

IL PERCORSO LEGISLATIVO DELLA RIFORMA SANITARIA DI BARACK H. OBAMA, PRIMA CHE VENGA APPROVATA DAL CONGRESSO USA¹

di Ettore Jorio

Sommario: 1. Una doverosa premessa; 2. La storia e le caratteristiche dell'attuale assistenza sanitaria negli USA; 3. L'esigenza di un sistema assistenziale organico: una proposta che è frutto di un compromesso; 4. Le testimonianze critiche sull'attuale organizzazione; 5. Le idee di Barack H. Obama; 6. Le improprie resistenze; 7. Il discorso del Presidente al Congresso Usa; 8. Il percorso legislativo; 8.1 L'approvazione in Commissione finanze del Senato; 8.2 Le prospettive; 8.3 Risputa la public option e le difficoltà consequenziali; 8.4 Il primo sì della Camera dei Rappresentanti.; 8.5 Nel frattempo, al Senato il consenso procedurale; 8.6 L'accordo politico alla Camera Alta e l'approvazione in aula; 9. Il tentativo politico di Barack H. Obama.

1. Una doverosa premessa

Per un cittadino europeo - così come per quelli di alcuni importanti Paesi d'oltre oceano (esempio: Canada, Australia e Nuova Zelanda) che hanno molto assimilato, nel disciplinare i loro sistemi di sicurezza sociale, i modelli di organizzazione sanitaria che dominano in tutto il Vecchio Continente - diventa difficile comprendere lo stato di disagio assistenziale vissuto, a tutt'oggi, da molti cittadini statunitensi. Risulta, infatti, incomprensibile il *deficit* di assistenza, quasi assoluto, sopportato da una consistente fascia di tale popolazione nordamericana, contrapposto ad una altissima qualità dell'assistenza garantita *in progress* (più è alto il costo della relativa polizza più è elevato lo spessore quali-quantitativo del servizio), attraverso il sistema assicurativo privato per il tramite di erogatori di prestazioni, altrettanto privati, di assoluta eccellenza internazionale, anche in termini di utilizzazione delle tecnologie e delle metodologie, sia diagnostiche che chirurgico-terapeutiche, frutto delle più recenti ricerche scientifiche.

In buona sostanza, stupisce non poco che, in una realtà all'avanguardia com'è quella Usa, possa persistere, nel terzo millennio, un grado di assistenza così differenziato, sensibilmente discriminato per ceti economici, ovverosia un'assistenza erogata in modo direttamente proporzionale alla ricchezza posseduta dai cittadini bisognosi di cure, fatte salve le garanzie attribuite agli ultra sessantacinquenni, ai disabili e ai non abbienti *doc*. Un grado assistenziale, quindi, che arriva alla quasi totale sua inesistenza per quegli americani *under 65* in possesso di redditi medio-bassi e, in quanto tali, impossibilitati ad accedere sia al programma pubblico destinato ai poveri "certificati" che all'oneroso mercato assicurativo. Dunque, un livello di assistenza, quantomeno insufficiente, divenuto più frequentemente sopportato dai cittadini, in termini di servizi, a causa della crisi finanziaria in atto che rende sempre più numerosa la folta popolazione espulsa dal mercato del lavoro *lato sensu* e, in quanto tale, non garantita nel diritto fondamentale di tutela della propria salute. Una situazione che ha fatto scandire al presidente Barack H. Obama, durante il discorso tenuto alle due Camere, in sessione unita, il 9 settembre 2009, una significativa affermazione, riferendosi ai tanti cittadini ai quali viene preclusa una dignitosa assistenza sanitaria: "Noi siamo l'unica democrazia avanzata, l'unica nazione ricca che permette un tale disagio per milioni dei suoi cittadini". L'ammissione, quindi, di una esclusività negativa, che certamente non fa onore agli Usa, quanto ad esigibilità diffusa dei diritti di cittadinanza.

A stigmatizzare di recente un tale paradosso, sconosciuto a quasi tutti gli extrastatunitensi, è stato Martin Amis², il quale ha messo in risalto "la fatale sinergia" esistente negli Usa tra

¹ L'articolo costituisce un'anteprima del libro dal titolo "La guerra giusta di Barack H. Obama", in corso di preparazione.

² **Martin Amis** è un noto scrittore inglese, nonché professore e critico letterario, che ha avuto modo in un suo articolo - apparso su *IlSole24Ore* del 15 novembre 2009 per la traduzione di F. Novajra - dal titolo *Il Paziente americano* nel quale, attraverso la rievocazione di un'intervista effettuata allo scrittore scomparso John Updike, durante il suo ricovero in un ospedale del Massachusetts perché affetto da cancro ai polmoni, punta il dito sulle contraddizioni della assistenza

l'assistenza sanitaria e il reddito posseduto dal privato che impone al cittadino medio l'obbligo di pagare, e tanto, per essere curato. Un onere, peraltro, così elevato sotto il profilo della consistenza finanziaria, tanto da essere considerato la diretta causa del 62% delle cosiddette bancarotte private, intendendo per tali la distruzione delle relative economie familiari. Considerazioni, queste, che giustificano ampiamente il particolare *pathos* che Barack H. Obama ha suscitato negli ascoltatori nel promuovere la propria proposta di riforma sanitaria.

La presa d'atto formale di una tale situazione critica, stigmatizzata dallo stesso Presidente statunitense davanti al Congresso richiede - per meglio comprendere lo spessore del problema - un seppur minimo approfondimento di tipo comparativo tra quanto disciplinato in materia negli Stati Uniti d'America e la portata assistenziale, altrimenti, garantita dai sistemi sanitari di quelli tradizionalmente appartenenti all'Unione Europea³. Un'esigenza, questa, utile ad intuire il disagio generale sopportato negli Usa da un vastissimo segmento di popolazione rispetto ai più avanzati Paesi europei, a quelli cui tutto il mondo fa riferimento, in termini di universalità realizzata del godimento del diritto alla salute e di portata sociale delle prestazioni, comunque, rese esigibili alla collettività nella sua interezza, residente e non⁴.

Infatti, in quasi tutta l'Europa, chi più chi meno, chi dalla fine dell'800 e chi più recentemente, è insediata a regime un'assistenza sanitaria prevalentemente pubblica, che assicura alla totalità della popolazione l'esigibilità del diritto fondamentale garante della salute. Un insieme di sistemi - quello venutosi a determinare diffusamente - che, ancorché progressivamente formatosi con i necessari distinguo, costituisce una delle più importanti certezze dei cittadini residenti e di tutti coloro che in tali realtà geografiche domiciliavano per diversi motivi. Proprio per questo, in quasi tutti gli Stati UE è stato attribuito un grande rilievo al diritto della salute, esteso irrinunciabilmente all'intera popolazione, tanto da prevederne una sua tutela costituzionale. Un riconoscimento legislativo del più alto rango posto a protezione ineludibile della salute della persona, indipendentemente se ivi residente ovvero dimorante. Un diritto, questo, comunque prioritariamente salvaguardato anche in quei Paesi, come la Francia e la Germania, che - pur non riconoscendogli una tutela di livello costituzionale - attribuiscono nei suoi confronti il massimo impegno istituzionale, sia in termini giuridici che economici.

In una tale ottica, in quasi tutti i Paesi del Vecchio Continente, si sono consolidati principi e criteri ispiratori di un sistema sanitario nazionale protetto da una tutela essenzialmente pubblicistica, con una organizzazione disciplinata, dall'alto, dallo Stato in stretta concorrenza legislativa con le autonomie territoriali, tipicizzate dai loro ordinamenti interni, alle quali sono state, via via, prevalentemente riconosciute la *potestas* di regolarne il funzionamento nel dettaglio e la capacità di governo della relativa spesa.

In buona sostanza, nel progettare i diversi sistemi sanitari europei, sono stati due gli obiettivi perseguiti, entrambi di contenuto prioritariamente strutturale: la realizzazione di una netta separazione delle responsabilità tra l'offerta e la domanda delle prestazioni e dei servizi; il maggiore livello possibile di decentramento dell'erogazione salutare. Su tutto, si è voluto optare, in ossequio al principio della sussidiarietà, per una delega dei poteri gestionali dell'assistenza, indipendentemente se affidata al sistema assicurativo pubblico e/o privato, ovvero ad autorità regionali e/o locali. Un progetto voluto e conseguito per una serie di motivi che vale la pena qui sottolineare, per meglio comprenderne la generale condivisione.

sanitaria americana. Un *deficit* di assistenza pubblica - quello sottolineato nel corso dell'anzidetto colloquio con il grande J. Updike, più volte candidato al Nobel per la letteratura - che porta sovente a ritenere agli americani che l'ammalarsi gravemente comporta un'inarrestabile degradazione del proprio io, nonché delle condizioni socio-economiche dell'intera famiglia di appartenenza, spesso irrimediabilmente compromessa per gli ingenti debiti contratti per far fronte alle cure del proprio congiunto.

³ **Fabi G.**, *Le mezze verità sul welfare made in Usa*, Il Sole24Ore, 14 gennaio 2010, in tale articolo l'Autore sostiene, tra l'altro, che "è difficile, e spesso fuorviante, giudicare il *welfare* americano secondo le categorie con cui quotidianamente giudichiamo il *welfare* della perdizione europea".

⁴ **Gaggi M.**, *Salute come diritto o scelta. Italia e Usa restano diversi*, Il Corriere della Sera, 9 novembre 2009.

Essi riguardano:

- a) la necessità di favorire una maggiore sensibilità nei confronti delle esigenze generali, “specializzate” per realtà locali;
- b) la eliminazione gli eccessi della burocrazia centralizzata e, con essi, la lentezza degli interventi;
- c) la doverosità di esercitare un governo della salute capace di soddisfare il bisogno dei cittadini, sia storico che attualizzato, il più vicino possibile al luogo ove essi nascono, vivono, lavorano e muoiono;
- d) l'utilità di facilitare l'integrazione tra pubblico, privato in senso stretto (*profit*) e privato sociale (*no profit*);
- e) l'obbligo di realizzare un insieme assistenziale, formato dal servizio sanitario e da quello sociale, funzionale a garantire alla collettività l'unitarietà dell'intervento salutare e la sua globalità, nel senso di integrarlo sotto il profilo socio-sanitario;
- f) l'indispensabilità di contenere le spese attraverso la responsabilizzazione di tutti i soggetti agenti, direttamente coinvolti.

A ben vedere, in quasi tutti i Paesi europei si è realizzato il trasferimento delle funzioni da un livello centrale in favore di organi di governo di secondo livello (esempio: regioni, contee, comunità economiche, province, eccetera), rappresentativi delle diverse territorialità e delle specificità “etniche”, di cui si compone ordinariamente un paese a cultura pluri-razziale. Una sorta di devoluzione, dunque, attraverso la quale vengono attribuiti alle istituzioni sub-statali i poteri di decisione e programmazione, nonché quelli riguardanti l'autonomia finanziaria.

Tutto ciò accade maggiormente in Italia, attesa la previsione costituzionale, insediata nell'articolo 32, che rende esigibile il diritto alla salute a chiunque e ovunque, garantendo le prestazioni gratuite agli indigenti, ovverosia a chi è sprovvisto di reddito ovvero produce economie tanto insufficienti da non essere riconosciute fiscalmente imponibili. Insomma, un diritto che non si nega ad alcuno da oltre sessanta anni, che ha invero vissuto periodi bui, di incompleta applicazione della Costituzione, entrata in vigore il 1948, a causa di un protrarsi dell'approvazione della Riforma del 1978, introduttiva del Servizio Sanitario Nazionale. Un periodo, quello antecedente alla legge n. 833 del 23 dicembre 1978, nel quale il sistema assistenziale poggiava sulla filiera pubblica, cui veniva demandata soprattutto la prevenzione e l'igiene, la rete ospedaliera formata dagli appositi enti e dalla organizzazione mutualistica, garante dell'assistenza ai cittadini.

Un modello assistenziale universale oggi garantito nel nostro Paese con la oramai consolidata convivenza tra pubblico e privato, realizzata attraverso l'accreditamento, istituzionale e/o di eccellenza, inteso a uniformare la qualità della prestazione da garantire alla cittadinanza nella sua interezza sostanziale. Un sistema che, imperniato sul sistema autorizzativo e dell'accreditamento, equipara le prestazioni da doversi erogare in favore di tutti i cittadini - i cosiddetti livelli essenziali di assistenza garantiti dalla Costituzione -, in forza dei contratti da perfezionarsi con le aziende della salute, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 8 *quinquies* del vigente decreto legislativo n. 502/92. Un adempimento, costituzionalmente sancito, ossequiato attraverso le strutture pubbliche ovvero di quelle private accreditate, abilitate a garantire all'utenza l'esigibilità dei diritti sociali salutarì in nome, per conto e carico della economia, altrettanto pubblica, esercitata dal Servizio Sanitario Nazionale nel suo complesso.

2. La storia e le caratteristiche dell'attuale assistenza sanitaria negli USA

L'assistenza sanitaria pubblica negli Stati Uniti d'America - limitatamente agli anziani e ai disabili, nonché ai poveri - è da considerarsi di recente concepimento, specie se rapportata agli omologhi trascorsi europei. Esso risale, infatti, al 1960, più esattamente all'epoca della presidenza di J.F. Kennedy, periodo nel quale vennero ideati i primi programmi di protezione sociale⁵. Programmi che sono stati, poi, entrambi approvati (anziani/disabili e poveri) dal Congresso

⁵ **Tanzilli F.**, *La via americana al welfare*, Milano, 2009.

americano nel 1965, durante la successiva amministrazione di L. Johnson, e quindi sopravvissuti fino ad oggi, routinariamente implementati, seppure in modo parziale e non esaustivo⁶. Tutto ciò è, comunque, dimostrativo di quanta poca attenzione avessero destinato alle politiche sociali e al governo del *welfare state* le gestioni presidenziali statunitensi precedenti a John F. Kennedy, nonostante gli Stati Uniti d'America avessero costituito, dal dopoguerra in poi, il riferimento nei cui confronti tutto l'Occidente era, di fatto, tenuto a misurarsi in termini di produttività ed economia. Una grande contraddizione, dunque, solo a pensare che in Europa, e più specificatamente in Germania, l'assistenza sanitaria, fondata sull'assicurazione sociale obbligatoria, cominciò ad insediarsi, sin dalla fine dell'800, più esattamente nel 1883, per volontà di O.E.L. Von Bismarck, soprannominato il cancelliere di ferro⁷.

I pochi tentativi successivi di riformare organicamente il tutto e rendere sistematica l'assistenza sanitaria negli USA sono naufragati a causa delle forti resistenze politiche incontrate, sia tra i repubblicani che tra i democratici, soprattutto a difesa degli interessi economici del ceto assicurativo, assolutamente dominante, che hanno neutralizzato ogni accenno di cambiamento.

Negli Stati Uniti, quindi, quasi tutto è rimasto pressappoco come disegnato negli anni '60, in perfetta coerenza con la sottovalutazione registratasi nel passato in materia dei diritti posti a salvaguardia dello stato sociale e a tutela degli interessi miliardari delle grandi assicurazioni private. Le uniche eccezioni alla regola della programmata immutevolezza dell'esistente hanno riguardato qualche evoluzione poco significativa, intervenuta in tema di estensione delle prestazioni in favore di alcune ristrette tipologie di assistiti, prodotta dalla politica anzitutto per autopromuoversi, principalmente intesa ad introdurre qualche parziale estensione assicurativa di modeste proporzioni, che nulla ha determinato, sotto il profilo sostanziale, quanto a reale portata dell'assistenza sanitaria pubblica.

In buona sostanza, negli Stati Uniti d'America sono rinvenibili ad oggi tre diverse classi tipologiche di cittadini: a) 160/180 milioni di americani che sono titolari di polizze assicurative sanitarie, perché le acquistano direttamente ovvero perché ne godono nell'ambito del loro contratto di lavoro dipendente; b) 75/78 milioni di persone che usufruiscono dei programmi pubblici denominati *Medicare* e *Medicaid*; c) 46/47 milioni di statunitensi sprovvisti di qualsivoglia assistenza sanitaria⁸.

Un tale processo disorganico ha consolidato un'ovvia e assoluta prevalenza dell'imprenditoria tradizionale del settore strettamente assicurativo, divenuta egemone nel garantire la migliore offerta qualitativa, grazie altresì ai risultati conseguiti dalla ricerca scientifica - dei quali si è strumentalmente avvalsa, quasi in via esclusiva, in termini di appropriazione e tempestivo uso della tecnologica di avanguardia, sia diagnostica che terapeutica - nonostante finanziata, principalmente, con il danaro della collettività. Tutto questo ha, naturalmente, rappresentato una delle carte vincenti del successo assicurativo privato, anche perché contrapposto ad una presenza debole, quasi subordinata, della componente di estrazione pubblica, ancorché garante di un importante segmento dell'esigibilità del diritto alla salute in favore delle fasce più deboli e più bisognose di assistenza, altrimenti trascurato.

La mancanza di un sistema nazionale di protezione sociale ha, pertanto, reso molto frammentata e sensibilmente differenziata la rete assistenziale e, con questo, ha prodotto delle pericolose discriminazioni per la salute dei cittadini, molti dei quali (quelli sprovvisti dei requisiti per essere riconosciuti ufficialmente poveri e, di guisa, godere dell'apposito programma sociale denominato *Medicaid*) da sempre sprovvisti di alcuna forma di assicurazione⁹. Una tale condizione ha fatto sì che ciò che in Europa viene considerato, da tempo, un diritto scontato, costituzionalmente protetto, divenisse un *optional*, una sorta di privilegio discrezionalmente concesso o meno in godimento dei

⁶ **Barcellona G.**, *Quale sanità e quale America nel futuro prossimo venturo: progetti di riforma sanitaria ed identità collettiva*, Raguian, Roma, n. 301-302, 2009.

⁷ Interessante sul tema, il dossier edito dalla Regione Lombardia dal titolo "Cenni sul sistema sanitario americano".

⁸ **Gaggi M.**, *Salute come diritto o scelta. Italia e Usa restano diversi*, Il Corriere della Sera, 9 novembre 2009.

⁹ **Bartoloni M.**, *Metà USA con l'incubo cure*, Il Sole24Ore-sanità, n. 34, 2008.

cittadini sulla base delle loro condizioni sociali. Tra queste, lo *status* di occupato ovvero di soggetto attivamente partecipe del mondo del lavoro, soprattutto dipendente, e - in quanto tale - giustificativo della copertura assicurativa da convenirsi, il più delle volte contrattualmente, con il mondo delle imprese, a titolo di retribuzione complementare. Si è, quindi, venuto a consolidare un regime di erogazione sanitaria massimamente privato, generalmente offerto dai datori di lavoro ai propri dipendenti, a titolo di specifici compensi aggiuntivi (c.d. *fringe benefit*), da concretizzarsi con l'iscrizione dei medesimi ad una *Health Maintenance Organization* (HMO). Una sorta di organizzazione di sicurezza sociale, istituita negli anni '70, alternativa alle più tradizionali assicurazioni cosiddette a rimborso (delle quali si accennerà appena più avanti), alla quale fanno capo un congruo numero di medici di famiglia, specialisti e strutture private, più o meno accuratamente preselezionate, convenzionate e/o direttamente di proprietà della stessa. Sostanzialmente, a fronte dell'anzidetta iscrizione ad una HMO viene reso agli utenti/assicurati un servizio assistenziale che si concretizza nella erogazione di prestazioni salutari catalogate in appositi piani sanitari personali predefiniti, offerti da fondi istituiti *ad hoc* e da compagnie assicurative ed erogati in favore dei titolari di polizza¹⁰. Una specie di sistema assicurativo diretto, che ricorda, quanto ai più sommi criteri di funzionamento, la metodologia con la quale, *ante* riforma del 1978 (legge n. 833), istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, veniva garantita in Italia l'assistenza ad opera dell'organizzazione mutualistica. Quelle "Casse mutue" che erogavano, a fronte di un prelievo di tipo contributivo, direttamente connesso e rapportato all'attività esercitata dagli assicurati, prestazioni di assistenza, differenziate per tipologia di categoria dei lavoratori iscritti, per il tramite di professionisti sanitari e/o strutture private proprie ovvero fiduciarie (esempio: l'Inam e l'Enpas, rispettivamente, per i dipendenti di aziende private e per quelli dello Stato).

