della salute. Al reddito

possono essere infatti associate altre variabili quali l'istruzione e più in generale la cultura, il contesto sociale in cui l'individuo vive. Alcuni recenti studi americani mostrano, per esempio, che il rischio di sovrappeso aumenta se si frequenta un circolo di amici in sovrappeso. Sebbene in questo caso sia difficile determinare il vero legame di causa-effetto (sono sovrappeso perché i miei amici lo sono; poiché sono sovrappeso nel tempo mi cerco amici che abbiano lo stesso "problema"), questa osservazione non sorprende: il contesto sociale influenza lo stile di vita personale. A livello globale due sono gli indicatori di sintesi degli effetti sulla salute: mortalità infantile e aspettativa di vita alla nascita. Per l'Italia esistono ancora forti differenze sia a livello regionale sia a livello di diversi ceti sociali.

Questo dato è molto importante in quanto dimostra che, nonostante gli sforzi fin qui fatti dallo Stato per dare accesso alle prestazioni a tutti, in realtà non tutti hanno lo stesso accesso alla salute e al benessere. È questo un problema molto importante che rappresenta, per il sistema economico e per i decisori pubblici, la vera sfida dei prossimi anni. Dopo aver dato parità di accesso, occorre cercare nuovi strumenti per fare in modo che tutti traducano questo accesso in maggiore salute.

I nuovi strumenti

Nel tempo e soprattutto in questi ultimi anni il concetto di salute si è allargato ed è diventato più complesso. Il progresso della medicina ha reso possibile la cura delle patologie acute e in questo modo la speranza di vita media si è allungata. Questi mutamenti nella domanda hanno portato a loro volta ad un aumento della spesa sanitaria molto ben spiegata dalla cosiddetta "Sindrome di Sisifo" (Zweifel, 2009). La domanda crescente, le risorse scarse richiedono un utilizzo sempre migliore delle risorse. In sanità questo bisogno di appropriatezza potrebbe non andare completamente contro la richiesta di benessere dei cittadini. Se da un lato la maggiore domanda di benessere potrebbe alimentare la spesa sanitaria privata, è anche vero che il maggiore benessere inteso come maggiore attenzione alla propria salute "a 360°" potrebbe comportare nel lungo periodo una riduzione di quella spesa sanitaria creata dai comportamenti poco virtuosi dei pazienti. Il peggioramento, le complicità di molte patologie croniche sono legate allo stile di vita. Gli stili di vita "a

rischio” producono aumenti della spesa sanitaria molto importanti e causano al paziente danni in parte irreversibili. Senza arrivare al non rimborso delle cure per patologie che il paziente si è “provocato”, assumendo comportamenti a rischio di tipo voluttuario, i medici e la sanità pubblica devono giocare un ruolo importante in questo settore. Si tratta infatti di dare un ruolo di rilievo alla prevenzione primaria mediante la promozione di stili di vita “più sani”. In questo settore il ruolo del medico è fondamentale: la promozione degli stili di vita è possibile solo se la comunicazione con il paziente sia a livello individuale (all’interno del rapporto di agenzia fra medico e paziente) sia a livello collettivo (tramite le campagne di prevenzione e sensibilizzazione) è efficace.



In molti paesi il regolatore sta cercando di promuovere stili di vita tramite specifici incentivi, di solito rivolti ai medici di medicina generale che fanno specifiche attività di prevenzione. In Inghilterra ci si è spinti più avanti pensando ad incentivi monetari specifici per i medici i cui pazienti raggiungano specifici targets in termini di indicatori di rischio (Body Mass Index, pressione arteriosa, colesterolo, fumo) e si è anche pensato ad imposte per coloro che hanno stili di vita a rischio (imposte sugli obesi). Queste iniziative, talvolta forse un po’ troppo estremistiche ed in alcuni casi criticabili in quanto non hanno prodotto gli effetti desiderati, sono tuttavia molto significative per indicare l’attenzione che in tutti i paesi si sta ponendo al problema del benessere inteso in senso più ampio.

