



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI GENOVA



Università degli studi di Genova

Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche

Dipartimento di Neuroscienze, Riabilitazione, Oftalmologia, Genetica e Scienze Materno-
Infantili

Master in Riabilitazione dei Disordini Muscoloscheletrici

A.A. 2022/2023

Campus Universitario di Savona

**Il professionista sanitario come "Cavaliere" o "
Servo disonesto": la gestione del Moral Hazard in
sanità**

Candidato:

Ottavia Benatti

Relatore:

Lia Rodeghiero

INDICE

ABSTRACT

1. INTRODUZIONE.....p.1

2. MATERIALI E METODI.....p.3

3. RISULTATI.....p.4

4. DISCUSSIONE.....p.14

5. CONCLUSIONI.....p.18

6. BIBLIOGRAFIA.....p.19

ABSTRACT

In un periodo storico in cui l'età media della popolazione si alza sempre più, con conseguente aumento di patologie dal carattere cronico, e caratterizzato da importanti crisi economiche che si traducono in una riduzione dei finanziamenti destinati alla sanità, trovare strategie per ridurre i costi che gravano sulla sanità e migliorare lo stato di salute generale della popolazione appare essere necessario.

Con l'applicazione del concetto del moral hazard in ambito sanitario (tendenza delle persone ad assumere comportamenti rischiosi quando protette dalle conseguenze delle loro azioni), si cerca di capire quali possano essere le motivazioni che spingono i pazienti a non assumere comportamenti preventivi per la propria salute e a ricorrere in modo eccessivo o tardivo all'assistenza sanitaria. Una scarsa health literacy, assieme alle difficoltà che i pazienti riscontrano nell'accesso ai servizi di cura, in termini di comprensione, sembrerebbe giustificare in parte questi comportamenti. D'altro canto, si intuisce la rilevanza che la figura del professionista sanitario assume nella determinazione di questo fenomeno, in quanto intermediario tra fonte di erogazione del servizio di cura e paziente.

Attraverso questa revisione narrativa si è cercato dunque di capire in che modo sia possibile favorire l'health literacy, arrivando alla formulazione di un piano d'azione che vada ad agire da un lato sull'educazione del paziente, e dall'altro sull'accessibilità dei servizi di cura, al fine di migliorare lo stato di salute e ridurre i costi sulla sanità.

1. INTRODUZIONE

L'interazione tra moral hazard e health literacy può essere complessa. Con il termine Moral Hazard ci si riferisce alla tendenza delle persone ad assumere comportamenti rischiosi o ad aumentare l'utilizzo di servizi, in questo caso sanitari, quando sono protette dalle conseguenze negative delle loro azioni o dal costo dei servizi di cura stessi. Nel contesto della sanità, il moral hazard può emergere quando le persone hanno accesso a servizi sanitari gratuiti o finanziati dallo Stato, senza dover affrontare direttamente i costi di essi. Questo può portare a un uso eccessivo o inappropriato delle risorse sanitarie, con conseguenti costi più elevati per il sistema sanitario. D'altra parte, l'health literacy è la capacità di comprendere e utilizzare le informazioni relative al tema salute al fine di prendere decisioni consapevoli e attuare comportamenti responsabili. Le persone con una buona health literacy sono dunque in grado di capire i rischi e i benefici di determinate azioni e di prendere decisioni informate sulla propria salute. Avere una buona comprensione dei rischi per la salute e dei costi dei servizi sanitari, potrebbe aiutare a prendere decisioni più consapevoli e meno rischiose. D'altra parte, una scarsa health literacy aumenta la possibilità di assumere comportamenti pericolosi per la salute e di sovrautilizzo dei servizi sanitari. Tuttavia, anche le persone con una buona alfabetizzazione sanitaria potrebbero cadere nella trappola del moral hazard se si sentono protette dalle conseguenze negative dei propri comportamenti.

Emblematico è lo studio di Klick e Stratman del 2007, che ha notato la forte correlazione tra la copertura sanitaria fornita dallo stato per pazienti diabetici e l'indice di massa corporea. Questo fa riflettere sulla possibilità che una persona possa assumere comportamenti poco salutari, come ad esempio fumare o non fare esercizio fisico, solo perché ha un'assicurazione sanitaria che copre i costi delle cure mediche, anche se dovesse avere un'adeguata alfabetizzazione sanitaria. Ma se un'adeguata health literacy non risulta sufficiente a ridurre l'effetto del moral hazard in sanità, quali altri fattori possono incidere e dove è possibile agire?

In questa revisione ci si domanda se sia possibile che moral hazard e health literacy siano influenzati dalla figura del professionista sanitario in quanto educatore e informatore. Dall'analisi della letteratura ci aspettiamo che i pazienti con scarsa health literacy possano essere maggiormente influenzati dal moral hazard. Tuttavia, se i professionisti e i servizi sanitari possedessero le competenze necessarie all'educazione e informazione adeguate del paziente, l'effetto del moral hazard in sanità potrebbe risultare ridotto. In altre parole, se i pazienti avessero gli strumenti adeguati a comprendere e gestire il loro stato di salute e sapessero di poter contare sulle raccomandazioni dei loro medici, potrebbero essere meno inclini a comportamenti a rischio e di conseguenza a sviluppare problemi di salute. Nella mia personale pratica clinica ho avuto modo di osservare come una comunicazione chiara e semplice da parte del professionista sanitario e la fiducia che i pazienti ripongono nella nostra figura, possano influenzare positivamente la loro capacità di comprendere e utilizzare le informazioni sulla salute.

Questo articolo revisiona la letteratura che concerne moral hazard e health literacy, concetti raramente trattati insieme poiché derivanti da due campi di letteratura diversi. Verrà posta attenzione sulla figura del professionista sanitario e sul ruolo che riveste nella determinazione di questo fenomeno attraverso l'analisi degli articoli trovati in letteratura. L'obiettivo che ci si pone è quello di valutare la possibilità di un intervento diretto del professionista sanitario sul paziente, al fine di implementare l'health literacy e di conseguenza ridurre i costi sulla sanità.

