

## Sviluppi politici del programma di riforma sanitaria di Obama

Come già ebbi occasione di scrivere tempo fa, il progetto di riforma sanitaria proposta dal presidente degli Stati Uniti, non andava di certo nella direzione di un sistema di salute pubblica gestito dallo Stato che scardinasse il gigantesco sistema di potere economico che gestisce profittevolmente la salute dei cittadini nord-americani.

E' interessante vedere quanto sta accadendo in questi giorni, cercando di comprendere meglio la sostanza della riforma e il significato delle posizioni politiche che vi ruotano attorno.

Il cuore della riforma si articola su quattro assi fondamentali:

1- Il primo punto concerne l'estensione obbligatoria dell'assicurazione sanitaria a tutti i cittadini (il che significa, in assenza di un sistema pubblico, obbligo di stipulare un'assicurazione privata sulla salute). Oggi, secondo dati di diversi studi, si stima che oltre 46 milioni di cittadini statunitensi (ivi compresi immigrati non in regola) sono privi di assicurazione sanitaria.

2- Il secondo punto prevede l'erogazione di sussidi a carico dello Stato per tutti coloro che non possono permettersi di stipulare un'assicurazione (ovvero i lavoratori a basso reddito, o non assicurati dal proprio datore di lavoro, o autonomi oppure i disoccupati). Si tratta di quei 46 milioni di cittadini nord-americani ad oggi sprovvisti di assicurazione medica.

3- Il terzo punto è più controverso. Un'iniziale ipotesi contenuta nella bozza della riforma prevedeva l'obbligo per le assicurazioni di computare il premio in base al rischio nazionale collettivo e non in base al rischio individuale. Negli Stati Uniti il premio assicurativo pagato dall'assicurato si basa sulle proprie condizioni di salute, i fattori di rischio (malattie pregresse o in corso), la storia familiare etc etc. Ciò significa che per un malato, un obeso, un soggetto con storia familiare segnata da malattie congenite o da ereditarietà o familiarità per patologie determinate, paga molto di più di una persona sana con buone aspettative di vita in salute. In concreto ciò determina una selezione dei paziente profittevoli (i più sani) contro i pazienti non profittevoli che spesso non possono permettersi il lusso di un'assicurazione che richiede un premio di adesione proibitivo. In molti casi i cittadini vengono direttamente esclusi di diritto dalla possibilità di assicurarsi in quanto portatori di un rischio di malattia troppo elevato. Il tentativo di collettivizzare il rischio significherebbe in sostanza eliminare questa discriminazione rendendo omogeneo, ad un unico livello comune, il premio per l'assicurazione. Nel testo finale della riforma che si sta discutendo ci si limita, in realtà, all'introduzione dell'obbligo, per le compagnie assicurative, di non escludere alcun soggetto sulla base delle condizioni sanitarie (pre-esistenti o emergenti durante il contratto), del divieto di fissare un ammontare massimo di cura che si può ricevere; ed infine della fissazione di un limite massimo di spesa eccedente il reddito personale degli assicurati.

4- Il quarto ed ultimo punto chiave, è l'introduzione di un'assicurazione gestita dallo Stato tramite i contributi dei lavoratori (finanziamento non progressivo) da affiancare al sistema pre-esistente gestito dalle compagnie di assicurazione private.

Vediamo meglio che interessi fondamentali ruotano attorno a questi quattro cardini della riforma.

E' evidente che i primi due punti, ovvero l'obbligatorietà dell'assicurazione unita, per forza di cose, ai sussidi statali (senza i quali un vasto numero di cittadini non potrebbe materialmente comprare un'assicurazione), sono del tutto in sintonia con gli interessi economici delle compagnie assicurative che potrebbero beneficiare con certezza di una ben più vasta platea di assicurati. In sostanza, lo Stato delega un fine sociale supremo ad operatori privati orientati a massimizzare i propri profitti, per poi tappare le falle che inevitabilmente il sistema a gestione privata produce intervenendo con denaro pubblico che (oltre ad adempiere alla necessità sociale di garantire la copertura sanitaria universale) arricchisce le compagnie assicurative.

Su questi due punti, non a caso, c'è una pur parziale unità di intenti politici. In realtà, i poteri industriali e delle grandi aziende rischiano, da una parte, di vedere almeno in parte ridimensionati i margini (oggi sempre più elastici) per offrire contratti senza copertura assicurativa; dall'altro (ma ciò dipenderà dal criterio di finanziamento dei sussidi per i non assicurati) rischiano un aumento generalizzato delle imposte. Non a caso parte del Partito repubblicano (legato tradizionalmente ai colossi industriale e militari) si oppone anche a questi primi due punti della riforma. Si configura,

fino a questo punto, un tipico conflitto inter-capitalistico tra interessi del mondo industriale e produttivo e interessi del mondo assicurativo-finanziario. La totalità del partito democratico e parte dei repubblicani sarebbe invece disposta ad approvare i due provvedimenti facendo prevalere l'interesse del mondo assicurativo.

Il terzo ed il quarto cardine della riforma, vanno invece palesemente contro gli interesse delle compagnie assicurative che si spartiscono il mercato della salute. La possibilità di riuscita del piano nel suo complesso dipenderebbe quindi da un *do ut des* nei confronti dei colossi assicurativi (tra le lobbies più ingenerenti ed influenti nel complessivo sistema lobbistico nord-americano).