In alternativa ad una tale procedura - divenuta desueta dagli anni '90 in poi per la rigidità complessiva determinata dagli elenchi degli erogatori professionali messi a disposizione dell'utenza assicurata, peraltro sempre meno numerosi perché indisponibili ad accettare le basse retribuzioni garantite dal sistema delle convenzioni - si è venuta ad incrementare negli Usa la domanda dei cittadini verso forme assicurative più garanti della loro libertà di scelta. Una opzione contrattuale, oggi maggiormente soddisfatta all'interno di un rapporto di lavoro dipendente di pregio ovvero in uso tra i professionisti autonomi, attraverso la copertura assicurativa cosiddetta a rimborso, mediante la quale direttamente l'assicurato e/o, più frequentemente, il professionista/struttura che ha reso la prestazione/servizio viene direttamente remunerato dalla compagnia assicurativa con la quale l'utente intrattiene il relativo contratto. Il tutto a seguito di una fase liquidatoria, che costituisce il più delle volte il tratto finale di una trattativa alquanto curata, ove i due soggetti contrapposti, il prestatore della attività professionale e l'assicuratore, bene esercitano i loro contrapposti interessi, rispettivamente di incassare il più possibile ovvero di corrispondere il minore prezzo sulla prestazione resa in favore dei loro "assistiti", impegnando, al riguardo, notevoli dispendi di energia e di risorse, indispensabili per condurre a buon fine le trattative. Una spesa amministrativa, insomma, che porta ad incrementare sensibilmente il costo delle polizze assicurative, fino a raggiungere tetti di spesa dell'ordine del 18/20% del totale.

Dall'esame complessivo del meccanismo, emerge dunque una garanzia assistenziale direttamente proporzionale alla ricchezza goduta dal privato cittadino americano, tale da consentirgli l'accesso alle polizze abilitative che meglio confanno alle sue esigenze e a quelle della sua famiglia.

Quanto, invece, agli oltre 46 milioni di cittadini che improvvisamente hanno perduto (perché, per esempio, non hanno più il lavoro) e/o mai posseduto le necessarie disponibilità finanziarie per accedere al sistema assicurativo privato, esclusi dai programmi sociali messi a disposizione dall'Autorità pubblica statunitense? Fino ad oggi, l'arte di arrangiarsi ovvero, alternativamente, di

¹⁰ **Pezzi A.**, *C'era una volta la buona sanità Usa*, Il Sole24Ore, 22 agosto 2009.

ammalarsi, anche gravemente, senza avere la possibilità di godere di cure adeguate e costanti, fino a morire¹¹.

3. *L'esigenza di un sistema assistenziale organico: una proposta che è frutto di un compromesso*

Da una siffatta descrizione dell'esistente emerge un sistema sanitario Usa che non c'è e che Barack H. Obama vuole, invece, che ci sia¹². Non può, tuttavia, pretendere, come vorrebbe, un sistema pubblico che garantisca la salute universale e uniforme, perché la politica non lo consentirebbe, nonostante che gli attuali costi, sopportati a stento dal Governo federale, siano stati e sono tra i più alti del Pianeta. Nel 2007, infatti, si sono registrati costi per 6.096 USD (nel 2009: circa 8.000 USD) per ogni statunitense, contro 3.171, 2.414 e 2.293 dollari spesi ogni anno, rispettivamente, in Germania, in Italia e in Giappone per i loro cittadini¹³. Una considerazione, questa, che ha fatto sì che il presidente Obama dichiarasse la riforma sanitaria come una necessità ineludibile anche per l'economia americana, altrimenti strozzata dalla crescita esponenziale del proprio disavanzo annuo e, quindi, del debito pubblico¹⁴. Con questo - oltre a sostenere gli obiettivi della universalità e dell'uguaglianza che una tale modificazione del "sistema" in essere andrebbe a realizzare - ha sensibilmente modificato l'iniziale spirito "ideologico" del suo progetto riformatore, ovverosia ha aggiunto alla sua originaria impostazione, molto più politico-sociologica, le ragioni dell'urgenza a provvedere e dell'efficienza funzionale del cambiamento, strumentale alla razionalizzazione dei costi, oramai insostenibili, relativi alla assistenza sanitaria e, dunque, al conseguenziale risparmio che deriverebbe da una trasformazione così profondamente strutturale¹⁵.

Dunque, si prevede il sopravvenire di un sistema ibrido ovvero un'espansione dell'esistente con l'aggiunta del terzo soggetto partecipante, ad esercitare la funzione di moderatore economico: le cooperative *no profit*. Il tutto finalizzato a creare una sorta di "borsa delle polizze"¹⁶ nella quale tutti i cittadini e le aziende hanno facoltà di scegliere le proposte assicurative più congeniali alle loro esigenze e più convenienti per le loro economie.

Pertanto, si lascia presagire non più la creazione di un "polo pubblico", così come speravano in tanti, decisamente alternativo ovvero concorrente a quello privato, speculativo anche per definizione, bensì un sistema misto provvisto di "qualche forma di competizione" (Kathleen Sebelius, ministro della sanità Usa, *dixit*), da esercitarsi, appunto, attraverso forme di "cooperative assicurative". Si preannuncia, pertanto, un futuro incremento degli attori protagonisti dell'offerta di Salute, sì da determinare un prevedibile allargamento sociale delle prestazioni, assicurate in favore dei non assistiti di oggi, perché garantito dai minori costi di produzione. Questi ultimi resi, verosimilmente, possibili da una severa concorrenza amministrata fondata sul nuovo rapporto/confronto tra i capitalisti per mestiere, che non sarebbero più dominanti, rappresentati dalle grandi compagnie assicurative, e quelli funzionali, impersonati dal sistema pubblico e quello cooperativo, non speculativo per definizione.

Così facendo, verrebbe a realizzarsi, comunque, l'introduzione a regime di un sistema organico, ove il Governo federale inizierebbe ad esercitare, anche incentivando la filiera del sistema cooperativo dedicato all'assicurazione sociale, un ruolo di garante di un'assistenza sanitaria più efficiente e più diffusa, soprattutto in favore dei cittadini che rientrano nelle fasce reddituali più

¹¹ Gumirato G., *Troppa spesa e poco equità*, Il Sole24Ore-Sanità, n. 32, 2009.

¹² Rampini F., *La salute dell'America*, che propone un interessante servizio negli R2 di La Repubblica del 3 agosto 2009.

¹³ Greco P., *Sanità USA che disastro*, L'Unità, 12 settembre 2007, ben ripreso da Mingardi A., *Sorpresa, anche l'America ha uno stato sociale (sanità inclusa)*, in IBL- Istituto Bruno Leoni, idee per il libero mercato, 2007.

¹⁴ L'affermazione testuale del presidente B.H. Obama è sintomatica di tutto questo: "La riforma del sistema sanitario non è una parte del problema della tenuta economica nel futuro, è una fondamentale parte della sua soluzione".

¹⁵ Doria G., *L'insediamento di Barack Obama. Brevi note a caldo a margine dell'Inaugural Address del 20 gennaio*, in www.federalismi.it, n. 1, 2009.

¹⁶ Così ha definito Obama, nel suo discorso al Congresso del 9 settembre scorso, l'insediamento a regime del nuovo modello assicurativo che caratterizzerà il mercato salutare negli Usa.

basse, ma non così modeste da rientrare nell'apposito programma dedicato ai poveri, il cosiddetto *Medicaid*.

In sintesi, si pretende l'esordio di un sistema sanitario che vada necessariamente a rivedere l'attuale impianto, ritenuto da Barack Obama essenzialmente parziale e disattento in termini di prevenzione sistematica, di cura adeguata delle gravi malattie e di riabilitazione reale. Quell'organizzazione, insomma, da ritenersi assolutamente discriminatoria nel perseguimento della più naturale *mission* assistenziale, in quanto non idonea a soddisfare i bisogni di salute degli americani di fascia di reddito medio (46/47 milioni di cittadini), e segnatamente ingiusta, dal momento che rende esigibile il diritto alla salute secondo la convenienza del soggetto assicuratore (fondi caratteristici e società assicuratrici), che tende a sottrarre, soventemente, le cure più costose, indipendentemente dalle necessità vitali dell'assicurato (esempio: trattamenti di chemioterapia e simili), specie quando queste risultino di lunga durata. Una logica, questa, che porta a non riassicurare chi ha già avuto problemi di salute e che, allorquando lo rende possibile, lo fa solo in via ipotetica, attese le numerose insidie spesso contenute nei relativi contratti, impedenti ogni successiva erogazione utile.

4. *Le testimonianze critiche sull'attuale organizzazione*

Questo è quanto accaduto fino ad oggi negli Stati Uniti d'America, a fronte del quale sono state manifestate, da tempo, giuste rivendicazioni da parte dei ceti sociali emarginati ovverosia di quelli esclusi dall'assistenza sanitaria, i quali pretendono, a ragione, una sostanziale revisione delle regole.

Una buona testimonianza su come ivi funzioni male la sanità è stata anche offerta dall'ultimo film di Michael Moore dal titolo "*Sicko*". Una rappresentazione cinematografica che, nonostante il giudizio critico del *New York Times*, è da ritenersi fedele alla realtà, quanto ai limiti evidenziati e ai pericoli denunciati. Una spesa pubblica specifica esagerata, peraltro appesantita da costi burocratici spesso inconcepibili, contrapposta ad una assistenza negata ad una fetta consistente della popolazione (circa il 16%), destinata a crescere in modo esponenziale a seguito della più recente crisi finanziaria che ha visto aggredire principalmente l'economia statunitense.

L'attuale organizzazione ha solo la parvenza di un impianto di regole a sistema, ancorché celebrato come garanzia per la salute per i cosiddetti soggetti deboli. Due i programmi federali esistenti, denominati *Medicare* e *Medicaid*, rispettivamente, destinati agli anziani e disabili nonché ai poveri, che tuttavia assicurano poco in termini di qualità assistenziale¹⁷. A questi si aggiunge lo *State Children's Health Insurance Program* (c.d. SCHIP, con circa 7 milioni di assistiti) dedicato ai bambini delle famiglie che non possono permettersi un'assicurazione privata, ma non così povere da essere riconosciute formalmente tali e, quindi, godere dei "servizi" gratuiti del *Medicaid*.

Con il programma *Medicare* (oltre 38 milioni di assistiti) viene assicurata l'assistenza a tutti gli anziani ultrasessantacinquenni e ai disabili, indipendentemente dal loro reddito, in ossequio al principio universalistico. Tale assistenza viene erogata attraverso le strutture, sia pubbliche che private, e dai professionisti che ne assumono il relativo obbligo con il Governo federale, alle condizioni economiche tra gli stessi convenuti sulla base di un apposito formulario/tariffario.

Con il programma *Medicaid* (oltre 40 milioni di assistiti) viene, invece, garantita l'assistenza sanitaria dei poveri ovverosia di tutti coloro i quali risultano al di sotto di un reddito vitale. Esso è gestito dai singoli Stati federati, i quali percepiscono dal Governo federale un contributo che solitamente copre il 60% delle spese sostenute. Siffatto impianto consentirebbe di godere dell'assistenza sanitaria attraverso le medesime strutture e gli stessi professionisti disponibili per il mercato complessivo. Si è utilizzato il condizionale in quanto una tale eventualità risulta nei fatti remota, atteso che, in considerazione dei modesti onorari previsti nel programma, molti degli anzidetti strutture/professionisti non si dichiarano disponibili a garantire le prestazioni relative in

¹⁷ **Turner G.M.**, *Come funziona la sanità americana*, IBL- Istituto Bruno Leoni, n. 45, 2007. In tale articolo, invero molto curato, la presidente del *Galen Institute* fa una ampia panoramica dell'attuale funzionamento dell'organizzazione sanitaria dell'USA, riportando in nota un ampio ventaglio di bibliografia governativa cui potere fare fedelmente riferimento.

regime convenzionale. Una situazione, questa, che fa ripiegare la domanda di assistenza degli utenti rientranti nel programma *Medicaid* presso il pronto soccorso degli ospedali, tenuti per legge a fornire le cure mediche di immediato intervento, salvo poi dimettere l'utente, se sprovvisto di polizza assicurativa, non appena lo stesso abbia acquisito le funzioni vitali¹⁸.

A ben vedere, tutto vive sul principio del mercato più "cinico". Una assistenza "così così" per gli anziani, i disabili, i poveri e i bambini di famiglie quasi povere. Un'altra di qualità superiore, esclusivamente, in favore di chi riesce a pagare polizze assicurative per decine di migliaia di euro all'anno (per una assicurazione garante di prestazioni medio/alte di 4 persone occorre sopportare una forbice di costo annuo oscillante tra i 12 mila e i 40 mila dollari), peraltro sensibilmente differenziate su base statale. Dunque, un ventaglio/listino potenziale per la tutela della Salute composto pressappoco di 50 tariffe, quanti sono gli Stati in Usa, per 50 gradi di assistenza, capaci di moltiplicarsi in proporzione geometrica in quanto discriminati per grado di probabile ovvero reale patologia, rispettivamente, presunta o vissuta dagli assicurandi¹⁹. Quindi, una miriade di tariffe, il più delle volte speculative, così come impone ogni prodotto imprenditoriale, per spessori assistenziali così discriminati, principalmente in termini di offerta salutare. Di conseguenza, sono molte le tipologie delle polizze, differenziate quanto a qualità e quantità delle prestazioni assicurate e modalità di godimento. Alcune prevedono, infatti, un'assistenza ottenibile ricorrendo all'elenco dei prestatori/servizi "convenzionati" cui potere accedere, quasi sempre con *ticket* a carico dell'assicurato (di un valore tra i 20/50 dollari). Altre, e sono le più diffuse, attraverso l'esercizio della più generale e libera istanza del titolare della polizza, rivolta a tutte le strutture/professionisti attivi sul libero mercato con successivo rimborso a pie' di lista, da effettuarsi solitamente in favore dei prestatori, dietro esibizione della documentazione probatoria dei servizi dai medesimi resi all'assicurato. Insomma, più soldi hai da spendere in assicurazione privata e meglio riesci a curarti e, in molti casi, a non morire ovvero a morire in un modo migliore.

Per il resto, fatta eccezione per i due programmi assicurativi (*Medicare* e *Medicaid*, fino a quando riusciranno a garantire prestazioni accettabili), esistono seri problemi di assistenza e, quindi, di qualità dell'esistenza per una grande fetta della collettività esclusa.

Barack Obama, consapevole delle difficoltà sociali che una tale metodologia assistenziale comporta - che egli conosce bene per i suoi brillanti trascorsi professionali di carattere sociologico-, sta compiendo sforzi notevoli per riscrivere il sistema sanitario statunitense. Lo sta facendo perché quello attuale è insopportabile per l'Erario in quanto costa troppo e, soprattutto, per garantire a 46/47 milioni di cittadini il diritto alla salute, fino ad oggi negato.

L'attuale organizzazione salutare americana, così come ha avuto modo di sintetizzare un apprezzato autore, circa due anni addietro, quindi molto prima della elezione dell'attuale Presidente, presentava e presenta alcuni limiti caratteristici. Nell'occasione, il sistema insediato negli Usa è stato ritenuto insufficiente, costoso, ingiusto e paradossale²⁰.

Insufficiente perché inadatto a garantire benefici reali in favore degli assistiti, atteso che la vita media del cittadino statunitense (75 anni nel 2007; 77 anni oggi) è di gran lunga inferiore di quelle garantite dai sistemi sanitari dei maggiori paesi industrializzati (77 anni nel 2007; 83 anni oggi).

Costoso perché produttivo di una assistenza che grava maggiormente sulle tasche dei cittadini, ordinariamente sottoposti a prelievo erariale, dal momento che ogni contribuente americano ha

¹⁸ **Gumirato G.**, *I pregi e difetti del nostro Ssn per consigliare meglio Barack*, Il Sole24Ore-sanità, n. 11, 2009.

¹⁹ **Barcellona G.**, *op. cit.*, per una interessante distinzione sui diversi livelli di copertura assistenziale, nonché sulla sovrapposibilità delle competenze e delle normative adottate a livello federale e dei singoli Stati federati.

²⁰ **Greco P.**, *op. cit.*, che in proposito mette in risalto i 75 anni medi del cittadino Usa, contro i 79 e i 78 raggiunti in Giappone e in Italia. L'Autore, nella sua ricerca (2007), mette in rilievo anche le differenze di disponibilità di posti letto della ospedalità complessiva: 33/1000 negli Usa, contro 49/1000 in Italia, 75/1000 in Francia, 84/1000 in Germania e 129/1000 in Giappone.

sopportato, riferito al 2007, un onere fiscale pari a 2.725 USD annui per persona potenzialmente assistita²¹.

Ingiusto perché, nonostante gli elevati costi sopportati dal Governo federale, lascia sprovvista di un'assistenza sanitaria minimamente accettabile una ampia fascia di popolazione (oltre 46 milioni di cittadini), in quanto non rientrante nelle categorie protette (anziani/disabili e/o poveri "certificati") e, in quanto tale, dovrebbe provvedervi con proprie risorse, delle quali molto spesso non dispone.

Paradossale perché tutto ciò accade a fronte della migliore ricerca scientifica al mondo che - come si è detto - arricchisce, quasi esclusivamente, i servizi resi disponibili a pagamento, soprattutto attraverso il canale assicurativo privato, nonostante i costi relativi siano sopportati dalla collettività federale.

5. Le idee di Barack H. Obama

Questo è quanto accade fino ad oggi negli Stati Uniti d'America, che invero ha lasciato molto sorpresi la gran parte di coloro che ivi presupponevano, erroneamente, una assistenza sanitaria di ottimo livello diffusamente erogata in favore di tutta la popolazione. Una realtà, invece, ben lontana da quella supposta e dalle *fiction* televisive che fanno diventare eroi del nostro tempo i medici statunitensi e, pertanto, innaturale per noi europei, abituati a dare l'assistenza sanitaria come fatto scontato.

