

**Saggi di
politica economica**
in onore di Federico Caffè

a cura di Nicola Acocella
Guido M. Rey e Mario Tiberi

Volume II



FrancoAngeli

1. REDDITO PER ABITANTE E DURATA MEDIA DELLA VITA *

di Giorgio Fuà **

1. I dati

Oltre cinquant'anni fa, lavorando alla tesi di laurea, imparai dalle statistiche allora disponibili che la durata media della vita degli abitanti di un paese era direttamente correlata con il livello di consumo (o di reddito) del paese stesso, livello la cui definizione e misurazione restavano peraltro a quell'epoca molto incerte. Ma oggi, sulla base dell'accresciuta documentazione statistica di cui disponiamo, è possibile dire qualcosa di più sulla relazione tra durata della vita e livello di reddito.

Attraverso un confronto esteso nello spazio ad una cinquantina di paesi e risalente indietro nel tempo fino agli anni '30, ottengo i risultati che sono esposti sinteticamente nelle figure 1 e 2.

Ambedue le figure mostrano la relazione tra la speranza di vita alla nascita (espressa in anni) ed il Pil per abitante (espresso in migliaia di dollari del 1980) a tre date diverse: gli anni '30, gli anni '50 e gli anni '80. La fig. 1, divisa in tre sezioni rispettivamente dedicate alle tre date suddette, comprende in ciascuna sezione tutti i paesi sui quali mi è stato possibile raccogliere valutazioni ragionevolmente comparabili riguardanti la data in esame; e com'è naturale il campione di paesi raccolto va ampliandosi man mano che passo a date più recenti. Questo è un vantaggio dal punto di vista della ricchezza dell'informazione offerta dalla figura, ma uno svantaggio ai fini della possibilità di effettuare un confronto omogeneo tra le date. Per rimediare, contrassegno con cerchietti « pieni » un sotto-campione composto da 17 paesi che sono presenti a tutte le

* Queste pagine si inquadrano in una più ampia ricerca, che ho ancora in corso, sulle relazioni tra crescita economica e benessere.

