

Spesa sociale e salute

2016-07-11 10:07:32 Redazione SI



Giacomo Galletti

Gli studi mostrano chiaramente che all'aumentare della spesa sociale (istruzione, supporto al reddito, assistenza nutrizionale, servizi abitativi, etc) diminuiscono gli obesi, gli asmatici, gli affetti da disagio mentale, le persone con limitazioni funzionali. Diminuisce anche la mortalità per infarto miocardico acuto, tumore al polmone e diabete.

Per i pendolari dell'Interstate 95, la mega-Motorway che percorre tutta l'East Coast, e che in particolare collega New York a Boston attraversando 4 stati, la parola "Yale" sicuramente rimanderà al Pearl Harbor Memorial Bridge, il super-ponte che attraversa il fiume Quinnipiac sorvolando le (brutte) propaggini portuali della città di New Haven, Connecticut, e che dopo 4 anni di cantieri sarà definitivamente completato quest'anno con l'apertura della carreggiata autostradale nord.

Per tutti gli altri, Yale rimanda alla nota Università, che annovera tra i propri (molti) alunni celebri il premio Nobel per l'economia Paul Krugman, George W. Bush, l'affannata candidata alle primarie presidenziali democratiche Hillary Diane Rodham Clinton, il consorte Bill, a sua volta candidato ad essere il primo First Husband (o First Man... c'è un dibattito in corso) alla casa Bianca, nonché l'attrice pluripremiata agli Oscar™ Meryl Streep.

Per chi si occupa di politiche e statistiche sanitarie, da oggi, Yale potrebbe associarsi al nome di sette degli otto ricercatori (uno viene da Harvard) dello staff della professoressa di "Grand Strategy" e di Public Health Elisabeth H. Bradley, perché il lavoro che hanno pubblicato recentemente su *Health Affairs* dovrebbe essere oggetto di studio di molti.

L'articolo si chiama: "Variazioni negli esiti di salute: il ruolo della spesa in servizi sociali, salute pubblica e servizi sanitari, 2000-2009"[1], e dice, nella sostanza, che, nel periodo considerato, ad un maggiore rapporto tra la spesa sostenuta per interventi nei servizi sociali e per la sanità pubblica rispetto alla spesa sanitaria totale corrispondono migliori esiti di salute in termini di obesità, asma, salute mentale, assenza di limitazione funzionale, mortalità per tumore ai polmoni, per infarto miocardico acuto e diabete di tipo B.

Detta così, il risultato sembra interessante ma non rivoluzionario.

Eppure lo studio non è da sottovalutare, soprattutto in relazione al contesto in cui appare. Esiste infatti un'evidenza piuttosto estesa della relazione tra i determinanti sociali e gli esiti di salute, e diversi studi hanno messo in risalto i guadagni di salute associati agli interventi sui servizi sociali. A livello internazionale è stato evidenziato come i paesi con una maggiore spesa per servizi sociali in relazione a quella sanitaria avessero migliori esiti di salute. Ma tutte queste considerazioni

escludevano gli Stati Uniti, dove solo tre indagini hanno affrontato il tema senza però considerare altri esiti che non la mortalità per tutte le cause.

Il motivo è di facile intuizione: già raccogliere dati finanziari e sanitari in 50 stati è complicato, figuriamoci quelli relativi ai servizi sociali!

Per come i sette di Yale (più uno di Harvard) hanno risolto il problema rimando alla lettura dell'articolo, dove vale la pena approfondire anche il tema della costruzione dei due modelli di analisi e la scelta delle variabili.

In sintesi, l'architettura del sistema si regge sulla pietra di volta costituita dal "rapporto di spesa tra sociale e sanitario", ovvero, semplificando, il numero di dollari che ogni Stato ritiene di dover spendere nel sociale ogni 100 dollari di spesa sanitaria. Gli investimenti in servizi sociali selezionati dal modello sono quelli che riguardano l'istruzione (primaria, secondaria inferiore e superiore), il supporto al reddito, programmi di assistenza nutrizionale, i trasporti, l'ambiente, la pubblica sicurezza, i servizi abitativi e lo sviluppo delle comunità. Più che indicatori della spesa sociale quelli proposti sembrano indicatori di benessere di una comunità; in effetti alla base di queste scelte, oltre che una solida letteratura scientifica c'è l'idea che se una comunità vive meglio, adotterà uno stile di vita più salutare.

Lo studio fa centro.

I risultati mostrano abbastanza chiaramente che, all'aumentare del rapporto di spesa tra sociale e sanitario, diminuiscono, tra gli adulti: gli obesi, gli asmatici, gli affetti da disagio mentale, le persone con limitazione funzionale.

In più, diminuisce la mortalità per: infarto miocardico acuto, tumore al polmone, diabete di tipo due e postneonatale.

Tabella 1.

