



CISS – Centro Internazionale di Studi Sociali  
Center for International social Studies

---

## **A European in the labyrinth of the American health care reform**

**(Antonio Lettieri)**

*Why the health care reform, from the origins of the "capitalist welfare" to the debacle of Bill Clinton, continues to be among the most controversial and insoluble issues of American social history? Barack Obama recalls the early attempts at reform of Theodore Roosevelt and says: "I am not the first of the presidents who try to achieve it, but I want to be the last." Difficult task, if not impossible. The "public option", which should guarantee some form of universal service in competition with private insurance companies, faces opposition from the medical-industrial complex, the lobbies, and the big machine of ideological distortion. Will reform remain unfinished? The American health care system, with its deep inefficiency and inequality, as a metaphor of the American social model.*

Con un'iniziativa inusuale, il 7 novembre 2009, il giorno nel quale la Camera dei Rappresentanti avrebbe votato il testo della riforma sanitaria, Barack Obama si recò a Capitol Hill per tenere un discorso a porte chiuse dinanzi all'assemblea dei 258 rappresentanti democratici. Disse loro che si trattava di un momento storico e ne spiegò le ragioni con la consueta lucidità. Da molti decenni - disse in sostanza - gli americani attendono una riforma che estenda a tutti l'assistenza sanitaria e ne migliori la qualità, riducendone, al tempo stesso, i costi.

Un fallimento avrebbe avuto conseguenze incalcolabili, mentre - aveva concluso con enfasi - il giorno che il progetto sarà stato approvato dal Congresso, e io dovrò apporvi la firma, voi sarete invitati nel giardino delle rose della Casa

Bianca, e quello sarà un momento che ricorderete come il più importante della vostra vita politica.

In effetti, al di là dell'enfasi, Obama aveva già affermato al cospetto del Congresso riunito in sessione congiunta il 9 settembre che era da un secolo, dal primo tentativo di Theodore Roosevelt, che si cercava di dare agli americani una giusta riforma sanitaria. E, con orgogliosa determinazione, aveva aggiunto: "Io non sono il primo dei presidenti che cerca di realizzarla, ma voglio essere l'ultimo". L'impegno del presidente era giustificato dalla chiara percezione che un fallimento della riforma sarebbe stato per la presidenza l'annuncio di una sconfitta difficilmente riparabile, com'era già successo a Bill Clinton esattamente quindici anni prima.

L'aspetto sorprendente non era l'impegno del presidente di fronte alla sfida della riforma sanitaria, ma il fatto che alla Camera dei rappresentanti i democratici godono di una netta maggioranza di 81 voti nei confronti dei repubblicani. Com'era possibile che Nancy Pelosi, l'autorevole presidente della Camera, fosse talmente preoccupata da sollecitare, a poche ore dal voto, l'intervento diretto di Obama? Nancy Pelosi aveva dovuto accettare a malincuore un emendamento che vietava alle compagnie assicuratrici di inserire nel pacchetto assicurativo l'aborto, quando l'assicurazione fruiva di un sussidio pubblico.

Ma, nonostante questo strappo, che faceva infuriare l'ala liberal del partito democratico, si sapeva che un folto gruppo di deputati democratici "centristi" avrebbe votato insieme con i repubblicani mettendo a repentaglio il passaggio del progetto, che dipendeva ormai da uno o due voti. Come sappiamo, l'operazione è riuscita: la maggioranza necessaria era di 218 voti, e i democratici a favore sono stati 219, ai quali si aggiunse inaspettatamente un voto repubblicano.

Obama aveva vinto, sia pure sul filo di lana, questo primo round della riforma, in attesa del passaggio al Senato. Un risultato contrario sarebbe stato rovinoso nella stessa settimana nella quale i democratici erano stati sconfitti nelle elezioni per i governatori della Virginia e del New Jersey. Un blocco della riforma avrebbe avuto un effetto di grande allarme per la presidenza.

Il progetto di riforma della Camera sancisce l'obiettivo di fornire, entro il prossimo decennio, la copertura sanitaria a circa trenta milioni di americani che ne sono privi, adottando due misure: da un lato, allargando le maglie di *Medicaid*, il programma pubblico di assistenza per i poveri; dall'altro, prevedendo un sussidio per le fasce sociali meno abbienti. Per il passaggio finale bisognerà attendere l'approvazione del Senato, dove la Commissione finanze ha varato un progetto diverso sul finanziamento della riforma e dove la questione rimane aperta sul tema della "public option", il punto più critico dell'intera riforma: vale a dire, la possibilità di istituire un piano assicurativo pubblico destinato a entrare in competizione con le compagnie assicuratrici private.

L'ostacolo maggiore sta nel fatto che per evitare il *filibustering*, la temibile pratica dell'ostruzionismo ad oltranza dell'opposizione, i democratici hanno bisogno di una maggioranza dei tre quarti dell'Assemblea, vale a dire di tutto il gruppo di sessanta senatori - 58 democratici e due democratici indipendenti - senza potersi consentire alcuna defezione. Obiettivo arduo, perché almeno uno dei due indipendenti e quattro o cinque senatori democratici pongono come condizione la sostanziale cancellazione del piano di assicurazione pubblico.

Di qui le domande che si pongono ancora all'inizio di dicembre: riuscirà Obama a portare a compimento la riforma senza inciampare negli ostacoli che determinarono la sconfitta del progetto di Bill Clinton nel 1994? E, in caso

positivo, si tratterà di quella riforma risolutiva che, secondo le parole di Obama, gli americani aspettano da un secolo? Ma prima di cercare di rispondere, la domanda che dobbiamo porci è un'altra. Perché la riforma sanitaria si presenta in America così ardua, complessa e inafferrabile?

La domanda è tanto più intrigante, se si tiene conto del fatto che il punto di partenza è quello di un sistema palesemente fuori controllo. Da un lato, il suo costo è prossimo all'astronomica cifra di due trilioni e mezzo di dollari, il 17 per cento del reddito nazionale - mediamente il doppio del costo della sanità in Europa. Dall'altro, lascia privi di assicurazione quasi cinquanta milioni di cittadini americani, pari alla popolazione di un grande paese europeo. Una situazione paradossale che fa dire a Obama di provare un certo imbarazzo quando, incontrando i leader di altri paesi, deve spiegare i problemi della sanità, lasciando gli interlocutori perplessi e increduli.

Per avere un'idea dell'insostenibilità della situazione, è sufficiente considerare l'abnorme dinamica dei costi, aumentati fra il 1990 e il 2008 dal 12 al 17 per cento del PIL. Come dire che un dollaro su sei della ricchezza prodotta ogni anno negli Stati Uniti è assorbito dal sistema sanitario.

In altri termini, gli elementi di irrazionalità del sistema si presentano così manifestamente insostenibili che se ne dovrebbe trarre la conclusione che la riforma non solo è indispensabile ma, in un certo senso, facilitata dalla eccezionalità della situazione. E, invece, il tema continua a essere tra i più controversi e insolubili della storia sociale americana. Perché? Per provare a rispondere a questo interrogativo dobbiamo fare un lungo passo indietro che ci porta a contatto con alcune fondamentali caratteristiche sociali, politiche e ideologiche che hanno segnato la storia della società americana nel corso del XX secolo.

### *Dal "capitalist welfare" al New Deal*

La sanità è stata nel corso di un secolo l'emblema di una forma specifica di welfare: il "welfare capitalistico". All'inizio del secolo scorso, l'assistenza sanitaria divenne un obiettivo socialmente troppo importante per rimanere confinato nelle istituzioni caritatevoli, che costituivano la forma tradizionale di assistenza per le fasce più povere. Era l'epoca del grande sviluppo industriale e della forte crescita della classe operaia, e il tema dell'assicurazione contro le malattie divenne centrale tanto per le imprese quanto per le organizzazioni sindacali.