Ebbene, Obama ha deciso di sfidare il sistema politico del proprio Paese accollando una gran parte dei costi dell'universalità dell'assistenza, da estendere a 46/47 milioni di americani, in capo ai cittadini con un reddito annuo maggiore ai 350 mila dollari (per alcuni da elevare ad un milione). Dunque, dal versante delle prestazioni globali da garantire, un processo simile a quello che ha prodotto in Italia la riforma del 1978 con la legge n. 833. Quella riforma che ha introdotto il SSN e che ha sancito l'assistenza a chiunque e ovunque, liquidando il vecchio sistema mutualistico. Tutto questo è certamente risalibile alla sottovalutazione giuridica di fondo di siffatto genere di diritti e, quindi, è da considerarsi la conseguenza della mancata costituzionalizzazione dei diritti sociali negli Usa, che ha fatto sì che quello alla salute fosse subordinato, sul piano dei principi, ad uno stato sociale non assistito dal riconoscimento e dalla tutela costituzionale di tale tipologia di diritti²². In proposito, occorre che Barack H. Obama faccia un significativo salto in avanti estendendo la tutela caratteristica ai diritti sociali, tanto da realizzare, a distanza di circa settanta anni, il sogno tradito di F. D. Roosevelt²³. Un risultato non conseguito da alcun presidente, nonostante gli sforzi adoperati da J. F. Kennedy nel 1960 e da B. Clinton nel 1993²⁴, nonché dal candidato alla presidenza nel 2004 J. Kerry, che viene, invero, oggi poco ricordato nonostante lo straordinario impegno dimostrato, in tal senso, durante la suddetta campagna elettorale. Nella sostanza, tutto ciò vorrà dire ovvero equivalere ad un altro *New Deal* del XXI secolo²⁵ e un ulteriore *Second bill of rights*²⁶, finalizzati

²¹ **Greco P.**, *op. cit.*, evidenzia che nel 2007 venivano contabilizzati (in dollari americani) per persona assistibile: 2.440 in Germania; 2.382 in Francia; 2.215 in Canada; 2.209 in Gran Bretagna; 1.864 in Giappone e 1.812 in Italia.

²² **Pierini A.**, *Federalismo e welfare state nell'esperienza giuridica degli Stati Uniti*, Torino, 2003.

²³ Franklin D. Roosevelt, nel suo ultimo anno di vita (1945), tentò un accordo *bipartisan* con i repubblicani dell'epoca, più esattamente con Wende Wilkie, che era stato candidato alle presidenziali nel 1940, inteso ad estendere i diritti sociali nella Costituzione Usa.

²⁴ All'epoca fu notevole l'impegno di Bill Clinton per riformare negli Usa l'organizzazione sanitaria sul modello National Haid Service, inteso a sgretolare la quasi esclusività delle assicurazioni private nel "garantire" l'assistenza salutare degli americani. Uno sforzo, quello del presidente Clinton, tutto proteso ad insediare nel sistema sanitario un ruolo predominante dello Stato federale, ben evidenziato da **Bassanini F.**, nell'intervento tenuto al Congresso delle Regioni il 12 dicembre 2002 in qualità di membro della Commissione affari costituzionali del Senato della Repubblica.

²⁵ La presidenza di F. D. Roosevelt (1933-1945) si caratterizzò per numerose iniziative di buona portata progressista, tra queste il cosiddetto *New Deal*. In buona sostanza, esso rappresentava una sorta di piano di spesa pubblica condiviso istituzionalmente, una "patto" di riforme economiche e sociali, che istituiva, tra l'altro, la sussidiarietà e la previdenza sociale, nonché introduceva la pianificazione, quale strumento autoritario per disciplinare le regole e l'attuazione della produzione *lato sensu*, ivi compresa quella afferenti i servizi sociali destinati alla collettività; **Semprini F.**, *Samuelson: "C'è l'aria di New Deal. E' lui il Roosevelt degli anni Duemila*, La Stampa, 1 novembre 2009; **Palombella G.**, *Diritti*

ad assicurare la parità sostanziale dei cittadini americani attraverso la garanzia costituzionale di potere esigere siffatti diritti sociali, *in primis* quello alla salute, sino ad oggi inconcepibilmente negato a milioni di americani appartenenti al cosiddetto ceto medio.

Una *mission* affascinante e coraggiosa, quella di Obama, che intende con forza riconoscere a tutti gli americani il più importante dei diritti sociali: quello di potere esercitare, sempre e comunque, il diritto ad esigere le cure adeguate. Uno stravolgimento radicale in un Paese ove non c'è ospitalità nella buona sanità se non a fronte di una polizza assicurativa, che diventa sempre più onerosa e, quindi, meno accessibile²⁷.

Nel merito specifico, il presidente Barack H. Obama, con il suo progetto di riforma, all'esame del Congresso²⁸, propone, tra l'altro:

- una serie di misure transitorie a favore dei cittadini divenuti precari, in senso lato²⁹, ovvero disoccupati, in notevole incremento a seguito delle difficoltà derivanti dalla crisi finanziaria in atto. Un apposito programma denominato *Instituting Temporary Provisions to Make Health Care Coverage More Affordable for Americans Who Have Lost Their Jobs*, da doversi finanziare attraverso l'*American Recovery and Reinvestment Act (ARRA) of 2009*. Una legge, questa, letteralmente tradotta di "recupero" ovvero di stimolo alla crescita dell'economia, validata dal presidente Obama il 17 febbraio scorso. Un provvedimento legislativo omologo di quello formalmente condiviso dal presidente F.D. Roosevelt nel giugno del 1933 per fronteggiare la grave depressione che attanagliava allora gli Stati Uniti, attraverso la istituzione di una apposita agenzia federale, la cosiddetta *Public Works Administration (PWA)*.
- Le agevolazioni ivi previste in favore dei cittadini che perdono ovvero che hanno già perso il lavoro, stimati in circa 7 milioni di unità, si concretizzano nell'accorta previsione di un credito di imposta pari al costo dell'assicurazione sanitaria garante della assistenza della propria famiglia. Un soluzione, questa, che richiederà un rilevante impegno economico, motivo per cui essa è allo studio del Comitato misto per l'imposizione, attesi i consistenti valori di imponibile tassabile da dover sterilizzare e tradurre in corrispondenti crediti erariali, compensativi del costo da sopportare per garantirsi l'assistenza;
- un sensibile incremento della copertura sanitaria in favore dei bambini (*Increasing Health Care Coverage for Children*). In proposito, il presidente Obama, non appena insediato, ha prontamente sottoscritto il *Children's Health Insurance Program (CHIP)*. Con questo, ha consentito, a differenza del suo predecessore G.H.W.Bush - che aveva posto il veto ad una tale regolazione, nonostante lo stesso fosse condiviso *bipartisan* - un consistente aumento, in favore di 4 milioni di bambini, dei programmi *Medicaid*. Una esigenza ritenuta irrinunciabile, in quanto, con la crisi in atto, molti dei bambini utenti/beneficiari della iniziativa legislativa avrebbero perso la copertura assicurativa, non garantita a quelli appartenenti a famiglie povere ma non tali da rientrare negli anzidetti programmi assistenziali ordinari;

fondamentali. Argomenti per una teoria, in *Sociologia del diritto*, Milano, 2000; **Vaudagna M.**, *Corporativismo e New Deal*, Torino, 1981.

²⁶ Il cosiddetto *Second Bill of Rights* - insediato nel messaggio del presidente Roosevelt del 1944 destinato alla popolazione sullo stato realizzativo dell'unione americana - conteneva sollecitazioni di peso in tema dei diritti fondamentali che non avevano trovato la ovvia ospitalità nella Costituzione statunitense. Il riferimento riguardava il diritto alla salute, ma anche quello al lavoro e alla giusta retribuzione, a godere di una abitazione disegni tosa, alla sicurezza sociale e alle protezioni assistenziali, nonché all'istruzione. **Casper G.**, *Changing concepts of constitutionalism*, 1989; **Sunstein C.R.**, *Constitutionalism. After the New Deal*, 1987.

²⁷ **Gumirato G.**, *Così Obama curerà gli Usa*, *Il Sole24Ore-Sanità*, n. 32, 2009

²⁸ Per una aggiornata analisi del confronto parlamentare fino ad oggi intervenuto si consiglia la lettura del resoconto redatto a cura del *Congressional Research Service*, coordinato da **H. Chaikind**, importante specialista americana di finanziamento dell'assistenza salutare.

²⁹ Una popolazione di precari che, tra cittadini sprovvisti di copertura assicurativa e quelli che godono di una copertura assolutamente inadeguata, conta oggi circa 71 milioni di unità.

- la riforma dell'informatizzazione, da definirsi in cinque anni, della carta medica riferita a ciascun cittadino. In buona sostanza, l'attualizzazione a sistema dell'anamnesi dei pazienti (*Computerizing America's Health Records in five years*), attraverso la quale ricostruire correttamente la storia salutare di tutta la popolazione. Un tale programma è, quindi, inteso a correggere gli errori che si trascinano da tempo, troppo spesso responsabili di interventi medicali non sempre appropriati, causa di costi umani irreparabili e, di guisa, di un insopportabile aggravio economico, entrambi derivati da errate diagnosi e da terapie inadeguate. Considerata l'attenzione che negli Usa si rivolge alle norme sulla *privacy*, un siffatto percorso dovrà garantire ogni tutela nei confronti delle riservatezza delle informazioni assunte e del trattamento dei dati relativi, indispensabili per definire la programmazione futura, finalizzata a scongiurare errori medici e, conseguentemente, migliorare la qualità dell'assistenza;
- l'elaborazione sistemica di tutte le informazioni utili alla diffusione delle conoscenze, in favore di tutti gli operatori impegnati nella sanità, in materia dei trattamenti di avanguardia e di evoluzione diagnostica, terapeutica e riabilitativa (*Developing and Disseminating Information on Effective Medical Interventions*). Infatti, uno dei problemi fondamentali che affliggono le organizzazioni sanitarie di tutto il mondo è determinato dalle diverse velocità con le quali vengono divulgate e, quindi, apprese le novità scientifiche concrete, dalla cui tempestiva applicazione deriverebbero sensibili incrementi qualitativi delle prestazioni assistenziali da garantire ai cittadini/utenti. Invero, a fronte di una ricerca scientifica che corre speditamente negli USA, per lo più finanziata con risorse federali - dei quali risultati gode il sistema assicurativo privato, sempre pronto ad investire, tempestivamente, sulle novità individuate dalla stessa, da tradurre in servizi da vendere in favore dell'utenza benestante - vi è da registrare un forte ritardo del sistema alternativo ad aggiornarsi quanto a tecnologie recenti e a percorsi terapeutici di nuova generazione. Ciò soprattutto in relazione alla efficacia reale dei trattamenti più avanzati, sia in termini di diagnosi, che deve essere più precoce possibile, sia di terapie più appropriate e innovative, garanti di risultati eccezionali, proiettati ad allungare, in modo sempre più dignitoso, la vita degli ammalati. Ebbene, proprio per garantire questo flusso di informazioni da spendere in favore della salute dei cittadini americani, è stato previsto nell'anzidetto *Recovery Act* del 2009 un investimento di 1,1 miliardi di dollari. In buona sostanza, con questo impegno economico verrebbe finanziata sia la ricerca applicata, in relazione all'efficacia comparativa dei dati ottenuti con le diverse metodologie mediche, che quella più innovativa, da testare negli appositi istituti salutarie e modalità da convenire con i diretti destinatari, disponibili a sottoporsi a terapie di carattere sperimentale. Un'accelerazione, dunque, della ricerca applicata, nel suo complesso, finalizzata a selezionare i percorsi più garanti della salute dei cittadini, attraverso una più curata e attenta diffusione delle informazioni relative da trasferire alla classe medica in generale;
- l'investimento massiccio di risorse in favore della prevenzione e del benessere (*Investing in Prevention and Wellness*), a tutela delle numerose patologie che affliggono gli americani per cattiva alimentazione e per mancato esercizio fisico, che determinano una diffusa obesità che non ha riscontro in altre popolazioni, nonché per il fumo e l'alcol. Brutte abitudini comportamentali che generano malattie croniche di significativo impatto nelle condizioni vitali dei cittadini (ipertensione, patologie cardio-circolatorie, diabete e cancro). Una particolare attenzione dovrà essere assicurata ai vaccini e alla campagne di *screening* funzionali alle diagnosi precoci dei tumori e ai loro tempestivi trattamenti, divenuti sempre più efficaci. Il tutto impegnando, all'interno del *Recovery Act* del 2009, un miliardo di dollari.

Da tutto questo, si evince l'insieme organico che caratterizza la proposta di riforma elaborata dal presidente Obama che, piacente o nolente, rivede positivamente l'attuale organizzazione sanitaria, sì da farla erigere a sistema funzionale, da condividere quanto a certezza dei diritti. Esso

fonda le sue radici su una serie di innovazioni, che lo stesso progetto riassume in otto principi generali, caratterizzanti l'individuato sistema globale:

- 1) l'esercizio della libera scelta del cittadino da esercitarsi, tra le diverse opzioni garantite dall'intervento pubblico che sovrintende, nella selezione del proprio piano sanitario e medico (*Guarantee choice*);
- 2) l'ottimizzazione dei costi, necessaria ad evitare frodi e, comunque, ogni forma di spreco, appesantiti da una eccessiva e ingombrante burocrazia. Essa dovrà riguardare, prioritariamente, l'eliminazione di tutti quei passaggi inutili, non solo amministrativi, che determinano ritardi nella definizione dei rimborsi/pagamenti e discrasie nel reale funzionamento dei servizi mirati alla tutela della salute (*Make health coverage affordable*);
- 3) la certezza per le famiglie di potere essere accompagnate e assistite efficacemente nell'evolversi delle patologie gravi e/o croniche che affliggono i loro componenti, senza incorrere nei pericoli di trovarsi sul lastrico per sostenere spese per cure non altrimenti esigibili (*Protect families' financial health*);
- 4) il massiccio investimento sulla prevenzione e sul benessere reale che, come detto, costituiscono le colonne portanti su cui si fonda la sanità pubblica, in termini di drastica riduzione dell'insorgenza di molte malattie e dei costi caratteristici che l'affliggono (*Invest in prevention and wellness*);
- 5) la garanzia per ogni americano di potere, comunque, sopportare i costi relativi alla copertura sanitaria, indipendentemente dalle proprie condizioni lavorative, ovvero di potere mantenere in vita i contratti assicurativi alle condizioni godute, indipendentemente dall'aggravarsi delle sue condizioni di salute (*Provide portability of coverage*);
- 6) l'universalità delle prestazioni, come obiettivo da conseguire, da rendere esigibili a tutti gli americani, ovunque residenti (*Aim for universality*);
- 7) il miglioramento del sistema delle garanzie e della sicurezza degli utenti, nonché della qualità dell'assistenza salutare da realizzare attraverso il concepimento del piano sanitario personale, che deve essere garante dell'attualizzazione periodica delle prestazioni, man mano che queste vengano migliorate dalle nuove tecnologie e metodologie applicative, della costanza delle cure, anche nell'ipotesi di sopravvenienza di terapie più costose, e della *privacy* (*Improve patient safety and quality care*);
- 8) il mantenimento nel tempo delle disponibilità pubbliche per la sostenibilità del sistema in godimento, sì da rendere continua e a tempo indeterminato la portata delle prestazioni necessarie in favore del titolare del piano sanitario e medico (*Maintain long-term fiscal sustainability*).

Insomma, un sistema che assicuri l'efficacia del risultato assistenziale salutare, da conseguire attraverso la qualità delle prestazioni e l'appropriatezza dei trattamenti, e l'efficienza assoluta del sistema, da perseguire nel corretto rapporto funzionamento/finanziamento, quindi produttivo anche di una ragionevole economicità. Dunque, una rinnovata organizzazione sanitaria che garantisca a tutti gli americani prestazioni di qualità uniformi e universali, più esattamente "la cosa giusta al momento giusto nel modo giusto per la persona giusta e con i migliori risultati possibili"³⁰.

Per realizzare tutto questo è stato originariamente previsto da Barack Obama un impegno finanziario, a carico del sistema federale (fondo di riserva), di 630 miliardi di dollari spalmati in un decennio. Un importo, questo, ritenuto però dallo stesso insufficiente per coprire integralmente i relativi costi di riforma. Di conseguenza, per il suo buon esito è stato dato per scontato, nella medesima proposta, un successivo maggiore impegno finanziario, non escludendo un omologo intervento partecipativo a carico delle economie dei vari Stati federati.

Le risorse necessarie ad assicurare l'entità di un siffatto fondo di riserva dovranno essere garantite da due generi di misure: una fiscale, nel senso che una gran parte delle disponibilità perverranno da un maggiore prelievo erariale sui redditi elevati, attestati tra i 350 mila e il milione

³⁰ Docteur E., Berenson R., *How does the quality of U.S. health care compare internationally?*, Urban Institute, 2009.

di dollari all'anno; un'altra, di razionalizzazione della spesa che dovrebbe realizzare risparmi gestionali supplementari, pari a circa un terzo del costo previsto nel decennio (313 mld su 950 mld di dollari che rappresenta il totale dell'intero costo programmato). Il tutto all'insegna di dovere irrimediabilmente insinuare nel sistema alcuni principi ispiratori fondamentali, quali: l'efficienza, la responsabilità condivisa e sanzionata, nell'ipotesi di colpevole non raggiungimento del risultato, l'incentivazione premiale, infine, in favore di chi, invece, lo consegue, sia in termini economici che di qualità delle prestazioni rese.

6. *Le improprie resistenze*

A fronte di una tale iniziativa, si sono registrate sensibili resistenze della politica, soprattutto repubblicana, ma anche democratica³¹, collaborate dal capitalismo sanitario, dai mezzi finanziari illimitati, che manovra dietro le quinte³². Esse fondano le loro ragioni su argomentazioni varie, molte poco plausibili sotto il profilo strettamente tecnico. Le più preoccupanti sembrano essere quelle politiche, urlate dai repubblicani, che tendono a riportare il confronto sul piano squisitamente ideologico, basato sul sinonimo maggiore sanità pubblica uguale a socialismo³³. Tutto questo si traduce, nella buona sostanza, in un rifiuto indotto da parte dei cittadini Usa ad accettare il concetto di "sanità pubblica", consolidatosi da numerosi decenni in tutta Europa³⁴. Un tema, questo, che tocca la suscettibilità politica degli statunitensi, portati a difendersi e a proteggersi da qualsiasi cosa che possa, anche vagamente, ricordare una siffatta ideologia. Con ciò viene a realizzarsi, nel caso di specie, un grave errore di ipotesi che costerà moltissimo in termini di portata dell'assistenza sanitaria, vista come diritto fondamentale da esigere. D'altronde, l'esperienza europea, specie da parte di quei Paesi che hanno fondato la loro organizzazione salutare sul preminente ruolo dello Stato (esempio: Gran Bretagna e Italia), produce oggi la migliore assistenza sanitaria, intendendo per tale la garanzia terapeutica globale e universale, ovunque e per chiunque ivi risieda³⁵.

7. *Il discorso del Presidente al Congresso Usa*³⁶

Sulla base di queste premesse, è iniziato l'iter parlamentare, segnato dalle naturali difficoltà politiche che un tale aspro confronto necessariamente riserva. E' stato lo stesso Presidente USA ad intervenire il 9 settembre avanti alle due Camere, riunite in sessione unica. Lo ha fatto con un accorato discorso di presentazione della sua proposta di riforma dell'attuale disciplina dell'assistenza sanitaria statunitense.

L'iniziativa di Barack Obama ha rappresentato un grande gesto di coraggio, ma soprattutto di responsabilità politica nei confronti di tutta la nazione³⁷. Davanti ai due consessi, inizialmente divisi nei convincimenti anche per parte democratica - la Camera indisponibile, per spinta della portavoce Nancy Pelosi, a rinunciare alla opzione del "polo pubblico", concorrenziale a quello privato, e il Senato, per voce del capogruppo del partito democratico, Harry Reid, contrario all'anzidetta soluzione ma pronto ad accettare un compromesso capace di accontentare i diversi interessi pubblico/imprenditoriali -, il Presidente è stato chiaro e determinato nell'esporre la sua idea di sanità. Lo stesso, infatti, seppure tenendo conto degli allora quattro progetti di legge elaborati in seno al Congresso, ha precisato la sua predilezione per la opzione pubblica, quale scelta

³¹ **Krugman P.**, *Le idee-zombie sulla sanità*, La Repubblica, 25 agosto 2009; **Annunziata L.**, *La reazione della base repubblicana*, La Stampa, 10 settembre 2009.