2. MATERIALI E METODI

Come sostenuto dalla letteratura scientifica prevalente, un'efficace strategia di ricerca e selezione è il primo passo per una buona revisione della letteratura. Per raccogliere ed esaminare gli articoli inclusi in questa revisione narrativa della letteratura, è stato predisposto il modello PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome). La popolazione presa in esame sarà la popolazione generale non specifica. Come intervento sono stati presi in considerazione strumenti e strategie utilizzate. L'outcome si identifica nella capacità del professionista sanitario di garantire al paziente una buona Health Literacy, in un'ottica di ottimizzazione dei costi per la sanità sul principio del Moral Hazard. Il comparison non è stato identificato non essendoci un confronto tra più strategie o tecniche. Il quesito clinico proposto è l'identificazione, per il professionista sanitario, degli elementi per garantire una buona alfabetizzazione sanitaria al paziente, al fine di ridurre quei comportamenti mal adattativi nella prevenzione e nella gestione della malattia per ridurre gli effetti del Moral Hazard e dunque i costi che gravano sulla sanità e lo stato di salute generale. È stato quindi utilizzato un approccio narrativo per sintetizzare le evidenze al fine di costruire un'analisi approfondita e critica delle evidenze concettuali ed empiriche relative all'argomento in esame. Nella raccolta delle evidenze sono stati imposti limiti temporali e pertanto non sono stati considerati studi con anno di pubblicazione antecedente al 2000. Per migliorare la ripetibilità dello studio sono stati considerati solo articoli in inglese. Come fonti di ricerca sono stati interrogati database MEDLINE tramite il motore di ricerca "PubMed", ACCESSSS, Sistema Nazionale Linee Guida, WHO (World Health Organization). Sono stati presi in considerazione 8 articoli di cui sono stati esaminati i testi, al fine di identificare gli articoli che hanno contribuito a fornire una risposta al quesito clinico che ha ispirato questo articolo.

3. RISULTATI

Il moral hazard è la tendenza a ridurre lo sforzo preventivo, in risposta a una copertura assicurativa. Questa teoria appartenente al campo della microeconomia è stata più volte calata nel contesto sanitario portando a diverse conclusioni. Se in alcuni contesti assicurativi questa teoria trova validazione, non ci sono evidenze che la teoria del moral hazard possa essere valida anche in ambito sanitario. In campo economico è stato riscontrato come a una buona assicurazione sulla macchina corrispondesse un'importante riduzione dei comportamenti di prevenzione (Chiappori et al., 2000). A sostegno di questa teoria si propone anche lo studio di Cohen e Dehejia (2004), che associa all'assicurazione sul veicolo, un aumento del numero di incidenti. Per quanto concerne il campo sanitario, sono stati condotti studi che analizzassero strumenti che, secondo la teoria del moral hazard, potessero rappresentare degli "incentivi di consumo" per il paziente e che dunque favorissero l'accesso ai servizi sanitari.

Tra gli studi presi in considerazione in questa revisione, vengono analizzati in particolare tre diversi "incentivi di consumo" per il paziente, che possono condurre a un uso eccessivo e inappropriato delle risorse sanitarie. Lo studio di Dhaval D. et al. del 2009 prende in considerazione la copertura assicurativa sanitaria, lo studio di Zweifel P. et al. del 2000 analizza l'indennità di malattia in ambito lavorativo, mentre lo studio di Doran E. et al. del 2015 si concentra sulla riduzione del prezzo dei farmaci, offrendo il punto di vista del paziente attraverso i risultati delle interviste condotte.

Nell'ambito delle coperture sanitarie la teoria economica sostiene che questa assicurazione possa aumentare l'affluenza ai servizi sanitari nel momento in cui questa riduce l'onere finanziario delle cure mediche sul paziente. Tuttavia, lo studio di **Dahval D et al. (2009)** suggerisce che la copertura sanitaria non trovi prove a dimostrazione della teoria del moral hazard, e ipotizza che il motivo possa essere che l'assicurazione, modificando l'affluenza ai servizi di cura, sia in grado di modificare (e in alcuni casi creare) la relazione con il professionista sanitario, favorendo così l'adozione di comportamenti di prevenzione da parte

del paziente attraverso l'educazione. In questo studio è stato ipotizzato, e successivamente smentito, che il concetto di moral hazard potesse essere calato nel contesto sanitario. Questo assunto nasce dal fatto che in altri contesti assicurativi la presenza di moral hazard è evidente: basti pensare che a una più alta assicurazione sulla macchina è associato un maggior numero di incidenti stradali, ed è interessante sottolineare come benché in entrambi questi contesti ci sia in gioco la salute delle persone, il moral hazard trovi applicazione solo in quest'ultimo. Questo accade perché le assicurazioni sanitarie, se da un lato favoriscono l'affluenza ai servizi, dall'altro promuovono la relazione tra paziente e professionista sanitario, favorendo in questo modo l'attività di prevenzione di quest'ultimo. È importante tenere in considerazione che numerosi studi hanno già dimostrato come i consigli di prevenzione forniti da professionisti siano in grado di modificare concretamente il comportamento dei pazienti verso un più corretto stile di vita (US Preventive Services Task Force 2003, 2004). In sintesi, è noto che l'assicurazione sanitaria aumenta il ricorso ai servizi di cura (Newhouse et al., 1993) ma stesso modo esistono prove significative della capacità dei professionisti sanitari di modificare i comportamenti legati allo stile di vita.

