

***"Investire sull'attività fisica
Sostenibilità dei sistemi di welfare: la strategia del
territorio polesano "***

Nudge, spinta gentile e sostenibilità dei sistemi di welfare

Vincenzo Rebba

Dipartimento di Scienze economiche e aziendali - Università di Padova

Rovigo, 21 novembre 2012

Indice

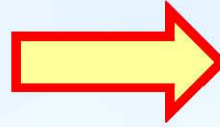
1. Sostenibilità dei sistemi di welfare e dei sistemi sanitari
2. Politiche per la sostenibilità dei sistemi sanitari e incentivi alla modifica degli stili di vita
3. *Nudging*: una spinta “gentile” per la promozione della salute

1. Sostenibilità dei sistemi di welfare e dei sistemi sanitari

Fattori di crisi del Welfare State

1. Crisi del “modello fordista”

(si espande il settore dei servizi caratterizzato da maggiore flessibilità e frammentazione dell'organizzazione del lavoro; emerge nuova società post-industriale)



Si modificano i rischi sociali cui deve rispondere il WS: limiti del “welfare occupazionale”

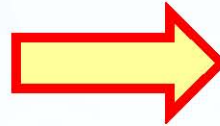
2. Aumento dell'offerta di lavoro femminile



Cambia il ruolo della famiglia nella risposta ai bisogni generati dai “rischi sociali”: necessità di forme di assistenza organizzate a livello istituzionale

3. Globalizzazione dei mercati

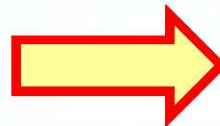
(aumento mobilità internazionale del capitale fisico e finanziario e del lavoro)



Modifica capacità dello Stato di finanziare istituti di WS, creando “competizione fiscale” fra Stati e “dipendenza” dai mercati finanziari

4. Fattori demografici

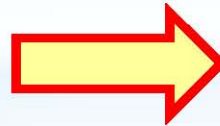
(invecchiamento popolazione e riduzione tasso di fertilità)



Prolungano il periodo di erogazione di alcuni programmi tipici del WS (pensioni, sanità, Long-term care)

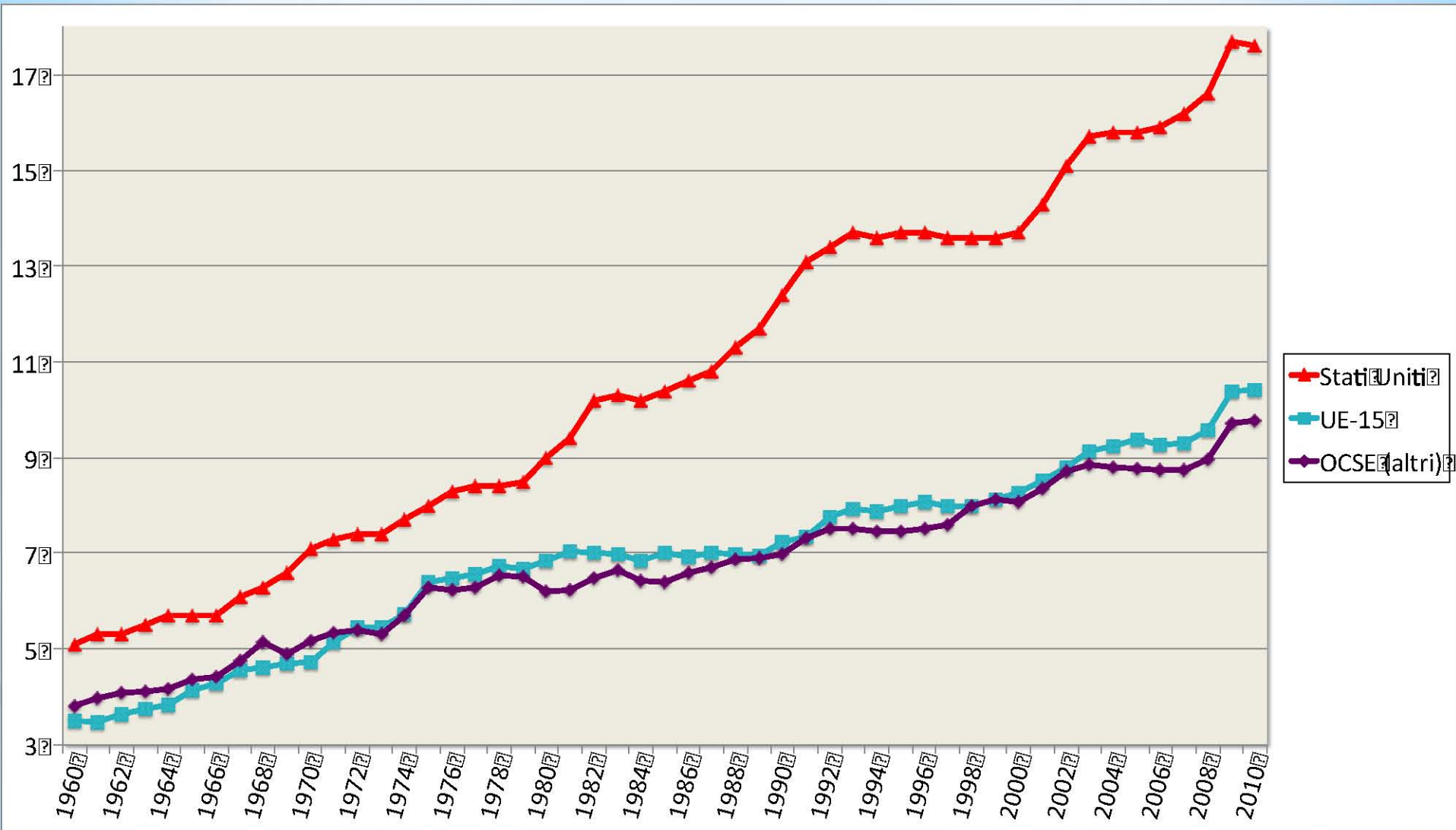
5. Fenomeni endogeni

“fisiologici” (“effetto Baumol”; innovazione tecnologica, dinamica dei prezzi ed elasticità della domanda per i servizi socio-sanitari) e “patologici” (assistenzialismo e inefficienze dell'intervento pubblico)



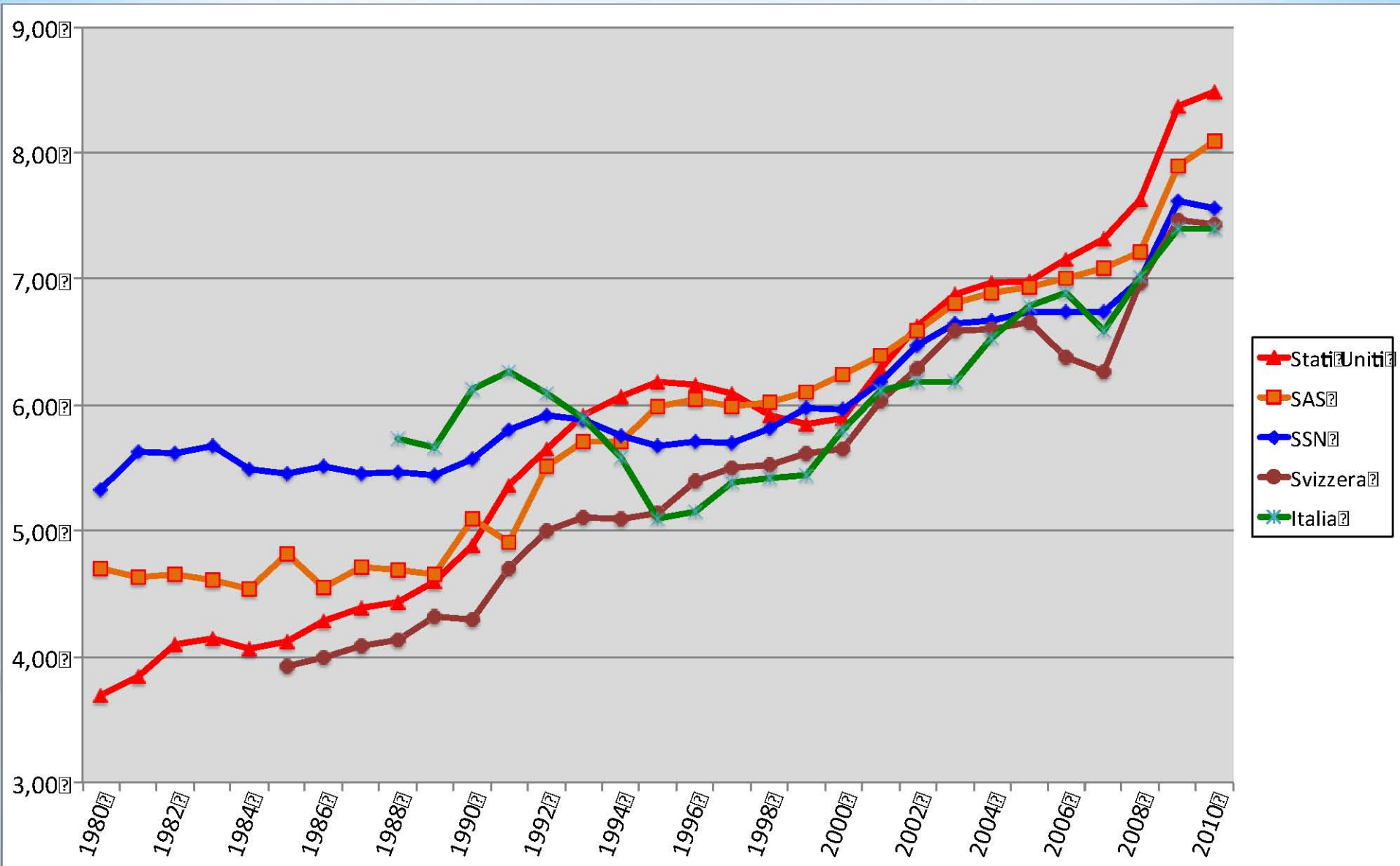
Modificano la capacità dello Stato di sostenere finanziariamente il WS e inducono scelte volte a ristabilire il rigore finanziario (Patto di Stabilità e Fiscal Compact UE)

Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL negli Stati Uniti, nei paesi UE-15 e in altri paesi OCSE (1960-2010)



Fonte: OECD Health Data 2012. Nostra elaborazione

Spesa sanitaria pubblica in percentuale del PIL nei diversi tipi di sistema sanitario e in Italia (1960-2010)



Fonte: OECD Health Data 2012. Nostra elaborazione

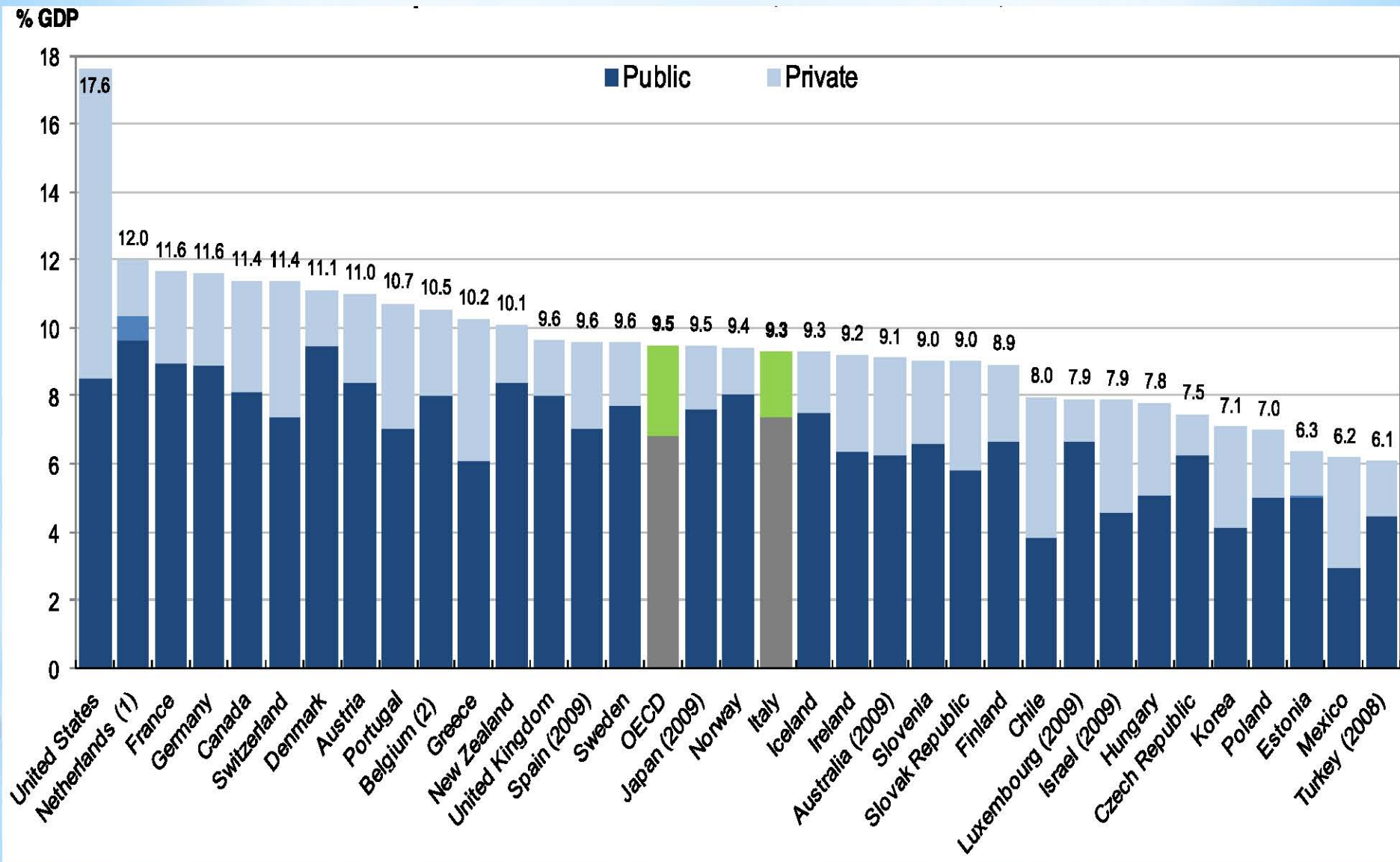
Tasso annuo reale di crescita della spesa sanitaria p.c. totale e pubblica - 24 paesi OCSE (2000-2009 e 2009-2010)

	Spesa sanitaria totale		Spesa sanitaria pubblica	
	2000/09	2009/10	2000/09	2009/10
Australia	4,6		4,9	
Austria	2,5	0,4	2,6	0,1
Belgio	4,1	1,1	4,2	0,5
Canada	4,5	3,0	4,6	3,1
Danimarca	3,1	-1,7	3,2	-1,6
Finlandia	4,0	0,9	4,4	0,0
Francia	2,6	1,3	2,3	1,5
Germania	2,0	2,6	1,7	2,4
Grecia	4,8	-6,5	4,7	-9,9
Islanda	2,0	-7,5	1,9	-9,3
Irlanda	6,7	-7,6	5,9	-10,8
Italia	1,9	1,5	2,8	1,5
Giappone	2,7		2,6	
Corea del Sud	9,0	8,5	11,0	8,6
Lussemburgo	3,4		3,2	
Olanda	5,4	2,4	8,2	2,7
Nuova Zelanda	5,5	3,4	6,2	3,6
Norvegia	3,2	-0,8	3,6	0,3
Portogallo	2,1	0,6	2,0	-0,5
Spagna	5,0	-0,6	5,4	-1,3
Svezia	3,7	2,0	3,2	1,5
Svizzera	2,8	2,4	4,5	1,9
Regno Unito	4,9	0,2	5,5	0,0
Stati Uniti	4,2	2,7	5,4	4,5
OCSE	4,3	0,4	4,5	-0,1
OCSE-24	3,9	0,4	4,3	-0,1
UE-15	3,7	-0,2	4,0	-1,0
SAS	4,0	2,7	4,5	2,6
SSN	4,0	-1,0	4,2	-1,8

Tra 2000 e 2009 il tasso annuo reale di crescita del PIL p.c. è stato 1,6% nella media dei paesi OCSE.

