

Le deprivazioni vanno pensate in modo diverso

*L'economista sintetizzò le sue teorie all'università
Tor Vergata di Roma. Ecco cosa disse*

**Angus
Deaton**

Questo è il testo della conferenza tenuta da Angus Deaton all'università di Roma Tor Vergata nel 2007 in occasione dell'assegnazione della laurea ad honorem.

Le persone che vivono nei Paesi più ricchi vivono più a lungo rispetto alle persone che vivono nei Paesi poveri. Nel corso dell'ultimo secolo e mezzo, o forse anche da prima, il reddito e la longevità sono aumentati parallelamente in quelli che ora sono i Paesi ricchi, rendendo la gente più sana e più ricca. Sia nei Paesi ricchi che in quelli poveri le persone più ricche vivono più a lungo. Perché c'è questa stretta correlazione tra ricchezza e salute, e perché è importante?

Una ragione per occuparsi di salute e ricchezza è che queste cambiano il modo in cui dovremmo pensare la povertà e la deprivazione. Siamo giustamente preoccupati per la povertà pensiamo che le persone non dovrebbero avere un reddito così basso da non riuscire a soddisfare le necessità di base o non avere una vita dignitosa. Ma i poveri non solo non hanno abbastanza soldi, hanno anche vite più brevi, e vite che sono molto spesso rese più difficili dalla malattia. Sono poveri non solo di soldi, ma anche di salute. Se siamo portati ad aiutare le persone a basso reddito dall'umanitarismo, o dalla giustizia, queste ragioni acquistano più forza una volta che comprendiamo che, prendendo insieme reddito e salute, i poveri sono più poveri di quanto pensassimo, e i ricchi più ricchi.

Se la salute è così fortemente legata alla ricchezza allora forse una migliore salute porta ricchezza o forse è il contrario, la crescita economica indu-

ce automaticamente le persone ad essere più sane, secondo quella che è conosciuta come l'ipotesi "più ricchi più sani". Sembra chiaro che, se è vero che le persone sane sono indubbiamente più produttive, non è vero che una migliore salute porta a più alti tassi di crescita economica. La soluzione alla povertà in Africa non è migliorare i sistemi sanitari africani, per quanto auspicabile questo possa essere per altri motivi. L'altro legame causale, dal reddito alla salute, è più difficile da mettere in questione; non per niente le malattie infettive e infantili che affliggono gran parte del mondo sono chiamate "malattie della povertà". Eppure la questione importante qui è la messa a punto delle politiche: dovremmo puntare alla crescita economica e lasciare che la salute migliori da sola, o dovremmo invece concentrarci direttamente su servizi migliori per migliorare la salute attraverso l'azione collettiva in materia di sanità pubblica e l'assistenza sanitaria? Le esperienze recenti di India e Cina suggeriscono che i miglioramenti della crescita e della salute non sono ben sincronizzati. In effetti i recenti alti tassi di crescita economica in India sono stati associati con il calo di alcuni indicatori nutrizionali, con malnutrizione infantile, e del consumo pro capite di calorie. Una più ampia analisi di fondo transnazionale, inoltre, non è coerente con nessuna casualità diretta, di breve periodo, dal reddito alla salute, ma suggerisce piuttosto che i Paesi che sono ben governati e hanno buone istituzioni sono anche quelli in grado di fornir-



Peso: 50%

re buone prestazioni sia in termini di crescita e che di salute.

Salute e reddito

All'interno di un Paese la relazione tra reddito e salute è spesso presa utilizzata per dire che la povertà e la deprivazione materiale sono le cause fondamentali della cattiva salute, e che quindi il miglioramento della salute richiede un'azione politica ed economica di redistribuzione del reddito e della ricchezza. Come Rudolf Virchow ha scritto nel diciannovesimo secolo: "la medicina è una scienza sociale, e la politica nient'altro che medicina su scala più ampia". Ma ci sono molti processi che causano la correlazione tra salute e reddito, e questi spesso portano a conclusioni politiche molto diverse. Mi concentrerò su tre di questi. In primo luogo vi è il meccanismo ovvio, ma spesso trascurato, che va dalla salute al reddito. Quasi per definizione le persone che sono disabili non sono in grado di guadagnare tanto quanto le persone che sono in forma e sane. Questo è vero allo stesso modo sia nei Paesi poveri e che in quelli ricchi, anche se alcuni Paesi ricchi hanno delle indennità relativamente buone di invalidità e di malattia che proteggono il reddito quando qualcuno è malato, almeno per un po'. Questi meccanismi aiutano a impedire che

le persone che si ammalano diventino povere di conseguenza, e a contribuire a ridurre il rapporto tra salute e ricchezza. Altri meccanismi, come i conti di risparmio sanitari negli Stati Uniti, avranno l'effetto opposto, rendere più acuta la relazione tra salute e ricchezza.