Per i sindacati, l'assicurazione sanitaria acquistò un peso crescente nella contrattazione collettiva. Doveva dimostrare l'importanza di affiliarsi al sindacato per ottenere quel grande privilegio che era l'assicurazione sanitaria. Samuel Gompers, il leggendario capo dell'AFL - la Federazione sindacale americana del lavoro - ne fece un punto chiave delle rivendicazioni sindacali. Un sistema assicurativo di carattere pubblico non rientrava nell'orizzonte del sindacato. Ve ne erano esempi in alcuni stati e contee, ma riguardavano solo alcune particolari categorie come i poliziotti, i pompieri e gli insegnanti. Per Gompers, la classe operaia - in effetti, la sua élite sindacalizzata - doveva conquistarsi in proprio il diritto all'assicurazione sanitaria.

Ma un sentimento eguale e contrario animava le grandi imprese industriali che dominavano lo sviluppo del capitalismo americano. Henry Ford aveva raddoppiato il salario dei propri dipendenti, portandolo a cinque dollari al giorno, per avere maestranze sicure, limitarne il turnover e ottenerne la collaborazione alle nuove forme di organizzazione del lavoro, nel quadro dell'avvento della catena di montaggio e della produzione di massa. La concessione dei benefit, fra i quali la pensione aziendale e l'assicurazione sanitaria, entrava a far parte della politica aziendale, come caratteristica tipica del nascente "fordismo". In ogni caso, il welfare, nelle sue diverse dimensioni,

rimaneva un affare da gestire su un piano privato, in parte come autonoma elargizione dell'impresa, in parte come risultato dell'azione sindacale. Era quello che fu definito il welfare capitalistico. Si gettarono così, nei primi tre decenni del secolo, le basi del sistema sanitario americano.

Ma il welfare capitalistico era, per sua natura, un sistema frammentato, corporativo, profondamente diseguale. La grande maggioranza degli americani ne era esclusa. L'onda d'urto della Grande Depressione, con la crisi delle imprese, la debolezza dei sindacati e un quarto della forza lavoro disoccupata, ne mise drammaticamente in evidenza l'inefficienza e la vulnerabilità. Fu in questo quadro che Franklin D. Roosevelt provò ad inserire la sanità nel suo disegno riformatore. " In un solo colpo - aveva dichiarato Harry Hopkins, uno degli architetti della social Security - potremo trascinare con noi tutto il popolo americano non solo per l'assicurazione contro la disoccupazione, ma anche per l'assicurazione contro le malattie" (*Schlesinger, L'Età di Roosevelt - L'avvento del New Deal, p. 309*).

La sanità doveva rientrare nel New Deal, insieme con il sistema pensionistico pubblico, l'indennità di disoccupazione, l'assistenza alle famiglie di madri sole con bambini, i nuovi diritti sindacali. Era la grande riforma destinata a rivoluzionare i rapporti sociali in America. Ma la riforma sanitaria ne rimase fuori. L'opposizione, a partire da quella della potente *Associazione americana dei medici*, fu così determinata e aggressiva da spingere FDR a rinunciarvi per non mettere a repentaglio l'intero disegno di riforma sociale. Su questo punto, il "welfare capitalistico", sostenuto dal potente complesso medico-assicurativo, dimostrò di essere più forte della spinta che animò la rivoluzione sociale del New Deal.

*Dalla riforma di Johnson alla débacle di Clinton*

Ogni tentativo successivo, in particolare quello di Henry Truman alla fine degli anni Quaranta, si risolse in un insuccesso, e bisognò attendere trent'anni per assistere alla prima riforma sanitaria. Nel 1965, Lyndon Johnson, succeduto a John Kennedy, introdusse nel welfare capitalistico una dose massiccia di intervento pubblico con due misure di grande rilievo: *Medicare* - il sistema assicurativo pubblico per i cittadini americani da 65 anni in avanti - e *Medicaid*, il programma pubblico di assistenza sanitaria gratuita per i poveri. La riforma colmava, almeno in parte, il vuoto lasciato dal New Deal. E s'iscriveva nel progetto della *Great Society*, e della battaglia per i diritti civili che contrassegnarono nella politica interna la presidenza di Johnson, mentre sul fronte esterno l'America era impegnata nella sempre più impopolare guerra del Vietnam.

La riforma aveva un carattere parziale. Per lo schieramento progressista si trattava, tuttavia, di un passo importante nella direzione della riforma sanitaria, che un giorno avrebbe garantito a tutti i cittadini americani, compresi quelli al di sotto di 65 anni e senza il crisma dell'indigenza, il diritto a prestazioni sanitarie uguali per tutti. Ma quel giorno non vedrà mai l'alba. Bisognò attendere quasi un altro trentennio per il ritorno sulla scena della riforma sanitaria con l'avvento di Bill Clinton. Un ritorno sfortunato.

Il disegno riformatore di Clinton fu, infatti, clamorosamente sconfitto nel 1994. Un esito che impresse un indelebile segno di sconfitta sulla sua presidenza. La responsabilità del fallimento fu, impropriamente, attribuita agli errori della moglie Hillary, che era stata chiamata a presiedere la Commissione per la riforma. Ancora oggi si parla della "Hillary-care debacle" (*The Economist*, 28.11.2009). Ma si tratta di un'ingiusta semplificazione delle ragioni dell'insuccesso. All'origine del progetto di riforma vi era un preciso impegno personale assunto da Bill Clinton durante la campagna elettorale del 1992. Il suo era stato un impegno solenne: "Prometto al popolo americano che nel primo anno dell'amministrazione Clinton, presenteremo un piano al Congresso per

dare a tutti gli americani una sanità accessibile e di qualità” (M.Katz, *The price of citizenship*, p.268).

Una volta conquistata la Casa Bianca, intenzionato a mantenere fede alla promessa e volendo evitare che il progetto potesse rimanere impantanato nei meandri del Congresso, decise, già nella prima settimana della presidenza, di nominare una commissione presieduta da Hillary per l’elaborazione di un progetto da presentare direttamente al Congresso. Secondo Paul Starr - storico della sanità americana e membro della Commissione stessa - la First Lady non aveva nessuna competenza nel campo della politica sanitaria, e la sua nomina si doveva all’obiettivo del presidente di accelerare la realizzazione del progetto sotto la guida della Casa Bianca (*The Hillarycare Mythology – American Prospect*, ottobre 2007).

Nella commissione si confrontarono, tra molte incertezze, diverse opzioni. Il modello più vicino a un sistema di sanità per tutti era quello canadese, ma fu scartato. Alla fine, dopo molti mesi di lavoro quasi clandestino, la commissione inviò al Congresso un progetto “monstre” di 1300 pagine, di difficile interpretazione e attuazione. Il progetto divenne facile bersaglio degli attacchi del complesso industriale-sanitario e della feroce opposizione repubblicana, guidata dal conservatore populista Newt Gingrich, autore di un programma neo-reganiano di destra, il “Contratto con l’America”.

In teoria, i democratici che disponevano di un’ampia maggioranza nei due rami del Congresso avrebbero potuto far passare la riforma, ma erano al loro interno divisi. La riforma non arrivò nemmeno al voto finale e si risolse in un colossale fiasco. La sconfitta contribuì alla *débaçle* elettorale nelle elezioni di mezzo-termine dell’autunno del 1994, quando i democratici persero non solo la maggioranza al Senato ma, per la prima volta dopo quaranta anni, anche la maggioranza alla Camera dei Rappresentanti.

Al cospetto della secolare storia della riforma sanitaria, segnata dal memorabile successo di Johnson, ma anche da una lunga teoria di fallimenti e, soprattutto, dal rovinoso destino toccato al tentativo di Bill Clinton, non è difficile spiegare la circospezione e la timidezza con le quali i candidati alla presidenza nelle primarie democratiche trattarono il tema tra il 2007 e il 2008.

### *Quindici anni dopo*

Quindici anni dopo il fallito tentativo di riforma di Bill Clinton, la questione della sanità si presenta esplosiva. Tra i primi anni Novanta e il 2008 è aumentato di un terzo, da 35 a 47 milioni, il numero degli americani senza assicurazione. Ma non si tratta solo della crescita dei non assicurati. Nascosto, o generalmente ignorato, vi è un aspetto perfino più inquietante: il fenomeno della sotto-assicurazione che colpisce altre decine di milioni di cittadini.

