

La Salute Percepita: Disparità di Reddito, Istruzione, Stile di Vita

Cinzia Di Novi⁺

A partire dal seminale lavoro di Arrow “*Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*”, pubblicato nel 1963 sull’autorevole rivista *The American Economic Review*, si è sviluppato un crescente interesse rispetto al settore sanitario e alle caratteristiche socioeconomiche che possono influenzare lo stato di salute individuale. Il primo rilevante lavoro teorico ed empirico dopo l’approccio di Arrow è attribuibile a Grossman: il suo articolo “*On the Concept of Health Capital and The Demand for Health*”, pubblicato nel 1972 su *Journal of Political Economy*, può essere considerato la pietra miliare dell’economia sanitaria.

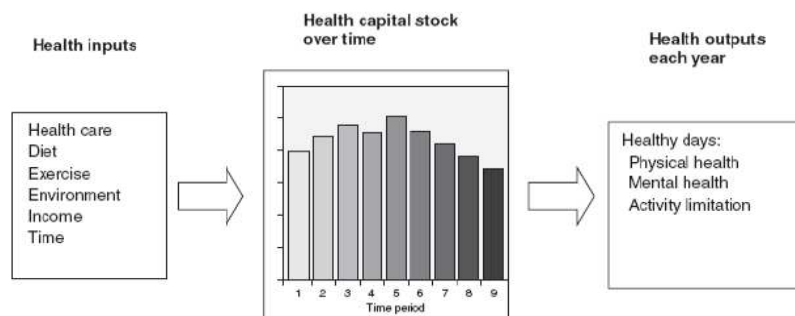
Prima dei contributi sopra citati, la letteratura si basava sull’assunzione che gli individui trattassero la salute come un fattore esogeno, non riconoscendo loro la possibilità di assumere comportamenti che potessero aumentarne o ridurne i rischi. Negli ultimi quarant’anni questa assunzione è stata superata grazie al contributo di Grossman, nel quale viene introdotto il concetto di salute come il risultato di un processo di produzione. La produzione di salute è diventata un problema centrale per l’economia sanitaria: importante è capire quali sono le determinanti della salute, i contributi delle cure mediche e del sistema sanitario, le decisioni individuali e gli interventi di politica pubblica che possono massimizzare il benessere individuale.

L’elemento che più caratterizza il modello di Grossman consiste nell’interpretare la salute come bene di consumo, che concorre all’aumento dell’utilità individuale e al tempo stesso come bene capitale. In quest’ultima veste, essa determina il tempo di vita in buona salute vs quella in malattia, e la fruizione e la spendibilità dell’individuo nell’attività lavorativa e non. Quindi, la produzione di salute non inerisce solo l’utilità individuale, ma altresì accresce il numero di giorni utili all’attività personale e lavorativa (e quindi al guadagno). Alla domanda di salute – come bene di consumo e come bene capitale - gli individui fanno fronte con degli investimenti volti a mantenere o ad incrementare lo stock di salute iniziale che si deteriora nel tempo a causa dell’età.

⁺Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali, Università degli Studi di Pavia, via San Felice 5/7, 27100 Pavia; email: cinzia.dinovi@unipv.it.

La Figura 1 mostra lo stock di salute che si accumula nel tempo grazie all'investimento individuale. Lo stock di salute, a sua volta, può essere utilizzato come input nella produzione di giorni di benessere. Ogni individuo può impiegare input per incrementare lo stock di salute come cure mediche e stile di vita salutare (ad esempio dieta, esercizio fisico) ma anche reddito, e istruzione. Lo stock di salute si traduce in giorni di benessere (*healthy days*) che consentono di dedicarsi alle attività personali e di lavorare producendo reddito e migliorando il proprio stato socioeconomico.