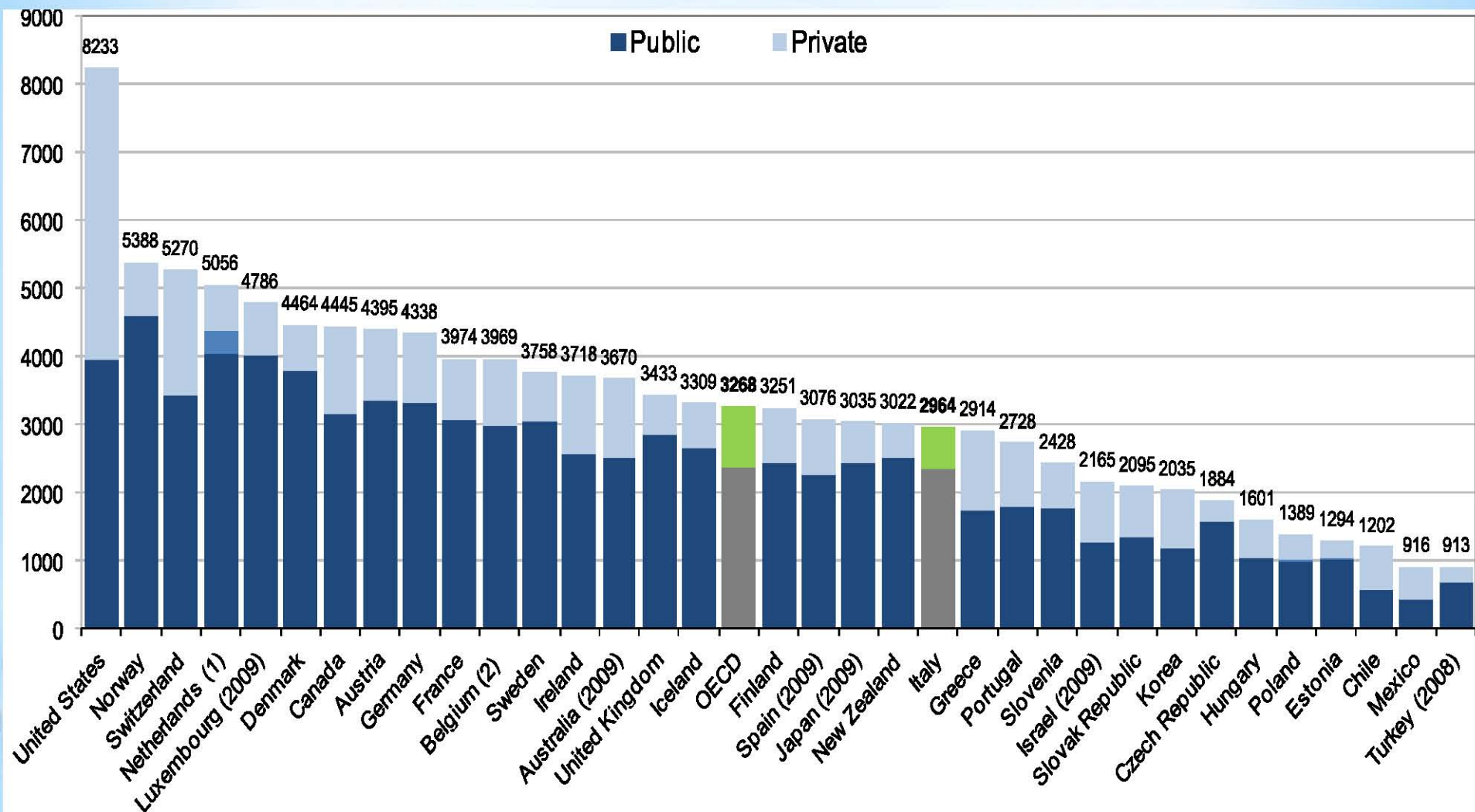
Nel medio-lungo periodo, la spesa sanitaria tende a crescere più velocemente del PIL.

Spesa sanitaria in % del PIL nei Paesi OCSE e in Italia - 2010



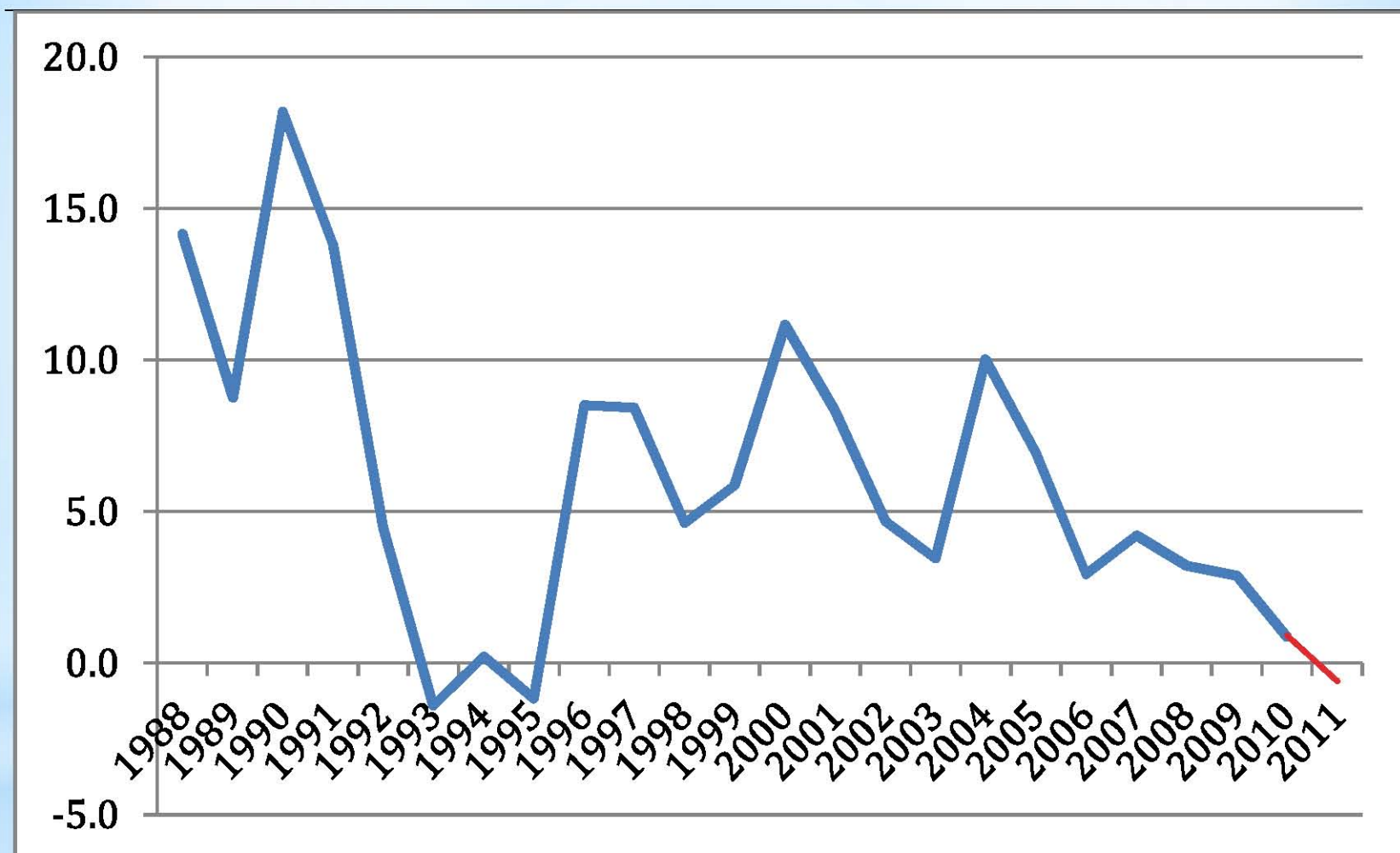
Fonte: OECD Health Data 2012.

Spesa sanitaria pro capite nei Paesi OCSE e in Italia – 2010 (\$ USA in parità di potere d'acquisto)



Fonte: OECD Health Data 2012.

Spesa sanitaria pubblica in Italia: tassi di crescita annuale



Fonte: Farmafactoring 2012.

- Il SSN italiano è soggetto da quasi vent'anni a stress economico-finanziario in relazione alle politiche di riassetto e di sostenibilità della finanza pubblica che cercano di controllare le dinamiche tipiche della spesa sanitaria.
- Trend spesa sanitaria pubblica italiana negli ultimi 30 anni (in % sul PIL):
 - 1980-92 da 4,8 a 6,2%
 - 1993-95 da 5,9 a 5,1%
 - 1996-2010 da 5,2 a 7,4%
- **IL SSN italiano impegna una quota di PIL minore rispetto a Francia, Germania, Regno Unito, Olanda e ... USA.**
- **Ma sarà sostenibile nel futuro senza compromettere i valori fondamentali di universalismo e solidarietà su cui si fonda?**
- Per rispondere al quesito è importante capire cosa si intende per sostenibilità e considerare i principali fattori che incidono sulla crescita della spesa sanitaria.