In questo settore la sanità pubblica, intesa nella sua accezione più generale anglosassone (public health), è un attore fondamentale ed è chiamata a giocare un ruolo fondamentale nella promozione del benessere della popolazione.

Un'ulteriore osservazione importante per quanto riguarda la promozione degli stili di vita intesi come tutte le azioni volte a preservare quanto possibile il proprio livello di salute è che un'azione territoriale va mirata al territorio, alla popolazione specifica di ciascuna realtà.

La tecnologia in questo settore potrà essere di molto aiuto. Le cartelle cliniche informatiche della medicina generale danno un quadro molto più preciso di altri indicatori (ricoveri, consumo di farmaci) della salute futura della popolazione e del tipo di comportamenti a rischio intrapresi.

Questo primo monitoraggio potrà far evidenziare quali sono i problemi specifici della popolazione anche per aree molto ristrette in modo da mirare al territorio le azioni di prevenzione.

Questo passaggio è, per chi scrive, fondamentale: il SSN offre in Italia prestazioni a tutti quelli che, essendo in una situazione di bisogno, richiedono prestazioni sanitarie. Purtroppo però non tutti quelli che hanno effettivamente bisogno di fare qualcosa per stare meglio si rivolgono alle strutture sanitarie e talvolta quando lo fanno la loro salute è talmente compromessa che le prestazioni sono poco efficaci.

Gli studi più recenti mostrano che il contesto sociale di riferimento degli individui è molto probabilmente la vera determinante dello stile di vita individuale e del livello di attenzione del singolo alla propria salute. L'azione volta al miglioramento della salute deve essere, quindi, molto mirata al tipo di contesto sociale in cui la promozione della cura della salute va fatta.

In contesti sociali medio-alti, è probabilmente sufficiente fornire le strutture necessarie per fare prevenzione e informare circa i programmi: saranno gli stessi individui che autonomamente prenderanno l'iniziativa di recarsi dalle strutture.

Per i ceti sociali medio-bassi e i contesti culturali in cui l'health literacy è bassa, l'azione è probabilmente diversa. Occorre un'azione

di comunicazione del rischio correlato ai danni che uno stile di vita sbagliato può provocare alla salute ed è necessario cercare di convincere i pazienti ad intraprendere delle specifiche azioni per cambiare i comportamenti sbagliati. In questo caso il ruolo dei Medici di Medicina Generale è fondamentale, come del resto è stato sempre riconosciuto dalle istituzioni (Ministero, Regioni, ASL) che in questi anni hanno intrapreso importanti campagne di sensibilizzazione su determinati rischi³.

Infine, esistono soggetti che per attitudine personale, per contesto sociale o per altre determinanti non sono a conoscenza dei rischi che corrono, non hanno idea di come la prevenzione può migliorare il benessere, non sono interessati al problema, hanno una visione distorta di quello che la medicina può fare oppure hanno una visione distorta del loro rischio individuale.

In tutti questi casi, occorrono degli interventi molto più mirati per raggiungere questi pazienti che, per loro natura, sono anche quelli più fragili e più bisognosi di attenzione.

Non esiste un consenso su come risolvere il problema; la letteratura offre tuttavia degli spunti di riflessione importanti e, in questo paragrafo, farò cenno a tre diversi ambiti in cui si sta lavorando:

- 1) comportamenti a rischio da parte degli adolescenti;
- 2) comunicazione del rischio e misura dell'efficacia dei programmi di prevenzione;
- 3) misura della percezione del rischio individuale.