³² **Rampini F.**, *op. cit.*, R2 di La Repubblica del 3 agosto 2009.

³³ **Teodori M.**, *Il progetto Obama*, in www.federalismi.it, n. 4, 2009.

³⁴ **Foa M.**, *Obama ora punta al compromesso sulla sanità*, Il Giornale, 10 settembre 2009.

³⁵ **Jorio E.**, *"La guerra giusta" di Obama sulla sanità*, La Repubblica, 5 agosto 2009.

³⁶ **Platero M.**, *Compromesso sulla sanità Usa*, IlSole24Ore, 9 settembre 2009; **Valentino P.**, *Sanità, l'ultima chiamata di Obama*, Il Corriere della Sera, 9 settembre 2009.

³⁷ **Granaglia E.**, *La proposta di Obama per la sanità: una via innovativa di coniugare pubblico e privato*, www.affarinternazionali.it, 2009

alternativo-concorrenziale alla egemonia delle assicurazioni private³⁸. Quella scelta che i repubblicani hanno, da subito, definito una soluzione da respingere perché di chiara ideologia socialista, quindi contrapposta alla tutela del mercato, strumentalizzata nella campagna d'informazione ancora in atto nel Paese da parte dell'opposizione politica.

Con questo, tuttavia, Barack Obama non ha inteso chiudere gli spazi di trattativa politica da svolgersi nel corso dei lavori congressuali, tutt'altro. Nella parte conclusiva del suo intervento al Parlamento americano riunito ha, infatti, offerto la disponibilità per una soluzione politicamente mediata, quasi ad incentivare l'elaborazione di una proposta che rappresentasse il compromesso tra i sogni del Presidente - ai quali lo stesso ha, comunque, dichiarato di non volere rinunciare - e gli interessi protetti delle grandi assicurazioni private, ivi ampiamente rappresentati tra le fila repubblicane.

Si è, quindi, giunti, da parte dello *staff* democratico - coordinato dal presidente della commissione finanze del Senato, Max Baucus -, a predisporre un progetto di legge, il quinto, inteso a soddisfare i bisogni assistenziali e i problemi di contenimento economico prospettati da Obama, all'indomani della sua elezione, nonché ad affievolire la portata della opzione assistenziale pubblica. Esigenze, queste, da potersi soddisfare, secondo i proponenti democratici, con il contributo di una parte consistente della rappresentanza repubblicana meno conservatrice ovvero meno dipendente dagli interessi del capitalismo assicurativo egemone dell'assistenza sanitaria. Il tutto con un testo legislativo, da perfezionarsi entro la fine del 2009, che provveda:

- quanto ad organizzazione strutturale, ad insediare un sistema improntato a sgretolare la quasi esclusività assistenziale garantita dalla filiera assicurativa privata, per tutte le fasce di età e di reddito escluse, rispettivamente, dai programmi *Medicare* e *Medicaid*, quest'ultimo allargato anche alle ricchezze medio-basse precedentemente interdette³⁹. Un obiettivo non più energicamente perseguito attraverso la creazione di un polo pubblico istituzionalizzato, imprenditorialmente contrapposto a quello delle grandi compagnie assicurative, bensì da conseguirsi attraverso l'attiva partecipazione al mercato specifico delle cooperative *no profit*, inizialmente collaborate da sovvenzioni pubbliche, al fine di rendere più economicamente accessibile ai più la conclusione delle polizze relative. Un modo, questo, per realizzare una massima parte delle aspettative che l'originaria proposta di Barack Obama presumeva di concretizzare attraverso un sistema pubblico imperniato su una società assicurativa federale, da rendere concorrente nell'attuale offerta salutare complessiva⁴⁰;
- in riferimento alle risorse necessarie, a finanziare le variazioni apportate, oltre a quelle più organicamente insediate nel funzionamento ordinario del rinnovato sistema e alla quali si è già fatto, ancorché minimamente, cenno, sono state individuate, tra l'altro, alcune fonti di maggior prelievo erariale, più esattamente nei confronti delle stesse compagnie di assicurazioni (6 mld USD all'anno), dei costruttori di apparecchiature medicali (4 mld USD annui), delle industrie farmaceutiche (2,3 mld USD per anno) e delle strutture imprenditoriali che si occupano di diagnosi strumentali e di laboratorio (750 mln USD all'anno)⁴¹.

Su un tale progetto legislativo, si venuto così a formare alla Camera Alta un nuovo consenso, politicamente più esteso rispetto alla originaria proposta riassunta da Barack Obama al Congresso riunito. Ciò per due ordini di motivi:

³⁸ Una tale idea trova la necessaria cittadinanza nei capisaldi della politica economica del Presidente Usa, detta *Obamanomics*, che si contrappone, tra l'altro, ai c.d. interessi precostituiti delle *lobby* che condizionano sensibilmente il mercato statunitense. Tutto ciò è dimostrativo della visione che Barack Obama ha dell'intervento pubblico, quale strumento utile a favorire i redditi bassi e medi "con tagli fiscali per i meno abbienti, eventualmente bilanciati da aumenti per i redditi più alti", **Mariani M.** (a cura), *Il nuovo ABC dell'economia*, Milano, 2009.

³⁹ **Platero M.**, *Obama: la riforma si farà*, *Il Sole24Ore-Sanità*, 10 settembre 2009.

⁴⁰ **Guaita A.**, *Sanità, la sfida di Obama "La riforma entro l'anno"*, *Il Messaggero*, 10 settembre 2009.

⁴¹ **Maggi G.**, *Obama rifiuta il flop sulla sanità e chiede suggerimenti ai nemici*, *Libero*, 10 settembre 2009.

- il primo, perché spaventava meno gli americani sul supposto peggioramento delle condizioni qualitative dell'assistenza e sull'ampliamento del *deficit* economico del Paese⁴²;
- il secondo, perché risultava tecnicamente più convincente, sia sotto il profilo strettamente sanitario che economico-fiscale, in quanto ritenuto, rispettivamente, garante dell'universalismo assistenziale e finanziabile attraverso una maggiore imposizione fiscale sulle maggiori economie private, quelle che si sono più arricchite nella attuale versione del sistema. Dunque, una soluzione non produttiva di alcun aggravio per il tesoro pubblico. Due certezze pretese dal Presidente Obama, senza le quali lo stesso ha dichiarato di porre il veto a qualsivoglia provvedimento che non preveda di realizzarle concretamente⁴³.

8. Il percorso legislativo

Come appena riferito, con l'anzidetto discorso di Obama alle Camere riunite del 9 settembre 2009 è iniziato l'esame c.d. d'aula, con quattro proposte di legge originariamente all'attivo.

Il tutto - come precisato - preceduto da una campagna politica di poco pregio argomentativo, atteso il *forcing* delatorio, spesso fuori di ogni limite, attuato da parte dei segmenti più estremisti dei repubblicani, che - per voce del senatore del South Carolina J. Wilson - hanno dimostrato una certa facinorosità, tanto da appellare il Presidente come "bugiardo" ("You lie") durante il suo intervento istituzionale. Nello stesso periodo si sono registrate difese corporative da parte delle assicurazioni, estrinsecatisi sia direttamente che per interposte iniziative, anche attraverso *spot* televisivi, non propriamente fedeli alla realtà, mirati ad ingenerare un dissenso sociale.

Il 16 settembre 2009 il presidente della Commissione finanze del Senato americano, Max Baucus, ha presentato la suddetta sua proposta di riforma sanitaria, la quinta. Essa era costituita da un elaborato di 223 pagine - formalmente condiviso dal presidente Obama, che ne è stato firmatario - parzialmente concertato con i repubblicani. Una iniziativa legislativa che, proprio perché condivisa dall'opposizione nei suoi caratteri essenziali, era sembrata verosimilmente rappresentare il perimetro normativo definitivo del futuro assetto organizzativo della sanità statunitense. Un progetto di legge ufficializzato nel corso di una conferenza stampa, tenuta dallo stesso senatore M. Baucus a Washington, più esattamente al Campidoglio, nel corso della quale erano stati sommariamente illustrati i principi e i criteri ispiratori dell'ipotesi legislativa e i suoi principali obiettivi:

- l'universalità dell'assistenza sanitaria, da assicurare garantendo ad ogni cittadino americano la libertà della scelta delle cure;
- la realizzazione di una concorrenza reale nella determinazione dei prezzi delle polizze assicurative e l'individuazione di uno strumento che possa esserne fattualmente garante (*exchange*);
- la previsione di sanzioni pecuniarie, a decorrere dal 2013, a carico dei cittadini titolari di redditi superiori agli 88 mila USD, che potranno rendersi destinatari di multe, tra i 750/3.800 USD, nel caso gli stessi non dovessero provvedere a munirsi di assicurazione malattia;
- il pagamento di un elevato contributo in favore del Governo da parte delle aziende, con oltre 50 dipendenti, che non dovessero offrire contrattualmente ai medesimi le polizze di assicurazione per la malattia;
- la continuità sostanziale dell'attuale assistenza, in termini di medico curante e piano sanitario goduto;
- un progressivo impegno per la prevenzione e il benessere;
- la maggiore qualità delle prestazioni, soprattutto per il programma *Medicare*;

⁴² Garton Ash T., *Obama dimostri di non essere Icaro*, La Repubblica, 10 settembre 2009.

⁴³ Rampini F., *"Sanità per tutti gli americani". Obama sfida il Congresso*, La Repubblica, 10 settembre 2009.

- l'introduzione dei crediti di imposta in favore delle piccole imprese e dei cittadini, sino a 66 mila USD per una famiglia di quattro persone, propedeutici a favorire il pagamento delle assicurazione malattia;
- il congelamento dei premi assicurativi fino al 13% per i cittadini beneficiari di un reddito tra i 66 mila e 88 mila USD;
- il decremento dei costi generali;
- la riduzione dell'impegno decennale di circa 100 mld di USD: 856 mld anziché i 950 precedentemente previsti.

Il 22 settembre successivo è così iniziata la discussione, in seno alla Commissione finanze del Senato, dei 564 emendamenti presentati, nel frattempo, da parte sia dei repubblicani che dei democratici, molti dei quali (esempio, quello a firma del repubblicano Charles Grassley) tendenti a cancellare l'obbligo per cittadini di possedere una polizza e, quindi, la prevista sanzione per gli inadempienti. Altre proposte modificative, invece, finalizzate ad attribuire maggiori sussidi per i redditi più bassi e a prevedere un piano pubblico garante di una assistenza universale, più esattamente di una assicurazione sanitaria fornita dal Governo federale, la c.d. *public option*⁴⁴ (i democratici progressisti J.D.Rockefeller IV e C. Schumer)⁴⁵.

Davvero sorprendente, sotto il profilo politico, è stata la posizione assunta dalla senatrice repubblicana moderata Olympia J. Snowe, da molti osservatori ritenuta, da subito, la parlamentare che con il suo voto favorevole ha dato modo di "surrogare" il consenso non più disponibile dello scomparso Ted Kennedy e, con questo, assicurare il conseguimento della maggioranza qualificata di 60 voti d'aula, indispensabile per l'approvazione della proposta di riforma. Tale senatrice, nel depositare 21 emendamenti a sua firma, si è resa protagonista di una interessante proposta, ovverosia dell'introduzione di un piano pubblico di assistenza esclusivamente in quegli Stati federati ove la riforma dovesse fallire la sua missione di garantire al 95% dei cittadini una copertura assistenziale a prezzi ragionevoli⁴⁶.

Nella suddetta proposta di M. Baucus ha assunto un significativo rilievo l'individuazione delle cooperative *no profit*, quale terzo soggetto erogatore di assistenza indiretta⁴⁷. Un ruolo da esercitarsi attraverso la proposizione da parte loro di polizze assicurative - allo stesso modo di come fanno da sempre le compagnie private - a prezzi contenuti, grazie anche ad un contributo *una tantum*, in loro favore, di sei miliardi di dollari da parte del Governo federale. Un modo, questo, per facilitare l'instaurarsi di una concreta occasione di moderazione commerciale che potrà vedere, per l'appunto, le anzidette cooperative esercitare il ruolo di componenti essenziali di un sistema di *exchanges* sanitari statali (da intendersi come uno strumento di iniziativa statale ideato per garantire la comparazione delle offerte assicurative poste sul mercato, insomma una sorta di borsa di scambio specialistico), nel quale potere confrontare, sotto il profilo quali-quantitativo, le diverse offerte assicurative a disposizione della collettività Usa.

⁴⁴ **Aaron H.J.**, senior fellow, economic studies della Brooking Institution, offre - in un suo articolo dell'8 ottobre 2009 (R.I.P. Public Option) - una curiosa distinzione della definizione di *public option*, differenziata per oppositori (che la ritengono un pretesto per accollarsi le spese del servizio sanitario, funzionale ad appesantire oltre misura il bilancio governativo) ovvero, alternativamente, per sostenitori (che la considerano, invece, strumentale a disciplinare il sistema e a moderare le pretese di guadagno degli assicuratori privati).

⁴⁵ **Valsania M.**, *Sanità alla battaglia del senato*, Il Sole24Ore, 22 settembre 2009.

⁴⁶ Al di fuori dei siti istituzionali, nella contemporaneità dell'inizio del confronto parlamentare, si è registrata una interessante partecipazione del Presidente Barack H. Obama allo *show* serale di David Letterman, nel corso della quale ha affrontato i temi della riforma sanitaria. Ha avuto modo, tra l'altro, di assicurare gli americani che la stessa non imporrà alcun aggravio fiscale ai ceti medio-alti, nonostante l'allargamento dell'assistenza alla quasi totalità dei cittadini non ancora assicurati.

⁴⁷ **Aaron H.J.**, senior fellow, economic studies della Brooking Institution, *op. cit.*, definisce le cooperative *no profit*, individuate nei disegni di legge all'esame del Congresso, un innocuo contentino per la collettività più progressista, intendendo per tale uno strumento di scarso significato applicativo e di assoluta non incidenza nella determinazione delle regole del mercato, così come avvenuto con le cooperative di credito nel mondo finanziario.

In data 29 settembre 2009, dopo cinque ore di intenso confronto, la Commissione finanze del Senato, incaricata di esaminare le proposte legislative funzionali a realizzare, con i dovuti distinguo, la riforma sanitaria voluta da Obama, ha respinto la c.d. *public option*, che caratterizzava gli emendamenti democratici presentati dai senatori progressisti J.D.Rockefeller IV (battuta con 15 voti contrari e 8 favorevoli) e C. Schumer (bocciata con 13 voti contrari su 10 favorevoli). Un risultato sul quale ha inciso il peso del gruppo dei “*blue dogs*”, formato dai parlamentari democratici più moderati, rappresentativi del conservatorismo fiscale e, in quanto tali, molto attenti a non votare, favorevolmente, le leggi che possano in qualche modo incidere negativamente sui conti dello Stato, sì da preservarne ogni incremento debitorio.

Quanto accaduto, ovviamente, non ha voluto dire - come vedremo - definitivo insuccesso dell’iniziativa riformatrice di Barack Obama, atteso che la mancata condivisione dell’anzidetto emendamento non ha affatto escluso l’approvazione di altri emendamenti “affini”, recati nell’altra proposta giacente al Senato ovvero nelle tre rubricate alla Camera dei Rappresentanti⁴⁸.

L’incidente di percorso registrato nella Commissione senatoriale potrebbe essere, invece, ragionevolmente considerato “un atto preparatorio” delle più vaste convergenze, che appaiono concentrarsi in favore della proposta del presidente M. Baucus, che si sospetta essere il risultato di un compromesso della politica e, in quanto, tale condivisa anche da larghe frange del partito repubblicano. Un accordo verosimilmente raggiunto proprio sulla base di escludere ogni previsione normativa che possa favorire l’insediamento di una forma di assicurazione pubblica d.o.c., concorrenziale con quella esercitata, tradizionalmente ed esclusivamente, dalla compagnie private, da considerarsi l’autentica espressione del capitalismo sanitario statunitense⁴⁹.

Nelle corso dei lavori al Senato, più esattamente il 7 ottobre 2009, è intervenuta la valutazione estimativa della riforma proposta da Barack H. Obama da parte del *Congressional Budget Office*, il c.d. *CBO’s new health reports*.⁵⁰ Un organo tecnico *bipartisan* competente ad esaminare l’impatto economico e finanziario sui conti pubblici e, quindi, sul bilancio statunitense di tutte le iniziative legislative e ad elaborare, preventivamente e nel corso delle discussioni parlamentari, una sorta di analisi tecnica sulle leggi che verranno⁵¹. In buona sostanza, un organismo istituzionalmente stabile che attrae nelle sue competenze il compito ordinariamente esercitato nel nostro ordinamento, da parte degli appositi uffici tecnici del Parlamento, di redazione delle relazioni illustrative di accompagnamento dei disegni di leggi, contenenti l’analisi dell’impatto della regolamentazione (AIR) e quella tecnico-normativa (ATN).

Il più attuale elaborato del CBO tiene conto delle conclusioni, opportunamente attualizzate, cui lo stesso era pervenuto con la voluminosa omologa relazione, di 196 pagine, ufficializzata nel dicembre 2008, che constava di due volumi afferenti, il primo, il finanziamento della assistenza sanitaria e, il secondo, le necessarie scelte di politica di bilancio⁵². In tale approfondito studio venivano identificate, complessivamente, le questioni centrali da analizzare e valutare in sede di scrutinio parlamentare, nonché fornite le stime, basate essenzialmente sui dati economico-statistici disponibili a tutto il precedente mese di marzo 2008, sull’incidenza della riforma sui conti pubblici, in relazione al bisogno crescente di garantire la copertura assicurativa ai cittadini che ne erano e ne sono a tutt’oggi sprovvisti. L’analisi economica prospettica, in essa contenuta, era stata effettuata tenendo debitamente conto, in termini di incremento delle future entrate fiscali, degli effetti prevedibili del rinnovato prelievo a tutto il 2018.

⁴⁸ **Valentino P.**, *Bocciata al Senato l’opzione pubblica nella riforma sanitaria*, Il Corriere della Sera, 30 settembre 2009.

⁴⁹ **Rampini. F.**, *Sanità Usa, stop al piano di Obama*, La Repubblica, 30 settembre 2009.

⁵⁰ L’elaborato è stato prodotto dal CBO in stretta collaborazione con il *Congressional Joint Committee on Taxation*, il c.d. *JCT*.

⁵¹ **Valsania M.**, *Nella sanità risparmi per oltre 80 miliardi*, Il Sole24Ore, 9 ottobre 2009.

⁵² *Key Issues in analyzing major health insurance proposals*, a firma **Sunshine Robert A.**, direttore responsabile del CBO.

Dunque, uno strumento conoscitivo, quello approntato da siffatto importante organo consultivo, del quale la Commissione finanze del Senato - chiamata al voto per il successivo 13 ottobre 2009 - ha dovuto tenere nel dovuto conto nell'affrontare il suo esame, anche perché ricco di proposte tecniche, scaturite da confronti realizzati con i professionisti sanitari, soprattutto medici e infermieri, con esperti di *management* salutare ed economisti specialisti del settore.

Dal suo contenuto emergevano, sostanzialmente, due sollecitazioni - invero un po' scontate in Europa - per i responsabili della politica, sintetizzabili nell'irrinunciabile obiettivo bidirezionale di perseguire, da un versante, l'allargamento sociale della copertura assicurativa e di conseguire, dall'altro, ogni garanzia utile al controllo dei costi sanitari, sia federali che dei Governi federati, sì da assicurarne il loro concreto contenimento.