■ Esistono due diversi concetti di sostenibilità della spesa sanitaria (Thomson et al., 2009; OECD, 2010):

➤ la **sostenibilità economica**: si ha quando il valore prodotto dalla spesa sanitaria supera i costi sociali della spesa stessa: in tal caso la crescita della spesa è giustificata in termini di benessere collettivo.

➤ la **sostenibilità finanziaria (o fiscale)** è legata alla considerazione del finanziamento pubblico della spesa sanitaria: anche se la spesa fosse economicamente sostenibile, le entrate pubbliche richieste per coprirla potrebbero essere insufficienti.

■ Quando un sistema sanitario non è sostenibile fiscalmente sono tre le alternative per arrivare a risolvere il problema:

- aumentare le entrate fino a coprire la spesa pubblica per garantire i LEA (difficile politicamente);
- abbassare la spesa pubblica riducendo i LEA (de-listing, compartecipazioni, maggiore ricorso a finanziamenti privati) (pericoloso per la tenuta dei valori fondanti di un sistema sanitario pubblico)
- aumentare le capacità del sistema sanitario di convertire le risorse in valore (cioè la sua sostenibilità economica).

■ **La sfida di lungo periodo riguarda la sostenibilità economica della sanità pubblica** e cioè garantire la costo-efficacia della spesa sanitaria e socio-sanitaria: aumentare il valore della spesa - attraverso un miglioramento di efficacia, appropriatezza, e qualità delle cure - aumenta la sostenibilità economica della sanità pubblica al pari della riduzione degli sprechi e dell'aumento dell'efficienza dei servizi.

I principali fattori di incremento della spesa sanitaria

Dal lato della domanda

Salute come "bene superiore" a livello macro (al crescere del livello di reddito pro-capite, una quota crescente di PIL viene allocata alla sanità per l'assistenza e l'adozione di tecnologie innovative)

Nuova concezione della salute nella società (aumentano aspettative e "medical claims"; cresce la domanda di beni e servizi in cui la componente di "benessere" è prevalente: farmaci "di conforto", fitness, cure estetiche, ecc.)

Invecchiamento della popolazione (difficile sostenibilità per riduzione della quota di popolazione in età lavorativa che finanzia la sanità pubblica)

Maggiore prevalenza delle patologie cronico-degenerative (aumento della spesa al netto dei "death related costs", soprattutto nella componente Long-term care/LTC; importanza dei fattori comportamentali)

Aumento della domanda di assistenza formale determinata dalla maggiore partecipazione femminile al mercato del lavoro (aumento soprattutto della componente LTC)

Dal lato dell'offerta

"Malattia di costo" di Baumol (la produttività cresce relativamente meno nel settore socio-sanitario e ciò determina una crescita dei prezzi più forte del tasso generale di inflazione)

Incentivi dei fornitori

Medicina Difensiva (prescrizione di esami diagnostici o di terapie principalmente per minimizzare il rischio di responsabilità medico legali rispetto alle cure mediche prestate)

Innovazione tecnologica nel settore

biomedico (aumenta la qualità ma non riduce i costi; forte dilatazione delle possibilità di efficace e tempestivo intervento curativo, anche per gli anziani; "sindrome di Sisifo" della medicina: Zweifel et al., 2005)

Non vi sono evidenze definitive sull'impatto delle caratteristiche istituzionali dei sistemi sanitari sulla spesa sanitaria (anche se i sistemi integrati, quali il SSN, sembrerebbero più efficaci nel controllare la spesa)

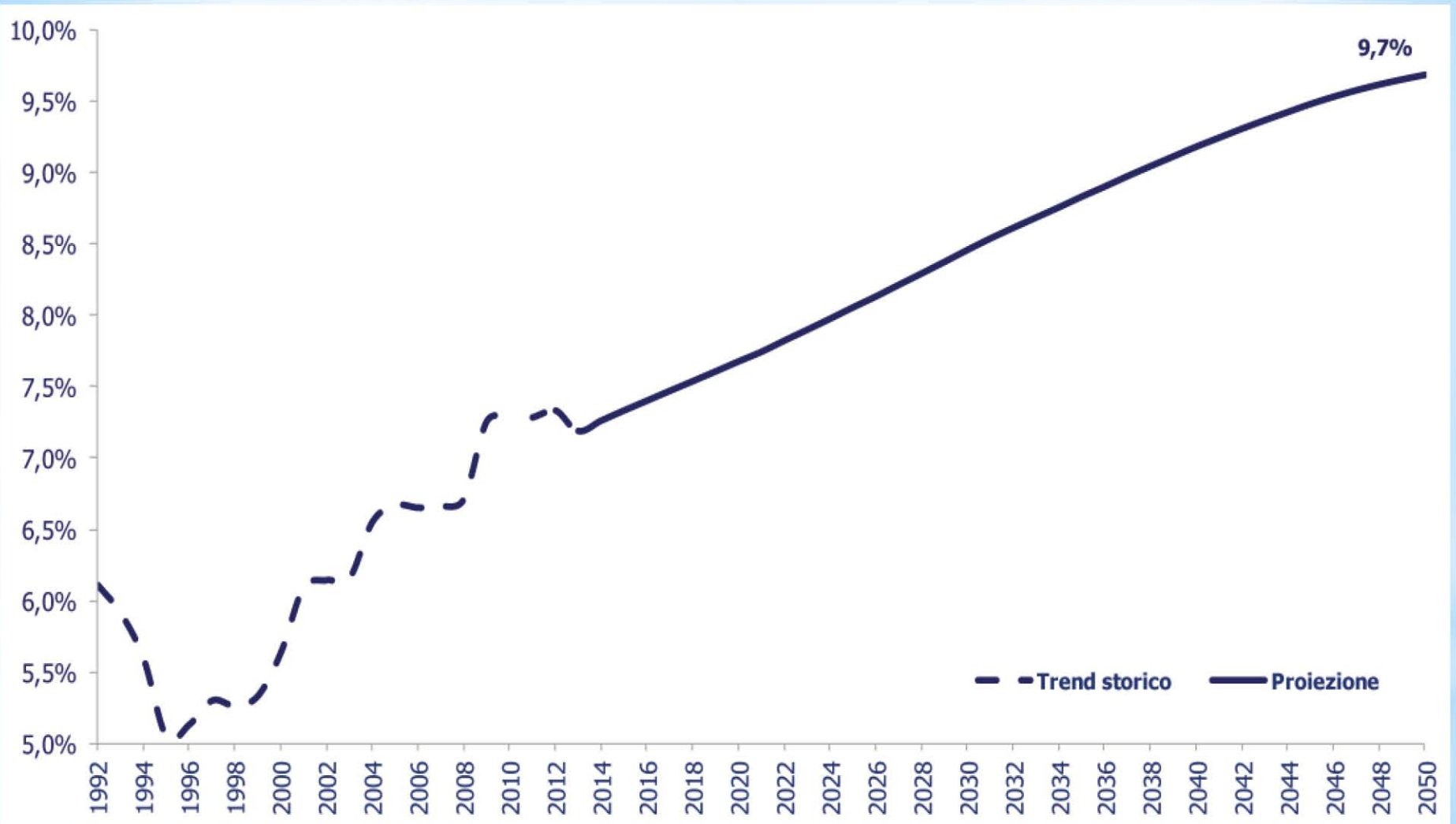
- Tutti gli analisti concordano sul fatto che i trend demografici ed epidemiologici in atto accentueranno la domanda di assistenza socio-sanitaria, e soprattutto di Long-term care (LTC).
- Le proiezioni più recenti dell'evoluzione futura della spesa sanitaria, pur avendo portato apprezzabili avanzamenti sul piano metodologico, non sembrano però offrire risposte definitive....