L'indennità di malattia è una retribuzione che viene garantita al lavoratore in assenza giustificata dal luogo di lavoro. Secondo quanto sostenuto dalla teoria del moral hazard, quanto più è alta la percentuale di retribuzione rispetto al pieno stipendio, tanto è più alta la probabilità che il lavoratore sia propenso a chiedere assistenza medica. Tale teoria viene confutata dallo studio di **Zweifel P et al., 2000** che definisce gli incentivi al consumo nell'ambito dell'assistenza sanitaria irrilevanti a causa della figura del medico, che copre un ruolo informativo e educativo molto influente. È stato infatti riscontrato che il paziente ha tendenza ad affidarsi quasi incondizionatamente all'autorità del medico, e questo lo fa per diversi motivi, tra cui in primis il grado di educazione del paziente e di alfabetizzazione sanitaria, per ovvi motivi inferiori a quelli del medico (Holmstrom, 1979). Inoltre, a favorire il desiderio di deresponsabilizzazione del paziente incide la rappresentazione della malattia come un fardello non solo per l'individuo ma anche per i familiari che lo circondano, che vedono una riduzione

delle entrate a causa dell'assenza da lavoro e al tempo stesso un aumento delle uscite per via dei costi delle cure. Anche il contesto lavorativo in cui è inserito il paziente ne risente nel momento in cui il lavoro da lui svolto deve essere coperto da qualcun altro. Per questi motivi l'individuo ha tendenza a delegare la responsabilità del proprio stato di salute su un'altra persona per esonerare sé stesso da questo carico (Zwefel et al. 2000). Al giorno d'oggi l'indennità di malattia sostituisce lo stipendio in una buona percentuale, e quanto è più alta la copertura tanto più ci si aspetta una propensione da parte del lavoratore di chiedere assistenza medica e dunque di assentarsi da lavoro. In realtà questa teoria viene confutata dall'articolo preso qui in esame, che afferma che l'incentivo di consumo rappresentato dall'indennità di malattia viene considerato irrilevante grazie all'autorità del medico. Questa figura ha appunto per questo una funzione informativa ed è in grado di influenzare la percezione della malattia e le preferenze del paziente di modo tale che la richiesta del paziente vada a riflettere il pensiero del medico.

Nell'analisi dei servizi che rappresentano incentivi di consumo in ambito sanitario e dunque, secondo la teoria del moral hazard, dovrebbero favorire l'affluenza del paziente ai servizi di cura, il terzo studio preso in considerazione è quello di **Doran E. et al.** del **2015**. Questo studio analizza i comportamenti dei pazienti legati all'assunzione di farmaci in un contesto in cui i medicinali sono reperibili a bassi costi. I cittadini australiani hanno accesso a farmaci da prescrizione a prezzi bassi grazie al sistema sanitario nazionale che copre parte delle spese. Il rapido aumento della spesa farmaceutica ha generato la preoccupazione che gli australiani si stiano approfittando della situazione assumendo più farmaci del necessario, cadendo perciò nell'effetto del moral hazard. L'articolo riporta i risultati di una serie di interviste per capire se e come il costo del farmaco da prescrizione influenzi l'uso del medicinale da parte dei cittadini presi in esame. Tuttavia, anche in questo caso la teoria del moral hazard incontra difficoltà di applicazione. Il comportamento dell'individuo nei confronti della propria salute è il risultato dell'unione di tutti i fattori sociali, culturali e individuali che contraddistinguono la persona; pertanto, con l'applicazione della teoria del moral hazard in un contesto tanto ampio come quello della salute, il rischio è quello di

minimizzare una serie di comportamenti che sono in realtà influenzati da molti fattori. Pertanto, la teoria del moral hazard incontra difficoltà di applicazione in un tema vasto come quello della salute. Dai risultati delle interviste è emerso che il più facile accesso al medicinale non rappresenta un fattore determinante nella decisione del paziente di assumere o meno il farmaco. È stato visto essere più influente la percezione del paziente nei confronti del farmaco, percezione influenzata da una serie di fattori, tra cui anche l'alfabetizzazione sanitaria e dunque il grado di informazione del paziente. Le interviste hanno infatti dimostrato che la maggior parte delle persone tiene in considerazione la duplice valenza del farmaco, quella di potente rimedio e quella di sostanza potenzialmente tossica verso cui rivolgersi con sospetto. Il professionista sanitario ricopre dunque un ruolo importante nel processo educativo e informativo del paziente, rappresentando la figura in grado di influenzare l'approccio del paziente al farmaco per la maggior parte degli intervistati. In questo articolo la teoria del moral hazard che considera il prezzo del medicinale un incentivo di consumo in grado di condizionare le decisioni del paziente, viene contestata in quanto considerata un'affermazione basata esclusivamente su giudizi piuttosto che su dati empirici. Infatti, nell'ipotesi del moral hazard, i pazienti sono considerati consumatori attivi, soggetti calcolatori, che compiono scelte razionali sulla base di costi e benefici, cercando di massimizzare l'utilità. (Mechanic & Rochefort, 1996; McAuley, 1999). I risultati dell'intervista mostrano come i pazienti compiano sì scelte razionali, ma anche che queste scelte sono ampiamente condizionate dal concetto che le persone hanno di salute, dai fattori culturali, sociali e individuali, come il desiderio di salute o la fiducia riposta nel professionista sanitario. In letteratura il rapporto tra medico e paziente è stato ampiamente analizzato da diversi punti di vista. Mentre alcuni studi (Williams & Calnan, 1996) sostengono che l'autorità del medico stia andando progressivamente diminuendo, altri evidenziano la totale dipendenza del paziente nei confronti del sanitario (Lupton, 1997; Owens, 1998).

Gli studi presi in esame finora sostengono la poca applicabilità della teoria del moral hazard in ambito sanitario a causa della figura del medico. Il professionista

sanitario ricopre dunque un ruolo nel processo informativo, e si pone responsabile del grado di educazione e alfabetizzazione sanitaria del paziente.

