



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE E AZIENDALI
"MARCO FANNO"

CORSO DI LAUREA IN ECONOMIA INTERNAZIONALE
L-33 Classe delle lauree in SCIENZE ECONOMICHE

Tesi di laurea

**Salute e felicità: quando l'economia sanitaria incontra quella
comportamentale.**

**Health and happiness: when health economics meets the
behavioral one.**

Relatore:
Prof. BASSETTI THOMAS

Laureando:
STIVANELLO ALICE

Anno Accademico 2014-2015

Al mio amico Beppe.

INDICE

1. Introduzione.....	1
.....	
2. Economia della Felicità.....	2
2.1 <i>Il Pil: un indice incompleto</i>	2
2.2 <i>Relazione Pil-Felicità: il Paradosso di Easterlin</i>	3
2.3 <i>Due casi: Giappone e USA. Il reddito relativo</i>	5
.....	
3. Salute.....	8
3.1 <i>Salute-Felicità: il nesso causale</i>	8
3.2 <i>Salute-Reddito assoluto</i>	10
3.3 <i>Salute-Reddito relativo</i>	11
.....	
4. Quando l'economia sanitaria incontra quella comportamentale.....	13
.....	
5. Il capitale umano e le politiche sanitarie.....	15
5.1 <i>Il capitale umano</i>	15
5.2 <i>Le politiche sanitarie: la promozione della salute</i>	16
5.3 <i>Le politiche sanitarie: l'educazione sanitaria</i>	17
.....	
6. Conclusioni.....	18

1- Introduzione

Con il mercato globale pure la diffusione di tendenze, idee e problematiche avviene su scala mondiale. Ciò ha determinato via via un vivere dipendente dal consumo: stili di vita fondati sull'appagamento di desideri effimeri, sottomessi alla bulimia delle merci. Si assiste pertanto ad una sindrome sociale tesa al “voler sempre di più” e tale andamento sembra né fermarsi né ridursi. Conduciamo stili di vita così febbrili che ci stanno accecando dal comprendere che, volontariamente, rispondiamo all'omologazione e alla standardizzazione imposta dalle logiche spietate del mercato. Si sta affermando un agire sociale non autentico, che non è frutto di un libero percorso interiore. Senza quasi rendersene conto, i nostri comportamenti minano la fiducia sociale e la stabilità mentale. La depressione, nel 2020, così confermano le statistiche, rappresenterà la seconda causa di decessi e d'invalidità dopo le malattie cardiovascolari. Dobbiamo veramente iniziare ad aprire gli occhi e renderci conto che questi nostri stili di vita hanno un effetto più che controproducente sia sulla nostra salute che sulla nostra felicità.

La storia pullula di tentativi di definire il concetto di felicità ed oggi, più che mai, ci troviamo di fronte ad un aumento di studi, statistiche e riflessioni che ruotano attorno a tale tema. Grazie alla collaborazione e all'interdisciplinarietà delle scienze si sta tentando di individuare i nessi e le sconessioni che intercorrono tra il trend quantitativo dei consumi e la qualità della vita individuale, intesa sia in termini di salute che di felicità. A riguardo, si sta cercando di sensibilizzare le società in modo tale da porre fine o quantomeno limitare gli effetti disastrosi del consumismo: un circolo vizioso molto pericoloso.

La mia tesi mira ad analizzare e comprendere il (più o meno forte) legame esistente tra le variabili di felicità, reddito e salute. Lo scopo è quello di chiarire e sottolineare come in tempi moderni risulti necessario ed auspicabile investire nella formazione di capitale umano al fine di migliorare le condizioni di vita degli individui e delle comunità.

Essendo la salute una delle componenti del capitale umano questa risulta avere importanti riflessi sia sul reddito che sulla percezione del benessere soggettivo in maniera sia diretta che indiretta.

La trattazione inizia col definire il campo di analisi dell'economia della felicità. Verranno illustrate poi le motivazioni per cui tale scienza ha iniziato a spostare la tradizionale attenzione sul PIL ad altre determinanti che concorrono al benessere generale. Con ordine si scenderà nel vivo della discussione affrontando come l'economia della felicità sta comprendendo la relazione paradossale Pil-felicità. Verrà poi focalizzata l'attenzione sulla relazione reddito-salute e come le differenze, in termini relativi del reddito, impattano sulla

salute. In seguito ci si occuperà di economia sanitaria e della sua relazione con l'economia comportamentale. Sullo specifico, sarà illustrata l'importanza dell'intervento statale al fine di ovviare ai problemi legati alle peculiarità del mercato sanitario, nonché dell'irrazionalità tipica dell'agire umano. Si conclude presentando alcune delle politiche sanitarie in grado di accrescere non solo il Pil, attraverso l'aumento di capitale umano dovuto alla maggior salute, ma anche il benessere generale.

2- Economia della felicità

Come già accennato nell'introduzione, l'economia della felicità sta cercando di comprendere quali sono le cause economiche e non che influenzano il benessere delle persone. Inserire il concetto di felicità in ambito economico non risulta essere un aspetto così nuovo ed innovativo, come invece è per il suo metodo d'indagine. Gli economisti, assieme ad altri scienziati sociali, stanno tentando di misurare e di quantificare il livello di soddisfazione dichiarato da parte degli individui. Il metodo d'indagine diretta, effettuato tramite l'uso di questionari, consente di raccogliere dati utili per la rilevazione e l'identificazione del grado di felicità “soggettiva” delle persone al fine di conoscerne le cause. La comprensione e il miglioramento della condizione umana nei suoi vari aspetti è lo scopo principale che l'economia della felicità si è prefissata. Prima di addentrarmi ulteriormente nelle sue scoperte, ritengo di primaria importanza sottolineare sin da subito che come punto di partenza per i suoi studi l'economia della felicità ha messo ben in chiaro la distinzione concettuale esistente tra benessere economico e benessere generale. Il primo, prettamente monetario, mentre il secondo afferisce, come più volte ripetuto, al grado di soddisfazione della vita di uno o più individui. L'economia della felicità studia e compara il benessere (economico) di un paese con la felicità degli individui sconvolgendo radicalmente il tradizionale assunto economico in cui si afferma che “l'aumento della ricchezza, sia delle nazioni che degli individui, attraverso il libero mercato sia sufficiente a garantire un proporzionale aumento della felicità o quantomeno a non provocarne la diminuzione.”

L'economia della felicità, dunque, contesta apertamente il modello di sviluppo capitalistico e le società di mercato.