In un intervento affidato al New York Times nel mese di agosto 2009 in difesa della riforma, Barack Obama menziona con disappunto il fatto che cento milioni di cittadini americani rimangono, per periodi più o meno lunghi, privi di assicurazione. E' come dire che - se si escludono circa cento milioni di cittadini americani assistiti dai programmi pubblici - dei rimanenti duecento milioni, teoricamente affidati alle compagnie di assicurazione private, uno su due è totalmente privo di assicurazione o soggetto a un'assicurazione insufficiente e discontinua.

In questo esercito di esclusi e precari della sanità troviamo lavoratori con rapporti di lavoro atipici - part time, temporanei, a contratto. Ma non solo. E' privo di assicurazione anche il 17 per cento dei lavoratori a tempo pieno. (*EPI - A public plan option as backup insurance for all Americans*, Elise Gould Alexander Hertel-Fernandez May 13, 2009). Centinaia di migliaia di lavoratori di Wal-Mart, la più grande impresa al mondo di vendite al dettaglio, con un milione e

trecentomila dipendenti, sono privi di assicurazione. Nell'insieme si può stimare che più di un terzo dei lavoratori dipendenti è escluso dall'assicurazione o vi partecipa in modo marginale e precario.

L'inflazione dei costi della sanità, pari al 9-10 per cento l'anno, tre volte superiore a quella media, incide pesantemente anche sulle famiglie che dispongono di un'assicurazione. Tra il 2000 e il 2007, i premi assicurativi aumentano del 98 per cento (*Ezra Klein American Prospect- The elusive politics of reform*, maggio 2008). E, secondo i calcoli della Casa Bianca, l'aumento dei costi sanitari, al netto dell'inflazione, è stato nello stesso periodo del 58 per cento, in confronto a un aumento del tre per cento dei salari reali. (Peter Orszag, *Financial Times*, 16/6/09). Nella mitologia del capitalismo americano, i poveri sono responsabili del proprio stato, ma chi lavora duro è destinato a salire i gradini della vagheggiata *middle class*. Ora è una parte importante di quelli che lavorano senza risparmiarsi che scende verso i piani bassi dei *working poor*, mentre la *middle class* si disarticola e vede svanire le sue certezze.

Secondo un'analisi del *Commonwealth Fund*, il venti per cento della popolazione americana, circa 60 milioni, è indebitata o ha problemi per il pagamento delle spese mediche. Fra questi vi è una parte priva di assicurazione, ma per circa due terzi si tratta di individui e famiglie assicurate. Una ricerca di Harvard rivela che 45.000 cittadini perdono la vita ogni anno per mancanza o insufficienza di copertura sanitaria. Scrive Nicholas Kristof, autorevole commentatore del *New York Times*, che, per mancanza di assistenza, "ogni tre settimane muoiono tante persone, quante ne furono uccise dagli attacchi dell'11 settembre".

L'indebitamento per provvedere alle spese mediche mediante le carte di credito e l'accensione di mutui sulla casa di abitazione sono spesso causa di rovina per le famiglie. Non a caso, una rilevante quota dei mutui sub-prime sono stati

stipulati, col favore delle banche, anche per la necessità di fronteggiare i costi sanitari.

### *Le diseguaglianze del sistema*

Ovviamente, questo non significa che in America non vi siano centri di eccellenza a livello mondiale e laboratori di ricerca di prim'ordine nel campo medico e farmaceutico. Quella parte di americani che può fruire di polizze con un elevato contenuto assicurativo, garantite dal datore di lavoro o dagli alti livelli di reddito delle élite professionali, può dirsi pienamente soddisfatta. Il problema si pone per la differenza nel contenuto delle polizze assicurative. La media del costo per una famiglia di quattro persone è nell'ordine di 13.500 dollari.

Ma la media non può segnalare altro che una profonda differenziazione. Vi sono polizze che costano meno e altre che costano più del doppio. Più costano, più alte sono le garanzie assicurative. Al minor costo si affiancano più alte franchigie, maggiori "co-payments", limiti temporali di garanzia. La prevenzione è la grande assente. Spesso i medici lamentano di aver visitato donne affette da tumori agli organi riproduttivi quando la malattia è diventata fatale, mentre sarebbero state salvate da un intervento tempestivo attraverso una normale prevenzione, che la polizza assicurativa non prevede e le condizioni economiche della famiglia non consentono.

Il costo di una polizza varia da un'area geografica all'altra. Un giovane adulto fra 18 e 29 anni dello stato di New York paga una polizza mediamente tre volte di più di un suo coetaneo che vive in California. Varia sulla base dell'età: un cinquantenne paga una polizza il doppio di un giovane. Varia fra uomini e donne: a parità di tutte le altre condizioni, una donna nell'età centrale paga un premio significativamente più elevato rispetto a un maschio. La gravidanza e il

parto sono, infatti, considerate alla stregua di una potenziale malattia, un rischio da coprire con un premio più alto.

Dal punto di vista delle compagnie assicuratrici, la variabilità delle condizioni assicurative risponde ad un'incontrovertibile logica di mercato. L'obiettivo è assicurare le persone a minor rischio. Quando non è possibile, al maggior rischio potenziale (età, sesso, condizioni professionali, etc.) devono corrispondere premi più alti, maggiori franchigie, più elevati livelli di *co-payment*. La differenza del contenuto assicurativo diventa tangibile e, al momento del bisogno, drammaticamente discriminatoria. La diseguaglianza nei rapporti con le compagnie assicuratrici si traduce nella diseguaglianza di fronte alla malattia.

### *Le sofferenze di Detroit*

L'incontrollabile inflazione dei costi sanitari non manda in bancarotta solo un crescente numero di famiglie, ma crea seri problemi di competitività ad una parte delle grandi imprese. La grande industria automobilistica di Detroit ne è un chiaro esempio. General Motors, Ford e Chrysler avevano stipulato contratti con i sindacati, nell'epoca del loro maggiore potere, con elevati livelli assicurativi non solo per i lavoratori attivi, ma anche per gli ex dipendenti. Si è calcolato che il costo dell'assicurazione sanitaria pesasse per oltre 1000 dollari sul costo medio di produzione di un'auto. Un sovraccarico micidiale che, per un'azienda come la GM con una produzione, prima della bancarotta, di 10 milioni di auto all'anno, significava un aggravio dei costi aziendali di dieci miliardi di dollari.

Per avere un'idea del costo del welfare capitalistico, che fa capo ai bilanci delle imprese, basta considerare che il costo del lavoro, comprensivo dell'assicurazione sanitaria e del pilastro pensionistico aziendale, ha superato nelle grandi imprese automobilistiche di Detroit 70 dollari l'ora. Una situazione

fuori controllo che non grava sui concorrenti come Toyota, Honda o Volkswagen che, producendo auto in fabbriche nuove con forza lavoro giovane e senza la presenza del sindacato - che ormai in America copre solo l'otto per cento del settore privato - possono dimezzare il costo del lavoro.

Sotto tutti i profili, non solo è il sistema sanitario più costoso del mondo, ma anche il più inefficiente dal punto di vista delle imprese. E il più diseguale dal punto di vista sociale. Un chiaro esempio dei risultati dell'ideologia del libero mercato applicata anche al campo del welfare e dei diritti sociali. E' questo il quadro della sanità americana che Obama dichiara di avere difficoltà a spiegare ai suoi interlocutori di qualsiasi altro paese capitalistico

### *Quale riforma?*

Quando il dissesto, l'inefficienza e la disegualianza del sistema sanitario sono diventati insostenibili, i termini di una ragionevole riforma dovrebbero essere relativamente facili da individuare. Ma cosa bisogna intendere per una ragionevole riforma? Per l'ala democratica progressista la soluzione è semplice e a portata di mano. Bisogna fare di "Medicare", il programma pubblico riservato agli anziani, un sistema universale per tutti i cittadini.

Insomma "Medicare per tutti" o, come si dice in gergo, un regime di "single payer", pagatore unico, nel quale il governo federale diventa il percettore dei contributi corrisposti dalle imprese e dai lavoratori, e provvede al pagamento delle spese sanitarie ai diversi fornitori delle prestazioni sanitarie, mentre ciascun cittadino rimane libero di rivolgersi alle strutture sanitarie e ai medici di propria scelta. Non è un'invenzione perché, in forme diverse, è il sistema praticato nella maggior parte dei paesi europei, con un costo pro-capite mediamente della metà. E se, l'Europa è lontana e sospetta, è sufficiente guardare al Canada che pratica con successo un sistema analogo.