Il concetto di alfabetizzazione sanitaria o Health Literacy è stato sviluppato originariamente negli anni '70 e ha acquisito rilevanza da quando, nel 1993, il dipartimento dell'Istruzione degli Stati Uniti ha pubblicato un rapporto in cui si evidenziava che un'alta percentuale della popolazione adulta americana non possedeva le competenze alfabetiche necessarie alla comprensione delle informazioni di ambito sanitario. Il termine health literacy è attualmente fonte di dibattito ma è stato ben esposto nello studio di **Baker D. W. et al.** del **2016**. Nel 1999 l'American Medical Association's Ad Hoc Committee on Health Literacy ha definito l'health literacy come "l'insieme di competenze, tra cui la capacità di eseguire le operazioni di base di lettura e di calcolo necessarie per operare nell'ambiente sanitario", inclusa "la capacità di leggere e comprendere i flaconi delle ricette mediche, i foglietti degli appuntamenti e altri materiali essenziali per la salute" (Baker D. W. et al., 2016). Nel 2010 Health People e l'Institute Of Medicine concordano nel definire l'Health Literacy la capacità di ottenere, elaborare e comprendere informazioni necessarie al fine di prendere decisioni appropriate in materia di salute. Da queste definizioni si evince dunque che questo concetto dipende sì dalle caratteristiche dell'individuo, ma anche dall'ambiente sanitario in cui egli è inserito. Da diversi studi emerge infatti il ruolo fondamentale che ricopre il sistema sanitario nella battaglia contro la diffusione su larga scala di una limitata Health Literacy (Paasche-Orlow, 2018; Palumbo R et al. 2017). Ecco che assume importanza il ruolo del professionista sanitario nel processo di educazione, al fine di evitare quei comportamenti mal adattativi dei pazienti che si rispecchiano nella teoria del moral hazard. Una povera Health Literacy si traduce infatti nello scarso coinvolgimento da parte del paziente nel processo di presa in carico della propria salute, la non aderenza al piano di trattamento, difficoltà nella comunicazione e nel consenso informato con il conseguente aumento dei costi delle cure e aumento dell'ospedalizzazione (Griffey M et al. 2014; Bailey SC et al. 2014). Questo concetto non è nuovo, e al fine di arginare questo problema l'American College of Physicians Foundation ha recentemente messo a disposizione risorse per favorire il processo di

educazione da parte dei medici. Il problema sorge però nel momento in cui non c'è chiarezza sulla definizione stessa del termine "Health Literacy". La mancanza di un significato unico condiviso impedisce agli studiosi di trovare una modalità di misurazione univoca. Perché se per Health Literacy si intende esclusivamente l'insieme delle capacità dell'individuo, valutazioni di vocabolario, capacità di scrittura e di comprensione risultano sufficienti. Ma se il concetto si espande includendo la relazione tra queste capacità individuali e il sistema sanitario in cui il paziente è inserito ecco che la prima modalità di misura non basta.

Sulla base di questa seconda definizione più estesa, lo studio di David W. et al. ha ipotizzato una modalità di misura dell'Health Literacy ideale, che alle capacità individuali del paziente di lettura, il vocabolario e le conoscenze in materia di sanità, aggiunge la misura della complessità dei testi e dei discorsi dei professionisti sanitari. Nonostante la scarsa applicabilità di un sistema di misurazione di questo tipo, gli autori mettono in luce la necessità di trovare uno strumento in grado di valutare l'accessibilità dei servizi sanitari al fine di avere testi più comprensibili e aiutare nel miglior modo il paziente a orientarsi sulle tematiche in ambito di salute. Un articolo che analizza in modo approfondito la tematica dell'health literacy e tenta di promuovere un sistema per implementare l'alfabetizzazione sanitaria è quello di **Sørensen K. et al. (2021)**. Come sappiamo le implicazioni umane e sociali di una scarsa alfabetizzazione sanitaria sono di ampia portata (Berkman et al., 2011), per questo motivo si rende necessaria un'adeguata analisi delle conseguenze che questa ha sulla società. L'alfabetizzazione sanitaria rappresenta l'insieme delle conoscenze e competenze che si accumulano nel corso della vita attraverso le interazioni sociali, queste competenze sono mediate dalle strutture sanitarie e dalla disponibilità di risorse che il territorio offre; pertanto, il modo in cui la società sostiene e promuove l'health literacy diventa un fattore importante per lo sviluppo di popolazioni sane. È noto come l'health literacy sia collegata indirettamente a un maggior ricorso all'assistenza sanitaria e dunque a costi più elevati per lo stato (Haun et al., 2015). Tempi di guarigione più prolungati, maggiore insorgenza di complicazioni (Betz et al. 2008; Palumbo, 2017), peggior gestione della patologia cronica e uso meno efficace dei farmaci (Persell et al.,

2020), ma anche il minor utilizzo di servizi di cura preventivi come vaccinazioni o screening (Kawachi et al., 2020) rappresentano gli effetti della scarsa alfabetizzazione sanitaria, che si traducono in importanti costi che gravano sulla sanità. Lo studio di Sørensen K. et al., 2021 si pone come obiettivo quello di costruire un modello di riferimento volto a implementare l'health literacy al fine di ridurre gli effetti negativi che una scarsa alfabetizzazione sanitaria ha sulla salute dei cittadini e sull'economia del paese. Diversi paesi hanno già adottato politiche di alfabetizzazione sanitaria, tra questi Austria, Stati Uniti, Germania, Scozia e Portogallo. In particolare, il piano d'azione portoghese mira al potenziamento delle conoscenze dei cittadini dall'infanzia e per tutto l'arco della vita, al fine di ridurre i livelli di mortalità e morbidità (Saude, 2018). Al contrario il progetto scozzese è volto alla semplificazione dell'accesso e della comprensione dei servizi sanitari da parte dei cittadini (NHS Scotland, 2014; Scottish Government, 2018). Quello che emerge dall'articolo preso in esame è la necessità di formulare servizi sanitari che hanno la responsabilità di promuovere l'alfabetizzazione sanitaria e di fornire informazioni equamente accessibili (Trezona et al., 2017) in modo da promuovere la partecipazione delle persone al processo decisionale riguardo al loro stato di salute. In sintesi, l'health literacy è una forma di empowerment che favorisce autostima e autoefficacia del paziente (Cronkhal et al. 2016), e per promuoverne la diffusione si rende necessario agire sia sull'educazione del paziente, sia sull'accessibilità ai servizi sanitari.