Proiezioni della spesa sanitaria pubblica al 2050 sanitaria Italia e UE-15

	FMI		OCSE			Ageing Report UE			RGS			CEIS			Ambrosetti		
	2010	2050	2005	2050	2050	2010	2050	2050	2005	2050	2050	2005	2050	2050	2011	2050	2050
				Base	Max		Base	Max		Base	Max		Min	Max		Min	Max
Italia	6,9	8,0	6,0	7,9	9,7	6,6	7,2	8,2	5,9	7,0	7,2	5,9	5,3	7,1	7,1	9,7	10,1
con LTC			6,6	10,7	13,2	8,5	10,0	12,5	6,7	8,2	8,4						
UE-15	7,5	12,0	5,8	7,7	9,5	7,3	8,4	9,9									
con LTC			7,0	10,2	12,9	9,1	11,9	14,9									

?

Proiezioni di spesa per il SSN italiano European House-Ambrosetti (2011-2050)



Fonte: The European House-Ambrosetti 2012

2. Politiche per la sostenibilità dei sistemi sanitari e incentivi alla modifica degli stili di vita

2.1 Politiche per la sostenibilità dei sistemi sanitari pubblici: una sintesi -1

- 1. Adozione di strumenti efficaci di governo della domanda e dell'offerta** in grado di migliorare la risposta del SSN ai nuovi bisogni e di dare i giusti incentivi per promuovere appropriatezza ed efficienza (European Commission, 2012; OECD, 2010).
- 2. Riequilibrio del mix pubblico-privato nel finanziamento** della spesa tale da garantire l'innovazione e l'aggiornamento dei LEA evitando sia di imporre oneri insostenibili per il bilancio pubblico, sia di pregiudicare l'accesso alle prestazioni alle persone in condizioni di svantaggio:
 - potrebbe aumentare il peso delle compartecipazioni (ticket o franchigia);
 - potrebbe svilupparsi un sistema di finanziamento multi-pilastro con assicurazioni o fondi sanitari integrativi dei LEA fiscalmente agevolati (l'analisi empirica evidenzia però che per garantire l'equità e un reale beneficio dovrebbero offrire coperture collettive di tipo supplementare a una vasta platea di assicurati: Paccagnella, Rebba, Weber, 2012).

2.1 Politiche per la sostenibilità dei sistemi sanitari pubblici: una sintesi -2 Strumenti di governo della domanda e dell'offerta

Strumenti di governo della domanda	Strumenti di governo dell'offerta
<p>Potenziamento della prevenzione e degli incentivi per modificare gli stili di vita; Promuovere “<i>healthy</i>” e “<i>active</i>” aging</p>	<p>Sviluppare nuovi modelli di assistenza socio-sanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none">-centrati sul paziente (CCM, <i>disease management</i>, coordinamento ospedale-territorio)-potenziamento day hospital e day surgery-integrazione socio-sanitaria (cooperazione tra ASL e enti locali)
<p>Migliore comunicazione tra paziente e professionista sanitario con <i>empowerment</i> dei cittadini</p>	<p>Modificare incentivi dei fornitori:</p> <ul style="list-style-type: none">-sistemi di pagamento prospettico-pagamenti P4P-riformare la disciplina della responsabilità medica per ridurre medicina difensiva
<p>Migliorare le funzioni di orientamento e selezione della domanda:</p> <ul style="list-style-type: none">-potenziamento delle cure primarie-linee guida EBM e PTD-prioritizzazione delle liste di attesa	<p>Promuovere <i>Health Technology Assessment</i> nell'adozione di nuove tecnologie</p>
	<p>Migliorare i sistemi informativi centrandoli sul paziente e sulla misuraz. performance</p>

2.2 Tendenze in atto e sviluppi futuri: incentivi a comportamenti socialmente responsabili

- A partire dal secondo dopoguerra la tutela sanitaria pubblica si è fortemente dilatata in tutti i paesi sviluppati senza trovare finora alcun freno nella considerazione delle responsabilità individuali della cattiva salute.
- Negli ultimi vent'anni tuttavia i legami di solidarietà appaiono allentati, quanto meno a livello psicologico, e mettono in crisi i pilastri tradizionali della sanità pubblica. Ciò per diverse cause:
 - mutato contesto economico (minor peso classe operaia e aumento di lavoratori autonomi e micro-imprenditori, riduzione tassi di crescita, globalizzazione)
 - tutele sanitarie estese a segmenti terapeutici sempre più lontani dal nucleo delle cure necessarie e sufficienti
 - più visibile responsabilità individuale con le “malattie del benessere” (pur restando importanti i fattori socio-economici)
 - maggior costosità della tutela degli individui “malati per loro colpa” a causa del progresso tecnico in sanità

- Questa evoluzione ha dato luogo ad un crescente **dibattito politico sul rapporto tra responsabilità individuale e solidarietà sociale** e sulle modalità di finanziamento e di erogazione delle prestazioni sanitarie più adeguate rispetto all'obiettivo di incentivare scelte individuali più responsabili.
- **Gli stili di vita (sempre più sedentari) hanno un impatto rilevante sulla diffusione delle malattie cronico-degenerative** (malattie cardiovascolari, diabete, BPCO, alcune patologie neoplastiche, osteoporosi, osteoartrosi).
- Anche se è sempre incerto il confine tra “disgrazie piovute dal cielo e guai creati con le proprie mani”, vi è **diffuso consenso sui fattori di rischio sanitario (e di spesa) legati a comportamenti individuali.**

**Primi 10 fattori di rischio nei paesi industrializzati
(espressi come % sul totale dei Disability Adjusted Life Years)**

Fattore di rischio	% su DALYs totali
Consumo di tabacco	12,2
Pressione arteriosa	10,9
Consumo di alcol	9,2
Livello di colesterolo	7,6
Obesità/Sovrappeso	7,4
Dieta con poca frutta e verdura	3,9
Inattività fisica	3,3
Consumo di droghe	1,8
Sesso insicuro	0,8
Carenza di ferro	0,7

Fonte: Cappelen e Norheim (2005), adattato da WHO (2002)

- Una tabella del genere va usata con cautela. In molti casi è difficile separare con sicurezza il dato genetico e sociale da quello attribuibile alla responsabilità individuale.
- Pur con tutte le cautele, è acclarato che, soprattutto nei paesi più industrializzati, la responsabilità individuale in tema di salute e di conseguente spesa sanitaria, svolge un ruolo importante e crescente.

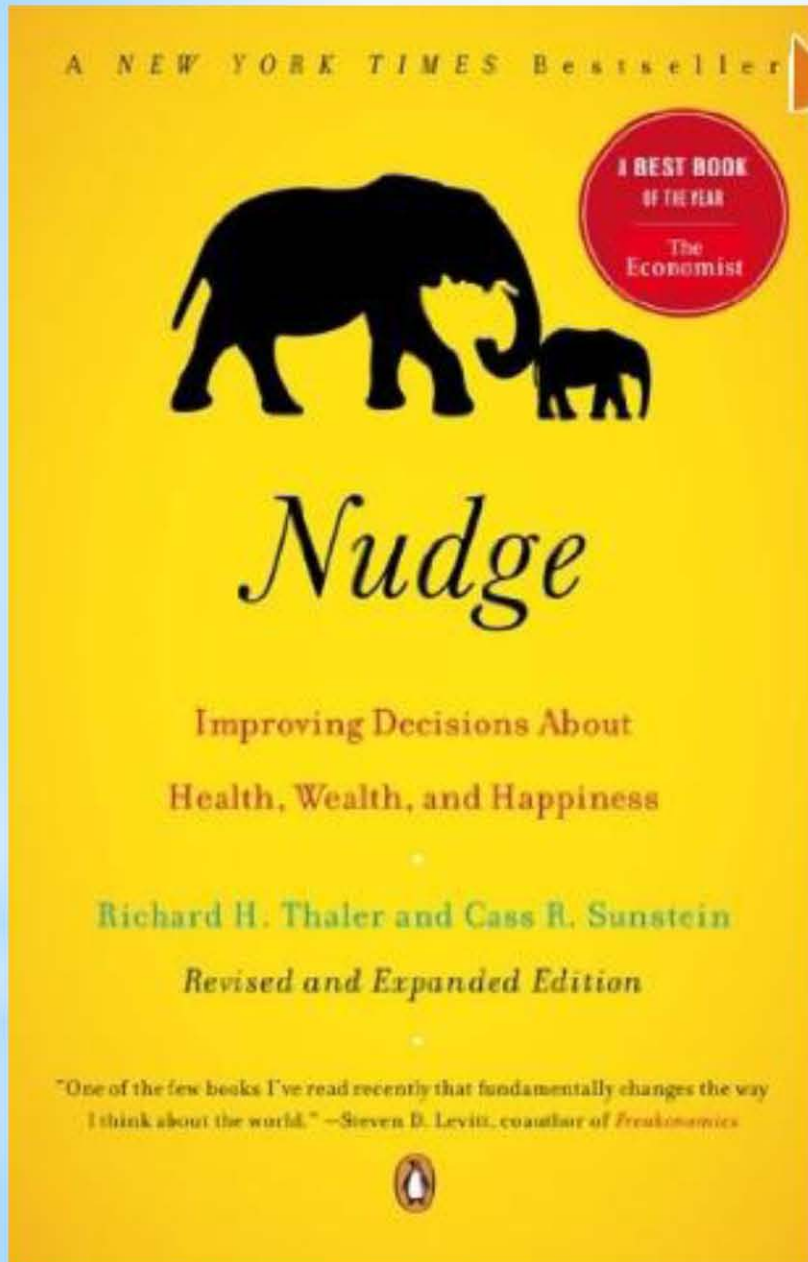
- Nei sistemi sanitari pubblici appare comunque ancora dominante l'idea che sia impossibile distinguere in maniera netta comportamenti e condizionamenti dell'ambiente familiare e sociale: *efforts* da *circumstances* (Roemer, 2002)
- Ciò non significa che il problema sia dimenticato in pratica. Si cerca di operare attraverso vie indirette che incidano sulle scelte individuali (Muraro e Rebba, 2010):
 - in casi eccezionali, tramite proibizioni di comportamenti (es: divieto di fumo su mezzi di trasporto pubblici e in luoghi pubblici);
 - normalmente, rispettando la libertà di scelta:
 - (1) **informazione** (pubblicità istituzionale attraverso i mass media, comunicazione in ambito scolastico, ecc.)
 - (2) **educazione** (marketing sociale per la salute: *Communities for Health* in Inghilterra, Piani per la salute in Emilia Romagna, ecc.)
 - (3) **incentivazione**:
 - imposte (“sin taxes”) e sussidi correttivi
 - regole positive con eccezioni limitate e (poco) costose (“**Nudge**”)