L'esito della votazione, preliminarmente prevista in sede di Commissione, è stato da subito ritenuto fondamentale anche perché propedeutico alla discussione finale d'aula. Un evento importante, quello poi realizzatosi favorevolmente, che ha di fatto velocizzato la formalizzazione del più generale consenso - come vedremo più avanti in un apposito paragrafo - acquisito anche alla Camera dei Rappresentanti, ove il voto favorevole, ancorché scontato, non ha registrato l'*emplain* dei voti disponibili, dal momento che si sono ivi concretizzati i dubbi espressi sui democratici più moderati, di quelli attenti all'aspetto economico e fiscale della riforma.

Dal documento del CBO è scaturita la previsione di un costo, per il decennio 2010-2019, di 829 mld USD, quindi un impegno economico-finanziario incrementato di 55 mld USD rispetto alle prime valutazioni effettuate sulla proposta "secca" - la quinta di quelle presenti nel Congresso - presentata dal presidente M. Baucus. Un aumento dipeso dalle numerose variazioni apportate al progetto di legge dalle condivisioni politiche concretizzatesi in sede di discussione di Commissione senatoriale, soprattutto di quelle strumentali a determinare l'allargamento del numero degli assicurati di circa l'11%, di cittadini non coperti dagli attuali piani assicurativi pubblici (*Medicare e Medicaid*).

Con l'acquisizione di un tale parere favorevole si è registrato, dunque, un grande passo in avanti della riforma sanitaria pretesa dal presidente Barack H. Obama, attesa l'importanza che riveste il formale benestare di un così importante organo consultivo (il CBO, per l'appunto), senza il quale non verrebbe garantito alcun buon esito a qualsivoglia aspirazione legislativa.

Quanto ai contenuti meramente tecnici della proposta di legge, nella versione modificata dalla Commissione finanze del Senato americano, sono da evidenziare:

- l'ampliamento del programma assicurativo *Medicaid*, destinato agli indigenti "certificati" come tali, che dovrebbe comportare un nuovo investimento, a carico dell'Erario governativo, di circa 345 mld USD, controilanciato, a titolo quasi compensativo, con un coevo risparmio di 404 mld USD di tagli alle odierne economie riservate all'altro programma pubblico (*Medicare*), destinato all'assistenza degli anziani e dei disabili. Una eventualità, quest'ultima, che ha allarmato la *lobby* dei pensionati, tanto da fare presupporre da parte loro una opposizione, ancorché silente, nei confronti del disegno riformatore perché conseguentemente impauriti dal naturale assottigliamento della qualità delle prestazioni godute⁵³;
- l'individuazione di appositi crediti di imposta, per circa 461 mld USD, da rendere spendibili a cura della fascia dei cittadini possessori di redditi medio-bassi per sottoscrivere i propri piani assistenziali e quelli delle loro famiglie, se monoreddito;
- un congruo investimento, orientativamente budgettato nell'ordine di 6 mld USD, per l'introduzione nel sistema e il successivo sostegno economico delle cooperative *no profit*, individuate quali soggetti legittimati a concorrere con le compagnie assicurative private, fino ad oggi egemoni del relativo segmento di mercato. Una concorrenza che, come detto, troverà le sue garanzie di esercizio all'interno di una apposita "borsa sanitaria" (*exchanges sanitari*), attraverso la quale i cittadini interessati all'acquisto potranno comprare le loro

⁵³ Zingales L., *Un modello per Obama*, L'Espresso, 16 ottobre 2009.

polizze assicurative, che diverranno così più accessibili, in termini di corrispettivo, in funzione delle regole elementari della concorrenza esplicita;

- la previsione di circa 200 mld USD di nuove entrate, a titolo di imposte gravanti sulle polizze assicurative ritenute “di lusso”, ovverosia che prevedano prestazioni di gran lunga superiori di quelle necessarie ad assicurare una corretta, adeguata e più che dignitosa assistenza socio-sanitaria;
- l’individuazione, come già riferito, e l’istituzione di appositi prelievi fiscali da esercitare, ancorché in valori differenziati, sulle aziende operanti nel settore sanitario (esempio: industrie chimico-farmaceutiche e di apparecchiature elettro-medicali).

A ben vedere, un tracciato normativo che conferma l’ipotesi neo-impositiva del senatore M. Baucus e che, in quanto tale, costituisce una rielaborazione dei *desiderata* del presidente Obama, fatta salva la mancata istituzione della *public option*, originariamente prevista. Insomma, una sorta di compromesso tra democratici e repubblicani, funzionale ad accontentare le rispettive originarie aspettative, da una parte, di introdurre una assistenza pubblica statale concorrenziale con quella privata e, dall’altra, di lasciare le cose come stanno.

Sul suddetto progetto complessivo, condiviso dalla componente tecnica del Parlamento americano, è legittimo tuttavia nutrire qualche dubbio, soprattutto in relazione alla copertura finanziaria delle maggiori uscite proposte. Il più verosimile è quello che riguarda la quasi compensazione dei valori (345 mld USD) individuati per sostenere l’allargamento numerico degli assistiti dal *Medicaid*, che inquadrerebbero i ceti sociali medio-bassi, a discapito dei risparmi (404 mld USD) da realizzare sul *Medicare*. Una operazione alquanto difficile a comprendere e, quindi, a condividersi sotto il profilo della portata quali-quantitativa dell’offerta salutare, atteso che l’anzidetto programma pubblico, proprio perché dedicato ad anziani e disabili, è destinato ad esigere nel tempo sempre maggiori risorse, considerato il naturale invecchiamento progressivo della popolazione mondiale.

Nella giornata del 10 ottobre 2009, più esattamente nel ringraziare la comunità scientifica internazionale per l’assegnazione in suo favore del Nobel per la pace, il presidente Obama ha difeso energicamente il suo progetto di riforma sanitaria, assicurando l’opinione pubblica mondiale in merito al suo crescente consenso interno, registrato anche tra i governatori (A. Schwarzenegger), gli ex parlamentari avversari (B. Dole, B. Frist e L. Sullivan, quest’ultimo ex ministro della sanità del governo Bush), i senatori repubblicani di significativo peso politico (O. Snowe) e importati sindaci (M. Bloomberg, N.Y.), oltre che tra gli operatori sanitari in senso stretto⁵⁴. Un risultato che Barack H. Obama ha attribuito alla suddetta positiva analisi elaborata dal CBO, ma che ha ritenuto soprattutto sintomatico della mutata esigenza collettiva di vedere favorita l’universalità dell’assistenza e, con questo, l’archiviazione delle “vecchie politiche di parte”, sostenute dal ceto più conservatore del Paese.

Gli anzidetti traguardi - ovverosia quello dell’allargamento del consenso politico, anche tra gli esponenti repubblicani di rilievo, e quello della maggiore condivisione sociale per l’universalizzazione dell’assistenza sanitaria - hanno sostanzialmente accreditato le idee riformiste di Barack Obama.

Alcune riserve permangono tuttora in merito al diritto alla salute sostanziale, che un tale progetto potrà garantire ai cittadini statunitensi non titolari di quelle polizze assicurative capaci di tutelare il loro benessere individuale attraverso una significativa copertura. L’allargamento dell’assistenza non vuole dire, infatti, universalizzare l’esigibilità dell’anzidetto diritto in via meramente teorica, bensì uniformare il più possibile il livello prestazionale quali-quantitativo concreto, anche se non costituzionalmente protetto, così come, invece, avviene nel nostro ordinamento e della gran parte dei paesi europei.

⁵⁴ Dal corrispondente Usa, *Obama rilancia la riforma sanitaria “Consenso bipartisan senza precedenti”*, La Repubblica, 10 ottobre 2009; **Del Riccio C.**, *Sanità, appello bipartisan di Obama*, Gazzetta del Sud, 11 ottobre 2009.

I disegni legislativi, all'esame del Parlamento Usa, al di là dell'apprezzabile spessore delle novità proposte, presentano alcuni limiti in tema delle garanzie assistenziali offerte alla collettività nella sua interezza. Essi assicurerebbero un sostanziale incremento numerico dei destinatari/beneficiari dell'assistenza sanitaria, di quelli allo stato privi dei benché minimi servizi salutari, perché troppo poveri per potere accedere alle assicurazioni private ma, nel contempo, troppo ricchi per essere riconosciuti così poveri da essere assistiti dal programma pubblico denominato *Medicaid*, ma lascerebbero intatte le discriminazioni assistenziali esistenti tra i diversi regimi "assicurativi". D'altronde, quello dell'uguaglianza sostanziale e, dunque, realizzata in termini di esigibilità dei diritti sociali, intendendo tra questi prevalente il diritto alla salute, è il problema che affligge numerose collettività nazionali. Soprattutto quelle governate e amministrate da sistemi di finanza pubblica imperniati sulle logiche esasperatamente federalistiche, tendenti - per loro natura - a penalizzare i territori meno ricchi, in assenza di politiche solidaristiche efficaci e appropriate. Un rischio, questo, che sembra essere attenuato nel nostro Paese con l'approvazione della legge n. 42 del 5 maggio 2009, attuativa dell'articolo 119 della novellata Costituzione. La stessa ha, infatti, avuto cura di sancire, al fine di scongiurare ingiustificate discriminazioni, norme di salvaguardia e di tutela per il conseguimento degli *standard* assistenziali sociosanitari da dovere assicurare all'intera collettività, nazionale e non, da rendere esigibili attraverso la totale copertura dei costi relativi, seppure standardizzati e, quindi, fissati entro valori produttivi predeterminati, garantita dall'introdotta perequazione solidale verticale⁵⁵.

8.1 L'approvazione in Commissione finanze del Senato

In data 13 ottobre, la Commissione finanze del Senato Usa ha approvato, con 14 voti favorevoli e nove contrari, il progetto di riforma predisposto dal suo presidente Max Baucus. La singolarità dell'esito dello scrutinio - ancorché garantito dalla maggioranza detenuta dal partito dei democratici che si è dimostrata pressoché compatta nonostante le preoccupazioni della vigilia - è rappresentata dal voto favorevole della senatrice repubblicana moderata dello Stato del Maine, Olympia J. Snowe, che invero aveva già lasciato intendere il proprio consenso sin dall'inizio dei lavori parlamentari. Anzi, la stessa era andata pure oltre arrivando addirittura, come riferito, a proporre emendamenti finalizzati ad accelerare il processo riformatore in senso segnatamente progressista, del tipo la previsione di una assicurazione pubblica sussidiata da individuarsi esclusivamente in alcuni Stati federati, ovverosia in quelli a densità e composizione demografica incapace economicamente di sopportare costi in tal senso. Dunque, una repubblicana molto più "socialista" di tanti democratici moderatori, ma soprattutto attenta ai problemi che affliggono la collettività statunitense, soprattutto il segmento meno abbiente. Una attenzione sociale provata al momento della sua dichiarazione di voto, tant'è che l'esponente repubblicana ha giustificato il proprio consenso con una affermazione di grande fascino che è doveroso qui riportare testualmente, al fine di meglio comprendere la portata della posta in gioco: "la legge non è ideale ma quando la storia chiama, bisogna rispondere all'appello". Una dimostrazione di grande sensibilità, quindi, verso il dramma dell'abbandono assistenziale che affligge circa 47 milioni di americani, nei confronti dei quali il loro ceto politico non può affatto più dichiararsi indifferente.

In proposito, molti osservatori, sia politici che tecnici, hanno dichiarato che il voto favorevole della senatrice Snowe ha costituito solo l'anticipazione di una più vasta condivisione repubblicana che stava via via formandosi, tanto da guadagnare simpatizzanti nelle file dell'opposizione parlamentare, sì da fare presagire un cammino oltremodo favorevole dell'*iter* parlamentare che avrebbe impegnato l'aula del Senato, a cominciare dalla settimana successiva a quella della appena trascorsa festa del Ringraziamento. Si preannunciavano, infatti, voti favorevoli di altri repubblicani, di ispirazione più progressista, del tipo S. Collins, sempre del Maine, e G. Voinovich dell'Ohio⁵⁶.

⁵⁵ **Jorio E., Gambino S., D'Ignazio G.**, *Il federalismo fiscale*, Rimini, 2009; **Jorio E.**, *Attuazione del federalismo fiscale per regioni, enti locali, sanità*, Rimini, 2007.

⁵⁶ **Valsania M.**, *Un sì repubblicano alla sanità di Obama*, Il Sole24Ore, 14 ottobre 2009.

Una situazione, questa, vissuta negli Usa come novità in assoluto, che ha peraltro fatto registrare una caduta a Wall Street dei titoli assicurativi di oltre il 3,5%.

Sulla vicenda in generale, il presidente Barack Obama ha ritenuto di definire la condivisione della Commissione finanze “una pietra miliare cruciale” a favore del percorso riformista da egli stesso decisamente voluto, anche perché arricchita dal peso del consenso di una così importante esponente del partito repubblicano, che lasciava verosimilmente presagire ulteriori analoghe valutazioni positive in tal senso. Un accaduto che ha dimostrato la correttezza del progetto riformatore intrapreso, nei confronti del quale il sistema corporativo delle assicurazioni private americane ha opposto non poche iniziative, impiegando all'uopo rilevanti risorse economiche. Tra queste, l'elaborazione di un apposito studio, commissionato dall'America's Health Insurance Plans, la cosiddetta AHIP, alla PricewaterhouseCoopers e distribuito in concomitanza dell'esame della Commissione senatoriale, con il quale si era tentato di dimostrare la stretta correlazione causale della proposta di riforma con il verosimile incremento dei costi che le assicurazioni private dovranno far gravare sui prezzi delle proprie polizze⁵⁷. Una logica, di contro, fermamente respinta dalla portavoce dall'apposito Ufficio per la riforma, istituito da Obama alla Casa Bianca, Linda Douglas, che ha avuto modo di definirla “una analisi a proprio uso e consumo, che non può essere presa seriamente”⁵⁸.

Il 17 ottobre successivo Barack Obama ha denunciato pubblicamente le compagnie assicurative private di fare *lobbying* in modo palesemente scorretto, nonché di procurare un ingiustificato e pericoloso allarme nella popolazione e nel mercato borsistico, diffondendo informazioni non veritiere⁵⁹. Un comportamento ritenuto inaccettabile dal Presidente, tanto da fargli minacciare l'abrogazione di una vecchia legge del 1945, attraverso la quale è stata, a suo tempo, sancita l'esenzione delle società private, “specializzate” in assicurazioni mediche, dalle limitazioni previste dai provvedimenti legislativi *antitrust*⁶⁰. Uno strumento legislativo che ha garantito alle medesime la realizzazione di ingenti profitti in un mercato straordinariamente protetto, attesa la loro molto presunta *mission sociale*.

8.2 Le prospettive

A ben vedere, con la condivisione da parte della Commissione finanze del Senato è iniziata la corsa all'approvazione della riforma sanitaria in Usa che, dopo le valutazioni definitive del testo coordinato, istituzionalmente spettanti ai due rami del Parlamento americano (Senato e Camera dei Rappresentanti), dei cinque testi in discussione - si suppone al netto della c.d. *public option*, in linea con quanto delineato nella proposta elaborata dal senatore Max Baucus - approderà nelle stanze del Presidente Obama per la sua firma di rito, attraverso la quale verrà attribuita alla legge la piena e definitiva efficacia.

Quanto accaduto avrebbe potuto consentire, se realizzatosi con un anticipo di almeno due mesi, la suddetta formalizzazione entro il corrente anno. Una aspettativa che per essere puntualmente soddisfatta avrebbe dovuto vedere realizzata la corretta unificazione dei tre testi già licenziati dalle rispettive commissioni esaminatrici della Camera dei Rappresentanti da dover coordinare con l'anzidetto approvato dalla Commissione finanze del Senato, contenente le novità sostanziali del perimetro normativo che verosimilmente disciplinerà la prossima sanità statunitense.

La più significativa variazione, da insediarsi nel più generale testo legislativo, avrebbe dovuto riguardare, al fine di acquisire la più immediata certezza della più vasta condivisione politica, anche da parte repubblicana, l'esclusione (o quantomeno la mitigazione) della c.d. *public option*, ovvero sia la possibilità per lo Stato di esercitare un ruolo diretto nella competizione “imprenditoriale” di gestione della copertura sanitaria dei cittadini per il tramite di una apposita società assicurativa.

⁵⁷ Un incremento di costi budgettato dall'AHIP in 1.700 e 600 USD, rispettivamente, per le polizze familiari e individuali, relazionati al 2013, e di 4.000 e 1.500 USD per quelli riferibili al 2019.

⁵⁸ **Valsania M.**, *Obama contro le assicurazioni*, Il Sole24Ore, 13 ottobre 2009.

⁵⁹ **Valentino P.**, *Sanità, l'affondo di Obama “Assicurazioni disoneste”*, Il Corriere della Sera, 18 ottobre 2009.

⁶⁰ **Platero M.**, *E' guerra tra Obama e le assicurazioni*, Il Sole24Ore, 18 ottobre 2009.

In buona sostanza, quanto è avvenuto in sede di Commissione, ha offerto il fianco a letture antagoniste:

- da una parte, è sembrato garantire una maggiore speditezza al percorso riformistico voluto dal Presidente, a condizione che vengano mantenuti gli impegni politici di contenimento delle novità proposte attraverso l'elaborato di M. Baucus, rispetto a quelle più "socialiste" annunciate dallo stesso Barack Obama nel corso del suo intervento al Congresso riunito;
- dall'altra, non è apparsa assicurare alcuna certezza in merito al più attuale testo approvato dalla Commissione finanze, dal momento che è stata offerta la possibilità di una (ri)estensione dell'offerta assicurativa in favore dello Stato, alla quale alcuni esponenti del partito democratico non sembrano essere affatto disponibili a rinunciare, sostenendo di possedere la sufficienza dei numeri per approvarla in entrambi i rami del Parlamento.

Analizzando le ipotesi legislative approdate al Congresso, sotto il profilo comparativo, emergono con grande chiarezza molti elementi comuni e non poche differenze.

Quanto ai primi, essi afferiscono alcuni principi generali che sembrerebbero oramai irrinunciabili, atteso che appaiono condivisibili *bipartisan*. Essi riguardano: il divieto per le assicurazioni di discriminare le condizioni di accesso alle polizze, così come di insinuare clausole risolutive finalizzate ad intervenire, comunque, in loro favore nel caso di patologie costose contratte dall'assicurato, prima ovvero dopo la conclusione del relativo sinallagma; l'obbligo sanzionato per tutti i cittadini di munirsi di una polizza di assicurazione sociale contro le malattie; la previsione di sussidi e l'individuazione di una sistema mercantile che agevolino i ceti medio-bassi nell'acquisizione di polizze garanti dei piani sanitari individuali e familiari.

In riferimento alle differenze, esse ineriscono, prima fra tutti, l'opzione di istituire un sistema pubblico sociale, garante di un piano di assistenza sanitaria da rendere esigibile in favore dei cittadini, in stretta concorrenza con quello offerto dal mercato assicurativo privato. Una scelta, questa, non condivisa dalla Commissione finanze del Senato che si è dichiarata favorevole a consentire l'ingresso delle cooperative *no profit* nel mercato specifico, sì da garantire una sana concorrenza tra i soggetti interagenti, utile alla moderazione dei prezzi delle relative polizze e all'elevazione dei servizi offerti a fronte delle medesime.