Ma la ragionevolezza della riforma si scontra con i potenti interessi del complesso assicurativo-sanitario che nell'insieme amministra risorse per circa 2.500 miliardi di dollari l'anno: una dimensione iperbolica, pari a circa una volta e mezzo il reddito nazionale dell'India. Tuttavia, gli interessi non sarebbero sufficienti a mantenere in vita un sistema che associa diseguaglianza e inefficienza, se non fosse in grado di mobilitare l'opinione pubblica, di utilizzare quella formidabile arma politica che è il sospetto e l'ostilità verso l'intervento pubblico.

Una questione ideologica che attraversa tutta la storia americana, sin dal tempo dei padri fondatori, quando la visione "jeffersoniana" del sospetto e dell'idiosincrasia verso il centralismo politico si contrappose a quella "hamiltoniana" dell'importanza del ruolo di guida dello stato federale, tipicamente difesa dalle elite della borghesia urbana.

Ancora due secoli dopo la battaglia dei "federalisti" per affermare il ruolo dello Stato, una riforma sanitaria basata sul ruolo pubblico, è bollata da un vasto schieramento conservatore come un attacco alla libertà di scelta dei cittadini e una violazione del libero mercato. Lo Stato deve starne lontano. I cittadini devono provvedere a se stessi, assicurandosi contro i rischi e accumulando risparmi per supplire all'eventuale insufficienza della copertura assicurativa. Una tutela sociale di carattere pubblico e universale è considerata una perversione tipicamente "europea" e un cedimento al socialismo collettivista.

### *Gli effetti della crisi*

La propaganda non può tuttavia ovviare al fatto che il primo decennio del nuovo secolo sia nato sotto una cattiva stella. In meno di dieci anni, si assiste prima, nel 2000, allo scoppio della bolla tecnologica, le cui conseguenze si prolungano per molti anni; poi, nel 2008, a quella immobiliare-finanziaria che scuote gli Stati Uniti e il resto del mondo. Tra il 2007 e il 2009 i disoccupati

aumentano più del doppio, superando il 10 per cento, il livello più alto dell'ultimo quarto di secolo. Sette milioni di nuovi disoccupati hanno problemi con l'assicurazione sanitaria. In teoria, per i primi 18 mesi essi possono conservare l'assicurazione, se ne avevano una da parte del datore di lavoro, pagandola di tasca propria.

E' teoricamente un vantaggio, perché l'assicurazione collettiva costa meno di quella stipulata individualmente. Ma l'indennità di disoccupazione ha un valore medio di 1400 dollari al mese e l'assicurazione per una famiglia di quattro persone costa mediamente 1.100 dollari al mese, senza calcolare le franchigie e i co-pagamenti per i farmaci e le visite mediche. Di fronte all'insostenibilità di questa situazione, l'amministrazione Obama stabilisce un sussidio pari al 65 per cento del costo medio della polizza. Si tratta, in ogni caso, di un beneficio limitato a nove mesi, trascorsi i quali il disoccupato e la sua famiglia sono destinati a rimanere privi di assistenza. (*EPI- Costly COBRA: for the jobless, health care costs may exceed unemployment benefits, 2009*).

Indipendentemente dalle circostanze legate alla crisi, ogni mutamento della condizione di lavoro comporta un rischio per la stabilità dell'assistenza sanitaria. Il contenuto del pacchetto assicurativo varia, infatti, da un'azienda all'altra. Il passaggio a un contratto con lavoro part-time, a termine o autonomo si risolve nella maggior parte dei casi in una perdita dell'assicurazione. Così la precarietà dell'assicurazione sanitaria segue come un'ombra minacciosa la precarietà del lavoro. La cosa è tanto più paradossale nel paese che più di ogni altro fa della mobilità del lavoro, come strumento di efficienza, il suo verbo. Clive Crook, commentatore del *Financial Times*, non sospettabile di vocazione statalista, scrive: "Il sistema attuale è così cattivo che *Medicare* per tutti rappresenterebbe un miglioramento...Se è quello che questo presidente e il Congresso vogliono dovrebbero muoversi con chiarezza in questa direzione" (15.6.2009).

Il rischio di rimanere disoccupati, o di una mobilità verso un'occupazione che non contempla l'assicurazione sanitaria, diventa drammatico quando una persona di famiglia è alle prese con forme di malattie di particolare gravità. Gli Stati Uniti sono "il posto peggiore per ammalarsi di una malattia cronica", titolava un editoriale del *New York Times*: "Nei casi di ipertensione, sofferenza cardiaca, diabete, artrite, tumori e depressione, le cure che si ricevono in America - o più spesso che non si ricevono - dovrebbero generare un senso di vergogna" (19 novembre, 2008). Il riferimento non riguarda, ovviamente, coloro che occupano una posizione elevata nella scala dei redditi, per i quali la riforma sanitaria non è avvertita come un bisogno, ma piuttosto come la minaccia di quella che viene con sprezzo definita "medicina socializzata".

### *La "public option"*

Secondo lo schieramento progressista, come abbiamo visto, la soluzione del modello "*Medicare per tutti*", oltre a garantire un effettivo "entitlement", un diritto per tutti, indipendentemente dalla condizione di lavoro, è in grado di realizzare tre vantaggi: abbatte nettamente la spesa sanitaria tramite la riduzione dei costi amministrativi e di pubblicità; non ha lo scopo di realizzare profitti; consente di negoziare i costi delle prestazioni col complesso industriale-sanitario. In questo senso, l'universalità dell'assicurazione si accompagna a una riduzione dei costi, risolvendo la questione messa in evidenza da Robert Kuttner: "le caratteristiche di mercato del sistema sanitario americano impongono enormi e non necessari costi amministrativi inesistenti in un sistema universalistico" (*Everything for Sale*, p.146)

Ma, non ostante i possibili aspetti risolutivi del modello "single payer", né Hillary Clinton, né Barack Obama, protagonisti delle primarie democratiche, arrivano a proporlo. Lo schieramento di interessi contrari è tale da poter mettere in scacco l'elezione stessa alla presidenza. Obama non fa mistero di

scegliere una via graduale, ispirata a una concezione pragmaticamente realistica. Jacob Hacker, autore di *The divided welfare state*, è il sostenitore di una tesi che si presenta come un punto di approdo intermedio fra l'insostenibile conservazione del sistema sanitario attuale e il suo radicale rivolgimento. Questo professore dell'Università di Yale si muove lungo la teoria della "path dependence", secondo la quale le riforme sociali non possono discostarsi in modo radicale dal loro sentiero originario. Questo è tipicamente il caso del sistema sanitario che ha radici profonde nelle strutture economiche, nelle tradizioni sociali e nei modi di pensare della società americana.

In breve, la proposta di Hacker è di allargare il sistema pubblico, ma senza liquidare il mercato assicurativo privato. Si tratta dell'introduzione nel sistema di quella che viene definita la "public option", un piano assicurativo pubblico che entra nel mercato assicurativo in competizione con le compagnie private, garantendo standard qualitativi medi più elevati con costi significativamente più bassi. Obama, che aspira a muoversi lungo una linea prudentemente pragmatica, ritiene che il "modello Hacker" offra una soluzione realistica, con il vantaggio di sfuggire all'accusa di radicalismo.

Nello schieramento democratico progressista la "public option", contrapposta al modello "*Medicare per tutti*", è accolta con scetticismo da un parte; ma anche con ottimismo da un'altra parte: Robert Reich, Paul Krugman, i capi dei sindacati vi intravedono la concreta prospettiva di una progressiva universalizzazione del diritto alla salute. La "public option" si presentava, da questo punto di vista, come la soluzione più coerente e diretta per risolvere il problema di una decente assicurazione per quel centinaio di milioni di cittadini americani che il sistema assicurativo privato lascia privi di assicurazione o sotto-assicurati.