3. *Nudging*: una spinta “gentile” per la promozione della salute

Cos' è il *nudging*? - 1

- Con il termine “*nudge*” Thaler and Sunstein (2008) indicano:
“any aspect of the choice architecture that alters people’s behaviour in a predictable way without forbidding any options or significantly changing their economic incentives.”
- Si tratta di un **insieme di strumenti, prevalentemente basati sull’informazione, che si potrebbero mettere in pratica per promuovere comportamenti ritenuti socialmente desiderabili.**
- Per aiutare le persone a scegliere il meglio per sé e per la società, si può adottare **una “spinta gentile”**.
- La responsabilità di organizzare il contesto all’interno del quale gli individui vengono incentivati ad assumere tali decisioni spetta a “*choice architects*” (“architetti delle scelte”) (es: regolatore pubblico, medico, esperto designato, ecc.)

Cos' è il *nudging*? – 2



- Un esempio, è l'adesione a un piano pensionistico: il passaggio da un sistema di tipo "opt-in" a un sistema di iscrizione automatico con facoltà di "opt-out", introdotto negli USA ha quasi raddoppiato le adesioni ai fondi pensione 401(k) (Thaler and Sunstein, 2003).
- Un esempio analogo riguarda la donazione di organi secondo il meccanismo del *consenso presunto* in luogo del *consenso esplicito* : tutti sono considerati donatori, salvo dichiarazione contraria.
- Il *nudging* si fonda sulla tendenza delle persone ad adattarsi a "**regole di default**" che definiscono l'ambiente sociale e fisico entro cui vengono operate le scelte individuali.
- Può comprendere **una vasta gamma di azioni volte a modificare gli ambienti fisici e sociali, per favorire l'adozione di determinati comportamenti.**

Esempi di *nudging* vs. altre azioni (normative, regolazione)

	Nudging	Interventi normativi e di regolazione
Fumo	<ul style="list-style-type: none"> - Promuovere il concetto del “non fumare”, attraverso campagne di comunicazione, informando che la maggior parte delle persone non fuma e che la maggior parte dei fumatori vuole smettere (informazioni su come si comportano gli altri: “feedback sulle norme sociali”) - Ridurre qualsiasi riferimento (visivo) a sigarette, accendini e posacenere 	<ul style="list-style-type: none"> - Divieto di fumo nei luoghi pubblici - Aumento del prezzo delle sigarette
Alcol	<ul style="list-style-type: none"> - Servire bevande in bicchieri più piccoli - Promuovere il concetto di “consumo consapevole” mettendo in evidenza, nelle campagne di comunicazione, il fatto che la maggior parte delle persone non beve in misura eccessiva - Vendita separata all’interno del supermercato (fare due volte la fila disincentiva) 	<ul style="list-style-type: none"> - Accise o fissazione di prezzo minimo - Aumentare limite di età per acquisto di alcolici - Regolare la vendita solo in negozi autorizzati
Alimentazione	<ul style="list-style-type: none"> - Progettare alcuni spazi dei carrelli del supermercato appositamente per frutta e verdura - Insalata, invece di patatine, il contorno di “default” nelle mense - Posizionare frutta e verdura in primo piano rispetto a dolci (nelle mense) o vicino alle casse (nei supermercati) (es. <i>Change4Life</i> in UK) - Accordi con i produttori per ridurre il contenuto di sale nei cibi (il consumatore può usare volontariamente sale a sue spese) 	<ul style="list-style-type: none"> - Restringere pubblicità di alimenti non salutari nei programmi per bambini - Vietare acidi grassi insaturi prodotti industrialmente - Applicare/aumentare imposte su alimenti a elevato contenuto di zuccheri, grassi, sale
Attività fisica	<ul style="list-style-type: none"> - Negli edifici pubblici rendere più evidenti e “attraenti” le scale rispetto agli ascensori - Promuovere un maggior utilizzo della bicicletta come mezzo di trasporto, per esempio attraverso sistemi di noleggio delle biciclette in città - Prevedere nei contratti collettivi un intervallo per esercizio fisico nell’orario di lavoro con fruizione volontaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentare annualmente le accise sulla benzina - Imporre zone a traffico limitato

Nudging e promozione dell'attività fisica - 1

at
is
h
le
g
is
r-
re
e.
to
st
a-
ts
ry
a
te
o-
le
is
m

fig.1. How to make stairs more ATTRACTIVE (& lifts less APPEALING)



Medicine,
Norwich, I
Mic
Ni
L
C
tt

c
ai
he:
contri
is guarant
Funding: I
(107/000
The views
departme
Competin
Provenan
1 WHC
attril
2 Depi
strat
3 Stra
of sc
4 WHC
strat
2001
5 Thal
heal
6 Ross
dist
Adv
Pres
Harr
telev
...

Fonte: Marteau et al., 2011

Nudging e promozione dell'attività fisica – 2: Svezia

- **Campagna "The Fun Theory"**

<http://www.thefuntheory.com/>

"This site is dedicated to the thought that something as simple as fun is the easiest way to change people's behaviour for the better. Be it for yourself, for the environment, or for something entirely different, the only thing that matters is that it's change for the better."

Progetto "Piano Staircase" (Agenzia DDB di Stoccolma):

L'agenzia ha trasformato una scala della metropolitana in un'enorme tastiera, in modo che, calpestando i gradini, si produca una gradevole armonia. Da quel momento, un gran numero di persone ha preferito le scale tradizionali alle scale mobili.

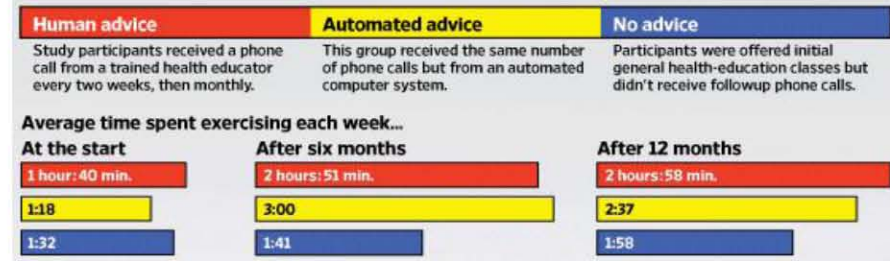
Nudging e promozione dell'attività fisica -3: USA

Attività fisica e economia comportamentale e psicologia sociale

A key problem is the difficulty of translating current motivation into long-term behavioural change. While for many people the prospect of exercising for three months and improving their health may seem attractive today, the daily decision to actually do the exercise during that period is a much more difficult one. Some studies suggest that after 8 weeks of regular exercising many people can settle into a long-term habit of working out.