Che l'health literacy condizioni lo stato di salute delle persone è un concetto evidente che più volte è stato dimostrato; nell'articolo di **Levy H. et al.** del **2016** tale concetto viene bene esposto. Questo studio riporta che pazienti con bassa alfabetizzazione sanitaria sono significativamente più inclini a ritardare le cure, e riportano maggiori difficoltà nell'accesso alle cure rispetto alle persone con una health literacy adeguata. I risultati mostrano come difficoltà di comprensione, di linguaggio e di espressione riguardo a tematiche di ambito sanitario riducano la probabilità che le persone entrino tempestivamente nel sistema di cura compromettendo così la loro salute. Una bassa alfabetizzazione sanitaria si traduce pertanto in un rischio per la salute (Sentell, 2012). Questo muro tra

paziente e sanità non influenza soltanto l'accesso alle cure ma anche lo stesso percorso di cura, a causa della difficoltà di comprensione delle informazioni ottenute negli incontri con il professionista sanitario.

Come già detto, la letteratura presenta molteplici studi che ipotizzano una relazione tra scarsa alfabetizzazione sanitaria e aumento dei costi sulla sanità pubblica, oltre che un aumento di mortalità e morbidità, tuttavia, ad oggi si sa ancora poco sull'entità di questo rapporto. L'articolo di **Palumbo et al.** del **2017** mira a far luce sulla relazione tra health literacy e costi che gravano sull'assistenza sanitaria, in un periodo storico in cui la popolazione diventa sempre più vecchia e caratterizzato da difficoltà economiche e dalla conseguente diminuzione dei finanziamenti pubblici dedicati alla sanità. Palumbo et al. sostiene che un'alfabetizzazione sanitaria inadeguata costituisce una barriera all'accesso appropriato ai servizi sanitari e determina così un aumento dei costi sia per i pazienti sia per le organizzazioni sanitarie. La ridotta capacità di raccogliere, interpretare, comprendere e utilizzare le informazioni relative al campo della salute provoca di contro la mancata compliance del paziente al trattamento e la minore capacità di interagire con gli operatori sanitari. Questo comportamento si traduce così in un aumento dei costi per il paziente, e in particolare per la popolazione anziana affetta da problematiche di natura cronica, destinati a sostenere costi di cura più elevati rispetto alla popolazione più giovane e alfabetizzata. Questo perché è stato notato che persone con inadeguata health literacy hanno maggiore tendenza ad accedere alle cure di emergenza, a non adottare comportamenti preventivi, ad essere restii ai rapporti di collaborazione con i professionisti sanitari e a nascondere la loro scarsa conoscenza per paura del giudizio. Una limitata alfabetizzazione sanitaria si traduce pertanto in una diminuzione della salute, che causa un aumento della domanda di assistenza. Al contrario, è stato notato come un'adeguata health literacy permetta ai pazienti di discriminare tra il percorso di cura più adeguato in accordo alle loro esigenze di salute, contribuendo così a creare un trattamento centrato sul paziente. Alla luce di queste argomentazioni, Micklethwaite et al. del 2012 ha ipotizzato che dal miglioramento dell'alfabetizzazione sanitaria possano trarre vantaggio sia i pazienti poiché più acquisiscono autoefficacia e

ottengono percorsi di cura ad hoc, sia i professionisti sanitari per il miglioramento della soddisfazione del paziente, della qualità delle cure e il risparmio sui costi. Purtroppo, la scarsa attenzione delle organizzazioni sanitarie sul tema dell'health literacy fa sì che l'approccio alle cure adottato sia ad oggi ancora quello biomedico, che concepisce i pazienti come meri consumatori di un servizio. L'invecchiamento generale della popolazione e l'avanzamento delle conoscenze in questo campo dovrebbe stimolare un maggiore impegno da parte delle istituzioni per il miglioramento dell'alfabetizzazione sanitaria individuale e organizzativa. Al tempo stesso, la sanità dovrebbe includere tra le proprie priorità l'implementazione dell'alfabetizzazione sanitaria al fine di costruire percorsi di cura che mettano al primo posto i bisogni del paziente.

Da molti studi emerge dunque l'importanza per il sistema sanitario di contrastare gli effetti che una scarsa health literacy produce sulla salute delle persone e sui costi. Da queste esigenze negli ultimi anni è nato il concetto di Organizational Health Literacy (OHL), concetto che viene ben espletato nello studio di **Farmanova et al., 2018**. OHL che tradotto letteralmente è "alfabetizzazione sanitaria organizzativa" si concretizza nelle operazioni svolte per mano della sanità pubblica al fine di rendere più facile per le persone capire e usare informazioni e servizi, per renderle autonome ed efficienti nella gestione del loro stato di salute (Brach C. et al., 2017). Secondo la review presa in esame l'Organizational Health Literacy è un concetto di equità: l'obiettivo delle organizzazioni sanitarie è quello di fornire gli stessi strumenti e la stessa educazione sanitaria a tutti i cittadini, per arginare problematiche legate alle disparità sociali. Pertanto, i progetti di implementazione dell'alfabetizzazione sanitaria dovrebbero tenere in considerazione le disparità di carattere economico, culturale e di linguaggio che caratterizzano la nostra società. Per questo motivo sono state sviluppate guide al fine di arginare il problema che una limitata health literacy rappresenta, e i primi utilizzi sembrerebbero dare esiti positivi su outcome di costi e salute. La review di Fermanova et al. ritiene però che la maggior parte dei quadri di OHL non tengano in considerazione il fatto che a influenzare lo stato di salute non siano solamente i servizi di cura e la loro accessibilità ma anche fattori quali lo stile di vita, il supporto sociale e l'ambiente

in cui il paziente è inserito. Per tale emotivo assume importanza l'implementazione di studi sull'argomento al fine di ottenere uno strumento incentrato sulla persona che promuova la salute, una buona qualità del percorso di cura e il contenimento dei costi sulla sanità che ne conseguono (Farmanova et al. 2018).

