

MARCO MUSELLA

BREVI CONSIDERAZIONI DI UN ECONOMISTA PREOCCUPATO PER IL SUD (E NON SOLO)

1. La sanità è senz'altro un crocevia importantissimo della società contemporanea. Questioni culturali sul senso e il significato della vita umana e del suo attraversare le diverse stagioni, aspetti medici connessi all'avanzamento nella conoscenza del corpo umano, potenzialità di trattamenti sanitari migliorati dalle nuove tecnologie che rendono possibile ciò che pochi anni prima sembrava del tutto avveniristico, concorrono a porre problemi di architettura istituzionale e di reperimento e gestione delle risorse economiche che vanno considerati attentamente; rispetto ai nuovi scenari che si aprono continuamente devono poter dire la loro discipline diverse sia del campo medico sia delle cd. scienze umane.

Il punto di vista dell'economista spesso viene considerato, soprattutto dagli stessi economisti, essenziale, quasi che sia questo scienziato sociale a dover dettare le regole con le quali organizzare in modo efficiente i processi produttivi in sanità. L'opinione di chi scrive è molto diversa perché considera che, soprattutto con riferimento alla produzione e al consumo di servizi di cura ad alto contenuto conoscitivo e ad alta intensità relazionale, l'economista o è attento agli apporti di altre discipline o rischia di proporre soluzioni che, mutuando acriticamente dagli studi sul settore agricolo e sul settore manifatturiero categorie di analisi e proposte di policy, rischiano di avere impatti indesiderati sugli esiti effettivi dei processi di riorganizzazione e, quindi, sugli stessi diritti della persona.

Ma non mi propongo in questo scritto di entrare nel merito di un dibattito così ampio, né di approfondire dal punto di vista dell'economista sanitario (quale non sono) il tema di come il federalismo all'italiana che sta emergendo nel Paese, ridisegnerà i nostri sistemi sanitari regionali; mi vorrei solo soffermare brevemente, prima di proporre qualche considerazione da economista generale sulla piega che sta prendendo il riassetto dell'organizzazione Stato-regioni rispetto alla sanità nel nostro Paese, su una categoria analitica usatissima da chi progetta riforme micro e macro dei sistemi sanitari: la categoria di efficienza. Forse più di ogni altra parola utilizzata

nei dibattiti sui temi connessi con il diritto alla salute, essa è in grado di mostrare l'errore di una impostazione economicistica delle questioni.

Efficienza non è sinonimo di riduzione dei costi. L'efficienza è sinonimo di ottimizzazione dell'uso delle risorse e, pertanto, richiede sempre un confronto tra due grandezze: es. quantità di prodotto e costi necessari per realizzarla. Nelle produzioni standardizzate (in campo agricolo o manifatturiero in particolare) è facile avere misure della quantità di prodotto ottenuta (e misurare la quantità, quando i prodotti sono standardizzati, significa misurare anche la qualità), ma in settori come quello sanitario, nei quali si offre un prodotto complesso e di difficile misurazione (es. la cura delle persone, dei milioni di persone diverse che popolano un Paese) si rischia spesso di saltare a piè pari la questione del prodotto realizzato e di limitarsi alla mera considerazione della riduzione dei costi: non avendo misure di prodotto che tengono adeguatamente conto di dimensione qualitativa e quantitativa dello stesso, ci si limita ad un confronto un po' rozzo, tra quantità di prestazioni offerte (in qualche modo misurate) e costi o, addirittura, si guarda alla sola riduzione dei costi. Il risultato, a me sembra, è quello di scambiare lucciole per lanterne e di confondere una riduzione dei costi accompagnata da una riduzione della qualità (e talvolta della quantità) delle prestazioni per una maggiore efficienza.

Quanto al federalismo e al tema che mi è stato assegnato della tutela dei soggetti deboli, partirei dalla considerazione che nel nostro Paese si scontrano due visioni del problema, che presenterò come due desideri diversi di federalismo, due culture differenti: c'è una voglia di federalismo ispirata ad un condivisibile desiderio di avvicinare i governi e i processi di governo dell'economia e della società ai cittadini, ispirata a principi di libertà, democrazia e partecipazione dei cittadini alla gestione della cosa pubblica attraverso un diretto coinvolgimento delle istituzioni ad essi più vicine; e c'è una voglia di federalismo ispirata ad un egoismo un po' becero, mi si lasci passare l'espressione, che è tutta ispirata ad una logica di comunità autoctone, poco attenta alla storia che ha segnato i percorsi delle diverse comunità locali, anche in campo di organizzazione dei sistemi sanitari; si tratta di una visione che, a ben vedere, nega il ruolo della reciprocità e della solidarietà come fattore di coesione oggi delle comunità nazionali, ma domani, inevitabilmente, della comunità regionale, poi provinciale, e via di questo passo.