** Dipartimento di economia, Università di Ancona.

Fig. 1 - PIL per abitante e speranza di vita alla nascita in 55 paesi

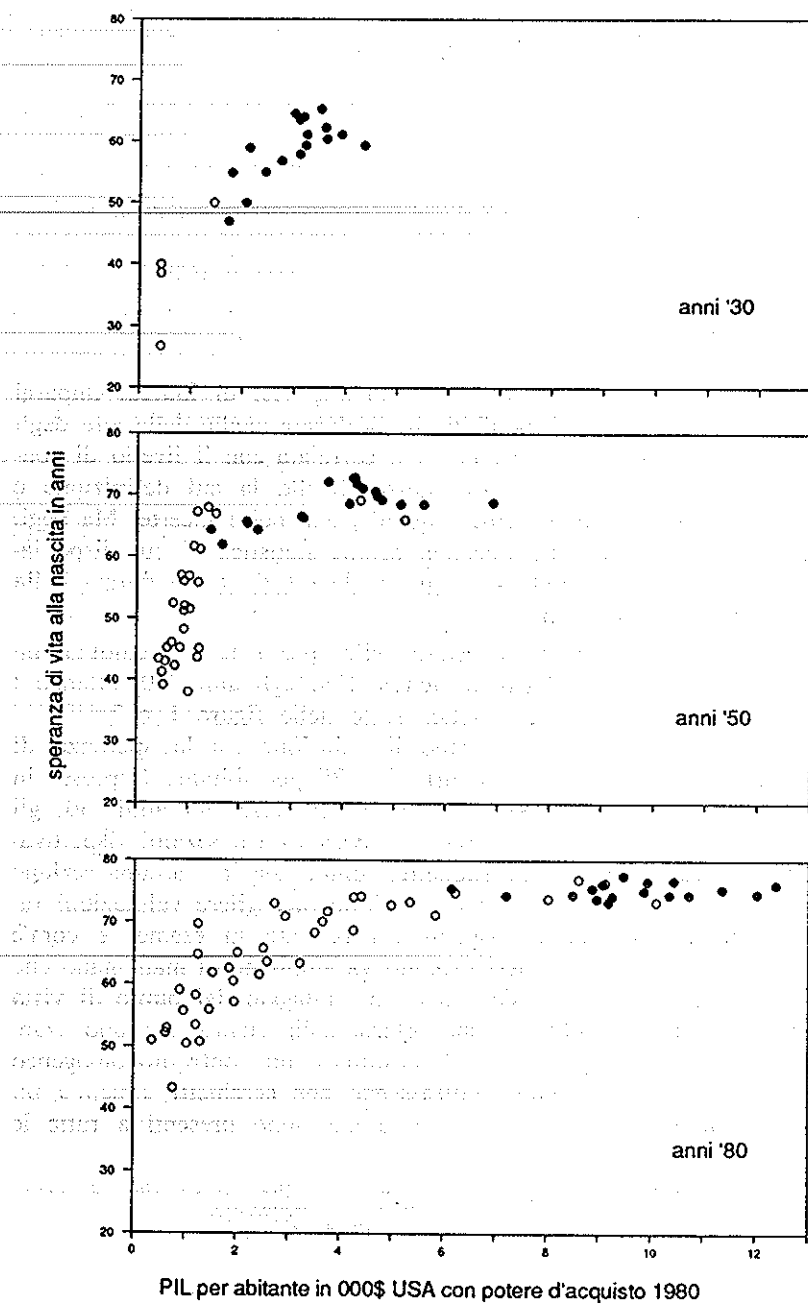
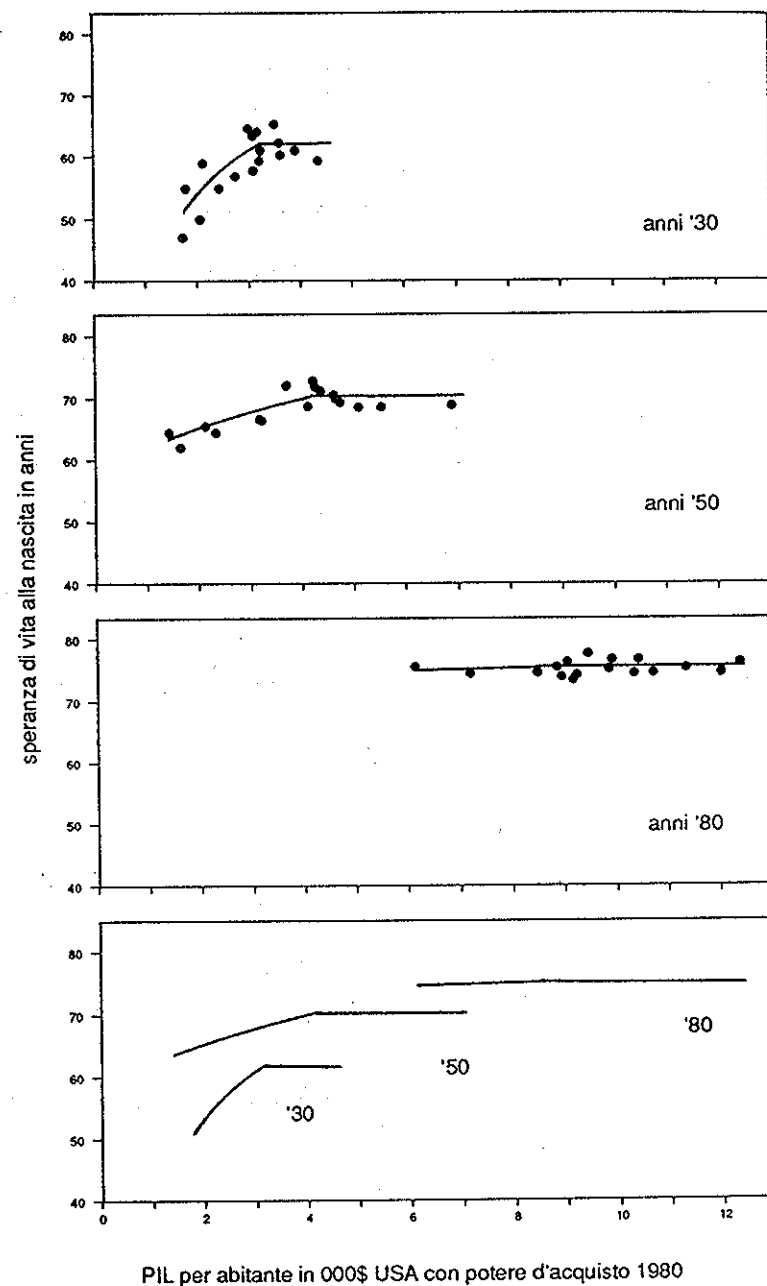


Fig. 2 - PIL per abitante e speranza di vita alla nascita in 17 paesi



date¹. Come ulteriore aiuto propongo al lettore la fig. 2, in cui le tre sezioni superiori riportano i valori dei 17 paesi, rispettivamente alle tre date, con l'indicazione della curva che li interpola; mentre l'ultima sezione in basso mette in evidenza come la curva si è spostata da una data all'altra.