Figura 1: La salute come bene capitale e la produzione di “*healthy days*”

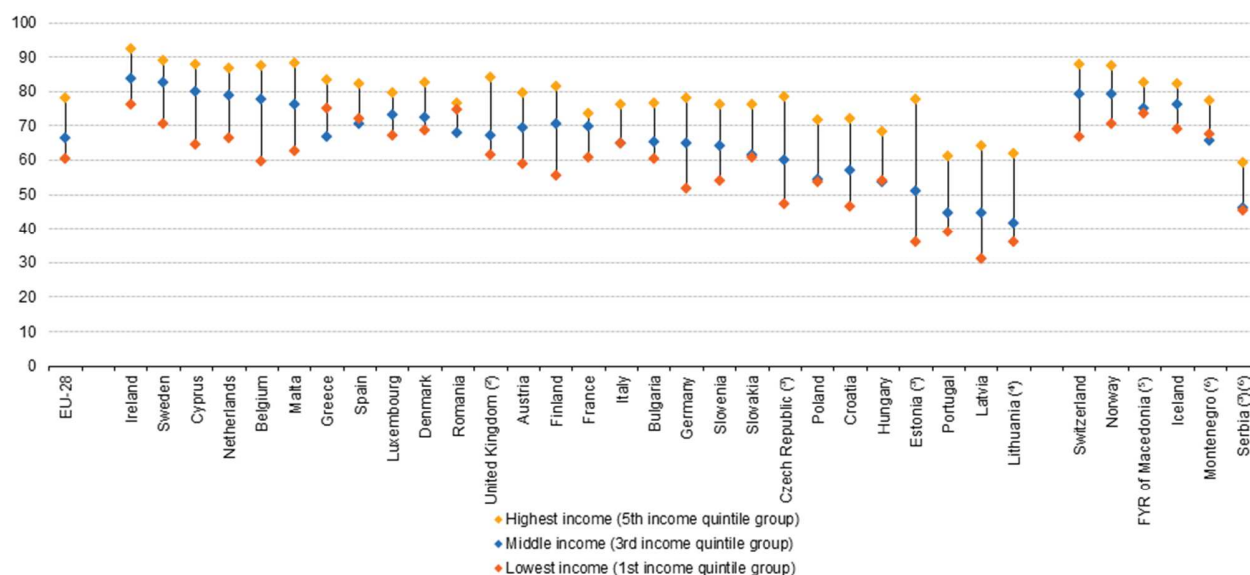


Il modello di Grossman offre un interessante quadro teorico per studiare l'influenza delle disparità socioeconomiche sulla distribuzione della salute. Lo stato socioeconomico, misurato attraverso reddito, istruzione e occupazione, è considerato una delle determinanti dell'accesso alle cure medico-sanitarie, dello stile vita e dello stato di salute individuale. Nonostante il miglioramento generale dello stato di salute in Europa registrato negli ultimi decenni, con la Grande Recessione iniziata nel 2008, la disuguaglianza sociale si è inasprita e con essa le disparità nell'accesso alle cure e nello stato di salute.

Il reddito e la percezione della salute

La Figura sottostante (Figura 2) mette in evidenza lo stato di salute percepito dalla popolazione Europea. Sull'asse delle ordinate è riportata la percentuale di popolazione con più di 15 anni che ha risposto di godere di uno stato di salute buono o molto buono.

Figura 2: Salute percepita per quantile di reddito nei paesi Europei nel 2014 - Fonte: Eurostat (Dati EU Statistics on Income and Living Conditions - EU-SILC).



(*) Ranked on the overall share of persons with very good or good self-perceived health.

(*) Highest and Total income: data with low reliability.

(*) Data with low reliability.

(*) Middle income: data with low reliability.

(*) 2012.

(*) 2013.

La maggioranza dei Paesi Europei conduce con regolarità indagini che permettono agli intervistati di riferire diversi aspetti della loro salute. Il quesito a cui si riferisce la Figura 2 (e successive) è quello raccomandato dalla Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) e ampiamente diffuso nella letteratura empirica: alla domanda “*Come giudicherebbe la sua salute in generale?*” l’intervistato risponde esprimendo un giudizio con una scala verbale a cinque valori (molto cattiva, cattiva, né buona né cattiva, buona, molto buona). Nonostante la natura soggettiva della domanda, la letteratura empirica mostra che le risposte ricevute sono un buon indicatore di salute fisica e psichica e del futuro ricorso all’assistenza sanitaria da parte della popolazione.

