

# Introduzione

*To Noretta, for everything*

Perché un libro sulla sanità americana scritto da uno scienziato della politica? Domanda, questa, che richiede una risposta complessa articolata su di una pluralità di momenti e dimensioni. Oggi, la politica sanitaria è certamente fra le più difficili e costose di tutte le politiche con le quali si cimentano le strutture di governo dei paesi di consolidata democrazia e modernizzata economia nel mondo occidentale<sup>1</sup>. Nella sanità di questi paesi ovunque osserviamo un estesissimo intervento pubblico, quale che sia il colore politico-ideologico dei governi e delle maggioranze al potere. Fino a poco più di mezzo secolo fa la scelta, da parte della mano pubblica, se intervenire o meno nella sanità era ideologicamente e programmaticamente motivata. Oggi, non più. A questo si è arrivati sospinti da una serie di tre fattori che hanno reso necessario il cambiamento nel senso dell'intervento pubblico generalizzato.

In primo luogo, è emersa una medicina ad elevata sofisticazione scientifica e tecnologica, di notabile efficacia diagnostico-terapeutica, ma anche estremamente costosa. In secondo luogo, le crescenti aspettative del pubblico sono sfociate in forme di articolazione e aggregazione le quali hanno fatto sì che un'assistenza medico-sanitaria di qualità venisse messa a disposizione dell'intera popolazione. Tutto ciò, a sua volta, ha spinto la spesa sanitaria a inglobare sempre più alte e sempre meno sostenibili percentuali del PIL, cosicché tanto i conser-

---

<sup>1</sup> I sistemi sanitari ai quali faccio riferimento in questo lavoro, quando mi serve un affidabile termine di paragone sul quale comparare la situazione USA, sono quelli dell'Europa occidentale. Primo, perché condividono con gli USA regime e struttura politica, e scienza, tecnologia e problematica medico-sanitaria. Secondo, perché si tratta dei sistemi più consolidati e collaudati, intorno ai quali si dispone di dati completi, affidabili e comparabili.

vatori quanto i progressisti hanno dovuto introdurre procedure di controllo sempre più capillari e invasive. Insomma, tutti i sistemi politici democratici e postindustriali hanno dovuto cimentarsi con una tremenda equazione a tre incognite: x) come garantire un accesso di massa; y) a una medicina di qualità; z) contenendo la spesa.

Ecco, quindi, che la politica sanitaria costituisce un punto di osservazione privilegiato per analizzare il funzionamento del sistema politico: non sorprende che, nel corso degli ultimi trent'anni, ci sia stata una copiosa fioritura internazionale di studi comparati sulle strutture e le politiche sanitarie. Quando, in questa letteratura, i referenti sono i sistemi politici europeo-occidentali, pur nel contesto di anche raggardevoli differenze da paese a paese, le ricerche si concludono spesso con la rilevazione di regolarità e la costruzione di generalizzazioni. Che si abbia la prevalenza dello schema mutualistico istituito da Bismarck nel 1886, o del servizio sanitario ideato da Lord Beveridge e per la prima volta attuato in Inghilterra nel 1946, in Europa osserviamo il consolidamento di due criteri di fondo: copertura universalistica obbligatoria, e tendenzialmente egalitaria, di tutta la popolazione, e sistema sanitario direttamente o indirettamente controllato, finanziato, quando non gestito, dallo stato. Questo movimento di studi e ricerche incentrato sulla ricerca comparata non poteva non includere, fra gli oggetti delle sue investigazioni, il caso americano, e cioè il leader mondiale economico, scientifico e tecnologico.

Prima di scendere sul campo, essendo il sistema politico statunitense a impianto costituzionale e democratico, essendo la sua un'economia ipermodernizzata e postindustriale, la sua scienza e tecnologia medica del tutto simili a quelle operanti in Europa, sarebbe stato, in astratto, ragionevole attendersi un quadro, se non allineato a quello europeo, almeno dallo stesso non sostanzialmente difforme. Un'aspettativa del tutto mal riposta. Più si è venuti comparando e più il quadro statunitense è apparso lontanissimo da quello europeo. Il primo capitolo di questo volume presenta l'analisi della radicale differenza fra USA e Europa. Strutture, finanziamenti, e rapporto con la mano pubblica sono del tutto incomparabili; per tacere di un decentramento che è, in effetti, frammentazione, e della tota-

le assenza del principio per il quale la copertura sanitaria deve essere obbligatoria e universale.