Uno studio che analizza bene l'organizational health literacy nell'ambiente ospedaliero, questa volta da un punto di vista del paziente, è quello condotto da **Lubasch et al.** del **2021**. Lo studio si pone come obiettivo quello di valutare le caratteristiche dei servizi che l'ospedale offre per favorire l'OHL e valutare se a una migliore OHL corrisponde anche una migliore esperienza riferita dal paziente. Come già visto, la comunicazione, e più in generale il rapporto tra sanitario e paziente, ricopre un ruolo molto importante nella determinazione dell'organizational health literacy. I dati di questo studio sono stati ricavati da un'indagine condotta su 209 pazienti in un ospedale universitario della Germania e l'efficacia della comunicazione è stata misurata con la scala HL-COM. I risultati hanno rivelato come a una migliore organizzazione dei servizi in termini di informazione e a un maggior supporto da parte di medici e infermieri, fosse associato un punteggio più alto sulla scala HL-COM, e dunque associato a un maggior grado di soddisfazione del paziente. Inoltre, è stato visto come problemi di erogazione dei servizi di educazione e informazione possono influire negativamente anche sulla relazione paziente - professionista. I risultati di questo studio sono pertanto in linea con i risultati del modello comunicativo sviluppato da Feldman-Stewart et al. che suggerisce che il rapporto professionista - paziente sia influenzato dal contesto in cui i primi sono inseriti, probabilmente perché condizionati dagli elevati carichi lavorativi a cui sono sottoposti. In sintesi, lo studio di Lubasch et al. identifica la comunicazione tra operatore e paziente come un fattore determinante al fine di instaurare una relazione efficace, e suggerisce che investire nell'implementazione dell'organizational health literacy potrebbe migliorare la comunicazione tra professionista sanitario e paziente, rafforzando così anche il rapporto di fiducia e riducendo i bisogni informativi insoddisfatti del paziente, nonché i costi sulla sanità.

4. DISCUSSIONE

I risultati di questa revisione narrativa incoraggiano a sostenere che in ambito sanitario la teoria del moral hazard, che bene si applica al mondo economico, non trova grandi evidenze. un esempio lampante dell'applicabilità di questa teoria in ambito economico è l'associazione tra alta copertura assicurativa sulla macchina e aumento del numero di incidenti. Verrebbe dunque da pensare che persone che si sentono protette dagli effetti delle loro azioni siano meno propense ad adottare comportamenti preventivi (moral hazard). In realtà gli articoli presi in esame in questo studio che prendono in considerazione "incentivi di consumo" per il paziente quali la copertura sanitaria, farmaci accessibili a basso prezzo e l'indennità di malattia, mostrano come non ci siano molte evidenze a sostegno della teoria del moral hazard in campo sanitario. Dopotutto, con l'applicazione della teoria del moral hazard in un contesto ampio come quello della salute, si corre il rischio di minimizzare comportamenti che sono in realtà influenzati da molti altri fattori. I risultati degli studi mostrano come i pazienti compiano sì scelte razionali, ma anche che queste scelte sono ampiamente condizionate dal concetto che le persone hanno di salute, dai fattori culturali, sociali e individuali, come il desiderio di salute o la fiducia riposta nel professionista sanitario. È interessante comunque analizzare come benché in entrambi i contesti, sanitario ed economico, ci sia in gioco la salute delle persone, il concetto di moral hazard trovi applicabilità quasi esclusivamente in quest'ultimo. I risultati degli studi analizzati suggeriscono che il motivo di ciò possa essere la presenza della figura del professionista sanitario. Se secondo la teoria del moral hazard un individuo è portato ad usufruire maggiormente dei servizi sanitari, e se il fatto stesso di avvalersi di un servizio sanitario crea un collegamento tra paziente e medico, ecco che il medico rappresenta un'autorità a cui il paziente deve necessariamente affidarsi per la gestione del suo stato di salute. Pertanto, quello che si pensava potesse essere l'effetto degli incentivi di consumo sui cittadini, ovvero il moral hazard, era in realtà la conseguenza di una scarsa alfabetizzazione sanitaria; E si deduce quindi che è del medico, oltre

che del paziente stesso, la responsabilità di implementare la health literacy. Nonostante la bassa applicabilità della teoria del moral hazard in campo sanitario, alla luce dell'aumento dell'età media della popolazione e del periodo di difficoltà finanziaria che stiamo affrontando, che si traduce in una restrizione dei finanziamenti pubblici destinati alla sanità, risulta di grande importanza ottimizzare i costi e promuovere lo stato di salute tra la popolazione generale. Dagli articoli analizzati è stato riscontrato che un basso livello di alfabetizzazione sanitaria può rendere le persone più vulnerabili di fronte alla gestione della propria salute, in quanto non in grado di comprendere le informazioni che vengono loro fornite dai professionisti sanitari, di valutare rischi e benefici dei trattamenti e di prendere decisioni informate. Questo comportamento si traduce sia in un aumento dei costi per la sanità, sia in una diminuzione dello stato di salute della popolazione vulnerabile. Ad esempio, se una persona con una bassa alfabetizzazione sanitaria non comprende appieno le conseguenze delle proprie scelte o non è consapevole delle alternative disponibili, potrebbe essere più incline a prendere decisioni che comportano un rischio maggiore per la sua salute o a utilizzare le risorse sanitarie in modo eccessivo. D'altra parte, un alto livello di alfabetizzazione sanitaria può aiutare le persone a comprendere le informazioni relative alla salute, valutare i rischi e i benefici dei trattamenti e prendere decisioni più informate, riducendo così il rischio di cadere nell'effetto del moral hazard. Gli studi analizzati suggeriscono l'idea che a fare la differenza sia il contatto diretto con il medico, o il professionista sanitario in senso lato; figura in grado di influenzare la percezione della malattia del paziente e in grado di guidarlo nel percorso decisionale, rappresentando la fonte principale di educazione sanitaria. Il professionista sanitario ha dunque un ruolo e un dovere nel processo informativo, e si pone responsabile del grado di alfabetizzazione sanitaria del paziente. È importante sottolineare che l'interazione tra health literacy e moral hazard può essere influenzata anche da altri fattori, come il contesto socioeconomico e culturale. Ad esempio, le persone con bassi livelli di alfabetizzazione sanitaria possono essere più vulnerabili se sono anche in una situazione socioeconomica precaria o se non hanno accesso a servizi sanitari di qualità. D'altra parte, le persone con un alto livello di alfabetizzazione sanitaria