In media nei Paesi Europei circa il 61% della popolazione raggruppata nel primo e nel secondo quintile di reddito (ossia la popolazione con il reddito più basso) percepisce uno stato di salute buono o molto buono. La percentuale sale al 66% se si considera il terzo quintile, al 72% se si considera il quarto quintile e supera il 78% nel quinto quintile (20% della popolazione caratterizzata dal reddito più elevato). La disuguaglianza assoluta più ampia tra il primo e il quinto quintile di reddito emerge in Estonia (circa

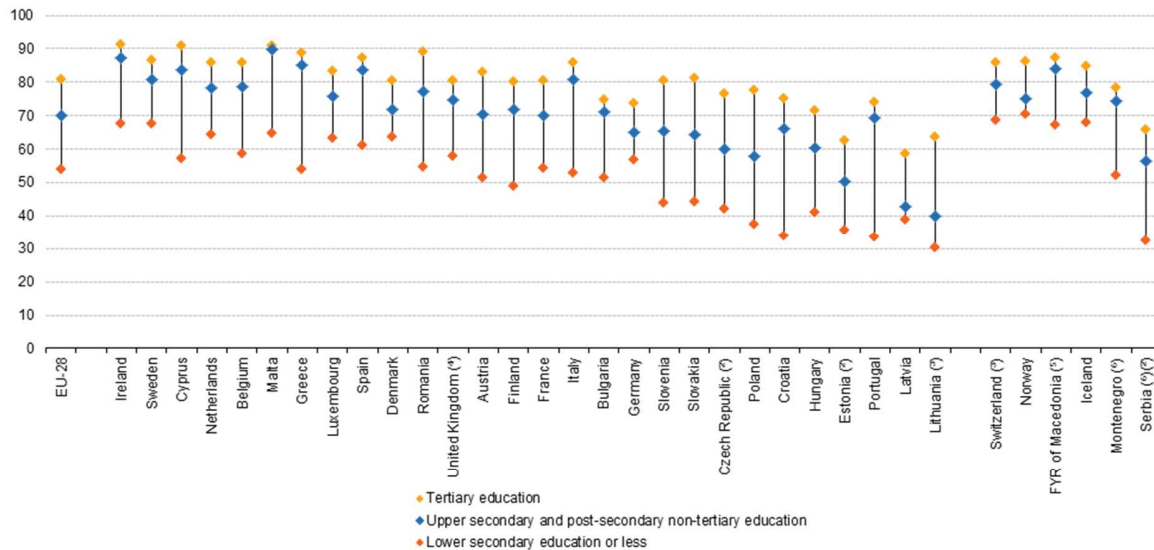
42 punti percentuali di differenza tra ricchi e poveri) seguita da Lettonia (con circa 33 punti percentuali di differenza). Lieve differenza in Romania. L'Italia mostra meno di 20 punti percentuali di differenza nella salute percepita tra il primo e il quinto quintile di reddito.

Le persone con un livello di istruzione più elevato percepiscono uno stato di salute migliore

Diversi studi hanno dimostrato che gli individui con un più elevato grado di scolarizzazione tendono a godere più frequentemente di uno stato di salute migliore. La Figura che segue (Figura 3) mostra tale correlazione. Tra in paesi EU-28, il 54% della popolazione, che ha completato al massimo l'istruzione secondaria inferiore, riporta uno stato di salute buono o molto buono. La percentuale cresce al 70% tra coloro che hanno raggiunto l'istruzione post-secondaria non terziaria, e all'81% tra coloro che presentano un livello di istruzione terziaria. Il gap è piuttosto omogeneo tra tutti i 28 Stati membri dell'UE. Unica eccezione Malta, dove la percentuale di persone che hanno risposto di godere di uno stato di salute molto buono o buono, non è sostanzialmente diversa tra coloro che hanno raggiunto l'istruzione terziaria e coloro che hanno completato l'istruzione post-secondaria non terziaria. Il gap più importante invece si registra in Croazia (41 punti percentuali) seguita da Portogallo e Polonia (40 punti percentuali). Il gap inferiore si osserva in Danimarca e Germania (17% punti percentuali).

La correlazione tra salute e istruzione potrebbe essere spiegata dall'evidenza che le abitudini salutari non sono distribuite in maniera casuale: esse tendono a concentrarsi tra gli individui che presentano determinate caratteristiche socio-economiche, in particolare tra coloro che possiedono un più elevato grado di istruzione. Una delle spiegazioni di questa regolarità empirica è legata al fatto che l'istruzione inciderebbe sullo stile di vita degli individui aumentando la consapevolezza dell'effetto dannoso dell'adozione di atteggiamenti "a rischio" (abitudine al fumo, all'alcool, dieta non bilanciata ricca di grassi).