1. Commitment Contracts - Goldhaber-Fiebert et al.(2010) found that among 619 individuals aged 18-69 years who were randomly shown a default contract duration of '8 weeks,' '12 weeks,' or '16 weeks,' those shown a longer default duration were more likely to choose a contract of a longer duration with a large proportion simply choosing whatever default value they were shown. Furthermore, the results thus far show that individuals who were nudged into longer contracts did not commit to less exercise per week, nor did they choose smaller financial penalties for not fulfilling their longer contracts. Preliminary findings from a follow-up study confirm the role of nudges in exercise.

2. Counseling and social support - Small amounts of social support, ranging from friends who encourage each other by email to occasional meetings with a fitness counselor, can produce large and lasting gains (King et al., 2007)

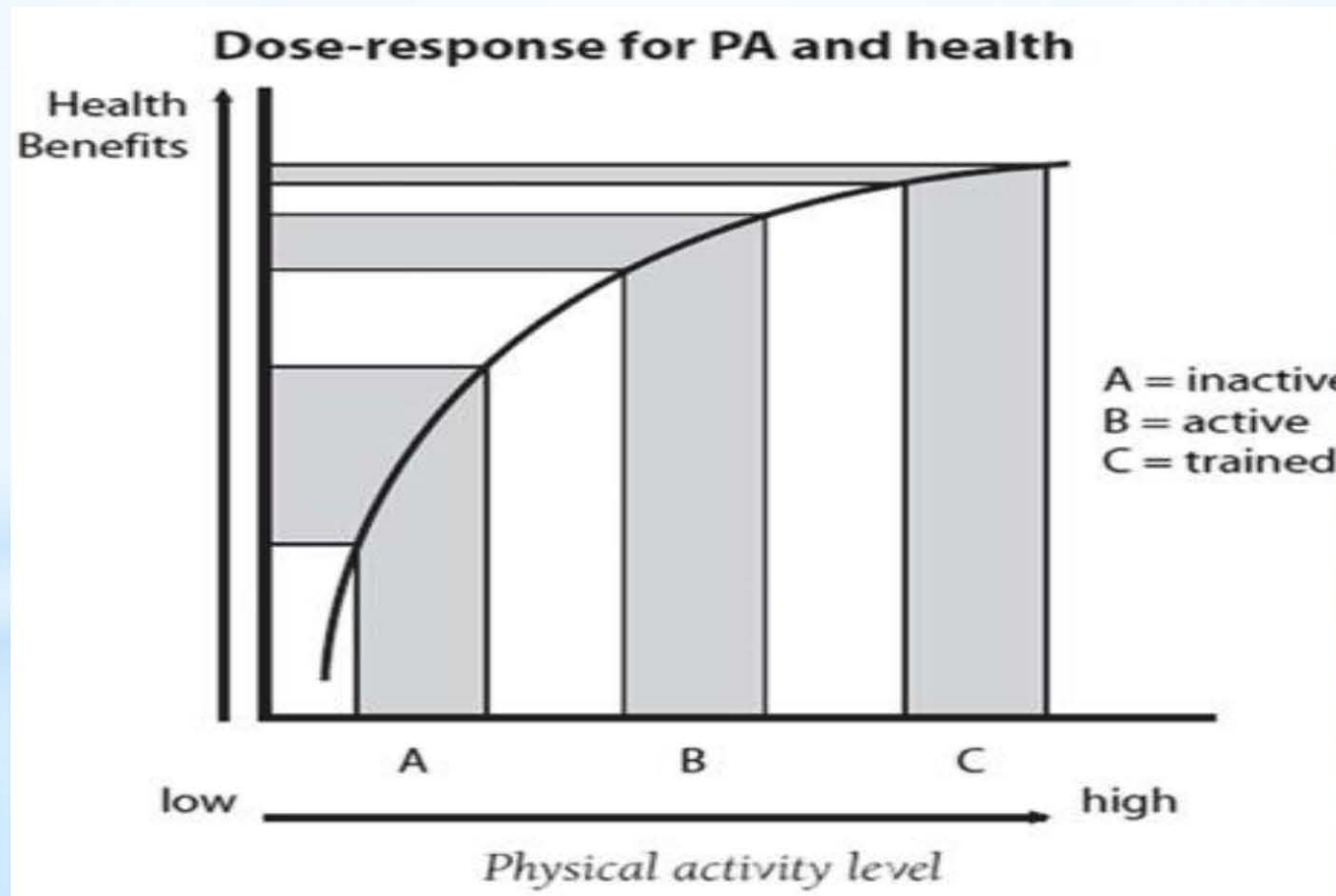


***Nudging* e promozione dell'attività fisica – 4: Italia**

- Sulla scia delle indicazioni dell'OMS (WHO, 2007), del Programma "Guadagnare Salute" (DPCM 4/5/2007) e dei Piani Nazionali della Prevenzione 2005-2007 e 2010-2012, anche in Italia si stanno diffondendo progetti finalizzati alla promozione dell'attività fisica.
- Alcune Regioni hanno avviato (o progettano) interventi di *nudging*, considerando lo stretto legame tra strategie di promozione dell'attività fisica e necessità di modificare le abitudini delle persone anche attraverso la modifica degli ambienti in cui esse vivono, sia che si tratti di luoghi di lavoro, di ambienti domestici o di ambiente urbano in generale. In quest'ottica, si rende necessaria un'integrazione tra politiche sanitarie, politiche sociali, politiche ambientali e politiche relative a trasporti e mobilità.
- **Il Progetto Integrato per la promozione della salute nella popolazione adulta e anziana** sviluppato da UISP e Azienda ULSS 18 di Rovigo si muove in questa direzione ponendosi l'obiettivo di:
"rendere piu' facile la scelta di sviluppare uno stile di vita attivo attraverso l'offerta di un'ampia gamma di opportunità di movimento sia per le persone sane che per quelle affette da patologie croniche"

Nudging e promozione dell'attività fisica: benefici di salute - 1

- L'epidemiologia evidenzia la possibilità di ottenere grandi benefici di salute anche con moderati incrementi dei livelli di attività fisica (per le persone sedentarie può essere molto difficile e molto poco attraente mantenere un regime di attività regolari ed intense, mentre può risultare più agevole fare tanti piccoli sforzi di breve durata e di intensità più moderata). (De Noni et al., 2010)



Fonte: WHO (2007), *Steps to health. An European Framework to Promote Physical Activity for Health*

Nudging e promozione dell'attività fisica: benefici di salute - 2

- L'attività fisica va calibrata per diverse fasce d'età (vedi tabella) per condizioni di salute/disabilità.

Table 1 U.S. Department of Health and Human Services physical activity recommendations [4]

Target group	Recommendation
Children and adolescents (aged 6-17)	Children and adolescents should do 1 hour (60 minutes) or more of physical activity every day. Most of the 1 hour or more a day should be either moderate- or vigorous-intensity aerobic physical activity. As part of their daily physical activity, children and adolescents should do vigorous-intensity activity on at least 3 days per week. They also should do muscle-strengthening and bone-strengthening activity on at least 3 days per week.
Adults (aged 18-64)	Adults should do 2 hours and 30 minutes a week of moderate-intensity, or 1 hour and 15 minutes (75 minutes) a week of vigorous-intensity aerobic physical activity, or an equivalent combination of moderate- and vigorous-intensity aerobic physical activity. Aerobic activity should be performed in episodes of at least 10 minutes, preferably spread throughout the week. Additional health benefits are provided by increasing to 5 hours (300 minutes) a week of moderate-intensity aerobic physical activity, or 2 hours and 30 minutes a week of vigorous-intensity physical activity, or an equivalent combination of both. Additional health benefits are gained by engaging in physical activity beyond this amount. Adults should also do muscle-strengthening activities that involve all major muscle groups performed on 2 or more days per week.
Older adults (aged 65 and older)	Older adults should follow the adult guidelines. If this is not possible due to limiting chronic conditions, older adults should be as physically active as their abilities allow. They should avoid inactivity. Older adults should do exercises that maintain or improve balance if they are at risk of falling.