Un avallo culturale a questa seconda idea di federalismo viene dato, a mio parere, dall'idea di fare "classifiche" per ogni cosa; sorprende che un giornale come *il Sole 24 ore* non perda occasione di proporre classifiche su questioni e vicende complesse, spesso basate su indicatori parziali e, soprattutto,

interpretate in modo sbagliato: le classifiche servono per premiare i buoni e punire i cattivi. In moltissime occasioni, ma il discorso sarebbe lungo, le classifiche dovrebbero essere lette in un modo diverso: certo segnalare delle *best practice* (quando realmente ci sono a parità di punti di partenza delle eccellenze da additare ad esempio), ma spesso per aiutare gli ultimi a risalire. Gli ultimi quasi sempre nelle classifiche che misurano performance complesse non vanno puniti, ma aiutati, se non si vogliono allargare i solchi che dividono i primi dai secondi, accentuare i circoli viziosi del sottosviluppo e abdicare totalmente a quel principio di uguaglianza così spesso invocato. Ma sul principio di uguaglianza tornerò in sede di conclusioni.

Ho l'impressione che in Italia – e non è un caso che ho citato *il sole 24 ore* – da un po' di tempo a questa parte prevalga questo secondo modo di intendere e implementare il federalismo. Dirò subito, e senza usare circonlocuzioni inutili, che questa idea di federalismo concretizzandosi in leggi e atti amministrativi specifici, danneggia i deboli nei gruppi forti e, ancor di più, i deboli nei gruppi (comunità, paesi, aree territoriali) deboli, con buona pace del principio di uguaglianza.

Vorrei proporre tre riflessioni molto generali sull'organizzazione dei sistemi sanitari che mi portano a ritenere che la realizzazione del progetto federalista con riguardo al settore sanitario andrebbe fortemente rivisto per tener conto delle caratteristiche di questo settore produttivo e della rilevanza che esso ha rispetto ai diritti fondamentali dei cittadini.

1.1. 1^a riflessione. È bene partire da un'affermazione banale: le risorse economiche sono fattori rilevanti per la produzione di servizi di qualità anche nel settore sanitario. Infatti, se è vero che in nessun attività produttiva come in quella che ha a che fare con il benessere del corpo e della mente degli esseri umani, la qualità del servizio di cura offerto dipende soprattutto dalla qualità (e quantità) delle risorse umane impiegate, è altrettanto vero che le risorse materiali, economiche e finanziarie sono fondamentali. La disponibilità di professionisti e lavoratori a dedicare competenze, passione e impegno alla cura dei malati, infatti, non si avrà se mancano sufficienti risorse economiche, strumentali e se il sistema non offre adeguate garanzie di trasparenza ed efficacia dei percorsi organizzativi e amministrativi, nonché consapevolezza della necessità di un lavoro continuo sulle “motivazioni” degli operatori. Si è, infatti, in un ambito produttivo nel quale a competenze tecniche specifiche vanno associate attitudini psicologiche e valori etici da coltivare costantemente.

Il ruolo dell'etica non si discute, ma la scarsità di risorse economiche rende più difficile rispettare i “valori”, mette gli operatori singoli di fronte

a scelte laceranti, fa apparire impossibile la programmazione. Sono limiti che alla lunga intaccano la capacità delle strutture sanitarie di offrire qualità anche quando si parte da situazioni di grande disponibilità e competenza degli operatori. So bene che ponendo le questioni nei termini ora detti tendo a far mia una prospettiva etica nella quale le virtù hanno una debolezza intrinseca e sono affidate non tanto all'intimo imperativo categorico di kantiana memoria, ma a quanto i contesti culturali e sociali premiano comportamenti virtuosi, ma confesso che questa prospettiva mi sembra decisamente più realistica e adatta a ragionare su assetti organizzativi ed esiti produttivi.

1.2. II^a riflessione. La sanità è uno dei luoghi delle nostre società contemporanee nei quali sono più evidenti i segni di processi spontanei per i quali vi è una netta distinzione di trattamento tra ricchi e poveri, colti e ignoranti e – a livello più macro – tra territori sviluppati e in via di sviluppo. Provo qui di seguito ad elencare schematicamente tre motivi che penso possano spiegare questa tendenza del mercato dei servizi sanitari a segnalare “dualismi” di vario genere.