Politologi, sociologi, economisti sono venuti avanzando spiegazioni e interpretazioni di questo fenomeno: dal punto di vista culturale con la teoria dell’‘eccezionalismo americano’, dal punto di vista istituzionale, con la teoria secondo la quale la struttura decisionale degli USA è deliberatamente ricca di punti dai quali si esercitano paralizzanti poteri di voto, si è convenuto che la *civitas* e la *polis* statunitensi sono incompatibili con il principio di una egualitaria e obbligatoria copertura sanitaria.

Sia i contributi culturalisti sia quelli istituzionalisti sono tanto acuti quanto preziosi nello spiegare le peculiarità valoriali e strutturali del sistema sanitario. Ma, e questa è la circostanza cruciale che sta alla base di tutta la mia ricerca, quei contributi non spiegano perché il sistema sanitario americano è un ‘disastro’, caratterizzato da tassi di inefficienza, inefficacia e scarsa qualità che non trovano un neppure remoto riscontro nei sistemi degli altri paesi ad elevato sviluppo politico e economico. Situazione tanto più sorprendente se si pensa che, in primo luogo, gli USA sono, al tempo stesso, i leader mondiali nella ricerca medica e hanno edificato straordinarie e ineguagliate strutture diagnostico-terapeutiche e, in secondo luogo, hanno, da un secolo a questa parte, lavorato con successo, scientificamente e operativamente, alla messa a punto di istituzioni e organizzazioni i cui obiettivi si chiamano, dal taylorismo in avanti, efficienza, efficacia e qualità.

E qui ritorno alla prima riga di questa introduzione e passo a spiegare perché, come scienziato della politica, mi sono sentito stimolato a investigare le ragioni che hanno prodotto il paradosso della così stridentemente contradditoria esperienza americana. Ciò comportava la risoluzione di due problemi. Primo problema: occorreva trovare un’alternativa metodologica alla rassegnata posizione secondo la quale la sanità USA e quella europea sono entità incomparabili. In effetti, assolutamente nulla in comune è possibile rintracciare nelle strutture, nei finanziamenti, nei rapporti con la mano pubblica, nei modi di organizzare l’utenza e di prendersene cura. Per procedere alla comparazione era necessario identificare delle dimensioni comuni fra il quadro europeo e quello statunitense. Ora, mie

precedenti esperienze di ricerca (Freddi 1982, 1986, 1989a) su altri referenti mi hanno confortato nell'idea che, quando stiamo studiando un'istituzione caratterizzata, oggi, da comportamenti che appaiono sorprendentemente irragionevoli e di difficile interpretazione, se ne trova spesso la spiegazione se risaliamo all'analisi dello 'stato nascente' di quell'istituzione. I valori prevalenti e le conoscenze disponibili al momento della sua nascita, non più in evidenza al momento attuale, sono stati, a suo tempo, interiorizzate dalla struttura e si dispiegano, nel tempo presente, in conseguenze che ci sembrano irrazionali e indecifrabili.

Per utilizzare questo approccio nello studio comparato della sanità occidentale sulle due sponde dell'Atlantico era necessario identificare e collocare cronologicamente lo 'stato nascente' (e susseguenti sviluppi) della medicina così come la conosciamo ai tempi nostri. Bisogna, per effettuare questa indispensabile operazione, risalire molto addietro. Il nostro stato nascente coincide col periodo in cui la medicina come professione cessa di essere una mescolanza di superstizione e miope empiria per incamminarsi sulla via delle ricerche clinico-scientifiche. L'inizio di tale periodo si colloca nel 1800.

Da quella data fino ai giorni nostri la medicina occidentale è passata attraverso quattro stadi cronologicamente ordinati:

1. (1800-1940) questo periodo, lungo e frustrante nella parte che va fino al 1890 – quando al grande progresso scientifico non si associano positivi effetti terapeutici – riesce finalmente a conseguire, a fine secolo, solidi successi pratici, e si conclude col 1940, data alla quale possiamo collocare il definitivo consolidamento della medicina come professione scientifica;

2. (1945-1965) questo è il periodo in cui si verifica la transizione da una medicina elitaria all'accesso di massa a una medicina di qualità;

3. (1965-1985) questo è il periodo durante il quale tutti i sistemi sanitari occidentali devono cominciare ad affrontare la crisi dell'esplosione dei costi, causata dal coniugarsi dell'accesso di massa con un'ondata di grandi ma costosissimi progressi tecnologico-scientifici, di rivoluzionaria efficacia tanto diagnostica quanto terapeutica;

4. (1985-...) È il periodo della 'managerializzazione' dei sistemi sanitari, contrassegnato dal fenomeno del passaggio del

potere di controllo gestionale dalla classe medica ai professionisti del management e della finanza.