### *La Casa Bianca cerca di scongiurare la “guerra preventiva”*

Una volta stabilita la strategia della riforma, Obama giunto alla Casa Bianca, per non ripetere il fatale errore compiuto da Bill Clinton, ne rinvia la definizione concreta al Congresso, coltivando, tra l'altro, l'intenzione di raggiungere una soluzione bipartisan. Ma bisognava al tempo stesso scongiurare il rischio di una “guerra preventiva” mossa dal potente complesso industriale-sanitario. L'obiettivo è quello di dialogare con i diversi gruppi di interesse per ottenere un consenso di principio alla riforma. L'iniziativa dello staff di Obama ottiene un indubbio successo nella primavera del 2009.

Per la prima volta, l'AMA - l'Associazione dei medici americani - e l'industria farmaceutica promettono di sostenere la riforma sanitaria, ottenendo come contropartita la neutralità dell'amministrazione rispetto alla fissazione delle tariffe mediche e dei prezzi dei medicinali. Le compagnie assicuratrici si dichiarano, in linea di principio, non avverse a una riforma che allarghi la platea degli assistiti, ma rivendicano un preciso impegno in direzione della obbligatorietà dell'assicurazione. Una volta che sia stabilito l'obbligo universale all'assicurazione, le compagnie si s'impegheranno a non discriminare, sulla base di malattie preesistenti, coloro che chiedono una polizza assicurativa o il suo rinnovo.

Lo scambio si presenta, in definitiva, vantaggioso per le compagnie assicuratrici. L'espansione della platea a circa cinquanta milioni di nuovi assicurati consente, infatti, di far entrare nei ruoli milioni di giovani adulti - circa la metà dei non assicurati - vale a dire persone con un più basso livello di rischio. Ma l'accordo lascia nell'ombra il punto chiave della riforma: l'istituzione del piano assicurativo pubblico. Le compagnie private ritengono inaccettabile che un piano pubblico entri nel mercato assicurativo. Un piano pubblico, per la riduzione dei costi amministrativi dovuta alla sua dimensione

nazionale, senza spese di pubblicità e senza dover realizzare profitti, si presenta come una chiara minaccia per le assicurazioni private.

Si tratta di un conflitto singolare e, al tempo stesso, illuminante. L'ideologia del libero mercato si basa sul teorema dell'inefficienza dell'intervento pubblico nell'erogazione dei servizi di carattere collettivo. In questo caso, l'opposizione è motivata da una ragione contraria: un piano assicurativo pubblico sarebbe dotato di una superiore efficienza e capacità competitiva rispetto all'oligopolio assicurativo privato. I circoli conservatori alimentano la convinzione che l'amministrazione, servendosi del "cavallo di Troia" della "public option", punta all'"europeizzazione" del sistema sanitario. E Barack Obama è accusato, come già era successo settanta prima a FDR, di essere un socialista mascherato.

### *La "Grande macchina della distorsione ideologica"*

E' proprio la debolezza argomentativa e politica delle posizioni contrarie alla "public option" a richiedere lo spostamento della battaglia per la riforma su un terreno più largo e sfuggente, di tipo politico-propagandistico. Entra così in gioco la "Grande macchina della distorsione ideologica". La mobilitazione contro l'intervento pubblico deve toccare i sentimenti e i pregiudizi più profondi. La campagna deve fare appello alla mitologia antistatalista. A nulla vale l'insistenza di Obama sul fatto che tutti quelli che lo vorranno potranno mantenere la propria assicurazione privata e che, in ogni caso, le cure saranno prestate da *provider* privati.

I media conservatori spiegano con orrore che un piano assicurativo pubblico favorirà la liberalizzazione dell'aborto, estenderà l'accesso alle cure agli immigrati illegali e giungerà a istituire collegi di medici, definiti *Death Panel*, che potranno decidere l'eutanasia dei malati più anziani. E Sara Palin, già candidata alla vicepresidenza con McCain, spiega alla televisione, come con la riforma, suo figlio down sarebbe morto per mancanza di cure. La propaganda assume

talvolta toni grotteschi. Obama viene accusato di essere un presidente incostituzionale, perché sarebbe nato in Kenia. In effetti, la propaganda, basata sul richiamo ai principi, non importa quanto falsificati e distorti, ha una stupefacente capacità di distorsione degli orientamenti di una vasta parte dell'opinione pubblica, anche quando entra in contraddizione con quelli che sembrerebbero ovvie posizioni di buon senso.

La potente macchina di distorsione ideologica genera effetti paradossali. Un giovane di 30 anni disoccupato, interrogato sul valore di un sistema pubblico in grado di garantire un'uguale assistenza a tutti, non ha dubbi nel rispondere che preferisce di non essere assicurato piuttosto che mettere la sua libertà di scelta nelle mani dell'amministrazione pubblica. E altri, interrogati sulla controsenso di un costo della polizza doppio per una persona di più di 50 anni, rispondono che, al contrario, sarebbe iniquo imporre a un giovane lo stesso costo assicurativo previsto per una persona anziana. La filosofia individualistica, elevata a categoria suprema di organizzazione dei rapporti sociali, porta a offuscare il fatto che l'invecchiamento, col suo maggior bisogno di cure, non è una scelta parassitaria ma un evento naturale e auspicabile.

Così vediamo persone normali ragionare come le compagnie di assicurazione che, secondo un'incontrovertibile logica di profitto, tendono a evitare le persone a più alto rischio. "Il modello privato di assicurazione - scrive *New Republic* - si basa sulla vendita del proprio prodotto al massimo numero possibile di persone sane...evitando i gruppi a maggior rischio". La grande macchina di distorsione ideologica si dimostra uno strumento indispensabile ed efficace per trasformare in interessi condivisi gli interessi particolari del grande *business* assicurativo-sanitario.

### *La mobilitazione delle "lobby"*

Ma è anche vero che la macchina della propaganda non potrebbe funzionare senza il sostegno materiale dei grandi gruppi coalizioni di interessi. Ideologia e interessi debbono andare a braccetto. E le lobby svolgono una funzione essenziale in questa direzione. A Washington operano oltre 30.000 lobbisti. Molti hanno precedentemente lavorato nelle commissioni del Congresso. Dal canto loro, le *corporation*, nelle loro elargizioni a favore delle campagne elettorali, non fanno distinzioni di colore politico.

Alcuni congressisti, per la loro stesa autorevolezza, risultano particolarmente privilegiati. Fra questi vi è il senatore democratico Max Baucus che al Senato avrà un ruolo determinante nell'orientamento della riforma sanitaria. Baucus è uno dei quattro senatori che negli ultimi venti anni hanno ricevuto maggiori contributi dalle compagnie di assicurazione sanitaria. Si tratta, secondo il *Center for Responsive Politics*, di "donazioni" per circa quattro milioni di dollari. E, ancora, nei primi sei mesi del 2009, mentre si avvia il dibattito sulla riforma, 230 mila dollari entrano nelle casse del potente senatore democratico. Non è un caso isolato. Il senatore repubblicano Charles Grassley, anche lui della Commissione finanze, che nello Iowa, il suo Stato, non ha esitato a giustificare i timori per i "Death Panel", ha ricevuto 227 mila dollari, in vista della campagna elettorale del 2010.

Da un punto di vista formale, non si può parlare di corruzione, perché le donazioni e l'opera dei lobbisti rientrano nel gioco politico. Ma è un gioco sempre più pericolosamente corrosivo della democrazia. Robert Reich descrive l'intrusione di quello che definisce "supercapitalismo" in ogni aspetto della democrazia. "Il dominio dei lobbisti, dei legali, degli specialisti di pubbliche relazioni... (e) il danaro delle *corporations*, che sovrasta il sistema politico, rendono pressoché impossibile ai cittadini far sentire la loro voce" ("*Supercapitalism*", pag. 211).

Nel mezzo del dibattito sulla riforma sanitaria la grande macchina di distorsione ideologica gira a pieno ritmo. Gli argomenti agitati dall'opposizione sono, singolarmente, confutabili, quando non del tutto inconsistenti. Ma nell'insieme hanno l'effetto di una bomba a frammentazione, destinata a colpire in una direzione o nell'altra. I potenti Think tank della destra - Cato Institute, Hoover Institution, American Enterprise Institute, Heritage Foundation - finanziati dal grande *business*, forniscono alla battaglia politica una base ideologica generale. La grande stampa, dal *Wall Street Journal* al *Weekly Standard*, mobilitano al servizio della causa gli intellettuali dell'ala neo-conservatrice. La Fox News assolve a una funzione di prima linea dell'attacco, raccogliendo e alimentando senza scrupoli tutta la gamma dei pregiudizi e delle falsificazioni. L'attacco prende le forme di una sofisticata strategia di guerriglia quando concentra l'offensiva propagandistica su quei membri democratici del Congresso, che dovranno essere rieletti in collegi marginali, dove più alto è il rischio di essere sconfitti alle elezioni di *mid-term* dell'autunno del 2010.