Innanzitutto dobbiamo ricordare che l'ambito dei servizi di cura alla persona, soprattutto nell'area della sanità è attraversato da sistematiche asimmetrie informative tra produttore e consumatore e tutta una ricca letteratura economica ci insegna che vi è una tendenza perversa dal punto di vista del risultato, ma efficace in chiave di raggiungimento del *self-interest*, di chi possiede il vantaggio informativo a sfruttarlo per lucrare vantaggi maggiori. Nel caso del settore sanitario, quando questo vantaggio non si traduce in un vantaggio di tipo monetario, può comunque tradursi in un minore *effort* del produttore (medico, paramedico, etc) o in qualche altro tipo di vantaggio. Rispetto alle asimmetrie informative presenti negli scambi che avvengono in sanità, i ricchi, per usare categorie sociologiche che qualcuno vorrebbe superate, ma che continuano a spiegar bene certe gerarchie sociali, si sanno e si possono difendere meglio: essi innanzitutto soffrono di minori asimmetrie informative perché hanno (o possono acquistare) maggiori informazioni, detengono più strumenti e più risorse per esercitare un potere sanzionatorio una volta scoperto l'inganno.

Un secondo motivo che spiega le diverse opportunità di ricchi e poveri nel beneficiare di servizi sanitari concerne quel fenomeno che gli economisti chiamano delle preferenze miopi. Si hanno preferenze miopi quando non si riesce a tener presente gli effetti delle scelte di oggi sul benessere di domani. Gli economisti parlano di situazioni nelle quali il consumatore (l'agente economico) non è il miglior arbitro dei propri interessi perché non

riesce a guardare al di là del proprio naso e ad effettuare scelte coerenti con l'obiettivo di una massimizzazione intertemporale della propria funzione obiettivo. Il caso classico è quello della persona dipendente dall'alcol o da altre sostanze: affidare a lui le risorse perché scelga il modo migliore per disintossicarsi, finisce per aggravare la dipendenza perché sarà inevitabile che, quando riemergerà prepotente il bisogno, utilizzerà le risorse in più per consumare ulteriore alcol o una nuova dose di droga. Questo fenomeno, senza dilungarmi troppo nell'analisi delle sue caratteristiche teoriche e delle implicazioni di *policy* che conseguono, interessa tutti noi e forse in modo sempre più aggressivo nel mondo "liquido" di oggi: siamo, cioè, per certi versi tutti vittima di una miopia che ci impedisce di effettuare sempre le scelte migliori. La miopia del consumatore si contrasta in parte con l'istinto naturale di sopravvivenza, ma molto di più nel mondo di oggi con l'educazione, lo studio, la cultura, la riflessione e l'approfondimento. I "deboli", i poveri, hanno minore accesso a questi beni e sono perciò molto più esposti dei ricchi al fenomeno delle preferenze miopi. Quanto questo abbia impatto sulla domanda di servizi sanitari dovrebbe risultar chiaro: basti pensare all'impatto sulla salute dei fenomeni di dipendenza di cui si parlava in precedenza e al ruolo che rispetto ad essi hanno adeguate e tempestive strategie di intervento terapeutico.

La terza motivazione, l'ultima che propongo, ma non necessariamente l'ultima che potrebbe essere adottata, concerne le caratteristiche dei beni scambiati in sanità, le caratteristiche dei servizi sanitari. Dal punto di vista della teoria economica, in moltissimi casi si tratta di beni di lusso e ad alta intensità di ricerca. La prima caratteristica comporta che essi si producono solo quando il mercato li richiede e il mercato li richiede solo se il reddito supera una certa soglia: solo per redditi superiori alla soglia minima nasce una relazione diretta tra consumo e reddito. Il fatto, poi, che si tratti di beni ad alta intensità di ricerca fa sì che la loro produzione richieda alti (quando non altissimi) investimenti che hanno "ritorni" solo se si supera anche in questo caso una soglia minima. Quindi o ci sono investimenti rilevanti e, dall'altro lato, garanzie che il mercato richiederà beni di lusso, o il mercato non nasce proprio e i più fortunati importeranno dall'esterno questi beni di lusso (o si recheranno all'estero a consumarli) avvantaggiando le aree esterne di un flusso di domanda aggiuntiva. Ecco perché se i centri di produzione di servizi sanitari di alta qualità si concentrano al nord, si concentreranno sempre di più al nord e il sud si impoverirà sempre di più.