2.1 Il Pil: un indice incompleto

Il Pil, acronimo di Prodotto Interno Lordo, è l'indicatore macroeconomico per eccellenza. E' espressione del *valore di mercato di tutti i beni e servizi finali prodotti in un paese in un dato periodo di tempo*. Esso si fonda su una logica utilitaristica e consequenziale. Si è sempre considerato, in modo “eccessivo”, il Prodotto Interno Lordo l'indice che esprime il benessere

della società in cui viviamo, dimenticando che si tratta di una misura (troppo) specifica di benessere economico. Il Pil, infatti, non considera l'importante ruolo svolto da quei fattori non quantitativi che concorrono ad una migliore soddisfazione della propria vita; non tiene conto delle funzioni quali: il tempo libero, la qualità ambientale, la libertà e la giustizia sociale. In merito a tale discorso cito una profonda riflessione pronunciata da Robert Kennedy nel suo celebre discorso sul Pil del 18 marzo 1968.

“Il Pil misura tutto eccetto ciò che rende la vita veramente degna di essere vissuta. Può dirci tutto sull’America, ma non se possiamo essere orgogliosi di essere americani”.

Con questo discorso Robert Kennedy ha puntato il dito contro la giustapposizione (acritica) tra benessere materiale e felicità.

2.2 Relazione Pil – Felicità : il Paradosso di Easterlin

Ritornando agli studi sulla felicità voglio illustrarvi i motivi per cui si è iniziato a ritenere la misura del prodotto interno lordo incompleta per la definizione del grado di benessere generale. Come abbiamo detto all'inizio di tale capitolo, l'indagine diretta ha reso possibile individuare quale relazione intercorre tra il reddito e la felicità delle persone; ha permesso così di studiare e comprendere come le valutazioni sulla soddisfazione della propria vita variano al variare del reddito percepito. E' stato proprio l'economista americano Richard Easterlin ad aver evidenziato come, nel corso della vita delle persone, la loro felicità dipende molto poco dalle variazioni di reddito e di ricchezza. Ha definito così il paradosso della felicità o comunemente detto paradosso di Easterlin.

Prima però di arrivare troppo frettolosamente alle conclusioni ritengo opportuno procedere con calma alla spiegazione del paradosso così da evitare di omettere considerazioni di un certo rilievo o, peggio ancora, passare informazioni che, se non debitamente chiarite, confondono i miei lettori sul punto centrale di tali ricerche.

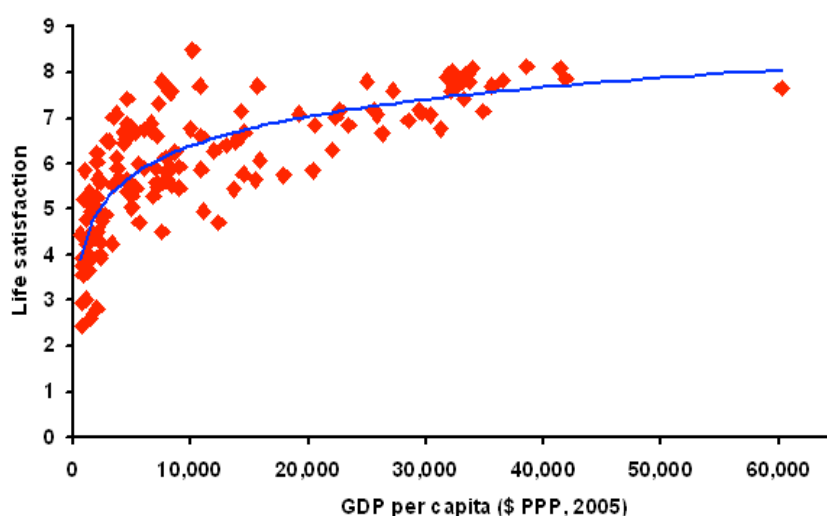
Il motivo per cui l'indice del prodotto interno lordo risulta essere una misura da completare e non, quindi, una misura errata vuole ribadire il fatto che tra il benessere soggettivo e il PIL pro-capite esiste una certa correlazione positiva. Non si può negare, e l'evidenza parla, che il reddito assoluto non abbia alcuna attinenza con il benessere individuale. Come si può vedere nella realtà, in condizioni di estrema povertà, un incremento del livello di reddito porta ad un aumento della qualità della vita. La quota iniziale di reddito, rispetto alla situazione finora descritta, ci permette di soddisfare i nostri bisogni essenziali. Si può concludere pertanto che

il denaro può portare più felicità. E' proprio questo uno dei primi assunti fondamentali evidenziato dagli studi sul benessere individuale.

Tuttavia bisogna aggiungere che questa diretta correlazione tra reddito e felicità risulta essere piuttosto bassa.

Come mostra il grafico (fig.1) sottostante, questa correlazione positiva non si verifica per sempre.

Fig. 1 - Life satisfaction and Per Capita GDP in 2005 (140 Countries)



Fonte – Authors' elaboration on Abdallah et al. (2009)

Con quest'osservazione, si sconvolge radicalmente quanto sostenuto fino ad ora dalla tradizione economica - esiste un punto critico del livello del reddito che fa di questo legame virtuoso reddito-felicità un vero e proprio paradosso. La crescita economica, per essere generatrice di benessere, non deve guardare solamente all'aumento incondizionato del Pil, ma anzi deve concentrarsi sulle modalità con cui e attraverso cui tale reddito aumenta.

Come si può notare dal grafico, esiste un punto critico del livello di reddito, relativamente contenuto, in cui, oltre tale soglia, il benessere individuale varia in misura sempre più limitata. Superato questo livello di reddito il rapporto virtuoso esistente tra reddito e felicità si inverte.

L'economista americano, grazie alle sue ricerche, ha evidenziato la presenza di un andamento decrescente nel grado di felicità degli individui una volta che questi hanno raggiunto il cosiddetto punto critico. L'effetto positivo, derivante dall'aumentare dei redditi, tende via via a scomparire.

Fin qui, abbiamo visto in che modo e fino a che punto il reddito assoluto influisce sulla felicità delle persone. Come illustrato nella Funzione (1) è chiaro che oltre alla variabile del reddito assoluto vi sono altri fattori che influenzano il livello di benessere soggettivo dichiarato - solo per citarne alcuni: il reddito relativo (Y^R) ; i rapporti interpersonali (R) e la salute (H).