Il secondo processo che porta a una relazione tra salute e ricchezza è l'influenza sulla salute e sui guadagni in età adulta della salute nella prima infanzia. I bambini che sono meglio nutriti mostrano una migliore funzione cognitiva in tutta la loro vita, sono più alti, sono meglio istruiti, e guadagnano di più. Hanno anche meno probabilità di morire giovani. Il terzo processo, che è forse il meno

compreso, è il modo in cui l'istruzione influisce sulla salute. Ci sono prove crescenti che le persone più istruite sono più in grado di proteggere la propria salute, evitando comportamenti che accorciano la vita come il fumo e forse anche attraverso una maggiore capacità di utilizzo del sistema di medicina preventiva e curativa.

Naturalmente, nessuno di questi argomenti sul funzionamento di "fattori terzi" che influenzano sia il reddito e che la salute, o di una causalità che va dalla salute al reddito, esclude la possibilità che le persone possano usare direttamente il reddito per comprare una salute migliore. Infatti, in Paesi come gli Stati Uniti, è certamente possibile utilizzare i soldi per comprare una migliore assistenza sanitaria, riducendo sia morbilità e che la mortalità. All'altra estremità dello spettro, ci sono prove che l'aumento dei salari reali in India ha liberato le persone dal lavoro manuale pesante in agricoltura, e che questo induce una (temporanea) relazione negativa tra crescita economica e il consumo di calorie.

Nella misura in cui l'istruzione e il reddito aiutano le persone ad avvantaggiarsi delle conoscenze scientifiche e mediche, nonché di a fare un uso migliore del sistema sanitario, la dimensione dei differenziali di salute tra diversi gruppi sarà più grande in periodi in cui ci sono innovazioni nelle conoscenze sulla salute o sulle procedure mediche. Le persone più istruite, più intelligenti e più ricche sono suscettibili di beneficiare prima delle nuove conoscenze e dei nuovi metodi. In Inghilterra prima del 1750, gli aristocratici e le loro famiglie non potevano aspettarsi di vivere più a lun-

go rispetto al resto della popolazione, semmai il contrario. Eppure sulla scia dell'illuminismo, quando le nuove conoscenze sulla salute pubblica e personale hanno iniziato a diffondersi, tra cui la variolizzazione contro il vaiolo e le migliori cure ostetriche, ha cominciato ad aprirsi un divario tra l'aristocrazia e la gente comune, un divario che ancora oggi non si è annullato. Più tardi, dopo il 1850, quando l'aumento delle aspettative di vita si è diffuso tra tutta la popolazione, e poi tra gli altri paesi d'Europa e del Nord America, si sono create enormi disuguaglianze sanitarie più o meno parallelamente alla creazione di enormi disparità tra Paesi ricchi e poveri.

Qual è il ruolo dell'economia nella comprensione del rapporto tra salute e ricchezza? Io credo che ce ne sono diversi. Uno è la nostra capacità statistica. Siamo bravi a lavorare con insiemi di dati grandi, rappresentativi e accessibili al pubblico, cosa che è una tradizione molto diversa da quella di piccoli insiemi di dati, a volte particolari, e in genere di proprietà privata che sono più comuni nelle scienze mediche e epidemiologiche. Negli Stati Uniti e in Europa, l'American National Institutes of Health, e in particolare il suo National Institute on Aging, lo hanno riconosciuto, contribuendo a finanziare la raccolta di nuovi set di dati longitudinali in cui l'economia e la salute sono pienamente rappresentate. Ma forse ancora più importante, gli economisti capiscono meglio che "la correlazione non è causalità", e che la comprensione dei processi è necessaria come base per la politica. Che le varie misure della salute sono correlate con quasi ogni provvedimento di socio-economico, che se si tratti di reddito, istruzione, occupazione, rango, o anche se vinci o non vinci un Oscar, cosa che in sé non è utile per la definizione di una politica.

Traduzione di Marco Mongiello

Sul rapporto tra salute e reddito spesso si arriva a conclusioni politiche diverse

I poveri non soltanto hanno meno soldi, ma hanno anche vite più brevi

L'economista.
In alto,
Angus Deaton.
FOTO: ANSA



Peso: 50%



Peso: 50%