Ed ecco la storia che emerge dalle due figure. A tutte tre le date esaminate il comportamento della durata della vita in funzione del livello di reddito si conforma ad uno stesso schema. Entro un primo intervallo, che va da zero a 3 o 4 mila dollari 1980 (con una incerta tendenza di questo limite superiore ad elevarsi lentamente nel corso del tempo), le differenze di reddito tra un paese e l'altro sono accompagnate da differenze di uguale segno nella durata della vita; ma raggiunti i 3 o 4 mila dollari la durata della vita tocca un « soffitto » oltre cui non sale per quanto si passi a redditi maggiori. Si ha, insomma, una curva con un primo tratto ascendente seguito da un tratto orizzontale². Nel corso del tempo questa curva slitta progressivamente verso l'alto in ambedue i suoi tratti: si verifica cioè, per ogni dato livello di reddito misurato a prezzi costanti, un progressivo aumento della durata della vita. Cosicché, in conclusione, si può dire che l'allungamento della vita media che osserviamo nei singoli paesi è imputabile a due fattori diversi: lo spostamento della curva verso l'alto (che avvantaggia tutti i paesi indistintamente) e lo spostamento del singolo paese lungo la curva (che avvantaggia solo quei paesi che si trovano ancora nel tratto ascendente, cioè con reddito inferiore a 3-4 mila dollari, e che realizzano un aumento di reddito).

2. Un'interpretazione dei dati

Certamente la durata della vita può essere influenzata *anche* da molti fattori che non hanno nessun legame, o comunque nessun legame stretto, con il reddito, come per esempio il clima, la costituzione fisica della stirpe, la presenza di comportamenti violenti, ecc. Né d'altra parte si può escludere che la durata della vita eserciti essa

1. I 17 paesi sono: Australia, Austria, Belgio, Canada, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Giappone, Italia, Norvegia, Paesi Bassi, Regno Unito, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera.

2. Qualche lettore osserverà che l'allineamento dei punti risulta meno soddisfacente nel tratto ascendente della curva che nel tratto orizzontale. Questo potrebbe essere imputato anche al fatto che le statistiche di cui disponiamo per i paesi più poveri sono generalmente meno buone.

stessa qualche influenza sul reddito, per esempio in quanto i cambiamenti della tavola di mortalità finiscono con il ripercuotersi sulla composizione per età e quindi sul potenziale di lavoro della popolazione. Ma in questa sede voglio concentrare l'attenzione su una singola catena causale: quella che va dal reddito alla durata della vita attraverso la disponibilità di conoscenze sanitarie e di mezzi per applicarle.

Secondo l'ottica qui assunta, il « soffitto » che troviamo nelle figure 1 e 2 può essere letto come la durata massima della vita media che una popolazione ottiene, alla data in esame, *se utilizza completamente* — salvo quel margine di imperfezione che è inevitabile nella pratica — l'intero patrimonio di conoscenze sanitarie che il mondo è riuscito ad accumulare fino a quella data. Il fatto che molti paesi risultino oggi così ben allineati sul soffitto si spiega, secondo questa interpretazione, considerando che le stesse conoscenze sono a disposizione di tutti, che molti riescono ad utilizzarle pienamente e che nessuno — per definizione — può utilizzarle più che pienamente.

Lo spostamento verso l'alto del soffitto, che rileviamo nel corso del tempo, si presta ad essere interpretato come il riflesso del progressivo aumento del patrimonio mondiale di conoscenze sanitarie ad opera di nuove ricerche. È pensabile che la velocità con cui si accumula questo patrimonio abbia qualche relazione, anche se non semplice, con l'andamento del reddito dei paesi che sono all'avanguardia della ricerca (in genere i paesi più ricchi). Ciò per almeno due ragioni: perché la ricerca richiede anche — sebbene non soltanto — mezzi di natura economica; e perché la ricerca sanitaria e la crescita del reddito sono ambedue sospinte dalle stesse forze profonde, lo spirito « secolare » (nel senso di Kuznets) e la cultura tecnica.