La mia analisi diacronica, svolta nel secondo capitolo, dimostra in maniera nettissima che i quattro stadi che scandiscono la vicenda della medicina scientifica occidentale dal suo stato nascente alle situazioni odierne, sono stati affrontati secondo modalità del tutto divergenti negli Stati Uniti e in Europa, e hanno così dato luogo alle incomparabili differenze di cui sono venuto dicendo e che, alla luce della investigazione storica, posso così sintetizzare: in Europa integrazione del sistema sanitario nella società civile e nelle istituzioni politico-amministrative; negli USA, totale separatezza dei detentori dell'offerta sanitaria e loro completa autonomia, come gruppo coeso e difficilmente penetrabile, rispetto ad attori esterni.

Secondo problema: risolto il problema metodologico rimaneva da identificare e mettere a punto un'impostazione teorica capace di spiegare e interpretare la capacità, dimostrata continuativamente dalla corporazione sanitaria americana, di istituire e gestire un controllo monopolistico totale su tutte le strutture e le attività rilevanti per l'esercizio della professione medica: tecniche, organizzative, giuridiche, economiche, politiche, amministrative. Come mostro, sempre nel secondo capitolo, il problema è stato avviato a una soddisfacente soluzione applicando una tanto brillante quanto parsimoniosa teoria interpretativa, la *dependence theory* – un altro dei pilastri che reggono questa ricerca. Rinvio al secondo capitolo per gli opportuni approfondimenti ma, in estrema sintesi, ecco che cosa e come spiega la *dependence theory*: nel percorso di un'istituzione o di una collettività organizzata, assumono importanza vitale i tipi di decisione utilizzati nella fase iniziale della loro attività. Se tali tipi di decisione hanno condotto a risultati gratificanti, emerge e si consolida la propensione a conformarsi ad essi come autoritativi, in pratica obbligatori, precedenti. Come scrive Paul Pierson, il massimo esponente della *dependence theory*, «Se effetti vantaggiosi cominciano a cumularsi, essi finiscono col dare l'avvio a un poderoso (o vizioso) ciclo di attività autorinforzantesi» (Pierson 2000, 253).

Questa ricerca mette in evidenza come le iniziative della professione medica americana, intese a conquistare autorevolezza e controllo sul proprio destino, decennio dopo decennio

a partire dagli ultimi dieci anni del XIX secolo, abbiano, come risultato finale, condotto all’edificazione di un’inespugnabile fortezza monopolista, al cui riparo, coloro i quali controllano l’offerta sanitaria lo fanno senza essere significativamente condizionati dal mondo esterno, ivi compreso, al primo posto, lo stato. Panorama, come si vede, che nulla ha in comune con le situazioni europee, ove le ‘immunità’ corporative sono ampiissimamente controbilanciate dalla società civile e dalla mano pubblica.

Il progetto di riforma voluto e sospinto dal presidente Barack Obama, e trasformato in legge nel marzo 2010 – vicenda discussa in dettaglio nel terzo capitolo – non è riuscito, per quanto nella prima identificazione degli obiettivi si fossero manifestati disegni ambiziosi, a scalfire il potere dei detentori dell’offerta, né ad avviare a soluzione i problemi di inefficienza, inefficacia e mediocre qualità media dell’assistenza sanitaria evidenziati e discussi nel primo capitolo.

Le coordinate metodologiche e teoriche utilizzate in questa ricerca hanno reso possibile una maniera di presentazione dei suoi risultati orientata a comunicare con la massima possibile chiarezza: inserito saldamente in quell’impostazione degli studi di *policy* che viene definita ‘narrativista’, ho ‘raccontato una storia’, articolata sullo sviluppo di quattro stadi cronologicamente ordinati, e forte della coesione garantita dalla *dependence theory*<sup>2</sup>.

La storia di una sanità resa forte e inattaccabile dagli operatori monopolisti che l’hanno da sempre controllata, fino al 1970 mediante il meccanismo esclusivamente corporativo co-

---

<sup>2</sup> Questo lavoro costituisce uno dei risultati raggiunti per il tramite di un accordo di cooperazione nella ricerca stipulato fra l’Università di Bologna (Dipartimento di Scienza Politica) e l’Università della California (centri di ricerca degli omonimi dipartimenti operanti nelle tre sedi di Berkeley, Irvine e UCLA). Accordo di cooperazione finanziato, per la parte italiana, dall’Università di Bologna e dal Ministero dell’Università e della Ricerca Scientifica (MURST) *ex D.M. 08.05.2000*. Questo progetto mi ha dato l’opportunità di approfondire lo studio delle strutture e delle politiche sanitarie USA, e di raccogliere una gran messe di dati. Ho optato per un volume agile e di tipo ‘narrativista’, senza trascurare né le questioni di metodo né quelle di interpretazione teorica. Aver puntato su di un formato agile e sperabilmente leggibile ha imposto il sacrificio di tantissimi e ghiottissimi dati; tuttavia, l’alternativa di stendere un tomo di 500 pagine, di cercare un editore disposto all’opera, e anche qualche lettore, è sembrata improba.

stituito dall'*American Medical Association* (AMA) e, nel corso degli ultimi quarant'anni, mediante il coesivo concorso di altri, nuovi, attori quali i manager, i finanzieri, l'industria farmaceutica e quella delle apparecchiature sanitarie, e le compagnie di assicurazione, un insieme da molti osservatori ormai identificato come *Medical Industrial Complex*.