Adjusted associations between the ratio of social to health spending with a one-year lag and health outcomes across the fifty states and the District of Columbia, 2000-09

Health outcome	Model 1 ^a		Model 2 ^b	
	Estimated coefficient ^c	p value	Estimated coefficient ^c	p value
PERCENT OF ADULTS WHO:				
Were obese (body mass index ≥ 30)	-0.33	0.014	-0.16	0.101
Had asthma	-0.11	0.041	-0.12	0.012
Reported 14+ days in past 30 days as mentally unhealthy days	-0.43	0.007	-0.24	0.035
Reported 14+ days in past 30 days with activity limitations	-0.37	<0.001	-0.25	0.002
MORTALITY RATE FOR:				
Acute myocardial infarction (per 100,000 population)	-4.02	0.032	-0.64	0.649
Lung cancer (per 100,000 population)	-2.72	0.008	-2.26	0.002
Type 2 diabetes (per 100,000 population)	-0.45	0.004	-0.51	<0.001
Postneonatal infants ^d (per 100,000 live births)	-4.15	0.325	-6.56	0.037

SOURCE: Authors' analysis of data from Exhibits 1 and 2. **NOTES:** Both models adjusted for the log of state-level gross domestic product (GDP) per capita, time and region fixed effects, total spending as a percentage of GDP (social services, public health, Medicare, and Medicaid) in model 1; social services, public health, and total health spending in model 2, and significant covariates among the following candidate independent variables: percentage of the population white, percentage of adults ages twenty-five and older with a high school diploma, percentage of the population living in an urban area, unemployment rate, percentage of children living in single-parent households, primary care providers per 100,000 population, and hospital beds per 100,000 population, for all models other than the obesity model. State-level repeated measures modeling was used for mental health, postneonatal mortality, and acute myocardial infarction mortality because of serial correlation (see Notes 27 and 28 in text). ^aEffect of one-year lagged social-to-health spending ratio (denominator: Medicare and Medicaid spending). ^bEffect of one-year lagged social-to-health spending ratio (denominator: total health care spending). ^cCoefficients estimate the change in the health outcome associated with a one standard deviation change in relevant social-to-health spending ratio, which is about 20 percent of the median value of the ratio in model 1 and 10 percent of the median value of the ratio in model 2. ^dPostneonatal death rates were measured in three-year intervals.

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

L'entità degli effetti della spesa sociale, quindi, è decisamente importante: si pensi per esempio che ad un aumento del 20% del rapporto mediano di spesa tra sociale e sanitario è associata una diminuzione dello 0.33% di adulti con obesità nell'anno successivo. Considerando i 78 milioni di americani con questo problema di salute, stiamo parlando di 85.000 adulti con obesità in meno, ognuno dei quali potrà risparmiare i 2700 dollari che annualmente gli obesi dedicano alle spese sanitarie più di quanto facciano i non obesi. Stesso ragionamento e stesse implicazioni per chi soffre, e spende, per problemi di disagio mentale, il cui numero una maggior spesa sociale potrebbe diminuire.

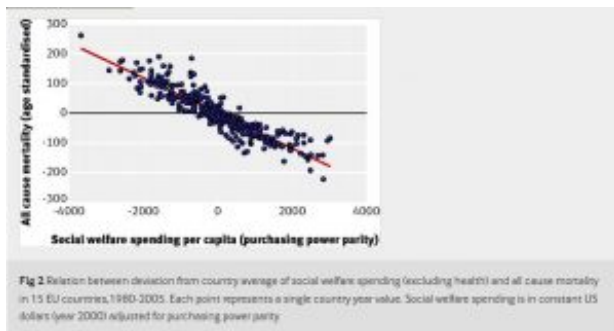
La politica di investimento in servizi sociali e salute pubblica, e non solo in sanità, può essere quindi la chiave di lettura non solo della variabilità degli esiti tra gli stati, ma anche delle stime sulla sostenibilità della spesa per le cure in generale nel medio e lungo periodo. E, già che ci siamo, pure nel breve.

Infatti, se citiamo la questione non tanto della sostenibilità della spesa quanto della sua efficacia, lo facciamo a ragion veduta, chiamando a testimoniare coloro che si sono messi a fare i conti con l'oste: un

sociologo dell'università di Oxford, un medico del dipartimento di sanità pubblica della scuola d'igiene londinese e un professore di salute pubblica della medesima scuola.

L'articolo pubblicato da Stuckler, Basu e McKee nel 2010 (ai tempi dell'NHS...) sul *British Medical Journal*[2] si chiama "Crisi di bilancio, salute, e programmi di welfare sociale", e si inserisce in un dibattito tra chi sostiene che i programmi di "social welfare" vadano promossi per il benessere generale della popolazione e chi, in tempi di crisi e di debito pubblico crescente, ne auspicano l'ottimizzazione finanziaria (qualche maltrattatore della lingua italiana userebbe il termine di "efficientamento", ma il senso comune rimane comunque elemento dei tagli di risorse).