In particolare, mentre l'attuazione del terzo punto (ovvero l'imposizione di alcuni limiti al libero arbitrio contrattuale da parte delle compagnie assicurative) andrebbe ad erodere parte dei profitti degli assicuratori, la realizzazione di un assicuratore pubblico che impone un premio d'assicurazione basato sul rischio collettivo in concorrenza con l'operatore privato, rischierebbe di aver un effetto ancor più intenso, ridurre drasticamente il numero di assicurati gestiti dalle compagnie assicurative private che, per non perdere i clienti, sarebbero costrette a diminuire il proprio margine di profitto. Vi è da dire, peraltro, a parziale bilanciamento di quanto detto, che in un sistema misto, si potrebbe verificare una forma di selezione perversa dei pazienti, per cui i pazienti a più alto rischio sanitario (quelli cioè che pagano un premio assicurativo più alto) sarebbero i primi ad essere incentivati a ricorrere all'assicurazione pubblica (il cui premio viene stabilito, per forza di cose, in base al principio del rischio collettivo). In tal modo le assicurazioni, cui, come si è visto, non viene imposta la collettivizzazione del rischio, finirebbero per mantenere presso di sé i clienti più "convenienti" che, pur pagando un premio più ridotto, hanno comunque più basse probabilità di ammalarsi (e che quindi, alla resa dei conti, costano meno e rendono di più). Insomma (anche se le variabili in ballo sono molteplici e non è facile trarre conclusioni univoche al riguardo) si potrebbe creare una situazione in cui allo Stato viene delegata la spesa sanitaria più gravosa bilanciata da entrate contributive medie, mentre le assicurazioni gestiscono il pubblico più redditizio.

In ogni caso, al di là di questa considerazione compensativa (che va presa con le dovute cautele), è un fatto che l'introduzione dell'operatore pubblico rappresenta un enorme danno in termini di profitti e-o di vastità della clientela disponibile, a carico delle compagnie assicurative.

Non è un caso, pertanto, che è proprio su questo specifico punto che si è sollevato il polverone più grande, sia da parte repubblicana sia all'interno della maggioranza democratica. Obama stesso ha esplicitamente affermato che l'introduzione dell'operatore pubblico non è un punto irrinunciabile, poiché l'importante è la garanzia dell'universalità del servizio sanitario.

La notizia del respingimento da parte della commissione finanza del senato dell'opzione pubblica, è la conferma di quanto fin qui affermato. Viene respinto l'unica innovazione fortemente lesiva degli interessi del mondo assicurativo, laddove i tre punti rimanenti nel loro complessivo bilanciamento rappresentano invece un'occasione di ulteriori guadagni per i padroni della salute.

La letteratura economica ha ampiamente dimostrato, cifre alla mano, oltre ogni altra considerazione etica generale, la totale e clamorosa inefficienza di un sistema sanitario privato, per ovvie ragioni di economie di scala, di costi di pubblicità dovuti alla concorrenza tra erogatori dei servizi e tra assicuratori e, naturalmente, per gli amplissimi margini di profitto strappati da questi ultimi.

Sulla base dei soli primi tre punti del programma di riforma, in realtà, la struttura del sistema sanitario resterebbe inalterata, gli interessi lobbistici di fondo del tutto illesi, anzi fortificati in buona parte, con l'unica differenza (sicuramente decisiva sul piano del risultato sociale finale) che verrebbe garantita la copertura sanitaria tramite i sussidi dello Stato versati agli assicuratori.

La riforma, così come potrebbe essere accolta definitivamente, sarebbe quindi il classico prodotto di quello che potremmo chiamare liberismo di Stato o liberismo assistito, ovvero l'intento di mantenere in vita un sistema privato costosissimo e fallimentare, attraverso il concorso di ultima istanza dell'operatore pubblico che interviene per tappare le falle più indecenti sul piano della sostenibilità sociale. In Europa stiamo da anni conoscendo un analogo fenomeno per quanto riguarda la gestione dei sistemi pensionistici. Da noi, tuttavia, il percorso è stato inverso. Un ben funzionante ed efficiente sistema pensionistico gestito dallo Stato è stato poco a poco smantellato per darlo in parte in gestione ai fondi pensione privati. Di fronte all'insostenibilità sociale del

progetto, lo Stato è intervenuto a più riprese, distorcendo all'inverso la cosiddetta libera concorrenza, per favorire gli assicuratori privati non solo tramite sgravi fiscali, ma, naturalmente offrendosi in qualità di salvatore di ultima istanza di eventuali fallimenti.

Naturalmente non si tratta di essere contro l'intervento dello Stato riparatore in sé, ma di denunciare il meccanismo perverso per cui, mentre si demonizza l'interventismo pubblico diretto ispirato a finalità sociali, allo stesso tempo se ne invoca opportunisticamente la necessaria assistenza a posteriori a supporto di un'insostenibile gestione privata; sapendo benissimo che la cosiddetta mano invisibile, oltre ad essere un'insidiosa ideologia anti-politica che sostituisce il senso della decisione sovrana con l'automatismo dell'individuo de-socializzato, è una pura impostura fittizia utile a mascherare il ruolo reale giocato dallo Stato nel favorire determinati interessi e non altri.

Salvo cambiamenti dell'ultima ora, sembra che la decantata riforma sanitaria di Obama sia destinata ad essere ridotta ai primi tre cardini sopra descritti.

Se così fosse, l'eclatante fallimento etico, sociale ed economico della gestione privata del bene comune per eccellenza, la salute, viene coperto dall'interventismo statale ex-post in pienissima sintonia con i profitti degli assicuratori e delle cliniche private e a costo di sopportare comunque un sistema inefficiente, molto più costoso e farraginoso di un sistema pubblico nazionale e ispirato dall'exasperazione di presupposti etici individualistici.

*Lorenzo Dorato*