Altre differenze di rilievo, evidenziabili nelle diverse ipotesi legislative al vaglio parlamentare, sono quelle che, tra l'altro: prevedono l'obbligo da porre a carico delle aziende di garantire ai loro dipendenti la copertura assicurativa; imporrebbero aggravii fiscali di gran lunga più elevati di quelli attuali alla polizze assicurative denominate "Cadillac Plans" perché comprendenti erogazioni di prestazioni ritenute di lusso, ovverosia nettamente al di sopra di quelle necessarie.

8.3 Risputa la public option e le difficoltà consequenziali

Secondo un prevedibile copione, il *leader*-capogruppo della maggioranza democratica al Senato Usa, Harry Reid, ha proposto, prima dell'inizio del confronto in aula parlamentare, una sensibile modifica al testo approvato dalla Commissione finanze senatoriale il 13 ottobre 2009, intesa a reintrodurre la cosiddetta *public option*, ancorché in versione ridimensionata rispetto a quella originariamente programmata dal presidente Obama⁶¹. Insomma, una rinnovata idea di gestione pubblica dell'assicurazione sanitaria, del tipo quella già insediata negli emendamenti, a suo tempo, prodotti dalla senatrice repubblicana O. J. Snowe che, con il suo voto favorevole, ha consentito, poi, una condivisione "oltre misura" da parte dell'anzidetta Commissione, con 14 consensi anziché i 13 di cui disponeva il gruppo democratico.

Una tale previsione di erogazione mista di assistenza sanitaria, da perfezionarsi con metodologie partecipative discriminate a cura dei governi "locali" - seppure limitata a prevedere l'esercizio della *facultas* da parte degli Stati federati di scegliere se istituire o meno, in sede di attuazione della legge statale di riforma, la soluzione assistenziale pubblica da gestire in proprio - ha immediatamente

⁶¹ **Platero M.**, *Nella sanità di Obama rispunta l'opzione pubblica*, Il Sole24Ore, 24 ottobre 2009.

creato non poche difficoltà tra le fila democratiche, specie nella compagine più moderata dei c.d. *blue dogs*, meno propensa ad avallare la benché minima sopravvenienza fiscale a carico dei cittadini ovvero maggiori spese da far gravare sui bilanci pubblici, sia federali che degli Stati federati.

Con la suddetta riproposizione della assistenza di tipo pubblico, seppure condizionata alle decisioni dei singoli Stati federati, si è paventato dunque un rischio concreto, nell'evolversi dell'*iter* parlamentare dedicato alla riforma dell'assistenza salutare voluta da Barack Obama, nonostante facilitato dall'ormai prossimo percorso di coordinamento dei disegni di legge già all'esame della Camera dei Rappresentanti, dal momento che in tutti e tre era previsto l'ingresso diretto dello Stato nel mercato assicurativo sanitario, anche se di spessore differenziato.

Un evento, quello registrato, sotto certi aspetti previsto, che ha costituito non pochi problemi all'itinerario legislativo e, pertanto, al suo esito finale, considerato che ha prodotto qualche incertezza al disegno di legge licenziato dalla Commissione finanze, relativamente alla possibilità di godere del sostegno della maggioranza democratica in Senato, malgrado il voto favorevole promesso dalla repubblicana Olympia J. Snowe, utile ad assicurare i necessari 60 voti favorevoli, tanto auspicati da Ted Kennedy nel suo testamento politico.

Su una tale iniziativa parlamentare, ufficializzata dal capogruppo democratico - che, peraltro, non prevedrebbe l'instaurarsi a regime di una gestione diretta dell'assistenza sanitaria dal parte del Governo Usa, bensì solo di una *chance* normativa offerta agli Stati federati di potervi ricorrere⁶² - non v'è stato alcun intervento da parte del Presidente Obama, ritenendo ogni valutazione di esclusiva competenza delle istituzioni democratico-parlamentari americane.

8.4 Il primo sì della Camera dei Rappresentanti.

Alle comprensibili preoccupazioni per il voto favorevole del Senato ha fatto eco l'approvazione della Camera dei Rappresentanti intervenuta nella giornata del 7 novembre 2009, dopo una tormentata vigilia che ha visto impegnato direttamente il presidente Barack H. Obama, il quale ha esortato i rappresentanti eletti dagli americani nelle istituzioni parlamentari "ad ascoltare il richiamo della storia" e a rispondere ad esso con senso di responsabilità, garantendo alla totalità dei cittadini statunitensi l'esigibilità concreta del diritto alla salute⁶³.

Conseguentemente, siffatto ramo del Parlamento americano - con 220 voti favorevoli e 215 contrari - ha formalmente licenziato, in un inusuale sabato "lavorativo", il testo di legge di riforma sanitaria "Affordable Health Care for American Act", dai contenuti segnatamente più progressisti rispetto a quello in discussione al Senato. Ciò in quanto contempla - per come peraltro emendato dal capogruppo H. Reid al Senato - la reintroduzione, quasi integrale, della originaria proposta di Obama riguardante la *public option*⁶⁴.

Dalla conta dei voti espressi alla Camera è emersa anche una particolarità di tipo politico. A fronte di una tenuta sostanziale del consenso della maggioranza democratica, si sono infatti registrati: un voto favorevole di un parlamentare repubblicano (A.J. Cao, di origine vietnamita, eletto in Louisiana), che ha infranto così l'unanimità del dissenso conservatore (177 seggi), e la *défaillance* del monolitismo democratico (258 seggi), che ha registrato qualche voto in meno rispetto a quelli posseduti, specie da parte della corrente più moderata, ai quali si riferiscono i 39 parlamentari non dichiaratisi favorevoli, molti dei quali appartenenti ai cosiddetti *blue dogs*⁶⁵.

⁶² **Platero M.**, *Obama insiste: sanità pubblica*, Il Sole24Ore, 28 ottobre 2009.

⁶³ **Semprini F.**, *Sanità, Obama lancia il pressing porta a porta*, La Stampa, 8 novembre 2009; **Gaggi M.**, *Obama al Congresso per il voto della sanità*, Il Corriere della Sera, 8 novembre 2009; **Valsania M.**, *La Camera vota la nuova sanità*, Il Sole24Ore, 8 novembre 2009; **Zampaglione A.**, *Sanità, Obama preme sul Congresso*, La Repubblica, 8 novembre 2009.

⁶⁴ **Ansa.it**, *Sanità Usa, sì della Camera alla riforma di Obama*, 8 novembre 2009.

⁶⁵ **Zampaglione A.**, *Sanità Usa, inizia la rivoluzione ma la strada è ancora lunga*, La Repubblica, 9 novembre 2009; **Larry Sabato**, direttore del Center for Politics dell'Università della Virginia, in una sua intervista rilasciata a La Stampa (9 novembre 2009) ha addebitato a 12 deputati democratici, appartenenti all'ala più *liberal*, un voto c.d. di principio, perché contrari all'emendamento sull'aborto in quanto troppo limitativo e, quindi, interdittivo delle libertà personali delle donne; **Annunziata L.**, *Democratici e cristiani*, La Stampa, 9 novembre 2009.

Quanto accaduto ha contribuito a far tramontare definitivamente ovvero quantomeno a compromettere l'obiettivo di conseguire un accordo *bipartisan* sulla riforma sanitaria, nel modello organizzativo auspicato da Barack Obama, al fine di consolidare un più generale consenso in suo favore, magari da spendere in altre direzioni, specie nelle opzioni di politica internazionale.

Insomma, dal dibattito registratosi alla Camera dei Rappresentanti, magistralmente diretto dalla presidente N. Pelosi, sono emerse con forza due differenti filosofie di base sulle quali fondare il riformando sistema assistenziale statunitense.

Da una parte, una destra repubblicana che ha difeso lo *status quo* dell'organizzazione sanitaria Usa, fondata su una ideologia ultra-liberista, con al centro il singolo individuo protagonista/acquirente del mercato e, dunque, non utente di un servizio pubblico e *a latere* uno Stato co-protagonista *part time*, disposto a recitare un ruolo molto marginale, garante dell'assistenza sanitaria di tipo solidaristico, limitata alle popolazioni emarginate, non interessanti per l'economia privata in senso stretto delle compagnie assicurative, perché quasi assolutamente prive di reddito spendibile.

Dall'altra, la sinistra democratica - all'uopo incrementata da qualche repubblicano più progressista, ancorché amputata del consenso dei democratici più conservatori - che mantiene fede agli impegni elettorali del Presidente eletto sostenendo con forza la (quasi) universalità dell'assistenza, nonché la uniformità e la globalità delle prestazioni socio-sanitarie da rendere in favore della collettività.

Dall'analisi del confronto e del voto d'aula emergono due elementi di forza, seppure ad effetti differiti, in favore del testo di legge approvato, che dovrà essere comunque fuso, con quello in discussione al Senato, e quindi formalmente (ri)condiviso da entrambi i rami del Parlamento, prima di essere portato alla firma del presidente Obama⁶⁶. Essi consisterebbero nell'estensione, da subito, dell'assicurazione medica a costi accessibili, in favore di almeno 36 milioni di americani⁶⁷, appartenenti al ceto medio, incrementabili nel breve fino a raggiungere il 96% dell'intera popolazione; nel lungo, a contenere la spesa pubblica caratteristica, destinata altrimenti ad esplodere sino a divenire incontenibile, con eccessivo danno per il bilancio pubblico, federale e degli Stati federati.

A ben vedere, il ramo più dinamico del Parlamento Usa ha partorito il primo testo di legge riformatrice dell'attuale sistema sanitario, composto da circa 2 mila pagine (per l'esattezza 1.990 in lingua madre).

I suoi contenuti sono, in grande parte, quelli precedentemente analizzati, facilmente riassumibili:

- nell'estensione dell'assistenza medica, ancorché discriminata per reddito nella tipologia e nel percorso di accesso, con uno Stato garante dell'assistenza non solo in favore dei non abbienti ma anche dei ceti "deboli";
- nell'obbligo per chiunque di munirsi, pena una sanzione di carattere finanziario, di polizza assicurativa, se non rientrate nelle categorie protette dai sistemi pubblici *Medicare* e *Medicaid*;
- nell'imposizione alle aziende, che esprimono un monte salari superiore a 500 mila USD, di garantire i due terzi del costo della polizza assicurativa del proprio dipendente;
- nell'istituzione della "borsa delle polizze" delle assicurazioni mediche, ove consentire a chiunque, aziende e cittadini, di potere definire i relativi contratti a prezzi calmierati da un sistema competitivo reale;

⁶⁶ **Jorio E.** *La Commissione finanze del Senato americano approva il progetto di riforma di Barack H. Obama. Risposta la public option*, www.federalismi.it, n. 20, 2009.

⁶⁷ **Valentino P.**, *Obama centra l'obiettivo. Riforma sanitaria avviata*, Il Corriere della Sera, 9 novembre 2009, nel detto articolo l'autorevole giornalista evidenzia la scopertura assistenziale residuale di "circa 18 milioni di persone, 6 milioni delle quali immigrati illegali".

- nell'insediamento nel mercato delle cooperative "di scopo", ovverosia costituite *ad hoc*, da porre in corretta competizione mercantile con il sistema assicurativo di rango più tradizionalmente imprenditoriale;
- nell'introduzione di un sistema governativo alternativo, abilitato a proporre propri contratti assicurativi in favore di determinate classi di reddito medio basso;
- nella possibilità per i giovani di essere coperti sino all'età di 27 anni dalle polizze assicurative familiari;
- nel divieto per le compagnie assicurative e, quindi, del sistema imprenditoriale tipico di rifiutarsi di assicurare i cittadini afflitti da problemi salutaris preesistenti⁶⁸;
- nella limitazione, infine, dell'accesso indiscriminato all'assistenza pubblica per l'interruzione consapevole della gravidanza. Un limite normativo che ha ingenerato il dissenso parlamentare formale di dodici deputati dell'ala più *liberal*, capitanata da Lynn C. Woolsey, nonché delle organizzazioni delle donne più rappresentative, perché il disposto è apparso segnatamente restrittivo delle libertà individuali, atteso che andrebbe a restringere l'assistenza pubblica esclusivamente ai casi "di violenza, incesto o quando la vita della madre è in pericolo". Un dissenso, questo, che ha tuttavia incassato l'importante *placet* dei Vescovi americani⁶⁹.

A fronte di un tale "allargamento" della portata assistenziale - così come riferito precedentemente - sono stati ovviamente previsti investimenti più alti di quanto originariamente budgettati, per circa 1.000/1.200 milioni USD nell'arco di un decennio, ammortizzabili nel lungo periodo, in termini di sensibile contenimento della spesa corrente, ordinariamente stanziata per assicurare la sanità "pubblica" alla collettività statunitense. Un costo/investimento collaborato, in entrata, da un maggiore prelievo fiscale sui redditi elevati (oltre 500 mila ovvero 1 milione di USD se prodotto in coppia familiare) e dalla eliminazione di sostanziali agevolazioni tributarie riconosciute in godimento delle multinazionali.

Un grande merito sull'approvazione del testo legislativo va certamente riconosciuto alle associazioni professionali (medici e infermieri) e dei consumatori (soprattutto gli agricoltori) che hanno dimostrato una sensibile influenza, sia nel convincimento della pubblica opinione e, quindi, delle rappresentanze politiche che nell'opporvi alle strumentali avversità messe in piedi dal sistema industriale e assicurativo più specifico.

Con l'approvazione è, dunque, iniziato il percorso del consenso politico finalizzato a realizzare negli Usa un radicale cambiamento delle regole disciplinanti l'attuale sistema salutare che discrimina sulla base di tre diverse tipologie di cittadini⁷⁰:

- i titolari di polizze assicurative sanitarie (160/180 mln), perché riescono ad acquistarle autonomamente ovvero perché ne godono nell'ambito del loro contratto di lavoro dipendente;
- le persone (75/78 mln) che usufruiscono dei programmi pubblici denominati *Medicare*, perché anziani e disabili, e *Medicaid*, perché poveri *doc*;
- gli statunitensi completamente sprovvisti di qualsivoglia assistenza sanitaria (46/47 mln) perché non godono delle economie necessarie per potere acquistare una polizza relativa ovvero perché che si rifiutano di dotarsene.

Dal testo definitivo che uscirà dal Congresso emergerà verosimilmente una organizzazione sanitaria certamente migliore di quella oggi in essere, garante di una assistenza (semi)universalistica, ma ben lontana da quella erogata nel nostro Paese e nella Europa tutta, ove l'universalismo è sostanzialmente realizzato, ovverosia comprende la copertura assicurativa della totalità dei cittadini e non solo.

⁶⁸ Molinari. M., *Sanità Usa Obama vince alla Camera*, La Stampa, 9 novembre 2009.

⁶⁹ Valsania M., *Sanità, battaglia sulla public option*, Il Sole24Ore, 10 novembre 2009.

⁷⁰ Jorio E., *La riforma sanitaria di Barack H. Obama*, www.federalismi.it, n. 17, 2009.

Perché tutto ciò si trasformi in provvedimento legislativo, come detto, dovranno realizzarsi condizioni non facili, soprattutto nel breve periodo, inverosimilmente programmato per fine anno. Al Senato americano toccherà, infatti, approvare il proprio testo di riforma che è abbastanza più attenuato rispetto a quello condiviso alla Camera in tema di *public option*, lasciata alla libera discrezione degli Stati federati, e in ordine agli investimenti (800/850 mln USD contro i 1.000/1.200). Superato positivamente il voto al Senato, i due rami del Parlamento Usa dovranno trovare l'accordo su una ipotesi legislativa unica, determinata dalla fusione dei due testi rispettivamente condivisi, da sottoporre nuovamente al voto di Camera e Senato per la definitiva approvazione. Conseguito un siffatto risultato, Barack H. Obama potrà firmare, finalmente, la legge e renderla efficace, realizzando così il suo sogno presidenziale.

8.5 Nel frattempo, al Senato il consenso procedurale.

L'inizio del confronto al Senato Usa, sulla proposta di riforma sanitaria elaborata e sostenuta dal presidente della Commissione finanza Max Baucus, senatore dello Stato del Montana, e collaborata sensibilmente dal *leader* del gruppo democratico Harry Reid (che ha preteso, a sorpresa, l'inserimento all'ultimo momento della *public option* di tipo "tradizionale"), ha registrato qualche "stranezza" politica nella sua fase cosiddetta procedurale. Infatti, tre senatori democratici (Ben Nelson, Blanche Lincoln e Mary Landrieu) hanno di fatto contribuito a mettere in forse, per qualche giorno, la conta dei 60 voti necessari per potere, successivamente, intraprendere il relativo dibattito nell'aula senatoriale⁷¹.

Insomma, una sorta di incidente temporale che ha determinato un qualche ritardo nell'esordio del previsto esame al Senato americano, propedeutico all'approvazione del testo del suddetto disegno legislativo.

A ben vedere, sono sopravvenute inaspettate iniziative, da parte dei democratici più progressisti, soprattutto tendenti a eliminare - così come preteso da B. Nelson, senatore del Nebraska - alcuni particolari privilegi ovvero facilitazioni in favore delle compagnie di assicurazione, del tipo le cosiddette esenzioni *antitrust*⁷².

In riferimento all'impegno parlamentare, il problema più difficile da doversi superare, nel corso del dibattito ordinario del Senato, era, comunque, quello della condivisione della c.d. *public option* da parte dei democratici più conservatori e da quelli che - ancorché non classificabili ideologicamente come tali - vedevano e vedono in difficoltà la loro rielezione alle oramai prossime tornate elettorali di *mid-term*. Un pericolo per alcuni versi reale anche a causa delle possibili strumentalizzazioni che i repubblicani potrebbero utilizzare nel corso della campagna elettorale per convincere e, dunque, distogliere dal tradizionale consenso democratico quelle fasce di popolazione anziane indecise, magari impaurite dalla temuta diminuzione delle prestazioni sanitarie già rese in loro favore dal programma *Medicare*, messe in pericolo dai tagli individuati nello schema legislativo già approvato alla Camera dei Rappresentanti lo scorso 7 novembre.

Quanto al testo condiviso dal voto cosiddetto procedurale del Senato con 60 parlamentari favorevoli, necessario ad autorizzare la successiva discussione nell'aula senatoriale, va evidenziata la sua voluminosità. Esso constava di 2.074 pagine che, stante la consistente fisicità e la ricchezza dei suoi contenuti normativi, saranno lette, con molta probabilità, ad alta voce dagli addetti/commissi nel corso dei lavori d'aula. Ciò al fine di evitare possibili ostruzionismi nella fase del voto vero e proprio, ostacoli, questi, che dovrebbero tuttavia essere proceduralmente impediti in forza dell'approvazione schiacciante conseguita dal testo pre-legislativo nella sessione preliminare.

A differenza del disegno di legge approvato il 7 novembre 2009 dalla Camera dei Rappresentanti, l'ipotesi legislativa che sarà di qui a poco esaminata dall'aula della Camera Alta del Congresso determinerà un impegno economico-finanziario decennale, così come dichiarato dai proponenti, di 849 mld USD. Una presunzione estimativa contestata dai repubblicani che ne

⁷¹ Riccardi E., *Usa riforma sanitaria: un primo sì dal Senato*, Ansa.it, 22 novembre 2009.

⁷² Roveda D., *Usa, dietrofront sulla prevenzione*, Il Sole24Ore, 21 novembre 2009.

budgettano, invece, un costo stimato nell'ordine di 1.500 mld USD. Una diatriba insorta, invero, anche alla Camera ove, contro una iniziale previsione economica di parte democratica del disegno di legge già approvato, stimata nell'ordine di circa 900 mld USD, si è arrivati a contabilizzare un costo di attuazione verosimilmente pari a 1.200 mld USD⁷³.