Funzione 1 – Self-reported happiness

$$W^* = F(Y, Y - Y^*, Y^R, R, U, I, G, E, H)$$

Come sostiene Robert H. Frank “*dobbiamo riallocare il tempo ed il denaro in attività che renderebbero la nostra vita più sana e più felice.*”

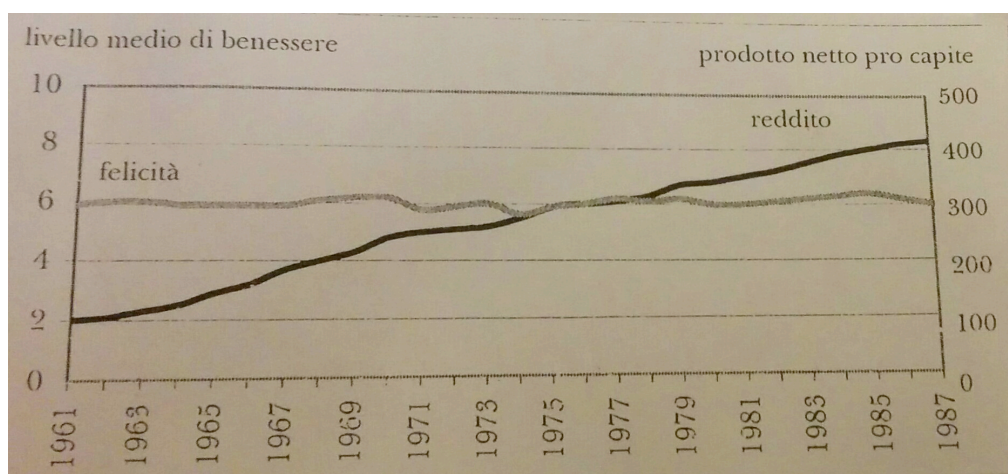
Prima di passare a focalizzare l'attenzione sulla relazione reddito-salute, ci tengo ad esporre alcune considerazioni che son state fatte in merito alla variabile del reddito relativo sulla felicità. Purtroppo, non mi soffermerò sulle altre, nonostante la loro importanza.

2.3 Due casi : Giappone e Usa. Il reddito relativo

Nel precedente paragrafo ci siamo occupati di identificare come la felicità varia al variare del reddito assoluto. Da allora, abbiamo dimostrato come, nonostante un considerevole aumento del reddito, il livello di felicità dichiarato non risultava crescere di pari passo.

In merito a tale evidenza vorrei presentare il caso del Giappone.

Fig. 2 - Felicità media e andamento del reddito medio in Giappone



Fonte: Veenhoven, 1993

Come si nota dal grafico (fig. 2) , in un'indagine effettuata tra il 1961 e il 1987, nonostante il Giappone sia passato dall'essere un paese molto povero ad uno che registra livelli di reddito pro-capite tra i più elevati nel mondo industrializzato, esso è la dimostrazione del fatto che: quando il reddito aumenta per tutti, le misure del benessere dichiarato non registrano progressi significativi sulla scala della felicità. Secondo questa logica, la felicità soggettiva rimane costante nonostante la felicità oggettiva, determinata dalla qualità dei beni che vengono consumati, risulta essere migliorata.

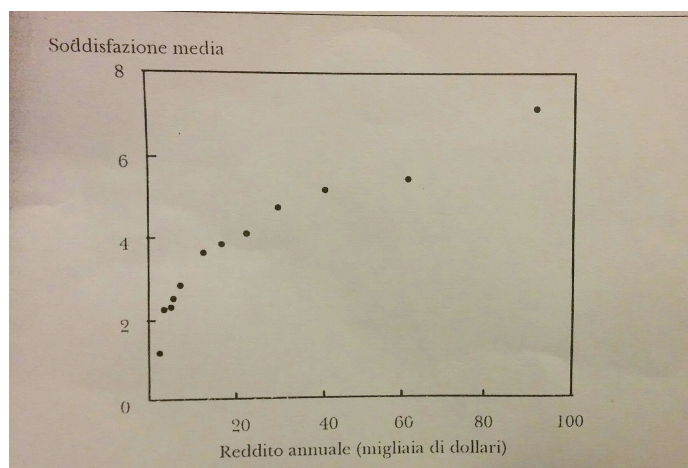
Sono proprio l' *hedonic* e il *satisfaction treadmill effect* che tentano di spiegare come la soddisfazione che si trae da certi consumi non si protrae nel tempo, ma anzi decresce fortemente con l'uso. Il nostro benessere individuale dipende dalla differenza tra i risultati attesi e quelli percepiti. Una volta raggiunto un determinato livello di reddito o di piacere le persone innalzano i loro obiettivi e attribuiscono così un valore inferiore a quanto raggiunto. Questa è la spiegazione della tendenza umana al “voler sempre di più” e l'immagine di come gli sforzi sostenuti per il miglioramento del nostro benessere vengono, di fatto, distrutti. E' nell'ambito dei beni materiali che l'adattamento e le aspirazioni assorbono interamente gli effetti positivi che un incremento del reddito genera sul benessere.

In riferimento alle persone che vivono nei paesi più ricchi e che quindi dispongono di una maggiore ricchezza tale da permettergli una moltitudine di attività opzionali oltre le normali funzioni essenziali, risulta sorprendente come quest'accumulazione di ricchezza non abbia alcun effetto misurabile sul loro benessere complessivo.

Se anziché considerare però la variazione reddito-felicità in un arco temporale così lungo, come nel caso del Giappone, cerchiamo di misurare tale relazione in un'altra maniera, ossia durante un breve periodo di tempo, notiamo ciò che gli economisti sostenevano sin da principio.

Come mostra la figura (fig.3) , dalla relazione che intercorre tra il reddito e la felicità dichiarata da un gruppo di persone negli USA in un dato momento di tempo piuttosto limitato (1981-1984) risulta che le persone più ricche appaiono effettivamente molto più felici rispetto alle persone più povere. In questo caso specifico, dato il periodo ridotto in cui si è effettuata l'analisi, non ci è possibile immaginare alcun tipo di cambiamento sostanziale che sia stato in grado di migliorare la vita delle persone in termini di felicità.

Fig. 3 - Reddito e soddisfazione negli USA , 1981-84



Fonte: Diener, Sandvik, Seidlitz, Diener, 1993

Tra il caso del Giappone e quello degli Usa si è di fronte ad una differenza che, senza dubbio, ci lascia sorpresi. Nonostante ciò, bisogna precisare che gli andamenti presentati nei due esempi non solo non si contraddicono e non contraddicono il concetto secondo cui è la variabile del reddito relativo a spiegare meglio la felicità dichiarata, ma pare vogliono suggerirci che il reddito assoluto può, in questo senso, non avere alcuna rilevanza.

In senso opposto se il reddito relativo dell'individuo i risulta essere diminuito rispetto al livello medio di reddito del gruppo di riferimento, allora anche il grado di felicità dichiarato dall'individuo i risulta diminuire. L'ineguaglianza nei livelli percepiti di reddito ha una correlazione negativa con il grado di felicità percepito. Questo perché, come spiegato dal *positional treadmill effect*, l'essere umano tende a valutare il benessere derivante dal suo consumo in termini relativi, ossia da quanto il suo livello assoluto di consumo differisce da quello degli altri. Si tratta di un fallimento della razionalità umana. Questa differenza nei redditi, sulla base di quanto dichiarato dalle classi europee medio-povere, incide negativamente sulla felicità poiché viene percepita come indicatore di minori possibilità di ascesa sociale.