Utilizzando dati OCSE tra il 1980 e il 2005, per 15 paesi europei, gli autori esplicitano una relazione significativa tra spesa sociale pro capite, esclusa la spesa sanitaria, e mortalità per tutte le cause.



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Da tale modello si deduce che ad ogni spesa sociale aggiuntiva di 100 dollari pro capite corrisponderebbe un declino della mortalità per tutte le cause di quasi l'1,2%.

In seguito gli autori presentano dati che arrivano a quelle stesse conclusioni cui sarebbero pervenuti, sei anni più tardi, i loro colleghi dell'Interstate 95: la spesa sociale è più efficace di quella sanitaria nel ridurre la mortalità per cause sociali (stili di vita non appropriati) agendo a monte sulle cause di quelle stesse malattie che prima o poi finiscono sul budget della spesa più propriamente sanitaria.

La morale comune è che si debba guardare alla luna piuttosto che al dito, ma nel caso di questi due studi vale il contrario. A volte, infatti, il dito è più interessante della luna; a volte ci possono essere tante dita diverse che indicano la stessa luna, ma una di quelle dita ha caratteristiche tali che, oltre ad indicare la luna, potrebbe indicarci i pianeti dell'intero sistema solare.

È per questo che fino ad ora abbiamo parlato del dito della spesa sociale, in versione sia americana che britannica, perché quel dito ci permette di intravedere corpi celesti proprio sopra i nostri cieli.

L'indice per il Benessere Equo e sostenibile, il BES, è infatti approdato alla nuova legge di Bilancio: "L'indice elaborato dall'Istat, con l'ambizione di riflettere il benessere complessivo della società, non solo le variazioni della produzione e della ricchezza nazionale, superando i limiti del prodotto interno lordo, verrà allegato al documento che ingloba la vecchia legge del bilancio e il documento di programmazione economica"[3].

L'indice del Benessere Equo e Sostenibile, vale la pena ricordarlo, è costituito da dodici domini, tra cui la Salute, l'Istruzione, il Benessere economico, la Sicurezza, l'Ambiente e altri[4]; le misure raccolte in ognuno di questi domini possono davvero essere utili alla programmazione nazionale non solo economica, ma anche sanitaria.

Tornate allora qualche riga indietro, e rileggete le variabili tratteggiate da Yale nel determinare la spesa per i servizi sociali, e troverete che tutti gli interventi selezionati, direttamente o indirettamente, troverebbero spazio in un dominio del BES.

Allora ci chiediamo: considerando le variabili sociali che si muovono attraverso i domini BES, possiamo costruire un modello che le metta in relazione non solo ai dati epidemiologici ma anche agli esiti sanitari,

in ottica di programmazione? E a quali esiti? E a che livello possiamo tracciare questa relazione? A livello nazionale? Regionale? Di Asl? Di distretto sociosanitario?

Tanto i dati epidemiologici quanto gli esiti sanitari sono tutt'altro che irreperibili. Per quanto riguarda i secondi possiamo contare sia sui dati del Piano Nazionale degli Esiti[5], sia, almeno per quanto riguarda la Regione Toscana, sul Programma di Osservazione degli Esiti[6] dell'Agenzia regionale di sanità.

Un modello “Yale style”, quindi, si può costruire anche qui, sullo sfondo del BES, e in una esplicita ottica di programmazione.

Anzi, non è che si può, ma si deve, perché in un periodo di vacche magre per quanto riguarda l'investimento pubblico la programmazione sociosanitaria diventa strategica: bisogna capire a fondo e in modo laico il valore di ogni investimento, senza partire da posizioni preconette sul fatto che il sociale o il sanitario possano essere, a seconda delle convenienze momentanee, la parte o la soluzione del problema di garantire un livello sostenibile di benessere per la società.

Giacomo Galletti, Agenzia regionale di sanità della Toscana

Bibliografia

1. Bradley EH, Canavan M, Rogan E, et al. Curry. Variation In Health Outcomes: The Role Of Spending On Social Services, Public Health, And Health Care, 2000–09. Health Affairs 2016; 35(5):760-8.
 2. Stuckler D. [Budget crises, health, and social welfare programmes](#). BMJ 2010;340:c3311
 3. [Il Bes alla prova della legge di bilancio](#) Amato.blogautore.repubblica.it, 15.05.2016
 4. [Rapporto Bes 2015: il benessere equo e sostenibile in Italia](#). Istat
 5. [Programma Nazionale Esiti](#)
 6. [Programma di osservazione degli esiti \(PrOsE\) del servizio sanitario regionale toscano: il portale](#)
- Facebook
 - Twitter
 - LinkedIn
 -