La versione oramai sottoposta allo scrutinio del Senato americano si differenzia da quella condivisa dalla Camera dei Rappresentanti anche per il diverso concetto che recano di *public option*. La tipologia di intervento pubblico individuato da quest'ultima risulta, infatti, essere di gran lunga più impegnativa di quella concepita nel disegno di legge all'esame del ramo cosiddetto alto del Parlamento. In tale disegno di legge viene, difatti, a caratterizzarsi un sistema di partecipazione pubblica più morbida, quasi diluita, perché consentirebbe, nel caso di una sua definitiva approvazione, agli Stati federati di impedire ovvero quantomeno di attenuare sensibilmente, nella fase di successiva applicazione della riforma sul loro territorio, una eventuale partecipazione concorrenziale ad opera del Governo federale nel sistema assicurativo sanitario. Una soluzione, questa, individuata al fine di capitalizzare il consenso politico dei senatori più moderati, poco propensi ad accettare e, quindi, a riconoscere allo Stato federale l'esercizio incondizionato di un ruolo di centralità assoluta in materia assistenziale.

A fronte di tutto questo, il gruppo dei democratici, per il tramite dei suoi maggiori, ha serrato le fila per arrivare al voto il più presto possibile, ben conscio delle difficoltà derivanti dal successivo scrutinio parlamentare definitivo di Camera e Senato dell'anzidetto "testo unificato", che costituirà il vero esame della proposta di riforma fortemente voluta dal presidente Barack H. Obama. Un testo legislativo, da sottoporre all'esame del Congresso nella sua interezza, che dovrà essere definito attraverso una apposita procedura di concertazione istituzionale di contenuto tecnico-giuridico, denominata *conference*. Sostanzialmente una riconciliazione, sia letterale che di merito, da intraprendere subito il voto definitivo del Senato.

A ben vedere, un compito, quello del capogruppo democratico al Senato H. Reid, ben riuscito, tant'è che nella seduta del 21 novembre 2009, conclusasi nella notte fonda di un altro sabato "lavorativo", sembra essere iniziato a materializzarsi il sogno di Ted Kennedy e il programma di Barack Obama con il conseguimento dei tanto agognati 60 voti su 100 guadagnati al Senato, sulla mozione procedurale dedicata al disegno di legge sostenuto da Max Baucus e presentato da Harry Reid, grazie al voto dei due senatori indipendenti: Joe Lieberman del Connecticut e Bernie Sanders del Vermont⁷⁴.

Infatti, con 60 voti favorevoli e 39 contrari, la Camera Alta ha detto sì a che possa iniziare il dibattito in aula dell'anzidetta proposta di legge. E dire che alla vigilia della seduta i repubblicani, guidati dal capogruppo M. McConnell, hanno tentato di tutto per differirne la discussione, ricorrendo ad ogni espediente istituzionale e non, dopo aver avuto sentore della conquistata unità dei democratici⁷⁵.

Alla fine tutta la maggioranza ha manifestato un sì compatto per l'inizio dell'esame d'aula del disegno di legge, con l'adesione dichiarata sul filo di lana dalla senatrice dell'Arkansas Blanche Lincol e quella della Louisiana Marie Landrieu, che avevano opposto negli ultimi giorni non poche resistenze "ideologiche" (quest'ultima ha preteso e ottenuto l'insediamento di un emendamento, garante di un maggiore finanziamento di 100 mln USD in favore del *Medicaid*), mettendo in pericolo il puntuale prosieguo parlamentare della riforma⁷⁶. Un cammino non garantito dal voto favorevole di entrambe in presenza dell'opzione pubblica, non condivisa *ab initio* dalle due senatrici⁷⁷.

⁷³ Stati Uniti, la riforma della sanità in Senato per il primo voto decisivo, dal corrispondente da Washington de La Stampa, 21 novembre 2009.

⁷⁴ Platero M., Sulla sanità primo sofferto sì a Obama, Il Sole24Ore, 22 novembre 2009.

⁷⁵ Molinari M., Riforma della sanità. Lo scontro è al Senato, La Stampa, 22 novembre 2009.

⁷⁶ Aquaro A., Sanità, riforma più vicina adesso anche il Senato. Obama ha la maggioranza, La Repubblica, 22 novembre 2009.

⁷⁷ Valentino P., Sanità, Obama incassa il primo sì al Senato, Il Corriere della Sera, 23 novembre 2009.

La proposta approvata contiene, rispetto al suddetto testo formalmente condiviso alla Camera il 7 novembre scorso - oltre alle disposizioni riguardanti l'estrinsecazione e, quindi, il contenuto della *public option* e la previsione di spesa complessiva - una sostanziale differenza in tema di disciplina dell'aborto terapeutico. Un argomento rilevante e sensibile, quanto all'ottenimento del più diffuso consenso cattolico, divenuto possibile, sulla ipotesi licenziata dalla Camera, con il sostegno dei vescovi Usa, a seguito delle limitazioni di accesso ivi codificate. Un risultato, questo, realizzatosi alla Camera bassa grazie anche alla intermediazione del cardinale di Chicago, Francis George, il quale ha avuto pure modo di ringraziare il presidente Obama, subito dopo l'approvazione della relativa ipotesi legislativa, in quanto non più comprensiva dei previsti incrementi finanziari originariamente destinati all'aborto terapeutico⁷⁸.

Una differenza di peso che ha fatto registrare l'assunzione di una posizione contraria della Conferenza episcopale nei confronti, invece, del testo preliminarmente condiviso al Senato, sfociato in una sorta di "scomunica" del figlio di Ted Kennedy, Patrick, al quale è stata recentemente negata l'eucarestia per le sue posizioni abortiste⁷⁹.

In ogni caso, per il prosieguo d'aula non dovrebbero registrarsi sorprese, dal momento che per la sua approvazione si rende necessaria una maggioranza minima del 51%. Qualche dubbio, quasi dichiarato, è lecito nutrire nella maggioranza democratica, tra i quali il senatore B. Nelson e molti dei candidati alle prossime elezioni politiche del 2010, nonché da parte dell'indipendente J. Lieberman⁸⁰, non propriamente convinti dell'inserimento del piano assicurativo pubblico garantito a cura dell'economia federale.

Al di là delle difficoltà incontrate e dei successi via via guadagnati dalla proposta di riforma di Barack H. Obama nel corso del suo *iter* politico-parlamentare, l'ossatura legislativa ad essa relativa sembra che stia facendo passi da gigante, nonostante il pessimismo manifestato da più parti nella sua fase iniziale.

Il suo successo trova i suoi punti di forza nella giustezza dei suoi ideali e nella trasparenza che ha caratterizzato l'iniziativa, sin dai suoi albori, nonché nella correttezza del percorso frequentato. Insomma, un ottimo esempio/progetto, quello avviato dal presidente Obama, di buona democrazia costruttiva nell'ottica dell'insediamento dei diritti di cittadinanza sostanziali. Diritti da sempre negati, quanto alla salute, ad oltre 46 milioni di americani, abbandonati al loro destino da una politica ingiusta, perché storicamente disattenta nei confronti di una siffatta tipologia di assistenza, in buona sostanza delegata al sistema assicurativo privato, fatta eccezione per i programmi pubblici in favore di anziani e disabili (*Medicare*), poveri "certificati" (*Medicaid*) e bambini di famiglie con reddito modesto (*Children's program*).

Ad una tale situazione di ieri, si contrappone, dunque, la "giusta crociata" di oggi, intesa a rendere un sistema salutare più equo ed efficiente, capace di garantire le necessarie prestazioni ad almeno 39/40 milioni di cittadini statunitensi in più, segmentati tra quei 46/47 milioni ai quali le stesse vengono inconcepibilmente negate da sempre.

8.6 L'accordo politico alla Camera Alta e l'approvazione in aula.

Il 9 dicembre 2009 è anche intervenuto al Senato Usa un importante accordo politico *bipartisan* sulla riforma sanitaria, ovverosia sul testo elaborato dai democratici. Per voce del loro capogruppo, senatore H. Reid, un tale evento lasciava verosimilmente supporre una sua, allora molto prossima

⁷⁸ **Platero M.**, *Sanità tra voto di scambio e offensiva ecclesiastica*, Il Sole24Ore, 24 novembre 2009.

⁷⁹ **Farkas A.**, *Comunione negata per il figlio di Ted Kennedy*, Il Corriere della Sera, 23 novembre 2009.

⁸⁰ Il senatore J. Lieberman pare che avrebbe dichiarato, all'indomani dell'approvazione del disegno di legge alla Camera dei Rappresentanti, la propria indisponibilità a condividerlo qualora insediata nel testo definitivo, soprattutto nella parte della *public option* gestita direttamente dallo Stato federale. Un politico, costui, sotto certi aspetti un po' contraddittorio, altalenante nelle sue scelte, tant'è che passò da candidato alla vicepresidenza a fianco di Al Gore al sostegno a J. McCain alle più recenti presidenziali Usa. Dunque, rappresenta un rischio per il voto finale. Una considerazione, questa, ben motivata da **Maceri D.**, *La coscienza del senatore Lieberman*, Il Quotidiano, 22 novembre 2009; **Aquaro A.**, *Sanità, primo sì del Senato Usa ma sull'aborto è scontro aperto*, La Repubblica, 23 novembre 2009; **Gaggi M.**, *I democratici in trincea. Strada ancora in salita*, Il Corriere della Sera, 23 novembre 2009.

approvazione, dal momento che il partito del Presidente sembrava essersi dichiarato disponibile a rinunciare alla “statalizzazione” dell’assistenza, da concretizzarsi attraverso la previsione normativa istitutiva della c.d. *public option*.

Una rinuncia, questa, suscettibile di diversa interpretazione, a seconda del punto di osservazione dell’esegeta. Per i repubblicani essa si traduceva in una vittoria, considerato che era da ritenersi svanita l’opportunità per i cittadini americani di acquistare una assicurazione sanitaria direttamente dallo Stato federale a prezzi contenuti⁸¹. Per i democratici andava, invece, considerata come un intelligente *escamotage*, dal momento che l’introdotta regolamentazione se, da una parte, escludeva l’istituto della opzione pubblica, dall’altra, insediava alcuni neo-percorsi “sostitutivi”, oltre che contenere l’automatismo di una sua reintroduzione a regime legislativo, nell’ipotesi in cui la riforma approvata non fosse risultata sufficiente ad allargare l’assistenza alle fasce di popolazione attualmente scoperte.

Quanto alle previsioni normative introdotte, che fanno bene sperare i democratici in rapporto alla portata concreta dell’assistenza sanitaria in favore dei ceti a redditività medio-bassa, esse riguarderebbero:

- a) l’accesso, economicamente equiparato a quello goduto dagli otto milioni di dipendenti pubblici federali e dai parlamentari americani, all’acquisto di polizze private - da parte dei cittadini a reddito medio basso e, per questo, sprovvisti di assistenza, che potranno accedervi in un’apposita “borsa della sanità” - a prezzo ridotto, in quanto negoziato, su larga scala, da parte dell’ente governativo denominato *Office of Personnel Management*.

Per certi versi, ciò si tradurrebbe in una sorta di *public option* estrinsecabile per via indiretta, considerato che la trattativa con “il privato assicuratore”, rappresentato dalle tradizionali compagnie, verrebbe esercitata direttamente da un organismo del Governo federale. Insomma, verrebbe a concretizzarsi un impegno/interesse pubblico perseguito dall’anzidetto organismo altrettanto pubblico a condurre trattative alla ricerca del minore costo e, in quanto tale, funzionalmente interessato a strappare il prezzo più basso possibile. Il risultato di una tale operazione “agonistica”, ovverosia il differenziale di sconto ottenuto, andrebbe a rappresentare, di fatto, il conseguimento di un interesse collettivo garante di una retribuzione integrativa per i dipendenti pubblici, di una gratifica/*benefit* per i rappresentanti parlamentari e, dunque, di un consistente sconto per i cittadini, altrimenti sprovvisti di assistenza sanitaria;

- b) l’allargamento dell’utenza, a partire dal 2011, garantita dal programma *Medicare* a decorrere dal 55° anno di età, per tutti quei cittadini che lo dovessero trovare conveniente sotto il profilo della qualità dell’assistenza goduta. Una facilitazione utile per tale segmento di popolazione, atteso che esso è quello da considerarsi più esposto, soprattutto per i rischi connessi alla loro età anagrafica, all’aumento indiscriminato dei prezzi praticati dalle assicurazioni private⁸².

Con queste premesse, si è avviato al Camera Alta il dibattito parlamentare vero e proprio che, invero, si è presunto da subito proficuo - ovviamente condizionato al preventivo riesame da parte del *Congressional Budget Office* (CBO) sulla valutazione dei costi relativi e del conseguente peso sui conti pubblici - così come avvenuto alla Camera Bassa⁸³.

Sul piano politico-istituzionale, intendendo per tale la conta dei voti necessaria ad approvare il disegno di legge, sensibilmente rinnovato nella sua parte essenziale (la *public option*), quantomeno sotto il profilo formale, si sono delineate due incognite. La prima, quella relativa all’atteggiamento del senatore del Connecticut Joe Lieberman che, caratterizzatosi nel recente passato per le sue

⁸¹ Rampini F., *Un altro passo per la riforma della sanità*, La Repubblica, 10 dicembre 2009.

⁸² Valentino P., *Riforma sanitaria Usa. Svanisce l’opzione pubblica*, Il Corriere della Sera, 10 dicembre 2009.

⁸³ Valsania M., *Svolta al Senato sulla sanità*, Il Sole24Ore, 10 dicembre 2009.

contraddizioni ideologiche⁸⁴, sembrava aver cambiato idea in soli due giorni. Lo stesso, ancorché dichiaratosi favorevole nei confronti dell'anzidetta estensione ai cinquantacinquenni del programma *Medicare*, nella giornata del 15 dicembre scorso aveva, infatti, deciso di "revocare" la sua dichiarazione di voto favorevole, mettendo così in crisi il conseguimento dei 60 voti necessari al proseguimento dell'esame favorevole al Senato della proposta di riforma sanitaria, elaborata da Max Baucus, e modificata nel corso dei lavori parlamentari⁸⁵. L'altra incognita era rappresentata dal voto del senatore del Nebraska Ben Nelson, il quale ha preliminarmente subordinato il proprio consenso parlamentare all'introduzione di norme più restrittive sull'aborto terapeutico. Una problematica, questa, a suo tempo insorta anche alla Camera dei Rappresentanti ed ivi risolta con la proficua mediazione della presidente Nancy Pelosi, che ha registrato anche il plauso del Consiglio episcopale dei Vescovi statunitensi⁸⁶. Con la previsione di una siffatta disciplina, che limita significativamente i casi di accesso all'interruzione della gravidanza, il Senato - nella giornata del 19 dicembre 2009 - ha di fatto capitalizzato i 60 voti favorevoli all'anzidetto progetto di legge, originariamente elaborato dal capogruppo democratico, Max Baucus, ed emendato delle proposte intervenute nel corso dei lavori, alle quali si è già fatto specifico riferimento.

Un accaduto che ha lasciato presagire, da subito, l'imminente approvazione del testo da parte della Camera Alta per la vigilia di Natale, ovviamente preceduta dalle altre due prescritte approvazioni cosiddette procedurali, anch'esse assistite dalla prevista maggioranza qualificata di 60 voti favorevoli, propedeutiche al voto d'aula (ove poterlo approvare definitivamente con maggioranza semplice, ovvero sia conseguendo il consenso di almeno 51 senatori su 100). Un evento, questo, puntualmente verificatosi nella giornata del 24 dicembre trascorso, a conclusione della seduta prenatalizia del Senato Usa, che ha licenziato la sua versione di riforma sanitaria con 60 voti favorevoli e 39 contrari⁸⁷.

Il risultato conseguito al Senato rappresenta un consistente segnale politico per i democratici e, quindi, di forza della presidenza Obama. Il partito democratico ha, infatti, dimostrato una significativa unità di intenti sulla bontà della riforma sanitaria, tanto da "affascinare" pure i due senatori indipendenti (J. Lieberman e B. Nelson), realizzatasi anche attraverso il complesso convincimento dell'intransigente gruppo dei *blue dogs*.

Stante così le cose, circa 31 milioni di americani, sui 46/47 completamente sprovvisti di assistenza sanitaria, potrebbero finalmente godere di una copertura assicurativa

Con quanto è avvenuto al Senato Usa, è dunque iniziato il *countdown* per l'esame parlamentare conclusivo e, dunque, del voto definitivo dell'articolato legislativo che istituirà negli Stati Uniti la nuova organizzazione della Salute. Esso sarà costituito da un disegno di legge unificato - che scaturirà da un complesso processo di conciliazione dei due testi licenziati dalla Camera dei Rappresentanti e dal Senato - da sottoporre all'approvazione definitiva dei due rami del Congresso Usa nel prossimo mese di gennaio 2010, alla quale seguirà la firma del presidente Obama.

A ben vedere, un *iter* legislativo non semplice, attese le sensibili differenze di previsione assistenziale esistenti tra i due testi - quello licenziato dalla Camera il 7 novembre scorso e quello approvato al Senato il 24 dicembre 2009, nei quali, come detto, è differenziato anche il trattamento c.d. anti-abortista - da doversi "coordinare" in un unico progetto legislativo⁸⁸. Ciò in quanto: nel primo è contemplata la *public option*, ancorché mitigata rispetto a quella originariamente programmata dal Barack H. Obama; nel secondo è stata eliminata la statalizzazione dell'assistenza (perseguita, tuttavia, in forma indiretta attraverso l'uso strumentale di una apposita Agenzia federale nell'ottenimento di prezzi "sostenibili" delle polizze assicurative destinate alle classi medio-basse),

⁸⁴ Candidatosi nel 2000 come vicepresidente del democratico Al Gore, nelle più recenti elezioni presidenziali, appoggiò sfacciatamente il repubblicano McCain, contrapponendosi duramente a Barack. H. Obama, salvo poi a garantire il 60° voto utile per l'approvazione al Senato, "procedurale" e definitiva, della proposta di Max Baucus.

⁸⁵ **Gaggi M.**, *La riforma sanitaria smontata a pezzi dai senatori americani*, Il Corriere della Sera, 16 dicembre 2009.

⁸⁶ **Aquaro A.**, *Sanità, si sblocca la riforma di Obama*, La Repubblica, 20 dicembre 2009.

⁸⁷ **Del Riccio C.**, *Riforma della sanità al traguardo*, www.ansa.it, 24 dicembre 2009.

⁸⁸ **Molinari M.**, *Sanità la riforma è il regalo di Natale del Senato a Obama*, La Stampa, 21 dicembre 2009.

sostituita però da un allargamento agli *over 55enni* del programma di assicurazione pubblica *Medicare (Plus)* e ad alcune fasce meno abbienti di quello denominato *Medicaid*⁸⁹.

E ancora: a) diverso il trattamento dei fondi pubblici destinati all'interruzione volontaria della gravidanza. Più severo alla Camera dei Rappresentanti rispetto a quello condiviso al Senato, che rinvia allo Stato federato una diversa opzione; b) differenziata la previsione delle entrate fiscali destinate a sostenere una parte consistente dei costi della riforma, che comunque allevierà alla distanza i conti pubblici. In quella approvata alla Camera Bassa è prevalente l'incremento del prelievo fiscale a carico degli americani più ricchi, in senso lato. Nel testo licenziato dalla Camera Alta è, invece, previsto un aggravio erariale sulle assicurazioni più costose, quelle denominate *Cadillac plan*, funzionale a garantire le prestazioni non propriamente essenziali bensì quelle ritenute "quasi effimere"⁹⁰; c) discriminata la copertura assistenziale per gli immigrati illegali. Nell'ipotesi legislativa votata dalla Camera dei Rappresentanti è esplicitamente offerta ai *extra-americani* clandestini (circa 7 milioni) di potere acquistare, senza potere usufruire di alcuno contributo pubblico, le polizze assicurative "a costo moderato". In quella licenziata dal Senato una siffatta opzione non viene neppure prevista⁹¹.