Pertanto si deduce che disporre di una maggiore ricchezza potrebbe essere una cosa positiva se, di questa, venisse fatto buon uso, ossia spesa in maniera opportuna. Ciò che risulta fondamentale in quest'intuizione circa il reddito relativo è che, nonostante il rapido adattamento in seguito ad aumenti generalizzati di riserve di beni materiali a disposizione, esistono categorie specifiche di beni rispetto alle quali la nostra capacità di adattamento è più

limitata. Tra le varie determinanti esistenti mi prenderò cura, in quest'analisi, della variabile “salute” in cui una spesa ulteriore, in tali termini, renderebbe possibile il verificarsi di miglioramenti nella percezione di benessere.

3. Salute

Come abbiamo accennato nel precedente capitolo, non solo il reddito, ma anche lo stato di salute determina il grado di felicità espresso dagli individui.

Prima di entrare nel pieno della trattazione, ritengo di primaria importanza fare alcune considerazioni in merito alla definizione del concetto di salute.

Quando si parla di salute e/o di sanità non si può non fare riferimento a quanto definito nella Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). La salute è lo “*stato di completo benessere fisico, psichico, sociale e non semplice assenza di malattia.*” L'obiettivo, quindi, che dobbiamo porci come individui e come società deve tendere alla modifica di quei fattori che influiscono negativamente sul nostro stato di salute e, in generale, sulla nostra salute collettiva.

Ribadisco sin da subito che il lavoro della mia tesi è volto a sottolineare l'importanza della salute come risorsa per la vita quotidiana, nonché determinante del capitale umano. La salute, più che il fine, è il mezzo che consente alle persone di condurre una vita produttiva sia a livello individuale che da un punto di vista sociale ed economico. In questo senso, considero di particolare rilievo il perseguimento di politiche atte alla promozione e all'educazione in tema di salute da parte di tutti gli attori sociali. Questo perché, dev'essere consapevolezza di tutti che la salute non è il mero prodotto dell'organizzazione sanitaria, ma il risultato di una serie di determinanti sociali, ambientali, economiche e genetiche.

3.1 Salute – Felicità : il nesso causale

Si prende ora in considerazione come la soddisfazione delle persone varia in relazione al loro stato di salute.

Al fine della mia indagine mi servirò di uno studio effettuato nel 1990 (da Mehnert, Kraus, Nadler, Boyd) che ha cercato di evidenziare il nesso tra salute e felicità. L'esperimento, tenendo conto della numerosità limitata del campione e il problema della comparabilità dei controlli, ha confrontato il grado di soddisfazione sulla propria vita espresso da persone disabili (n=675) con quello di persone non affette da inabilità (n=1064). Il campione di riferimento è espresso su scala nazionale.

Gli studi mostrano, come si può vedere in figura (fig.4) , che il livello di soddisfazione degli individui inabili risulta, in media, significativamente inferiore rispetto a quanto dichiarato dal gruppo di persone che non presentano forme di inabilità.

Fig. 4 – Felicità media per stato di salute dichiarato, raggruppamenti per fascia di età, dal 1911-20 al 1951-60

Tab. 3 - Felicità media per stato di salute dichiarato, raggruppamenti per fascia di età, dal 1911-20 al 1951-60, 1972-2000

(1) Raggruppamento per fascia di età	(2) Fase del ciclo di vita	(3) Felicità media				(6)
		(4) Salute eccellente	(5) Buona salute	(5) Salute		
				soddisfacente	scarsa	
1951-60	Età: dai 23 ai 45	2,36	2,12	1,85	1,63	
1941-50	Età: dai 27 ai 55	2,37	2,17	1,92	1,74	
1931-40	Età: dai 37 ai 65	2,43	2,23	1,98	1,74	
1921-30	Età: dai 47 ai 75	2,48	2,24	2,06	1,83	
1911-20	Età: dai 57 agli 85	2,52	2,27	2,12	1,96	

Fonte: In quanto non appare diversamente specificato, la fonte di tutte le tabelle e le figure è National Opinion Research Center, 1999.

Fonte: National Opinion Research Center , 1999

Inoltre, è opportuno aggiungere che nel primo gruppo di persone (inabili) il livello di felicità dichiarata risulta ancora più basso per le persone affette da maggiori difficoltà. Si può concludere dicendo che il grado di soddisfazione è via via inferiore quanto più grave risulta essere la condizione di incapacità dell'individuo. Tanto più si è limitati nello svolgimento delle attività quotidiane, ossia tanto maggiore è il mutamento in senso sfavorevole sul nostro stato di salute, tanto più si riduce il grado di soddisfazione della propria vita. Da questo discorso, si deduce che il livello di gravità circa il proprio stato di salute si traduce, con una certa sistematicità, in una felicità più contenuta.

Sorge spontaneo chiedersi: qual è la direzione lungo la quale si muove la relazione di salute-felicità?

Finora abbiamo visto come la salute, intesa in termini negativi, influisce sulla percezione del benessere individuale. Nonostante ciò, l'impatto che un cambiamento sfavorevole può avere sul nostro stato di salute varia anche in base alle caratteristiche personali dell'individuo e dalle sue capacità di adattamento. Sebbene tale adattamento non risulterà mai essere completo, il sentimento di felicità e /o di benessere, derivante dall'accettazione di sé, influenza positivamente il livello di salute. Si può dire, quindi, che la felicità è la cura più efficace che abbiamo a nostra disposizione. “La miglior polizza sulla salute a tasso zero”.