hanno un rischio minore di cadere nell'effetto del moral hazard se hanno una maggiore consapevolezza dei loro diritti e delle opportunità disponibili per la cura della salute. Pertanto, l'empowerment e il coinvolgimento del paziente sembrerebbe rappresentare l'approccio più importante per migliorare l'appropriatezza dell'accesso alle cure e aumentare di conseguenza la sostenibilità del sistema dei servizi sanitari. Dal momento che il grado di health literacy dipende sia dalle capacità individuali della persona di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni in materia di salute, sia dal contesto in cui la persona è inserita e quindi dalla qualità dei servizi sanitari offerti, per favorire l'alfabetizzazione sanitaria, è necessario agire principalmente su questi due aspetti: da un lato bisogna agire sul paziente al fine di implementare quelle capacità individuali necessarie alla comprensione delle informazioni che gli vengono fornite, dall'altro bisogna che i servizi sanitari offrano informazioni che siano chiare e comprensibili (organizational health literacy). Ma quali sono le strategie che possono essere messe in atto? Oltre a un coinvolgimento attivo del paziente attraverso l'illustrazione dei diversi approcci, e la disponibilità del professionista a rispondere a tutte le domande del paziente sul proprio stato di salute, il medico può favorire l'health literacy attraverso una comunicazione efficace fornendo informazioni in modo chiaro e semplice al fine di aiutare il paziente a comprendere il suo stato di salute, la diagnosi e il piano di trattamento, fornendo anche istruzioni su come gestire la malattia o su come attuare un piano di prevenzione. In sintesi, un approccio più completo alla promozione della salute dovrebbe includere strategie che garantiscano il miglioramento della health literacy (individuale), assieme a strumenti forniti al professionista sanitario che favoriscano l'efficienza di comunicazione con il paziente e a un miglioramento generale di servizi e assistenza di cura (organizational health literacy).

In conclusione, forti della consapevolezza che la relazione sanitario-paziente è in grado di arginare in buona parte gli effetti del moral hazard, al fine di ottimizzare i costi di erogazione dei servizi di cura, assume in ogni caso importanza agire su più fronti per favorire una buona health literacy. Pertanto, è auspicabile da un lato intervenire sugli stessi servizi di cura per renderli più

accessibili e meglio comprensibili, dall'altro agire sul paziente, e dunque sul professionista sanitario come figura educativa e informativa. E questo può essere fatto fornendo al sanitario gli strumenti necessari per rendere quanto più comprensibile la comunicazione con il paziente.

5. CONCLUSIONI

Attraverso questa revisione narrativa si è cercato di fare chiarezza sulla figura del professionista sanitario nella gestione degli effetti del moral hazard nell'ambito della sanità, attraverso i concetti di health literacy e organizational health literacy. Alla luce del periodo storico di forte crisi economica che stiamo vivendo e la conseguente riduzione dei finanziamenti dedicati alla salute, alla luce dell'aumento dell'età media della popolazione e del carattere sempre più cronico delle patologie, investire in questo periodo su progetti che mirano a un'ottimizzazione dei costi in campo sanitario, oltre che promuovere lo stato di salute generale, è quanto mai necessario. Purtroppo, la scarsa attenzione delle organizzazioni sanitarie sul tema dell'health literacy fa sì che l'approccio alle cure adottato sia ad oggi ancora quello biomedico, che concepisce i pazienti come meri consumatori di un servizio. Dagli studi presi in esame in questa revisione è però emerso come la teoria del moral hazard non trovi grande applicabilità in campo sanitario, e questo perché la figura del professionista sanitario funge da intermediario tra l'organo erogatore del servizio di cura e il paziente. Egli assume pertanto il compito di educatore e informatore al fine di ridurre tutti quegli atteggiamenti che assume il paziente e che non promuovono la salute, di favorire comportamenti preventivi, e di facilitare la comprensione e l'accesso del paziente al servizio di cura, di modo tale da rendere la persona responsabile del proprio stato di salute e incoraggiare l'autoefficacia. Dai risultati della revisione è evidente come per implementare l'health literacy sia necessario agire principalmente sull'educazione del paziente da un lato, e sull'accessibilità e dunque comprensibilità, dei servizi sanitari dall'altro. In questi ultimi anni diversi studi stanno cercando di costruire dei modelli di riferimento al fine di promuovere l'alfabetizzazione sanitaria, ma purtroppo questi progetti incontrano ostacoli nel momento in cui ci sono difficoltà di misurazione di health literacy e organizational health literacy. Per questi motivi è di fondamentale importanza continuare la ricerca in questo campo al fine di ridurre i costi che gravano sulla sanità e di promuovere un migliore stato di salute tra la popolazione più vulnerabile.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Klick, J., & Stratmann, T. (2007). Diabetes Treatments and Moral Hazard. *The Journal of Law & Economics*, 50(3), 519–538. <https://doi.org/10.1086/519813>
2. Dave D, Kaestner R. Health insurance and ex ante moral hazard: evidence from Medicare. *Int J Health Care Finance Econ*. 2009 Dec;9(4):367-90. doi: 10.1007/s10754-009-9056-4. Epub 2009 Mar 11. PMID: 19277859.
3. US Preventive Services Task Force 2003, 2004.
4. Newhouse, J.P., and the Insurance Experiment Group (1993), *Free For All? Lessons from the Health Insurance Experiment* (Harvard University Press, Cambridge)
5. Zweifel, Peter & Manning, Willard G., 2000. "Moral hazard and consumer incentives in health care," *Handbook of Health Economics*, in: A. J. Culyer & J. P. Newhouse (ed.), *Handbook of Health Economics*, edition 1, volume 1, chapter 8, pages 409-459, Elsevier.
6. Holmström, B. (1979), "Moral hazard and observability", *Bell Journal of Economics* 10(1):74-91.
7. Doran E, Robertson J, Henry D. Moral hazard and prescription medicine use in Australia--the patient perspective. *Soc Sci Med*. 2005 Apr;60(7):1437-43. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.08.005. PMID: 15652677.
8. McAuley, I. (1999). Direct payments for health care. *Healthcover*, 8(6), 58–63.
9. Mechanic, D., & Rochefort, D. A. (1996). Comparative Medical Systems. *Annual Review of Sociology*, 22, 239–270.
10. Williams, S. J., & Calnan, M. (1996). The 'limits' of medicalization? Modern medicine and the lay populace in 'late' modernity. *Social Science & Medicine*, 42(12), 1609–1620.