Figura 3: Salute percepita per livello di istruzione nei paesi Europei nel 2014 - Fonte: Eurostat (Dati EU Statistics on Income and Living Conditions - EU-SILC).



(*) Ranked on the overall share of persons with very good or good self-perceived health.

(*) Unreliable data or data with low reliability.

(*) Below upper secondary education: unreliable data or data with low reliability.

(*) Tertiary and upper secondary education: unreliable data or data with low reliability.

(*) 2012.

(*) 2013.

Stato Socio-economico e Cattive Abitudini: La diseguaglianza tra i Fumatori

L'abitudine al fumo rappresenta ancora uno dei più grandi problemi di sanità pubblica ed è uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie. Secondo l'OMS il consumo di tabacco è "la prima causa al mondo di morte evitabile". Si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco solo in Italia dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno (Rapporto Annuale sul Fumo, 2015).

La letteratura mostra che gli individui caratterizzati da condizioni socioeconomiche peggiori, in particolare da un livello di istruzione basso, presentano una più elevata probabilità di iniziare a fumare, un maggior grado di dipendenza (forti fumatori) e minore capacità di smettere (Contoyannis and Jones, 2004; Balia and Jones, 2008). In molti paesi europei l'abitudine al fumo contribuisce ad accrescere le diseguaglianze in salute più di altri fattori e la magnitudine e la persistenza del problema ha messo in

evidenza la necessità di sviluppare azioni volte a ridurre il consumo di tabacco soprattutto tra coloro che appartengono alle classi socio-economiche più svantaggiate.

Qui di seguito analizziamo, con specifico riferimento al nostro Paese, il trend della disuguaglianza nell'abitudine al fumo. I dati provengono dall'indagine "Multiscopo sulle Famiglie, Aspetti della Vita Quotidiana" (ISTAT) che intervista un campione rappresentativo di circa 20 mila famiglie e 60 mila individui residenti in Italia per gli anni 1999–2010.

La disuguaglianza nell'abitudine al fumo è stata stimata utilizzando l'indice di concentrazione proposto da Wagstaff e Van Doorslaer (2000) e con il metodo di standardizzazione indiretta che tiene conto del sesso e dell'età dell'intervistato e depura l'indice dalle differenze demografiche. In sintesi l'indice consente di verificare se, tra persone dello stesso sesso e della stessa età, ma caratterizzate da stato socioeconomico diverso, si osservino probabilità diseguali in termini di abitudini al fumo.

Poiché nell'Indagine Multiscopo non è presente alcun indicatore diretto di reddito è stato costruito un indice socioeconomico unidimensionale attraverso l'Analisi delle Componenti Principali (ACP) che consente di ottenere una combinazione lineare delle variabili osservate quali casa di proprietà, presenza di un collaboratore domestico e un insieme di beni posseduti: televisione, parabola satellitare, cellulare, computer, accesso ad internet, impianto hi-fi, telecamera, lavatrice, lavastoviglie, condizionatore, macchina (si vedano Vyas and Kumaranayake, 2006; O'Donnel et al., 2008).¹

L'indice di concentrazione si basa sulla seguente equazione:

$$C(y) = \frac{2}{n\mu} \sum_{i=1}^n y_i R_i - 1 = \frac{2}{\mu} \text{cov}(y_i, R_i) \quad (1)$$

dove μ rappresenta il comportamento medio nel campione in termini di abitudine al fumo, n è la numerosità campionaria, y è l'indicatore binario che cattura l'abitudine al fumo dell'individuo i , R_i indica la posizione (*rank*) di ciascun individuo nell'indice socioeconomico.

¹ Per una discussione dettagliata su come costruire l'indice di ricchezza si veda Vyas and Kumaranayake (2006).

Quando l'indice presenta un valore negativo l'abitudine al fumo è concentrata tra coloro che presentano uno stato socioeconomico peggiore mentre quando l'indice è compreso tra 0 ed 1 l'abitudine al fumo è concentrata tra coloro che presentano uno stato socioeconomico più elevato. Se l'indice di concentrazione è pari a zero l'abitudine al fumo è egualmente distribuita all'interno della popolazione.

Tabella 1: Indici di Concentrazione Abitudine al Fumo, dal 1999 al 2010 – gli asterischi indicano il grado di significatività statistica (*= 90%; **=95%; ***= 99%).