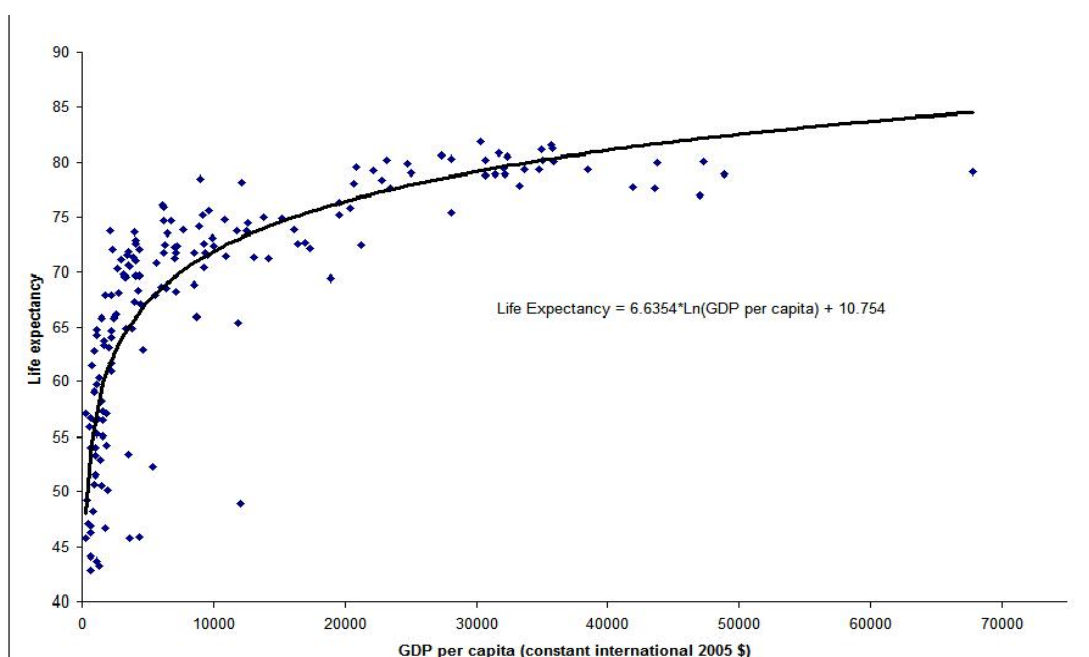
Durante il ciclo di vita coloro che si dichiarano più sani affermano anche di essere più felici e la felicità risulta essere mediamente superiore tanto migliore è lo stato di salute dichiarato.

Lasciando la variabile della felicità, ci iniziamo ad occupare ora del ruolo svolto dal reddito sulla salute. Tratterò per prima la variabile di reddito assoluto per passare poi a quella di reddito relativo.

3.2 Reddito assoluto - Salute

Generalmente la variabile del reddito assoluto è considerata una delle principali determinanti che influiscono sullo stato di salute medio di una comunità. Come è noto sapere, un aumento del reddito assoluto distende il vincolo di bilancio imposto dalla povertà estrema in quanto questa limita o, peggio ancora, impedisce agli individui la capacità di prevenire e/o curare una malattia. Nella maggior parte dei casi, o almeno così dovrebbe essere, un incremento del reddito assoluto è spesso accompagnato da un aumento della spesa pubblica destinata al settore sanitario. Per tali ragioni, la crescita economica di un paese è considerata la determinante principale per l'incremento della speranza di vita media alla nascita. Come nel caso della felicità, anche per la salute, il reddito assoluto risulta avere una maggiore elasticità per quella parte della popolazione appartenente alla categoria sociale medio-bassa. Come si può notare dal grafico (fig.5) : al crescere dei livelli di reddito l'effetto positivo sulla salute tende a ridursi, fino quasi a scomparire in prossimità dei livelli più alti.

Fig. 5 – Life Expectancy and Per Capita GDP in 2005 (140 Countries)



Source - Authors' elaboration on United Nation data

Nel mondo, ogni anno, muoiono oltre dieci milioni di bambini al di sotto dei 5 anni. Il 98% di queste morti si registra nelle aree più povere del pianeta. Nei paesi più ricchi, invece, il decesso di un bambino si presenta come un evento raro. Le cause della morte di questi bambini risultano essere direttamente attribuibili a condizioni facilmente prevenibili e curabili. Sto facendo riferimento alla carenza di servizi igienici e di acqua potabile; alla bassa resistenza alle infezioni a causa della malnutrizione; alla minore probabilità di essere raggiunti da interventi preventivi; alla difficoltà o impossibilità di essere curati in una struttura sanitaria a causa della lontananza o per mancanza di soldi; alla mancanza di strutture sanitarie attrezzate o con personale poco preparato ed infine al fatto che le famiglie dei bambini presi in esame presentano redditi infimi, nonché un altrettanto basso livello di istruzione. Vi sono, pertanto, diseguaglianze nella salute che affondano le loro radici nella povertà assoluta: povertà di reddito, di istruzione, di infrastrutture e di servizi sanitari.

Giusto per dare quale numero:

- Indonesia - mortalità materna nelle fasce più povere: +3 - 4% rispetto alle fasce ricche;
- Nairobi, Kenya – mortalità infantile dei quartieri di periferia: +2,5% rispetto ad altre zone delle città;
- Aborigeno maschio australiano – aspettativa di vita: -17anni rispetto ad un non-aborigeno

3.3 Reddito relativo – Salute

La presenza di disuguaglianze nella salute sono state documentate anche in contesti ben distanti da condizioni di povertà assoluta. Uno studio effettuato in Inghilterra tra il 1930 e il 1953 ha dimostrato la presenza di differenze nella speranza di vita, a sfavore del gruppo più svantaggiato, superiore al 20%. Alla base del gap nel livello di mortalità che risulta essere progressivamente crescente stanno la differenza di reddito, il grado d'istruzione e il tenore di vita generale. Ad ogni livello della posizione sociale chi si trova in un livello più agiato presenta un profilo di salute migliore rispetto a chi si trova in una posizione più svantaggiata. E' bene ricordare che tale fenomeno non è una caratteristica specifica inglese, ma anzi è comune notare come il rischio di mortalità cresce in proporzione inversa rispetto alle risorse sociali di cui gli individui dispongono.

Le reazioni generate da una bassa posizione sociale, espressa in termini relativi, attivano a livello celebrale due percorsi neuroendocrini - responsabili dell'aumento della frequenza e della pressione cardiaca, nonché dell'eccesso di produzione di cortisolo. Se questa condizione risulta frequente e prolungata, è stato dimostrato esservi un maggiore rischio di malattie

cardiovascolari, tumori, malattie infettive nonché l'accelerazione dei processi di invecchiamento.

La parte della popolazione che vive in condizioni di relativa privazione risulta esclusa dalle attività sociali che concorrono alla promozione e/o al mantenimento dello stato di salute. Possiamo affermare inoltre che tale fattore di disuguaglianza è fonte di stress e quindi, di riflesso, di depressione cronica. Tale condizione tende a danneggiare la salute degli individui.

Le disuguaglianze sanitarie fra i Paesi sono, da tempo, oggetto di studio. E' comune pensare che il legame diretto fra reddito-salute risulta più marcato nel confronto tra Paesi ricchi e Paesi poveri, eufemisticamente definiti 'in via di sviluppo'. In realtà però si tratta di un fenomeno universale che colpisce anche i paesi più ricchi. Oggi, l'organizzazione mondiale della sanità si sta occupando di individuare anche quelle disuguaglianze presenti all'interno di singoli paesi. Il problema del gradiente sociale presente in questi paesi non solo esiste, ma tende progressivamente ad aumentare.