Rispetto a questa deriva che relegherebbe il Sud a ruoli marginali e limitati nell'erogazione di servizi sanitari e a "comprare" dal Nord tutto il resto, con indubbi sprechi di efficienza complessiva e aggravamento dei divari

tra poveri e ricchi sia in termini di aree geografiche che di gruppi sociali, mi sembra che dovrebbero essere rafforzati (e non eliminati tre argini) che possono orientare il fiume in piena: l'*argine del diritto*, l'*argine delle istituzioni*, l'*argine dell'etica*. Il diritto (i diritti umani) sono una risorsa di civiltà e vanno visti non come limiti all'efficienza dell'organizzazione sanitaria, ma come risorsa che, limitando in ambiti, come quello sanitario, il libero dispiegarsi delle passioni umane e dell'egoismo, consente di raggiungere traguardi migliori. È immediato il passaggio al ruolo delle istituzioni, soprattutto con riguardo alla funzione che esse possono esercitare in ordine alla perequazione delle opportunità, ad evitare che i meccanismi di causazione cumulativa che tendono a concentrare opportunità e risorse in poche mani, agiscano senz'alcun freno nell'economia e nella società e diffondendo il cancro dell'esasperato individualismo, colpiscano a morte la convivenza democratica. L'argine dell'etica è rappresentato da quell'insieme di regole deontologiche e di comportamento degli operatori del settore sanitario che, riconoscendo nella vita umana un valore insuperabile, impediscono a logiche meramente economiche di prendere il sopravvento accettando sempre e solo lo scambio salute-profitto.

1.3. III^a Riflessione. La terza riflessione è stata già anticipata in alcuni passaggi proposti in precedenza e concerne quel fenomeno che economisti non neoclassici hanno definito "processi di causazione cumulativa" per i quali, differentemente da quanto teorizzato dagli economisti ortodossi, i solchi tra chi cresce più velocemente e chi cresce più lentamente, tra chi ha di più e chi ha di meno, tendono, con il trascorrere del tempo e in assenza di politiche adeguate, ad accentuarsi e non a ridursi. Se le risorse per la sanità al Sud scarseggiano, saranno impiegate sempre peggio e tenderanno a scarseggiare sempre più, mentre al nord si producono circoli virtuosi che portano "chi ha ad avere sempre di più" e l'abbondanza conduce ad una maggiore efficienza nell'impiego delle risorse stesse. Da questo punto di vista i propugnatori del federalismo non possono non porsi il problema di come arginare questi fenomeni e non possono pensare che la soluzione la devono cercare i meridionali scegliendo una migliore classe politica perché il problema non è solo di classe politica, ma di meccanismi strutturali che selezionano soluzioni politiche e tecniche inadeguate. E la rimozione di meccanismi strutturali perversi non può essere affidata ai singoli, ma va richiesta alle istituzioni e *in primis* a quelle nazionali ed europee.

2. L'art. 3 della Costituzione italiana contiene una enunciazione limpida del principio di eguaglianza, nel primo comma, e dell'idea che alla Repub-

blica tocchi il compito di “rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale” che limitano di fatto “la libertà e l’eguaglianza dei cittadini”. Non entro nel dibattito sull’interpretazione di questo articolo, che peraltro non ho riportato per intero, ma provo a trarne spunto da economista appassionato alle teorie sulla libertà e l’uguaglianza di Amartya Sen: l’eguaglianza di cui parla la nostra vigente Costituzione va ricercata nello spazio delle *capabilities* (delle potenzialità, delle opportunità) e, cioè, è compito della repubblica evitare che per i cittadini del sud e del nord ci siano spazi diversi delle *capabilities* e, conseguentemente, possibilità differenti di esercitare la libertà di scegliere, sempre per usare parole di Sen, “la vita che si desidera”. Mi chiedo se il legislatore (o il governo) che oggi sta predisponendo gli strumenti tecnici con cui dare attuazione al federalismo in sanità abbia in mente il secondo comma dell’art. 3 della nostra Carta Fondamentale o sia mosso da un principio diametralmente opposto per cui, in presenza di tendenze spontanee del sistema a generare divari tra ricchi e poveri, compito della Repubblica sia di non intromettersi, ma di lasciar fare a queste forze.