9. Il tentativo politico di Barack H. Obama

Le sostanziali differenze che caratterizzano gli anzidetti testi dei disegni legislativi approvati alla Camera dei Rappresentanti e al Senato hanno reso il rapporto politico tra i democratici e i repubblicani più difficile di quanto si prevedesse. Dunque, sono venute meno tutte le previsioni favorevoli della vigilia. Sono saltate le scadenze, non solo quelle che il presidente Barack H. Obama si era dato per approvarla. Non è stato conseguito, infatti, il primo traguardo di fine 2009, così come quello del 31 gennaio 2010. Anzi, si profilano tempi molti più lunghi e innumerevoli difficoltà, sia all'interno del partito democratico che durante i lavori parlamentari che si terranno nei due rami del Congresso.

Come si è già rilevato, sono stati tanti gli incidenti di percorso: l'ultimo, la perdita del seggio senatoriale, che era del compianto Ted Kennedy, nel Massachusetts ad opera del repubblicano Scott Brown.

Oggi rimangono in campo parlamentare due ipotesi legislative. L'una diversa dall'altra nei criteri fondamentali ed entrambe non propriamente rappresentativi delle idee del Presidente, che potrebbero essere riassunte in una assistenza sanitaria per tutti gli americani, ancorché disuguale, ma esigibile dall'intera popolazione. Un modo, questo, per "restituire" dignità e, quindi, il diritto alla salute ai 46/47 milioni di cittadini Usa abbandonati a se stessi.

Nei paragrafi che precedono è stato rappresentato l'*excursus* delle vicissitudini vissute, dentro e fuori dal parlamento americano, dalla proposta riformatrice di Obama, dalla sua idea di sanità. Un progetto nobile, stimolato dalla piena coscienza delle diversità assistenziali che affliggono una gran parte della popolazione statunitense – di quella completamente sprovvista di sicurezza socio-sanitaria – e che preoccupano anche quelli che vivono l'attuale insicurezza occupazionale, minacciata dall'economia globalizzata e dalla crisi del sistema finanziario.

Barack H. Obama ha, comunque, necessità di conseguire il risultato. Ha, quindi, contezza di dovere guadagnare un maggiore consenso parlamentare di quanto gliene residua a seguito delle più recenti campagne elettorali. L'elezione del senatore S. Brown⁹² ha, infatti, fatto venire meno la condizione favorevole dei 60 voti di maggioranza qualificata alla Camera Alta, indispensabili per un celere proseguimento dell'esame del testo unificato dei due disegni di legge approvati alla fine del 2009, in termini molto diversificati, nei due rami del Congresso.

⁸⁹ **Platero M.**, *Primo traguardo per la sanità di Obama*, Il Sole24Ore, 27 dicembre 2009.

⁹⁰ Redazionale, *Sanità Usa, due testi per una riforma*, Corriere della Sera.it, 25 dicembre 2009.

⁹¹ **Molinari M.**, *Sanità per tutti. Si avvera il sogno di Ted Kennedy*, La Stampa, 27 dicembre 2009.

⁹² Il senatore S Brown è da considerarsi un repubblicano moderato, rispetto alla *leadership* attuale, soprattutto nei temi che riguardano il sociale, tant'è che quattro anni fa si era dichiarato favorevole alla riforma sanitaria, dichiarandosi anche favorevole sull'aborto.

In attesa che vengano definiti i prossimi calendari d'aula, ma soprattutto che sia approntato il testo d'ipotesi legislativa riconciliata da sottoporre, simultaneamente, alla Camera dei Rappresentanti e al Senato per la sua approvazione definitiva, il presidente Obama ha tentato la via politica. Lo ha fatto ben conscio del problema reale: ovverosia che alla sua condivisione – stante le condizioni attuali, caratterizzate da una eccessiva “litigiosità” – si perviene con il consenso *bipartisan*. Un risultato, questo, da potersi formare attraverso il convincimento dei repubblicani, da ottenersi a seguito di sensibili rinunce ai cambiamenti programmati, soprattutto a quelli orientati ad istituire una *public option*, ovverosia un polo pubblico garante dell'assistenza sanitaria e concorrenziale a quello assicurativo privato. Insomma, un rimedio alle attuali diversità assistenziali perseguibile attraverso l'individuazione delle misure normative più idonee a sopperire alla mancata previsione legislativa di un diritto alla salute costituzionalmente assoluto, inedito negli Usa.

E proprio perché Barack Obama ritiene irrinunciabile l'allargamento della godibilità del diritto di assistenza sanitaria, ovverosia la sua estensione in favore, quantomeno, di una parte consistente delle fasce di popolazione che ne sono sprovviste – perché troppo povere per acquistare le polizze assicurative e troppo ricche per accedere al programma di protezione sociale *Medicaid* – ha reso ufficiale in questi giorni un invito pubblico alle forze politiche⁹³. Un appuntamento fissato e svolto il 25 febbraio presso la *Blair House*, un ufficio governativo quasi adiacente alla Casa Bianca, con all'ordine del giorno una discussione pubblica sulla riforma sanitaria. Tale incontro è stato, ovviamente, preceduto da una riunione plenaria dei maggiorenti democratici, finalizzata a pervenire al conseguimento di un compromesso – tutto interno al partito, anch'esso diviso tra anime più o meno progressiste – per la definizione del testo unificato delle due ripetute ipotesi già condivise nei due rami del Parlamento. Uno *step* irrinunciabile, propedeutico a presentare all'esame dei repubblicani, prima, e allo scrutinio del Congresso, poi, uno schema legislativo dal sicuro successo.

I temi trattati sono stati, dunque, tanti, così come dovranno essere numerose e di peso le rinunce cui saranno chiamati entrambi i partiti. Primo fra tutte la *public option*. Una “soluzione” insediata nel testo di legge approvato alla Camera dei Rappresentanti nella nottata del 7 novembre 2009, con 220 voti favorevoli e 215 contrari, e non previsto, perché respinto dal Senato, nello schema legislativo condiviso il 24 dicembre successivo, con 60 voti su 99 votanti.

Oltre ad individuare una opzione alternativa al cosiddetto “polo pubblico”, vi saranno, tuttavia, diversi ostacoli “ideologici” da superare, attese le importanti istanze economiche e politiche che i repubblicani hanno da tutelare. Tra questi:

- la necessità di consentire l'accesso, nel libero mercato caratteristico, di polizze a costo moderato, attraverso una partecipazione attiva del Governo federale, da mettere in concorrenza con quelle proposte dal sistema assicurativo privato, indiscusso egemone indiretto (ma non tanto!) del sistema assistenziale degli *over 65enni* e dei disabili (assistiti dal programma *Medicare*), dei poveri certificati come tali (protetti dal programma *Medicaid*) e dei ceti medio-alti;
- la certezza di non determinare aumenti erariali, sia a livello di Governo federale che federato, anche su redditi alti (al di sotto dei 250 mila dollari) e, comunque, aggravii economico-finanziari a carico dell'economia statunitense, già storicamente appesantita dai costi della sanità (è da tenere in debito conto che in Usa il tesoro pubblico sopporta, in materia, la più alta spesa *pro capite* per abitante del mondo, a fronte di un servizio completamente assente per una larga fascia di popolazione);
- l'allargamento più ampio possibile dell'assistenza a favore del maggiore numero dei cittadini che ne sono oggi sprovvisti, soprattutto di quelli compresi tra i 55 e i 64 anni di età, più esposti a rischio di malattie gravi e spesso “rifiutati” dalle assicurazioni private all'atto del rinnovo delle polizze, così come quelli già colpiti da patologie importanti che richiedono terapie continuative ad alto costo;

⁹³ **Platero M.**, *Obama bipartisan sulla sanità*, Il Sole24Ore, 9 febbraio 2010.

- una adeguata informatizzazione *in progress* delle condizioni di salute dei cittadini, utile a rendere disponibile la loro più accurata anamnesi, negativamente attenzionata da alcuni settori della società, perché metterebbe in pericolo la tutela della *privacy*, molto protetta negli Usa.

Gli obiettivi ideologici appena esposti sembrano essere, in gran parte, fondamentali per entrambi gli schieramenti politici e, in quanto tali, propedeuticamente necessari per il prosieguo dei lavori parlamentari, ove la maggioranza al Senato sarà tutta da conquistare da parte dei seguaci di Barack H. Obama.

Prima del vertice politico, straordinario e *bipartisan*, fissato per il 25 febbraio, Barack H. Obama ha comunque giocato di anticipo⁹⁴. Ha presentato alla stampa, pubblicandolo sul sito *internet* della Casa Bianca⁹⁵, il suo progetto di riforma sanitaria. Il primo, atteso che gli altri cinque, di cui tre alla Camera e due al Senato, sono stati tutti di iniziativa parlamentare.

Vi è stata, pertanto, l'esigenza del Presidente di scendere direttamente in campo, presentando agli americani la sua idea di sanità, sulla quale costringere pubblicamente i parlamentari di entrambi gli schieramenti ad esprimersi positivamente ovvero negativamente. Un atto di consapevole coraggio da parte di Obama, dal momento che in una tale iniziativa ha messo a rischio tutto il suo "capitale politico" e la sua credibilità nazionale⁹⁶. A tale scelta ha certamente contribuito quanto accaduto di recente nello Stato della California, ove la più importante assicurazione privata, la *Blue Cross*, ha deciso di aumentare il costo delle sue polizze del 39%. Un episodio che ha impensierito l'opinione pubblica, specie in un momento come questo di crisi finanziaria delle famiglie ad ogni livello.

Il suo progetto, che consta di circa 2.400 pagine, richiede un finanziamento di 950 miliardi di Usd in dieci anni. Un po' di meno (circa 1.052 Mld) di quello individuato a supporto della ipotesi condivisa alla Camera dei Rappresentanti il 7 novembre 2009 e un po' di più (79 Mld) di quello previsto a suffragio del testo di legge approvato al Senato il giorno della vigilia dell'ultimo Natale⁹⁷.

In buona sostanza, l'ipotesi legislativa presidenziale emula il testo legislativo approvato dal Senato Usa con l'aggiunta di una qualche "facilitazione" insinuata nella versione licenziata dalla Camera Bassa. Tra queste, quella di incrementare il numero degli assistiti, in una consistenza elevata: oltre 31 milioni di cittadini, fino ad oggi sprovvisti di ogni genere di assistenza sanitaria. Tra questi, quelle famiglie composte da quattro persone con redditi sino 33 mln Usd ai quali verrebbe garantito l'accesso al programma denominato *Medicaid*. Una proposta complessiva che lascerebbe, comunque, un saldo demografico scoperto dal *welfare* assistenziale salutare di circa 15/16 milioni di statunitensi.

Quindi, non una riconciliazione tra i due testi approvati dal Congresso, bensì una quasi conferma delle opzioni fatte proprie alla Camera Alta, arricchita di qualche contentino delle misure introdotte nell'ipotesi elaborata alla Camera dei Rappresentanti. Insomma, un modo per addomesticare al Senato la maggioranza, orfana di un seggio al Senato (59 e non più 60), e la minoranza più consenziente, nonché a fare valere gli attuali numeri democratici posseduti nell'altro ramo del Parlamento.

Sul piano dei risparmi economici, la proposta Obama assicura un rientro del *deficit* federale di circa 100 Mld di Usd nel decennio, da realizzarsi anche attraverso sensibili tagli agli sprechi, non ultimi quelli evidenziatisi nella gestione del programma pubblico destinato agli *ultra* 65enni e ai disabili (c.d. *Medicare*).

Quanto, invece, alle neometodologie da introdurre, rispetto alla disciplina attuale, a garanzia di un migliore servizio di assistenza, riguarderebbero l'anzidetto divieto per le compagnie assicurative di potersi opporre, in ogni modo, alla liquidazione delle spese già sostenute dagli assicurati per il ripristino della loro salute ovvero per guadagnare una loro migliore condizione di vita, nel decorso

⁹⁴ Valentino P., *Sanità, Obama prova a salvare la riforma*, Il Corriere della Sera, 23 febbraio 2010.

⁹⁵ <http://www.whitehouse.gov/health-care-meeting>

⁹⁶ Rampini F., *Per la sua riforma sanitaria Obama va alla battaglia finale*, La Repubblica, 23 febbraio 2010.

⁹⁷ Platero M., *L'offerta di Obama sulla sanità*, Il Sole24Ore, 23 febbraio 2010.

delle malattie gravi, nonché di potere discrezionalmente e unilateralmente aumentare il costo delle polizze.

Verrebbe, altresì, - e questa è la misura che assicurerebbe l'incremento dell'assistenza a un consistente segmento della popolazione (31 milioni di cittadini) - inserita nell'ordinamento americano l'assicurazione obbligatoria. Un modo, questo, per insediare nel progetto, da una parte, l'ampliamento dell'assistenza e, dall'altra, la riduzione dei costi, almeno in favore dei ceti meno abbienti, attraverso una contribuzione economica assicurata dalle casse pubbliche federali ovvero mediante la istituzione di una borsa competitiva (*exchange*), funzionale a calmierare i prezzi fino ad oggi praticati dal libero mercato. Facilitazioni, queste ultime, che andrebbero in favore delle famiglie produttrici di redditi fino a 88 mln di Usd, ovverosia quattro volte superiori a quello previsto come soglia di povertà⁹⁸.

L'ultima concessione di Barack Obama al Senato è stata quella - peraltro laica e progressista - di non escludere la possibilità di comprendere l'aborto terapeutico tra i servizi resi dalle assicurazioni private, attraverso le loro polizze assistenziali. Una concessione non condivisa alla Camera dei Rappresentanti, anche per volere indiretto (ma non tanto!) della congregazione episcopale Usa, alla quale sono molto sensibili i ceti democratici moderati e, quindi, i parlamentari che li rappresentano.

Da parte di B. Obama una scelta molto opportunistica, sotto il profilo politico, quand'anche di forte innovazione della più attuale disciplina assistenziale degli Usa. Insomma, egli aspira ad una vittoria *part time*, con risultati da ottenere a rate progressive. Uno strumento per conseguire, presto, la elaborazione di un testo unificato da passare al Congresso senza difficoltà particolari, attesa anche la possibilità che l'esame del Senato potrebbe essere celermente e favorevolmente concludersi a maggioranza semplice, senza quindi la necessità dei 60 voti favorevoli (garanti della c.d. maggioranza anti-ostruzionismo) che hanno assistito l'approvazione del testo licenziato il 24 dicembre 2009.

A ben vedere, un percorso difficile, atteso il fatto che i democratici più progressisti sembrano essere non disposti a rinunciare in alcun modo all'istituzione della *public option*, perché ritenuta l'unica garanzia per assicurare ai cittadini Usa l'esigibilità concreta del diritto alla salute.

Nella giornata del 25 febbraio appena trascorso si è così tenuto il *summit bipartisan*, presenti quaranta tra i maggiorenti dei democratici e dei repubblicani⁹⁹. Dopo gli ordinari battibecchi, tra i quali è stato significativo quello tra il Presidente Obama e il suo avversario alla Casa Bianca John Mc-Cain, ancorché ininfluyente sul piano della concretezza della riforma sanitaria¹⁰⁰. Gli interventi di maggiore spessore sono stati quelli finalizzati a ribadire i diversi punti che caratterizzano e distinguono le due soluzioni votate nei due rami del Congresso. Per meglio orientare il confronto, i lavori del *summit* sono stati divisi in quattro temi argomentativi: i costi della riorganizzazione del sistema, la riforma delle assicurazioni, la riduzione del *deficit* e l'ampliamento della portata dell'assistenza¹⁰¹. Nonostante una siffatta trovata metodologica e le sei ore di discussione, a volte anche accesa nei toni, sono stati pochi gli spunti tecnici di rilievo propedeutici a mitigare le tradizionali distanze che separano i democratici dai repubblicani nel concepire, anche concettualmente, il diritto alla salute.

Davvero "sproporzionata", sotto il profilo delle conclusioni cui il medesimo è pervenuto, la dichiarazione fatta dal capo dei deputati repubblicani John Boehner che ha, prima, affermato che la riforma sanitaria proposta da Obama costituisce "un programma che manda in bancarotta l'America" e, poi, che quello goduto dai cittadini statunitensi rappresenta "il miglior sistema sanitario del mondo"¹⁰². Una esternazione, questa, che francamente mette in tutta evidenza la

⁹⁸ Caretto E., *La sfida di Obama sulla sanità: ottenere il consenso dell'elettorato* e Pratellesi M., *La svolta di Obama: dai social network ai social media*, entrambi in www.corriere.it, 23 febbraio 2010

⁹⁹ Molinari M., *Sanità, Obama rilancia in diretta*, La Stampa, 26 febbraio 2010.

¹⁰⁰ Rampini F., *Sanità, sei ore di faccia a faccia la sfida sulla riforma va in diretta tv*, La Repubblica, 26 febbraio 2010.

¹⁰¹ Valsania M., *Scontro sulla sanità in diretta tv*, Il Sole24Ore, 26 febbraio 2010.

¹⁰² Gaggi M., *Rissa al summit in tv sulla sanità Usa*, Il Corriere della Sera, 26 febbraio 2010.

sottovalutazione che negli Usa si ha nei confronti del diritto alla salute, da molti considerato come un *optional* direttamente connesso ad uno stato di povertà quasi assoluta, di disabilità impeditiva di qualsivoglia attività produttiva, di conseguimento dell'età pensionabile ovvero, alternativamente, di titolarità di un reddito tale da consentire l'accesso ai servizi e alle prestazioni necessarie per il tramite del sistema assicurativo privato.

Comunque vadano le cose, non si perverrà all'approvazione di una legge che realizzi il sogno di Obama, nonostante questo debba essere considerato modesto nei risultati perseguiti, se comparato con la portata dell'assistenza sanitaria garantita nei paesi europei, primi fra tutti Italia, Francia e Gran Bretagna. Universalità, uniformità e globalità delle prestazioni salutari sono, infatti, una realtà tutta nostra. Un trinomio inscindibile, che nel nostro Paese potrebbe essere messo in pericolo da una non corretta applicazione delle regole insinuate nell'ordinamento dalla legge (n. 42/09) che ha approvato il cosiddetto federalismo fiscale, dalla quale potrebbero derivare differenze e ingiustizie sociali sul piano dell'erogazione dei servizi essenziali.

Concludendo, ad Obama residuano, allo stato, due soluzioni alternative:

- raggiungere nell'arco delle quattro/sei settimane, programmate per “i ripensamenti” della politica, un consenso *bipartisan* da maturare su un testo riconciliato che tenga conto di reciproche rinunce e, quindi, da votare, in entrambi i rami del Congresso, a maggioranza qualificata democratico/repubblicana;
- ricorrere alla procedura parlamentare, la cosiddetta *reconciliation*, che consentirebbe ai democratici di approvare la loro ipotesi legislativa con la maggioranza semplice, dagli stessi posseduta, impedendo in questo modo ai repubblicani di ricorrere all'espedito ostruzionistico denominato *filibustering*.