Nel mezzo dell'estate la mobilitazione contro la riforma diviene capillare. Contro la politica del presidente si tiene a Washington una grande manifestazione di massa che mescola la protesta, alimentata dai populistici di destra contro l'aiuto fornito alle banche con la "statalizzazione" del sistema sanitario. Ma il problema per Obama non è solo l'attacco senza esclusione di colpi dei repubblicani. Il partito democratico è diviso sempre più apertamente fra l'ala liberal e quella centrista.

La "public option" era stata la mediazione rispetto all'originario progetto di "Medicare per tutti" della sinistra democratica. Ora la parte centrista dei democratici oscilla tra il puro e semplice abbandono del piano pubblico e il suo sostanziale svuotamento. La divisione all'interno della maggioranza democratica rischia di far deragliare la riforma. E' in questo quadro di incertezza e di contrasti che Obama decide di riprendere l'iniziativa con un discorso rivolto a una sessione congiunta del Congresso.

### *Il passo indietro di Obama*

Era stato preventivamente definito il discorso più difficile di Obama. Quello da cui poteva dipendere il destino del suo primo mandato. E' un evento raro per un presidente parlare alle Camere riunite e, in realtà, a tutta l'America. Sorprendentemente, Obama iniziò il discorso con una citazione di Theodore Roosevelt. Trattandosi del tema di una grande riforma avrebbe potuto ricordare Franklin Roosevelt. Iniziando, invece, con la citazione di Theodore Roosevelt, il grande presidente repubblicano dell'inizio del secolo scorso, dimostrava di voler parlare a tutto il Congresso e, in primo luogo, ai repubblicani. Si notò che il suo sguardo era insistentemente rivolto a quel lato del Congresso. Simbolicamente, il suo voleva essere un discorso volto a ottenere un consenso bipartisan.

Ma, probabilmente, il presidente che Obama più aveva in mente era un altro, molto più vicino nel tempo: Bill Clinton che, sedici anni prima negli stessi giorni, aveva tenuto un discorso al Congresso sulla riforma sanitaria. Un discorso che aveva ottenuto un apparente successo, rivelatosi poi del tutto effimero: la sua riforma non era giunta nemmeno alla votazione finale. Obama si mosse con prudenza fra le acque infide del congresso, puntando su tre obiettivi della riforma:

- estendere la copertura sanitaria ai cittadini americani che ne sono privi;
- lasciare intatta la scelta di tutti coloro che sono soddisfatti della condizione presente;
- non far gravare sui contribuenti nemmeno un "dime" (dieci centesimi) dei circa 800 miliardi necessari nel corso dei prossimi dieci anni.

Questo doveva essere considerato il nucleo essenziale della posizione del governo. Ma, in verità, il punto critico era ancora una volta la "public option" - il cavallo di battaglia dei repubblicani, ma anche il pomo della discordia

all'interno dei democratici. La posizione del presidente su questo punto fu condensata in un'affermazione che poteva essere definita tanto chiara quanto sibillina. Obama affermò che considerava importante la "public option", ma che essa era non l'obiettivo centrale della riforma, ma un suo strumento. In altri termini, Obama non rinnegava la sua posizione a favore di un piano assicurativo pubblico, ma la riduzione lessicale e concettuale da obiettivo a strumento lasciava aperta la porta a una mediazione dai contorni tanto vasti quanto sfumati. In ogni caso, lo scioglimento dell'oracolo era consegnato alla responsabilità del Congresso e, in sostanza, al superamento dello scontro fra gli stessi democratici.

L'apertura non scalfì minimamente l'opposizione repubblicana, la cui battaglia aveva come chiaro obiettivo la sconfitta del presidente e non il merito della riforma. Il progetto repubblicano sostenuto da McCain durante la campagna per le presidenziali del 2008 si era fondato sull'idea di un più esteso regime di privatizzazione nel quale ciascuno era libero di fare la propria scelta assicurativa col sostegno di un sussidio statale fino a 5000 dollari per una famiglia di quattro persone. Una proposta inconsistente che avrebbe inesorabilmente moltiplicato il numero dei non assicurati, dal momento che una polizza per una famiglia costa mediamente oltre 13 mila dollari. Era la traduzione pratica di un'impostazione a suo modo dotata di una brutale coerenza ideologica: lo Stato non deve estendere il suo intervento, ma piuttosto ridurre la sua presenza. L'assicurazione sanitaria deve essere lasciata alla libertà del cittadino e alla libera concorrenza del mercato assicurativo. Un esempio trasparente di darwinismo sociale che non è nuovo nella storia americana, ma che aveva trovato nuova linfa nella filosofia neoconservatrice post-reaganiana.

Il terreno dello scontro è ormai totalmente politico-propagandistico. Karl Rove, l'ex potente capo dei consiglieri di George Bush, vede nella battaglia contro la riforma sanitaria lo strumento privilegiato per rivitalizzare il Partito repubblicano, agonizzante dopo la dura sconfitta elettorale del 2008, e la

possibilità di rifarsi alle elezioni di *mid-term* del 2010. Il senatore Jim De Mint della Carolina del Sud afferma con enfasi: “Se saremo capaci di fermare Obama su questo, sarà la sua Waterloo”.

Essendo ormai evidente che la riforma non riceverà alcun avallo dai repubblicani e che i tentativi bipartisan di Obama sono illusori, diventa chiaro che il destino della riforma si gioca all'interno del partito democratico. “I democratici - scrive Paul Starr - stanno negoziando con se stessi una riforma al ribasso, cercando la bipartisanship all'interno di un solo partito” (*American Prospect* ottobre, 2009).

Il dibattito nella Commissione finanze del Senato ne è una conferma. Max Baucus, il potente senatore democratico del Montana che presiede il gruppo di sei senatori, composto da tre democratici e tre repubblicani, che la stampa battezza come la “Gang dei sei”, nel tentativo di ottenere il consenso dell'opposizione, propone di ridurre l'opzione pubblica a un'innocua rete di cooperative. Un progetto di evidente svuotamento del piano pubblico. Non a caso, il *Congressional Budget Office* (CBO), l'autorevole organismo indipendente del Congresso preposto al controllo del bilancio, dichiara di considerare “improbabile che (le cooperative) possano stabilire una significativa presenza di mercato in molte aree del paese” (*Washington Post*, 17/9/09).

Quando nella Commissione finanze, il senatore democratico Jay Rockefeller propone un emendamento per introdurre nel progetto della Commissione il piano pubblico, insistendo sulla sua “volontarietà” e come aiuto a tutti coloro che “sono ora vulnerabili, senza potere, nei confronti della loro compagnia di assicurazione”, la maggioranza democratica della commissione si divide e un terzo vota con i repubblicani, facendo bocciare l'emendamento.

### *Il voto alla Camera dei Rappresentanti*

E' in questo quadro che Nancy Pelosi promuove il voto della Camera sul progetto di riforma. Il progetto, nella sua versione conclusiva prevede sostanzialmente:

- l'estensione di "Medicaid", l'assistenza sanitaria pubblica, riservata ai poveri, a un numero più ampio di cittadini, elevando il livello di reddito per accedervi al 133 per cento della soglia della povertà;
- l'erogazione a un'altra fascia di cittadini con redditi medio-bassi di un sussidio, sotto forma di credito di imposta, decrescente in rapporto al reddito;
- l'obbligo, che rievoca il modello in corso di sperimentazione nel Massachusetts, di assicurazione sanitaria per tutti i cittadini;
- la copertura della spesa per la riforma mediante i risparmi da realizzare nel programma pubblico per gli anziani (*Medicare*) e una sovraimposta sui redditi superiori a 500 mila dollari.