Per quanto riguarda il primo punto, la letteratura è concorde nell'affermare che gli adolescenti che tengono comportamenti a rischio sono consapevoli dei possibili danni che possono provocare alla loro salute; non è quindi un problema di cattiva informazione quello che li porta a esagerare con l'alcool, il fumo e comportamenti alimentari sbagliati. Questo tipo di atteggiamento in parte rappresenta una sfida degli adolescenti alle regole, forse legata anche ad una non esatta percezione del vero rischio individuale dei singoli comportamenti (il fumo fa male, uccide, ma non sarò io quello che morirà per aver esagerato). Un secondo aspetto importante da tenere in considerazione è legato alla tendenza degli adolescenti a conformarsi al gruppo di appartenenza attribuendo maggior valore ai

³ Si pensi, ad esempio, al Progetto Cuore.

“pari” rispetto al proprio contesto sociale di riferimento.

Per quanto riguarda il secondo punto, la letteratura⁴ fa notare come la comunicazione del rischio sia un ambito molto importante e fondamentale per promuovere la cura della salute. Il messaggio deve essere formulato in modo da essere abbastanza forte da coinvolgere l'attenzione del paziente sul rischio, ma deve anche incoraggiare a cambiare abitudini puntando sugli effetti positivi del cambiamento dello stile di vita sbagliato.

Infine, nonostante gli studi epidemiologici abbiano dimostrato che i fattori di rischio comportamentali - come fumare, esagerare con le bevande alcoliche ed essere obesi - siano causa dell'insorgenza e dell'aggravamento di un certo numero di patologie croniche, tali comportamenti sembrano aumentare anziché diminuire. Questo fenomeno potrebbe portare a considerare una nuova ipotesi interpretativa: i soggetti non percepiscono in modo corretto il rischio sulla propria salute che deriva da questi comportamenti sia perché sono ottimisti (succederà agli altri, non a me), sia perché il progresso tecnologico ha creato la falsa illusione che uno stile di vita corretto e sano possa essere sostituito dalle cure mediche.

Anche in questo settore, la prevenzione e la corretta informazione saranno l'elemento fondamentale per aumentare la salute della popolazione senza aumentare la spesa sanitaria.

Bibliografia

Caplin A. *Fear as a policy instrument*. In Loewenstein G., Daniel Read D., Baumeister R. (eds.) *Time and Decision*, Russell Sage, 2003

Ferrario C., Zanardi A. *From interpersonal to interregional redistribution: the case of social policies in Italy*. Forthcoming in Ongaro E., Massey A., Holzer M. and Wayenberg E., 2009 (eds.) *Governance and Intergovernmental Relations in the European Union and the United States: Policy and Management*, Edward Elgar, Cheltenham, UK

⁴ Si veda Lamberto e Levaggi (2006) e Caplin (2003).

Lamberto A., Levaggi R. *Comunicazione del rischio e prevenzione*. Meccosan, 2007,16(63) 37-48

Levaggi R., Capri S. *Economia Sanitaria*. Franco Angeli, 2008

Levaggi R., Montefiori M. *Federalismo fiscale, efficienza e appropriatezza*. Tendenze Nuove, 2009, 5,93-106

Levaggi R., Mancini C. *Processi di federalismo in sanità*. Mimeo, 2009

Mapelli V. *I sistemi di governance dei sistemi sanitari regionali*. Formez, Roma, 2007

Sonedda D., Turati G. *Winners and Losers in the Italian Welfare State: A Microsimulation Analysis of Income Redistribution Considering In-Kind Transfers*. Giornale degli Economisti 2005: 64(4), 423-464

Pammolli F., Salerno N.C. *La sanità in Italia fra federalismo, regolazione dei mercati e sostenibilità della spesa*. Rapporto Cerm n1/2008

Scarcella C., Indelicato A., Levaggi R., Lonati F., Magoni M. *Spesa sanitaria e invecchiamento della popolazione: il ruolo delle patologie croniche*. Politiche Sanitarie 2007; 8(4): 177-187

Zweifel P. *La sindrome di Sisifo come spiegazione alla crescita della spesa sanitaria*. Politiche Sanitarie 2009; 4, 30-41