Negli ultimi decenni, in molti Paesi del mondo, le condizioni medie di salute della popolazione risultano essere migliorate: è diminuita la mortalità; è cresciuta la speranza di vita e le scoperte biomediche sembrano promettere un progresso duraturo e costante. Nonostante questa visione positiva, assolutamente da apprezzare, alla crescita delle disuguaglianze socioeconomiche è associato un aumento delle disuguaglianze nelle condizioni di salute. E' vero sì quindi che la salute è, in media, migliorata così come i tassi di mortalità risultano diminuiti, ma tutto questo miglioramento è stato rilevato soprattutto tra i gruppi sociali più avvantaggiati, mentre per i gruppi più deboli si registrano disuguaglianze di salute crescenti o, per lo meno, che non sembrano diminuire.

Numerosi sono gli studi che evidenziano come l'ineguaglianza socio-economica presente tra gli individui ha conseguenze, statisticamente significative, anche sul livello di salute. E' stato dimostrato che le aree metropolitane statunitensi con maggiori disuguaglianze nel reddito hanno una più alta mortalità rispetto ad aree metropolitane con una più equa distribuzione, questo indipendentemente dal reddito medio dell'area presa in oggetto. Pertanto, si può tranquillamente affermare la presenza di una stretta relazione tra disuguaglianza e mortalità. Proprio per le società industrializzate, quindi non afflitte da problemi di povertà assoluta, l'ineguaglianza, espressa in termini di reddito, risulta essere tra le determinanti cruciali per la salute.

Le malattie cardiocircolatorie, soprattutto quelle ischemiche, costituiscono una quota consistente sia della mortalità sia delle differenze di morbosità presenti nei Paesi dell'Europa settentrionale.

4. **Quando l'economia sanitaria incontra quella comportamentale**

Per poter capire il nesso tra l'economia sanitaria e quella comportamentale, nonché la sua importanza, è necessario definire di cosa, entrambe, si occupano.

Partendo con l'economia sanitaria, si fa riferimento a quella branca dell'economia che si occupa di studiare in che modo i singoli individui e le società effettuano le loro scelte circa la quantità di risorse da destinare al settore sanitario. Essa può essere articolata in diverse aree tematiche che vanno dal bisogno e domanda di salute in cui si affrontano i problemi derivanti dal concetto di salute; alla produzione ed offerta di prestazioni sanitarie in cui si analizza il processo produttivo delle strutture; dalla valutazione economica dei servizi sanitari che riguarda la scelta tra allocazioni alternative delle risorse; alle valutazioni a livello di sistema in cui si affrontano i temi relativi alla relazione tra efficienza ed equità, nonché i criteri di finanziamento e gli effetti redistributivi.

L'economia comportamentale, invece, partendo da un'analisi sperimentale e utilizzando concetti tratti dalla psicologia elabora modelli di comportamento alternativi rispetto a quelli formulati dall'economia standard. Le falsificazioni del modello tradizionale fanno riferimento al *giudizio*, ossia al calcolo attraverso cui gli individui stimano le probabilità; alle *preferenze* o motivazioni del loro comportamento; e alle *scelte* intese come i processi attraverso cui si seleziona un'azione.

Ogni giorno ci troviamo di fronte a delle scelte di cui dobbiamo prendere delle decisioni. Purtroppo e per fortuna siamo essere umani e per questa nostra natura non siamo perfetti calcolatori razionali. Nelle nostre scelte siamo influenzati da molteplici fattori, primo fra tutti: l'incertezza. Il giudizio umano, in condizioni di incertezza, per risolvere problemi complessi, tende a seguire regole euristiche, ossia regole semplici ed efficienti, basate sull'intuito e sulle circostanze casuali. Non seguendo regole probabilistiche, quindi, prendiamo spesso scelte sbagliate.

Per poter aiutare le persone a scegliere il meglio per sé e per la società, è necessario conoscere i limiti specifici tipici della natura umana per saper sfruttare al meglio la razionalità limitata. È auspicabile portare le scienze cognitive su un piano non più meramente descrittivo, ma scienze in grado di formulare modelli ispirati dal riconoscimento di tali limiti. Sulla base di

questa considerazione, l'economia comportamentale ha apportato, all'economia sanitaria, scoperte di lodevole importanza. L'approccio economico tradizionale ha sempre considerato l'essere umano un individuo in grado di prendere decisioni in maniera del tutto razionale. Lo studio dei comportamenti, invece, ci ha rivelato non solo che gli uomini non ragionano razionalmente, ma anzi, nella reazione agli stimoli, le emozioni, le sensazioni, le preferenze ed il contesto giocano un ruolo davvero molto importante.

L'incontro tra economia sanitaria ed economia comportamentale risulta di interessante importanza grazie al fatto che una loro sinergia consente di attuare politiche di governo che permettono di risparmiare tempo e denaro, migliorare la salute e allungare la vita.

Prima di passare alle conclusioni, torniamo ora ad analizzare in maniera rapida, ma non per questo poco precisa, quanto detto fino ad ora. Una caratteristica tipica e ben radicata nella natura umana è il piacere derivante dalla novità. Questa peculiarità si adatta molto bene alle esigenze della moderna economia, un'economia che ha bisogno di consumatori disposti a comprare in continuazione. Consumatori perennemente infelici: che si auto-consumano. Nel mercato sanitario non vige il principio della sovranità del consumatore. Sono le imprese che creano i bisogni. Le imprese manipolano i consumatori e ne sfruttano le debolezze. Il medico, in qualità di agente del consumatore, decide un livello di consumo di prestazioni sanitarie che risulta spesso differente da quello che sarebbe stato scelto da un consumatore perfettamente informato. Costruiscono e presentano un problema in modo tale da influenzarne la percezione e cambiare l'ordine delle preferenze o quantomeno alterarne le scelte. Secondo questa visione, in condizioni d'incertezza e in una posizione di asimmetria informativa, le persone non sanno esattamente cosa è bene per loro e quindi può risultare utile che qualcuno li aiuti a controllarsi, a non comprare beni di cui non ne hanno realmente bisogno. Ricordiamo però che tale fenomeno d'influenza ha conseguenze solo sulle scelte delle persone incerte. La spiegazione di questo effetto è legata all'idea di irrazionalità, da intendere come ridotta capacità, possibilità e volontà di considerare tutte le informazioni relative al problema. In mancanza di tempo e/o di interesse a raccogliere e valutare queste informazioni l'essere umano considera solo alcuni dati ritenuti più importanti e significativi. In questo modo semplifica la decisione e a volte questo approccio può determinare degli errori. Il rischio di prendere una scelta sbagliata aumenta quando, nel "campo di gioco", interagiscono persone con conoscenze differenti, come nel caso specifico del mercato sanitario. A tal riguardo è auspicabile se non addirittura necessario l'intervento pubblico a tutela dei consumatori. E' stata quindi proprio l'economia comportamentale ad aver riaperto tale dibattito sul ruolo dello stato per la salvaguardia dei pazienti-consumatori e dei loro diritti.