Ma il punto critico continua a essere la "public option", che il progetto della Camera formalmente comprende, ma in una forma sostanzialmente svuotata. Nell'esangue versione approvata dalla Camera, all'eventuale opzione pubblica potranno accedere solo gli individui non assicurati in proprio o dipendenti dalle piccole aziende che non prevedono un'assicurazione ai propri dipendenti. A questi livelli di penetrazione del nuovo programma assicurativo, la concorrenza con le compagnie assicuratrici private, che in molti Stati detengono un quasi-monopolio, diventa una chimera. Secondo le previsioni, gli individui potenzialmente coinvolti sarebbero nell'ordine di sei milioni di cittadini, il due per cento della popolazione: una dimensione irrisoria, se si considera che i due piani pubblici già esistenti, rispettivamente per gli anziani e per i poveri, oltre a quello per i veterani, coprono oltre cento milioni di cittadini, un terzo della popolazione americana.

Paradossalmente, questa versione minimalista dell'opzione pubblica, se accolta nella riforma, rappresenterà - affermano i suoi critici - un regalo alle compagnie assicuratrici che potranno allargare la loro clientela a milioni di nuovi assicurati sussidiati dallo Stato. In effetti, quella che era stata una mediazione all'interno del partito democratico rispetto alla proposta "Medicare per tutti" è ridotta a un simulacro. Come dirà Robert Reich, di "pubblico" è rimasto solo l'aggettivo.

### *Il round finale*

Dopo il voto della Camera, la partita si riapre al Senato, dove i regolamenti procedurali rendono ancora più arduo il cammino della riforma. Al Senato sono, infatti, necessari 60 voti su 100 per impedire all'opposizione di mettere in atto il *filibustering*, la temibile manovra ostruzionistica, che può bloccare a tempo indeterminato il voto finale sulla riforma. I senatori democratici raggiungono, insieme con due indipendenti, la faticosa soglia dei sessanta. Ma sarebbe necessario un consenso unanime. E questo non è scontato, dal momento che Lieberman, già candidato alla vice-presidenza nel ticket con Al Gore nel 2000, attualmente uno dei due indipendenti, e altri quattro o cinque senatori democratici hanno dichiarato, con motivazioni diverse, di non votare nessun progetto che contenga la "public option".

All'inizio di dicembre, appare chiaro che il Senato approverà un testo diverso da quello della Camera. I democratici, divisi al loro interno, si orientano verso un accordo che prevede la sostanziale esclusione di una "public option". In alternativa, si prevedono due programmi. Il primo offre la possibilità alle persone di età compresa fra 55 e 64, che non dispongono di un'assicurazione da parte del datore di lavoro, di optare per l'adesione a *Medicare*, il programma pubblico che copre gli anziani da 65 anni in su.

Il secondo programma prevede, per coloro che sono privi di un'assicurazione, la possibilità di aderire a un piano offerto dalle compagnie assicuratrici sulla base di standard concordati con l'*Office of Personnel Management*, l'Ufficio federale che vigila sugli schemi assicurativi previsti per i pubblici dipendenti. In altri termini, una proposta che lascia sostanzialmente intatto il sistema assicurativo affidato alle grandi compagnie private che, per la loro dimensione e concentrazione, hanno l'effettivo controllo del mercato assicurativo.

Le compagnie assicuratrici non hanno ragione di opporsi a questo programma, trattandosi, in ogni caso, di un allargamento del mercato assicurativo. Solleva invece allarme nel complesso medico-ospedaliero l'eventuale allargamento di *Medicare* che prevede tariffe più basse di quelle rimborsate dalle compagnie private. Ma il programma di allargamento sarebbe limitato dal fatto che a esso è prevista l'adesione, su base volontaria, solo di coloro che, in un'età compresa fra 55 a 64 anni, non dispongono di un'assicurazione fornita dal datore di lavoro.

Mentre scriviamo il dibattito è ancora in corso nel Senato. Si può tuttavia concordare con il giudizio del *Washington Post*, che vede in queste proposte il rischio di un'ulteriore "balcanizzazione" del sistema (*Medicare Sausage?* 10.12.2009). Il *New York Times* prende atto della svolta e in un editoriale scrive: "Abbiamo a lungo sostenuto l'idea di un piano pubblico. Senza la necessità di produrre profitti e sostenuto dal governo, poteva ridurre i costi e costringere a competere le compagnie private e a ridurre i premi. Ma i gruppi assicurativi e l'opposizione repubblicana erano determinati nel liquidare il piano o drasticamente indebolirlo" (10.12,09). In effetti, i dettagli non sono ancora definiti. E' del tutto probabile che il compromesso che sarà raggiunto dal gruppo democratico al Senato sarà adottato dalla Camera in modo da portare a compimento la riforma all'inizio del nuovo anno, in modo da consentire a Obama di annunciare la buona novella quando presenterà il "Rapporto sullo Stato dell'Unione".

Ciò che sin d'ora appare chiaro è che lo scontro è stato caratterizzato dall'inesorabile progressiva retromarcia di quelli che sono stati considerati i cardini essenziali di un'autentica riforma. L'obiettivo più radicale e ambizioso era l'espansione di *Medicare* come sistema pubblico universalistico. Questo disegno implicava l'estensione a 250 milioni di americani del programma pubblico oggi riservato grosso modo a 50 milioni di cittadini da 65 anni in su. La seconda ipotesi, inizialmente assunta da Obama, era un piano pubblico, la *public option*, come opzione non obbligatoria ma aperta a tutti, in competizione con le compagnie assicuratrici private, in grado di coinvolgere a livello nazionale, secondo alcune stime, intorno a cento milioni di cittadini. Poi, una volta lasciata cadere questa proposta, era apparsa nel Congresso, come subordinata, l'adozione della *public option*, con la facoltà dei singoli Stati di rimanerne fuori scegliendo l'*opt-out*. Questo avrebbe consentito di ottenere la riforma in alcuni stati importanti in vista di una progressiva generalizzazione.

Ma queste diverse ipotesi sono state progressivamente liquidate. In ogni caso, se non entro l'anno come la Casa Bianca sperava, con qualche settimana di ritardo, il Congresso approverà un compromesso sulla base degli orientamenti che sono ormai abbastanza chiaramente delineati. Obama potrà annunciare agli americani che la riforma è stata fatta, così chiudendo il primo anno della presidenza con un successo che, con una certa enfasi, potrà definire "storico". Ma, in ogni caso, sarà ancora una riforma incompiuta. E, difficilmente, potrà ripetere l'orgogliosa affermazione pronunciata nel discorso di settembre dinanzi al Congresso: "*Non sono il primo dei presidenti ad affrontare la riforma sanitaria ma voglio essere l'ultimo*".

### ***La riforma incompiuta***

La riforma che si delinea rimane, in effetti, lontana dalle caratteristiche di un modello universalistico, come s'incontrano in tutti i paesi capitalistici avanzati.

Nel corso dei prossimi dieci anni, 30 milioni di americani potranno ripararsi sotto l'ombrello di *Medicaid*, il programma pubblico per i poveri allargato, o potranno utilizzare il sussidio statale per acquistare una polizza privata. Le compagnie assicuratrici allargheranno la loro clientela a molti milioni di giovani adulti obbligati dalla riforma ad acquistare una polizza. Secondo i calcoli ufficiali, tuttavia, 25 milioni, dieci milioni dei quali immigrati, continueranno a rimanere privi di assicurazione.

Ma, in effetti, non è nemmeno questo il punto più critico del sistema sanitario americano. Non ostante l'assicurazione diventi in linea di principio obbligatoria per tutti, non tutti potranno fruire dello stesso tipo di assicurazione. La qualifica di assicurato, infatti, non dice nulla sui contenuti dell'assicurazione. La qualità continuerà a riflettere il valore monetario della polizza, che dipende dall'impresa in cui si lavora, dalla tipologia dell'occupazione e, in definitiva, dal reddito. Le famiglie con redditi elevati continueranno a godere di un livello elevato di tutela. Ma permarranno intatte le vecchie diseguaglianze di trattamento di fronte alla malattia.