Quali i risultati della ricerca? Non sono valutazioni che spettano all'autore, ma mi consento di esprimere due speranze. A livello pratico credo che gli approcci coltivati nella conduzione della ricerca abbiano condotto ad una 'diagnosi' dei problemi della sanità statunitense molto più realista di quella formulata da un numeroso gruppo di validissimi studiosi americani certamente né ottimisti né benevoli nei loro giudizi. Diagnosi più grave perché identifica quello della sanità come un problema così sistematico, così schiacciato sui valori e le aspettative della società civile che può essere sperabilmente avviato a soluzione, come tanti anni fa ci ha insegnato Michel Crozier, mediante una radicale 'rivoluzione' che deve e può essere attivata e conclusa da chi non si identifichi con quelle aspettative e quei valori (Crozier 1963). Se l'interpretazione data, nel terzo capitolo, della riforma Obama, e della sua incapacità di 'mordere' è minimamente fondata, il collasso finanziario, e la trasformazione da anomia a una attiva contestazione del sistema nei comportamenti dell'amplissima percentuale non protetta della popolazione, sono eventi certamente probabili.

A livello scientifico spero di aver prodotto una ricerca fondata, epistemologicamente parlando, su di un modello improntato ad un' "elegante parsimonia". Parsimonia che nel nostro caso semplifica una complessa problematica mediante una procedura storicamente esplicativa. Parsimonia che appare in primo piano nella sostituzione di una pluralità di interpretazioni delle cause dell'anomalia americana – in sé tutte brillanti e valide, ma non specifiche in ordine al problema – con una sola, fondata sul controllo monopolistico esercitato dal *Medical Industrial Complex*, sempre più forte grazie al circolo vizioso della *dependence*. Quella parsimonia argutamente lodata da Galileo quando scrisse ne *Il Saggiatore*:

Se il discorrere circa un problema difficile fusse come il portare pesi, dove molti cavalli porteranno più grano che un cavallo solo, io accon-

sentirei che i molti discorsi facessero più che uno solo. Ma il discorso è come il correre, e non come il portare. Ed un solo cavallo barbero correrà più che cento frisoni.

\* \* \*

Mi fa piacere ringraziare gli amici e colleghi che, in un momento o nell'altro della progettazione e della stesura di questo lavoro, mi hanno consentito di utilizzare il loro tempo e le loro competenze. A me sembra che mi abbiano molto aiutato nel mio cercare di essere chiaro e di evitare interpretazioni generiche. Comunque, ciò che è oscuro o sbagliato è tutta farina del mio sacco.

Devo molto a tre colleghi dell'Università della California: Arleen Leibowitz, economista dell'UCLA, è stata un'impareggiabile fonte di dati e documenti. Con Bernard Grofman, politologo a Irvine, ho condiretto un seminario in tema di politiche sanitarie comparate, e i dibattiti con Bernie e i dieci studenti seduti intorno al tavolo hanno attirato la mia attenzione su problemi non evidenti a prima vista. Beppe Di Palma – fummo studenti insieme a Berkeley ove egli è ora professore emerito – mi ha messo generosamente a disposizione la sua capacità di scovare punti deboli e lacune nelle teorizzazioni, e la sua predisposizione a essere un lettore ‘tignosissimo’. A lui la mia affettuosa gratitudine.

In Italia molti colleghi hanno letto, in tutto o in parte, il mio manoscritto, e sono stati prodighi di preziosi suggerimenti. Grazie, quindi, a Giliberto Capano, Maurizio Ferrera, Marco Giuliani, Elisabetta Gualmini, Carlo Guarneri, Nino La Spina, Renata Lizzi, Lorenzo Ornaghi, Federico Toth e Luca Verzichelli.

Lorenzo Ornaghi, Rettore dell'Università Cattolica, si è rivelato un lettore molto favorevolmente impressionato visto che – cosa di cui gli sono gratissimo – mi ha presentato alla casa editrice della sua università.

Ultima ma non ultima ringrazio Cristina Maltoni, che mi ha pazientemente tenuto in ordine il manoscritto.