Table 1. Smoking inequality among the overall Italian adult population				
	1999	2000	2001	2002
EDA index	-0.009	-0.003	0.004	-0.021
Standard error	0.005	0.005	0.006	0.005
Significance	*			***
	2003	2005	2006	2007
EDA index	-0.023	-0.021	-0.030	-0.034
Standard error	0.006	0.006	0.006	0.006
Significance	***	***	***	***
	2008	2009	2010	
EDA index	-0.036	-0.018	-0.014	
Standard error	0.005	0.006	0.007	
Significance	***	***	**	

Negative values of the index mean that smoking is prevalent among the poor.

Come è possibile osservare, dagli indici di concentrazione contenuti nella Tabella 1, l'abitudine al fumo tende ad essere concentrata tra coloro che presentano uno stato socio-economico meno elevato. Inoltre, la disuguaglianza presenta una lieve crescita tra il 2005 e il 2008, anno di inizio della crisi economica. Negli anni successivi, se pur con un in calo, è rimasta sempre a discapito di coloro che vivono ai livelli più bassi della scala sociale. Come è possibile notare, dagli indici contenuti nella Tabella 2, ad aumentare la disuguaglianza contribuisce in modo costante e significativo l'aver raggiunto al massimo un livello di istruzione secondaria inferiore (*loweduc*):

Tabella 2: Scomposizione Indice di Concentrazione Abitudine al Fumo e Istruzione Bassa, dal 1999 al 2010, gli asterischi indicano il grado di significatività statistica (*= 90%; **=95%; ***= 99%).

Table 2. Contributions of different socio-demographic characteristics to the EDA index. Full sample. Standard errors in brackets											
	1999	2000	2001	2002	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010
loweduc	-0.016 (0.002)***	-0.015 (0.002)***	-0.000 (0.001)	-0.015 (0.002)***	-0.017 (0.002)***	-0.000 (0.001)	-0.009 (0.002)***	-0.021 (0.002)***	-0.017 (0.002)***	-0.013 (0.002)***	-0.016 (0.002)***

A negative sign means that the considered variable contributes to increase pro-poor inequality; i.e. for a given level of the variable, smoking is prevalent among the poorer.

L'Acheson Report suggerisce che gli interventi di politica pubblica per ridurre la disuguaglianza in salute (percepita e oggettiva) debbano non solo livellare la distribuzione delle principali determinanti di salute a monte “*upstream*” (reddito, educazione, l’occupazione) ma anche a valle “*downstream*” con un’attenzione particolare agli stili di vita. Le disuguaglianze di salute sono estremamente persistenti e più si scende nella scala sociale più aumentano i tassi di mortalità e di morbidità. In particolare, oggi, circa il 10% delle morti che si sarebbero potute evitare è concentrata tra i fumatori di bassa posizione sociale (Stili di Vita e Disuguaglianze, 2015).

Riferimenti bibliografici

- 1) Arrow K.J. (1963) Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53:941-73.
- 2) Balia S., Jones A.M. (2008) Mortality, lifestyle and socio-economic status. *Journal of Health Economics*, 27: 1–26.
- 3) Contoyannis P., Jones A.M. (2004) Socio-economic status, health and lifestyle. *Journal of Health Economics*, 23: 965–995.
- 4) Eurostat Statistics Explained. Self-perceived health statistics - http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Self-perceived_health_statistics)
- 5) Grossman M., (1972), "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", *Journal of Political Economy*, 80: 223-255.
- 6) O'Donnell O., van Doorslaer E., Wagstaff A., Lindeboom M. (2008) *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*, 434. World Bank Publications, Washington.
- 7) Rapporto Annuale sul Fumo, 2015 - <http://www.iss.it/fumo/index.php?id=346&tipo=3&lang=1>
- 8) Stili di Vita e Disuguaglianze2015:
http://www.cardveneto.it/public/docs/eventi/FactSheet2_StiliDiVita_Def_2502.pdf.
- 9) Vyas S., Kumaranayake L. (2006), Constructing socio-economic status indices: how to use principal components analysis, *Health Policy and Planning*, 21 (6), 459-468.
- 10) Wagstaff, A., e van Doorslaer, E. (2000) “Equity in health care finance and delivery”, in *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, Elsevier, 1803-1862.