Il fatto che non tutti i paesi raggiungano il soffitto si può ben spiegare — anche nell'ipotesi idealizzata che le stesse conoscenze sanitarie siano accessibili a tutti nell'identico modo — considerando che la messa in pratica di tali conoscenze richiede l'impiego di mezzi e che possono esserci paesi in cui i mezzi occorrenti difettano. Insomma, non basta per una vita più sana conoscere quali sono le soluzioni ottimali riguardanti l'alimentazione, l'abitazione e tutto il resto, se non si hanno i mezzi per procurarsele.

Secondo un ragionamento a priori, i mezzi per applicare le conoscenze sanitarie potrebbero provenire anche dalla sfera delle attività « non mercificate »; ma guardando le statistiche si deve con-

cludere che storicamente sono le attività mercificate a giocare il ruolo decisivo. Nelle figure 1 e 2 abbiamo visto, infatti, che i singoli paesi si avvicinano più o meno al soffitto della durata della vita (da cui si deduce che utilizzano più o meno completamente il patrimonio mondiale delle conoscenze sanitarie) a seconda del reddito, ossia della quantità di merci, di cui dispongono.

Si è visto anche come il livello di reddito per abitante che consente ad una popolazione di applicare pienamente le conoscenze sanitarie — e così godere la massima durata di vita pro tempore ottenibile — sia rimasto dagli anni '30 ad oggi nello stesso ordine di grandezza (3-4 mila dollari 1980), ma con una leggera tendenza — peraltro incerta — all'aumento. Chi ritenga sufficientemente provata tale tendenza può trarne un'indicazione sulla natura del progresso delle conoscenze sanitarie realizzato in questo periodo: si tratterebbe di un progresso che insegna bensì ad allungare la vita media ma con prescrizioni via via più costose per chi vuole sfruttarle appieno.

Si può restare sorpresi dall'uguaglianza quasi perfetta di durata della vita che si riscontra tra i paesi con reddito superiore ai 3-4 mila dollari. Infatti, ragionando a priori, ci si attende che l'applicazione delle conoscenze sanitarie risulti più o meno buona a seconda non soltanto della quantità di reddito disponibile pro capite, bensì anche di come il reddito si ripartisce tra gli abitanti e di come questi lo impiegano. A posteriori tuttavia, viste le statistiche, si deve concludere che evidentemente non si sono avute in questo periodo storico, tra un paese ricco e l'altro, differenze nella ripartizione e nell'impiego dei redditi così grandi da incidere più che marginalmente sulla vita media.

3. La prospettiva

Fino a qualche tempo fa il nostro paese ha potuto trarre vantaggio, per aumentare la vita media della popolazione, sia dal progresso delle conoscenze sanitarie mondiali, sia dalla crescita del proprio reddito nazionale. Chi accetti la durata della vita come un indicatore del benessere, o più esattamente del semplice benessere fisiologico della popolazione, può dire che nella situazione allora esistente ogni aggiunta al reddito nazionale giovava al benessere fisiologico degli italiani.

Oggi, avendo largamente superato il limite dei 4 mila dollari

1980 per abitanti, ci troviamo — secondo le spiegazioni dei paragrafi precedenti — in una posizione diversa. Non possiamo più contare che l'ulteriore crescita del reddito nazionale italiano ci porti per così dire automaticamente, come avveniva in passato, un allungamento della vita media. Ormai la speranza di un allungamento della vita media resta affidata a:

1. un ulteriore avanzamento della frontiera delle conoscenze sanitarie mondiali, avanzamento al quale la crescita economica realizzata entro il nostro paese potrà bensì contribuire ma solo in modo indiretto, marginale ed incerto;
2. un miglioramento della *distribuzione e dell'impiego* del reddito nazionale italiano, miglioramento che in linea teorica potrebbe dare grandi risultati ma per il quale — in base all'esperienza passata nostra ed altrui — si deve ritenere che esistano in pratica margini di manovra ristrettissimi.

Nella stessa situazione dell'Italia si trova oggi la quasi totalità dei paesi membri dell'Ocse, mentre tutto il resto del mondo è ancora in situazione diversa. Vivono dunque fianco a fianco una minoranza (pari ad appena due decimi della popolazione mondiale) cui noi apparteniamo, per la quale la crescita economica non ha più un significato importante in termini di benessere fisiologico; ed una maggioranza per cui lo ha ancora, anzi pesantissimo; e dal contrasto deriva un complesso immane di problemi che non possono mancare di riflettersi anche nel mondo rarefatto degli studi di economia della crescita e di economia del benessere.