11. Lupton, D. (1993). Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services*, 23(3), 425–435.
12. Owens, H. (1998). Counting the costs of health. *Healthcover*, 8(6), 55–57.
13. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*. 2006 Aug;21(8):878-83. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x. PMID: 16881951; PMCID: PMC1831571. Ad Hoc Committee on Health Literacy. Health literacy: report of the council on scientific affairs. *JAMA*. 1999; 281:552–7.
14. Institute of Medicine. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, DC: National Academies Press; 2004.
15. Paasche-Orlow MK, Schillinger D, Weiss BD, Bickmore T, Cabral H, Chang P, Bailey SC, Dewalt DA, Fernandez A, Fransen M, Leung A, McCaffery K, Meade CD, McCormack LA, Protheroe J, Parker R, Rothman R, Rubin D, Rudd R, Sørensen K, Von Wagner C, Wolf MS, Yin HS, Ownby RL. Health Literacy and Power. *Health Lit Res Pract*. 2018 Aug 15;2(3):e132-e133. doi: 10.3928/24748307-20180629-01. PMID: 31294288; PMCID: PMC6607841.
16. Palumbo R. Examining the impacts of health literacy on healthcare costs. An evidence synthesis. *Health Serv Manage Res*. 2017 Nov;30(4):197-212. doi: 10.1177/0951484817733366. Epub 2017 Oct 16. PMID: 29034727.
17. Griffey RT, Kennedy SK, D'Agostino McGowan L, Goodman M, Kaphingst KA. Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism? *Acad Emerg Med*. 2014 Oct;21(10):1109-15. doi: 10.1111/acem.12476. Erratum in: *Acad Emerg Med*. 2015 Apr;22(4):497. McGowan, Lucy [corrected to D'Agostino McGowan, Lucy]. PMID: 25308133; PMCID: PMC4626077.
18. Bailey SC, O'Connor R, Bojarski EA, Mullen R, Patzer RE, Vicencio D, Jacobson KL, Parker RM, Wolf MS. Literacy disparities in patient access and health-related use of Internet and mobile technologies. *Health Expect*.

- 2015 Dec;18(6):3079-87. doi: 10.1111/hex.12294. Epub 2014 Nov 2. PMID: 25363660; PMCID: PMC4417455.
19. American College of Physicians. Downloadable Patient Health Care Information. Available at: <http://www.doctorsforadults.com/download.htm?dfa>. Accessed April 1, 2006.
 20. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. *et al.* Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12, 80 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
 21. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011 Jul 19;155(2):97-107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005. PMID: 21768583.
 22. Haun, J. N., Patel, N. R., French, D. D., Campbell, R. R., Bradham, D. D. and Lapcevic, W. A. (2015) Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study. *BMC Health Services Research*, 15, 249.
 23. Betz, C. L., Ruccione, K., Meeske, K., Smith, K. and Chang, N. (2008) Health Literacy: A Pediatric Nursing Concern. *Pediatric Nursing*. 34(3):231–9.
 24. Ichiro Kawachi, COVID-19 and the 'rediscovery' of health inequities, *International Journal of Epidemiology*, Volume 49, Issue 5, October 2020, Pages 1415–1418, <https://doi.org/10.1093/ije/dyaa159>
 25. Sau´de, D-G D. (2018) Plano de Ac¸ao Para a Literacia em Sau´de Health Literacy Action Plan Portugal 2019-2021. D-G-D Sau´de, Lisboa
 26. NHS Scotland (2014) Making It Easy—A National Action Plan on Health Literacy for Scotland. NHS Scotland, Edinburgh. <https://www.gov.scot/publications/making-easy/> (27 September 2021, date last accessed)
 27. Trezona, A., Dodson, S. and Osborne, R. H. (2017) Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in

- collaboration with health and social services professionals. *BMC Health Services Research*, 17, 513.
28. Crondahl, K. and Eklund Karlsson, L. (2016) The nexus between health literacy and empowerment. *SAGE Open*, 6, 215824401664641.
 29. Levy H, Janke A. Health Literacy and Access to Care. *J Health Commun.* 2016;21 Suppl 1(Suppl):43-50. doi: 10.1080/10810730.2015.1131776. PMID: 27043757; PMCID: PMC4924568.
 30. Sentell, T. (2012). Implications for reform: Survey of California adults suggests low health literacy predicts likelihood of being uninsured. *Health Affairs*, 31(5), 1039–1048. doi:10.1377/hlthaff.2011.0954.
 31. Micklethwaite A, et al. The business case for a diabetes self-management intervention in a community general hospital. *Popul Health Manag* 2012; 15: 230–235.
 32. Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L. Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2018;55. doi:10.1177/0046958018757848.
 33. Brach C. The journey to become a health literate organization: a snapshot of health system improvement. *Stud Health Technol Inform.* 2017; 240:203-237. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/28972519/>.
 34. Lubasch, J. S., Voigt-Barbarowicz, M., Ernstmann, N., Kowalski, C., Brütt, A. L., & Ansmann, L. (2021). Organizational Health Literacy in a Hospital-Insights on the Patients' Perspective. *International journal of environmental research and public health*, 18(23), 12646. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312646>
 35. Feldman-Stewart, D.; Brundage, M.; Tishelman, C. A conceptual framework for patient-professional communication: An application to the cancer context. *Psycho-Oncology* 2005, 14, 801–809.