“Povertà, degradazione ambientale, gli effetti deleteri della globalizzazione unilaterale e sbilanciata, la discriminazione, la malattia [...] sono soltanto alcune delle minacce al nostro diritto di essere umani, di vivere in sicurezza e in dignità”.

5. Il capitale umano e le politiche sanitarie

Come già ricordato nel mezzo della trattazione, l'obiettivo della mia tesi mira ad evidenziare come l'investimento nella formazione di capitale umano abbia ricadute non solo sulla sfera economica, ma anche sulla salute e sul benessere generale. Per poter avere una visione d'insieme chiara e concreta su come l'attuazione di precise politiche sanitarie accrescono non solo il Pil, ma anche il grado di felicità degli individui dobbiamo procedere in questo modo: spiegherò, in primis, il ruolo svolto dal capitale umano all'interno di una società e quali sono i benefici che esso apporta. In seguito, mi concentrerò sui vantaggi sociali esterni generati da tale investimento e come questi possono e dovrebbero essere incentivati mediante l'intervento statale.

5.1 Il capitale umano

Usando la definizione fornita dall'OCSE il capitale umano è costituito da *“l'insieme delle conoscenze, delle abilità, delle competenze e delle caratteristiche individuali che facilitano la creazione del benessere personale, sociale ed economico.”*

Per la formazione di capitale umano gli individui e le società devono sostenere costi che hanno natura sia monetaria che non. Questi costi, detti anche costi di allevamento, si basano sulla stima del valore attualizzato dei guadagni futuri e deve tenere conto della durata della vita attiva residua, della mortalità, nonché della probabilità di inattività o disoccupazione.

Mentre la teoria classica si basava essenzialmente sul meccanismo di accumulazione del capitale fisico, la moderna teoria della crescita ha focalizzato la propria attenzione sull'importanza del ruolo svolto dalla conoscenza e dalle competenze insiste nella forza lavoro. L'investimento nelle persone, ossia in capitale umano, è considerato, oggi, il fondamento di ogni aspetto della vita umana. Tanto maggiore sarà il livello delle competenze, tanto maggiori saranno i benefici di chi su queste conoscenze ha saputo investire. Il capitale umano assume, oggi, un ruolo centrale nello sviluppo del sistema economico di ogni Paese. Come sostiene l'economista statunitense, Gary Becker, vincitore del Premio Nobel per l'economia nel 1992, *“il successo e la crescita saranno in quei Paesi che sapranno investire nei propri cittadini. Perché il capitale umano è sempre più importante. [...] Le persone sono importanti. Il capitale umano e dunque le informazioni, le abitudini stesse delle persone sono decisive. Di più: i paesi crollano se non investono nelle persone.”*

Il concetto di capitale umano copre diversi aspetti. Nel senso più esteso si può pensare come generato da tutti i diversi tipi di investimento nelle persone. Quindi, per esempio, anche la salute e la nutrizione sono componenti del capitale umano. L'investimento in ricerca e sviluppo è tra le più ovvie considerazioni in cui il capitale umano, inteso in tali termini, sia considerato tra i principali motori di crescita economica. Nella mia analisi vorrei trattare di come investire, a livello aggregato, in promozione ed educazione sanitaria abbia poi importanti riflessi nei rendimenti privati. Come appena accennato, spenderò le mie ultime parole sul ruolo svolto da: la promozione della salute e l'educazione sanitaria. Prima di passare all'ultimo argomento ci tenevo a precisare che un'amministrazione in grado di individuare e sviluppare in maniera rapida procedure e soluzioni efficienti non può che generare notevoli vantaggi sulla qualità della sua funzione, nonché innescare processi evolutivi nell'intero sistema.

5.2 Le politiche sanitarie: la promozione della salute

La salute, come abbiamo più volte detto, è un bene essenziale che condiziona lo sviluppo economico, sociale ed individuale. E' un aspetto fondamentale della qualità della vita di una comunità e dei suoi membri. Le determinanti politiche, economiche, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologiche sono in grado sia di promuoverla che, al tempo stesso, di danneggiarla. Tutto dipende da come questi fattori vengono gestiti. Con l'ausilio di politiche sanitarie adeguate si è in grado di rendere gli individui e le società dei soggetti attivi nel perseguimento di un buon stato di salute. La promozione della salute definita come *“il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla”* dev'essere intesa come l'impegno prioritario di ogni istituzione pubblica. La promozione della salute non è responsabilità del solo sistema sanitario; per realizzare iniziative in grado di migliorare lo stato di salute della popolazione è necessario un approccio *“intersettoriale”*. Essendo tale obiettivo fortemente vincolato dalle risorse economiche disponibili, l'organizzazione sanitaria non può prescindere dai suoi costi di gestione. Questo assunto rappresenta una delle più grandi criticità in tema di salute. Con la volontà di annullare le disuguaglianze nell'accesso dei servizi e l'obiettivo di raggiungere l'eguaglianza nelle condizioni di salute non si può non considerare il problema della scarsità delle risorse. Al fine di ridurre le differenziazioni evidenti nell'attuale stratificazione sociale, finora illustrati, è opportuno offrire eguali opportunità cosicché da conquistare il massimo potenziale di salute. Poc'anzi parlavamo dei costi di gestione in cui efficacia ed efficienza potrebbero risultare due dimensioni necessarie da considerare. Gli studi di economia sanitaria hanno dimostrato come questi due concetti non sono comunque ancora sufficienti per governare il settore sanitario.

Tant'è che non è raro notare come, nelle scelte di politica sanitaria, una maggiore equità distributiva va a scapito dell'efficienza e viceversa.

L'incremento progressivo della spesa sanitaria aggiunto al problema della crisi della finanza pubblica evidenzia la necessità del suo contenimento. Considerare il razionamento delle risorse in ambito di sanità al fine di migliorare la produzione e ridurre gli sprechi potrebbe, a sua volta, determinare una restrizione delle garanzie offerte ai cittadini. Come conseguenza a questo nuovo contesto il diritto alla tutela salute diventa *relativo*, in quanto vincolato a compatibilità esterne; impersonale, perché definito indipendentemente dai bisogni del soggetto e *limitato* in quanto non comprensivo di tutto ciò che l'innovazione tecnologica ha reso possibile. Guardando al futuro, i meccanismi di razionalizzazione e gli strumenti connessi all'aziendalizzazione del sistema sanitario appaiono insufficienti a governare la dimensione economica.

Al fine di ridurre le diseguaglianze nelle condizioni di salute è opportuno creare ambienti accoglienti che offrono supporto alle persone per il perseguimento di un buon livello di salute; bisogna rafforzare le azioni delle comunità tramite una corretta educazione sanitaria cosicché siano in grado di compiere autonomamente scelte adeguate.