Fonte: Oja et al., 2010

Nudging e promozione dell'attività fisica: benefici di salute - 3

- L'attività motoria preventiva e adattata per le diverse fasce d'età e condizioni di salute produce benefici in termini di prevenzione/rallentamento di numerose patologie con effetti positivi in termini di minore utilizzo dei servizi sanitari.
- Un'esempio:

<p>Benefici di programmi di Attività Fisica Adattata per persone affette da mal di schiena, dorso curvo o problemi osteoarticolari (prevenzione/ rallentamento dell'insorgenza di patologie lombari, reumatiche e osteoarticolari)</p>
--

Benefici potenziali "tangibili"

Minore consumo di farmaci (antidolorifici, analgesici, antinfiammatori ecc.)
Minore ricorso a servizi sanitari (cure fisioterapiche, interventi, ricoveri, visite specialistiche, ecc.) in relazione a un monitoraggio più efficace e a un migliore controllo e mantenimento delle capacità fisiche
Minore consumo di farmaci antidepressivi determinato da minori livelli di dolore e stress e dal miglioramento del livello di umore legato alla partecipazione ad attività sociali
Riduzione delle perdite di produttività

Benefici potenziali "intangibili"

Riduzione del dolore
Migliore recupero da condizioni disabilitanti
Rallentamento del decadimento funzionale e della perdita di mobilità
Migliori indicatori di qualità della vita (aumento della quantità e della qualità di tempo libero)

- Il motivo per cui il *nudging* è di grande interesse è evidente: propone in molti casi soluzioni a basso costo che non richiedono necessariamente interventi normativi e che possono essere applicate ad una vasta gamma di problemi derivanti dai comportamenti individuali.
- L'approccio appare innovativo per due aspetti:
 - la considerazione del **carattere non perfettamente razionale delle scelte individuali** come evidenziato da economia comportamentale e psicologia sociale (Tversky and Kahneman, 1981);
 - il suo legame con il nuovo filone di filosofia politica del **Paternalismo Libertario o "Paternalismo Soft"** (Thaler and Sunstein, 2003) secondo cui le persone vanno guidate nella scelta di "ciò che è meglio per loro", anche se sono comunque libere di comportarsi diversamente.

- Il secondo aspetto ha innescato un **dibattito molto acceso sul carattere più o meno cogente (e quindi scarsamente libertario) delle politiche ispirate al nudging** adottate o progettate finora soprattutto nei paesi anglosassoni (USA, Regno Unito) (Rizzo and Whitman, 2009; Burgess, 2012; Symposium in European Journal of Risk Regulation, 1/2012).
- Un orientamento che si sta manifestando è quello di **garantire ampia partecipazione pubblica e trasparenza – attraverso processi deliberativi democratici – non solo nella scelta delle azioni di nudging ma anche nella individuazione degli esperti (“architetti delle scelte”) deputati a definire tali azioni** (Anand e Gray, 2009; Boniolo, et al., 2012).

- Non esiste però una definizione precisa e operativa del *nudging*, che rappresenta l'etichetta per un continuum di azioni (informazione, educazione, comunicazione, incentivi e disincentivi) caratterizzate da regole pro-salute con libertà di scelta di opzioni alternative a costi limitati.
- **Interventi efficaci di *nudging* possono peraltro richiedere interventi normativi o regolatori di supporto**, sia per favorire comportamenti salutari sia per contrastare gli incentivi a comportamenti non salutari frequentemente introdotti dalle grandi imprese produttrici (es: pubblicità di alimenti mirata sul target bambini).
- Gli accordi volontari tra industrie produttrici (alimenti, alcol, tabacco) e altre azioni ispirate alla logica pura del *nudging* si sono finora dimostrati meno efficaci di altri strumenti (regolazione dei prezzi, imposte correttive, etichettatura dei cibi) nel modificare i comportamenti (Le Grand 2008, 2009; Marteau, 2011; Loewenstein et al., 2012).
- Al momento, mancano ancora chiare evidenze in merito alla costo-efficacia e agli effetti di equità degli interventi di *nudging*.
- **E' opportuno ricorrere a una batteria di strumenti scelti in base a criteri di costo-efficacia e di fattibilità rispetto all'obiettivo di miglioramento di salute della popolazione** (Muraro e Rebba, 2010).

Riferimenti Bibliografici - 1

- Anand P and Gray A (2009). Obesity as Market Failure: Could a 'Deliberative Economy' Overcome the Problems of Paternalism? *Kyklos*, 62(2):182-190.
- Atella V, Kopinska J. (2012), "Criterio di ripartizione e simulazione a medio e lungo termine della spesa sanitaria in Italia: una proposta operativa", mimeo.
- Boniolo G., De Anna G., Mameli M., Rebba V., Schiavone G. (2012), "Libertarian Paternalism and Health Care Policy: A Deliberative Proposal", mimeo.
- Burgess A., 2012, "'Nudging' Healthy Lifestyles: The UK Experiments with the Behavioural Alternative to Regulation and the Market", *European Journal of Risk Regulation*, 1/2012, pp. 3-16.
- Cappelen A.W., Norheim O.F. (2005), "Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach", in «*Journal of Medical Ethics*», 31, 2005, pp. 476-480.
- Clements B., Coady D., Sanjeev G. (eds.) (2012), *The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies*, International Monetary Fund , Washington.
- De Noni L., Arlotti A., Ciddio P. (2010), "Modelli operativi di promozione dell'attività fisica nei Dipartimenti di Prevenzione", *Atti 44° Congresso Nazionale S.It.I.*
- European Commission - Directorate-General for Economic and Financial Affairs, *The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010-2060)*, Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG), *European Economy 2|2012*, European Union, Brussels, 2012

Riferimenti Bibliografici - 2

- the European House-Ambrosetti, 2012, "Meridiano Sanità: le coordinate della salute. Rapporto 2012",
- Fondazione Farmafactoring, 2012, Il sistema sanitario in controtuce. Rapporto 2012. Sostenibilità economica e qualità dell'assistenza, Roma.
- Goldhaber-Fiebert J.D., Blumenkrantz E., Garber A.M., "Committing to exercise: contract design for virtuous habit formation", NBER Working Paper 16624, December.
- King, Abby C.; Friedman, Robert; Marcus, Bess; Castro, Cynthia; Napolitano, Melissa; Ahn, David; Baker, Lawrence (2007), "Ongoing physical activity advice by humans versus computers: The Community Health Advice by Telephone (CHAT) Trial", Health Psychology, Vol 26(6), Nov 2007, 718-727
- Marteau T.M., Ogilvie D., Roland M., Suhrcke M., Kelly M.P. (2011), "Judging nudging: can nudging improve population health?", in BMJ, 29 January 2011,342, pp: 263-265.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (2012), Le tendenze di medio e lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario – 2012, Rapporto N. 13, Roma
- Muraro G., Rebba V. (2010), "Individual Rights and Duties in Health Policy", Rivista Internazionale di Scienze Sociali, N. 3, pp. 379-396.
- OECD (2006), "Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?", Economics Department Working Papers, No. 477.

Riferimenti Bibliografici - 3

- OECD (2010), Value for money in health spending, OECD Health Policy Studies, Paris.
- Oja P., Bull F.C., Fogelhom M., Martin BW. (2010), "Physical activity recommendations for health: what should Europe do?", BMC Public Health, 10.
- Paccagnella O., Rebba V., Weber G. (2012), "Voluntary Private Health Care Insurance among the Over Fifties in Europe", "Health Economics", Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/hec.2800.
- Rizzo MJ and Whitman DG (2009). Little Brother is Watching You: New Paternalism on the Slippery Slopes, Arizona Law Review, 51:685-739.
- Roemer J. (2002) "Equality of opportunity: a progress report", Social Choice and Welfare, 19, pp. 455-471.
- Thaler, R.H., Sunstein, C.S. (2003). "Libertarian Paternalism". The American Economic Review 93: 175-179.
- Thaler, R.H., Sunstein, C.S. (2008). "Nudge: Improving decisions about health, wealth and happiness". New Haven: Yale University Press.
- Thomson S., Foubister T., Mossialos E. (2009), Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series n. 17, Copenhagen.
- Tversky A and Kahneman D (1981). The framing of decisions and the psychology of choice, Science, 211 (4481): 453-458.
- WHO (2007), Steps to health. An European Framework to Promote Physical Activity for Health