Permarrà, in altri termini, la differenza di contenuto assicurativo fra una polizza e l'altra. Se il costo medio annuo per una famiglia di quattro persone è oggi di 13.500 dollari, ve ne sono di valore più basso (caratterizzate da elevati livelli di franchigia e di *co-payments*) e altre del valore di 20-25.000 dollari. Alla differenza dei costi corrisponde una differenza di copertura e di trattamenti. Il rischio della malattia continuerà a essere uguale per tutti, ma le possibilità di curarsi rimarranno profondamente diseguali. Da questo punto di vista, si tratterà di una riforma del sistema assicurativo ma non di una vera e propria riforma sanitaria.

Se la riforma non risolve la diseguaglianza di condizione di fronte ai rischi della salute, non riesce nemmeno ad affrontare la questione dei costi. Secondo le

previsioni ufficiali, il costo della riforma sarà nell'arco di dieci anni di un ordine variabile fra 800 e 1000 miliardi di dollari. Ma non vi sarà alcun aggravio del deficit pubblico. La maggiore spesa sarà finanziata con risparmi per circa 500 miliardi nel programma pubblico per gli anziani (*Medicare*) e con il ricavato di un'imposta sui redditi superiori a 500 mila dollari (progetto Camera), o con un'imposta sulle polizze "Cadillac", da 23 mila dollari in su, (ipotesi in discussione al Senato). In questo modo, la riforma non incide sul deficit di bilancio e, come ha promesso Obama di fronte al Congresso, non costerà alla nazione nemmeno un "dime".

Questi calcoli sono, tuttavia, contestati. Michael Cannon del conservatore *Cato Institute*, calcola che la riforma costerà in dieci anni 2.500 miliardi. Ma, secondo gli esperti dell'autorevole Brookings Institution, "è un compito tremendamente arduo cercare di stimare i costi in un orizzonte di dieci anni, poiché nessuno conoscere con certezza l'andamento delle diverse variabili". In ogni caso, questo dibattito riguarda le spese dirette a carico del bilancio federale. Diverso è il problema che, inizialmente, era stato considerato un cardine della riforma: la compressione dei costi complessivi della sanità. Nel suo discorso di settembre al Congresso, Obama aveva affermato: "Spendiamo una volta e mezzo in più per persona di ogni altro paese, ma non godiamo per questo di una migliore condizione sanitaria".

Il problema non riguarda solo l'ammontare dei costi attuali, già fuori misura, quanto la sua incontrollabile dinamica. Anche ammettendo che la riforma (in sostanza, l'ampliamento di *Medicaid* e i sussidi alle famiglie meno abbienti) risulti a costo zero dal punto di vista del bilancio federale, non vi sono misure effettive per bloccare la dinamica dei costi totali che, negli ultimi dieci anni, ha fatto verificare una crescita tre volte superiore all'inflazione media. Nel periodo fra il 1999 e il 2009, il costo medio di una polizza familiare è cresciuta da 5.800 a 13.400 dollari. Se questa dinamica non viene fermata - scrive Atul Gawande sul *New Yorker* - "il costo di una assicurazione familiare raggiungerà 27 mila dollari

nel giro di dieci anni". Anche in questo caso, le previsioni possono rivelarsi aleatorie. Rimane il fatto che secondo le precedenti previsioni del *Congressional Budget Office* (CBO), entro dieci anni, la sanità assorbirà il venti per cento, un dollaro su cinque, del reddito nazionale. In attesa di scalare, in mancanza di riforme radicali, la vetta surreale di circa un terzo del Pil nei primi anni Trenta.

Anche prescindendo da previsioni a lunga scadenza, non c'è dubbio sul fatto che, per quanto concerne i costi, la riforma in discussione "fa poco o niente per affrontare il problema" (*Financial Times* - 2.12.09). Quanto ai cittadini, il diritto alla salute continuerà a dipendere dai rapporti di forza nelle aziende e dalle personali condizioni di reddito. David Brooks, uno dei più autorevoli commentatori conservatori, lontano dall'oltranzismo ideologico dell'opposizione repubblicana, scrive sul *New York Times* che la riforma, privata di un carattere generale, "si limita ad aggiungere altri assicurati al pasticcio (*mess*) che abbiamo creato...non blocca l'inflazione dei costi di un sistema vorace col rischio di bancarotta del paese, mentre riduce il potere d'acquisto dei salari" (*New York Times* 5.6.09).

La riforma avviata da Lyndon Johnson a metà degli anni Sessanta, che Ted Kennedy, dopo 40 anni di battaglie, sperava potesse giungere a compimento, rimane incompiuta. Il sistema rimane fondamentalmente quello che era: il più costoso e il più diseguale che si conosca. La sanità, con le sue riforme mancate o dimezzate nel corso di un secolo, con la sottomissione alla potenza delle lobby, con le sue contraddizioni tra principi di libertà, eguaglianza ed efficienza, rappresenta, per molti versi, una metafora del capitalismo americano.

Contrariamente alle teorie apologetiche, secondo le quali le diseguaglianze implicite nel modello sociale americano sono compensate dalla sua efficienza, il sistema sanitario dimostra che si tratta di uno scambio immaginario. La storia secolare del sistema sanitario americano è una metafora che racconta una cosa

diversa. Racconta come diseguaglianza e inefficienza possano andare a braccetto. Questo è un fatto. Ed è al tempo stesso un problema al quale nemmeno un presidente carismatico come Barack Obama, eletto all'insegna del cambiamento, riesce a dare una soluzione.

(15.12.2009)

### **Riferimenti bibliografici**

**American Enterprise** - *The Politics and Principles of Real Health* - September 2009

**Begley, S.** - *The truth about Obamacare* - Newsweek, Aug 31, 2009

**Cato Institute**, Cannon, M. *Why a "Public Option" Is Hazardous to Your Health*  
July 27, 2009

**Cohn, J.** - *Drug Deal* - The New Republic, 25.8.2009

**Crook, C.** - *Medicare for all may be the best cure for the US* - FT, 15. 6. 2009

**Douthat, R.** *The ghosts of 1994* - New York Times, 16.9.2009

**Freeman, R.** - *America works* - 2007

**Economic Policy Institute** - *The State of Working America* - 2008/2009

**E.P.I** - *A public plan option as backup insurance for all Americans* Elise Gould  
Alexander Hertel-Fernandez May 13, 2009)

**E.P.I.**- *Costly COBRA: for the jobless, health care costs may exceed unemployment benefits*, 2009)

**Gawande, A.** - *Testing, Testing* - New Yorker, 14. 12, 2009

**Hacker, J.** *The divided welfare state*, 2002

**Hobsbawm, E.**- *Socialism has failed. Now Capitalism is bankrupt. So what comes next?* (The Guardian, 10.4.09)

**Katz, M.** *The Price of citizenship* - 2001

**Kilgor, E.** -*Health Reform And The Specter Of 1994* New Republic 20.7,2009

**Klein, E.**- *The medical bill you need to see*- Washington Post , December 8, 2009

**Kristof, N.** *America's Defining Choice* New - York Times 11/11/2009

**Kuttner, R.** - *Everything for sale* - 1996

**Kaiser Health News** *Daily Health Policy Report*

**Kristol, W.** - *Defeating Obamacare and the Taliban* - Weekly Standard, 31.8.2009

**Krugman, P.** - *Where to draw the line?* - International Herald Tribune, 19-20 /9/2009

**Miringoff, M. and Miringoff M.L.** - *The social health of the Nation*, 1999

**Nobel, C.** - *Welfare as we knew it* - 1997

**OECD** - *Health at a glance* - 2007

**Osterman, P.** - *Securing Prosperity* - 1999

**Reich, R.** - *Super capitalism* - 2007

**Schlesinger A.** - *L'età di Roosevelt - L'Avvento de New Deal*, 1963

**Starr, P.** *The Hillarycare Mytology* - American Prospect, ottobre 2007.

**Starr, P.** - *Fighting the Wrong Health Care Battle* - New York Times, Nov. 30, 2009

**Starr, P.** - *Bipartisanship in One Party* - The American Prospect (October 2009)

**The Economist** - *"Hillay-care debacle"* - 28.11.2009

**Time:** *Exclusive interview with President Obama* 29.7.2009

**Young, J** - *Obama follows in steps of Clinton with healthcare address* - The Hill 09/09/09