5.3 Le politiche sanitarie: l'educazione sanitaria

Attuare politiche orientate alla valorizzazione della dimensione personale risulta allora il vero orientamento di ogni processo decisionale nonché un orientamento strettamente connesso anche alla gestione delle risorse. Lo stato di salute non è determinato soltanto da fattori esogeni, ma anche dagli stili di vita personali che sono l'espressione di scelte individuali. E' grazie all'educazione sanitaria che possiamo creare agenti responsabili in grado non solo di ricevere passivamente i servizi sanitari offerti, ma anche capaci di gestire comportamenti e stili di vita che hanno riflesso sulla salute pubblica.

Dobbiamo intendere dunque l'educazione sanitaria come lo strumento necessario per raggiungere il successo della promozione della salute. L'educazione sanitaria è da intendere come l'insieme di interventi coordinati volti ad aiutare l'individuo e le comunità a conoscere, accettare ed acquisire dei comportamenti utili a mantenere e a migliorare la salute propria e quella degli altri. Tale approccio mira a far percepire agli individui che i progressi della salute derivano dalle loro responsabilità personali. Non si può creare un sistema di garanzie, come quello della tutela del diritto alla salute, che annulli le responsabilità individuali. L'educazione sanitaria è un intervento sociale che tende a modificare consapevolmente e durevolmente il

comportamento delle persone nei confronti dei problemi della salute; un processo diretto a fornire le informazioni necessarie per effettuare un esame critico dei problemi di salute. L'educazione sanitaria mira a responsabilizzare gli individui e i gruppi sociali ad assumere scelte che hanno conseguenze sulla loro salute fisica e psichica e pertanto si richiede maturità e preparazione da parte della classe politica, della popolazione, dei medici e dei vari operatori sanitari. Le strategie da attuare al fine di raggiungere il successo della promozione della salute consistono nell'acquisizione di conoscenze, nella modifica e nell'adozione di atteggiamenti e comportamenti tesi alla tutela e alla promozione della salute. Il successo di un approccio educativo consiste nel fornire informazioni ai singoli sulle patologie fisiche e psichiche nonché sui fattori di rischio e i modi per evitarle. Per riassumere si può quindi definire l'educazione sanitaria come quella politica sanitaria che propone una modifica consapevole, convinta e durevole dei comportamenti dei singoli e della collettività con l'obiettivo di incrementare la salute, eliminare o quantomeno ridurre i fattori di rischio così da prevenire le malattie connesse. Grazie alla responsabilizzazione di tutti i cittadini è possibile favorire un corretto ed efficiente utilizzo dei servizi socio-sanitari e tutto questo mostra i suoi riflessi in ambito sanitario, economico e sociale.

6. Conclusioni

Da quanto finora riportato, possiamo concludere che politiche volte ad accrescere la quantità e la qualità del capitale umano di cui dispone il singolo e/o la collettività devono occupare una parte rilevante all'interno di quei programmi orientati alla crescita e allo sviluppo di un Paese. Come si può notare: in generale, un incremento del capitale umano in aggregato aumenta l'incentivo all'investimento individuale in capitale umano. Il tasso di attività e di disoccupazione diminuisce la diseguaglianza dei redditi, diminuisce il tasso di criminalità, migliora la condizione di salute, aumenta la coesione sociale ed aumenta il tasso di democratizzazione, rendendo i cittadini più informati e attivi. Affinché tutto ciò sia possibile è necessario sfruttare le scoperte di tutte le scienze. L'efficienza di ogni organizzazione è raggiunta attivando politiche tra loro complementari.

BIBLIOGRAFIA :

Becchetti L. , Borzaga C. , *The Economics of Social Responsibility – The world of social enterprises* , Routledge , 2010

Becker G. S. , *Human Capital* , Columbia University Press , New York , 1984

Da Rin R. , *La felicità secondo Pepe* , in “ilSole24ore” - Luoghi e persone , n. 190 , 2015, p. 24

De Biase L., *Economia della felicità – Dalla blogosfera al valore del dono e oltre*, Feltrinelli, 2007

Dei Tos G. A. , *Etica ed economia nell'organizzazione sanitaria* , Edizioni Messaggero Padova, 2014

Easterlin R. A. , Kahneman D. , Frank Robert H. , Sugden R., Bianchi M., Pugno M., Bartolini S., Pelligra V., Veenhoven R., *felicità ed economia – Quando il benessere è ben vivere*, Bruni L. , Porta P. R. (a cura di) , Guerini e Associati, 2008

Giannini S. , Onofri P. (a cura di), *Per lo sviluppo. Fisco e welfare*, ilMulino, 2005

Hanson M. , *La domanda di salute cresce* , in “ilSole24ore” - Scienza e filosofia, n.100, 2015 p. 29

Hanson M. , *Cominciate presto una lunga vita! - L'approccio evoluzionista permette di affinare I consigli per vivere al meglio anche gli ultimi anni* , in “ilSole24ore” - Scienza e filosofia , n.100, 2015

Jefferson T. , Demichieli V. , Mugford M. , *La valutazione economica degli interventi sanitari*, Il Pensiero Scientifico Editore BMJ Publishing Group , 1998

Kahneman D. , Ed Diener, Schwarz N. , *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*, Russell Sage Foundation, 1999

Labbrozzi D. , *Misure di salute e di vita – Introduzione ai metodi e strumenti di valutazione dello Stato di Salute e della Qualità di Vita nella ricerca e nella pratica clinica*, Il Pensiero Scientifico Editore , 1995

Levaggi R. , Capri S. , *Economia sanitaria* , FrancoAngeli, Milano, 2007

Marchioli R. , Tognoni G. , *Cause Effetti in medicina – Logica e strumenti di valutazione clinico-epidemiologica*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995

Montemagno G. , *Tra economia e società – La valutazione degli stati di salute sulla base delle preferenze individuali: un confronto tra metodi alternativi*, Feltrinelli

Mooney G. , *Problemi chiave della economia sanitaria*, edizione italiana Garattini L. (a cura di) , Il pensiero scientifico editore, 1996

Pascale A. , *Longevità – Un tempo ritagliato su misura* , in “ilSole24ore” - Scienza e filosofia , n. 100, 2015 , p. 29

Sudhir A. , Fabienne P. , Amartya S. , *Public Health, Ethics, and Equity*, Oxford University Press, 2004

Stefanini A. , Albonico M. , Maciocco G. , *“Le diseguaglianze nella salute: definizioni, principi e concetti”* - cap 1.2 , p. 49

Tronti L. (a cura di), *Capitale umano. Definizione e misurazioni* , CEDAM