



La riforma del *welfare* **Dieci anni dopo la «Commissione Onofri»**

Il sistema sanitario: per un bilancio delle politiche del decennio

di Francesco Taroni

Introduzione

I dieci anni che ci separano dall'uscita del Rapporto Onofri sono per la sanità un periodo lunghissimo, per la rapidità dell'evoluzione tecnologica e dei conseguenti cambiamenti professionali ed organizzativi che caratterizzano la sanità più di ogni altro settore del welfare. Questa considerazione generale è ancor più vera per i “lunghi anni ‘90” della sanità che sono effettivamente iniziati nel 1989 con la riforma Thatcher in Inghilterra (è di quell'anno infatti il libro verde che produrrà poi il celebre Libro Bianco “Working for patients”) e si sono conclusi, almeno in Italia, con la riforma costituzionale del 2001, che segna la fine delle grandi riforme “organiche” del SSN. Questi dieci anni non sono stati solo lunghi ma anche “selvaggi” (Morone, 2000) per le numerose e in genere radicali politiche sanitarie che sono state elaborate e baldanzosamente proposte nella sua prima metà (ad esempio, oltre alla riforma Thatcher, la riforma Amato-De Lorenzo in Italia, Clinton in USA e Dekker in Olanda), spesso rovinosamente cadute, talora ancor prima della definitiva approvazione, nella seconda metà degli anni '90. Il secondo elemento generale da considerare nel valutare l'importanza del lascito della Commissione Onofri sullo sviluppo delle politiche sanitarie è il fugace impatto che anche le “grandi idee” normalmente hanno sulla organizzazione e sul funzionamento dei sistemi sanitari, indipendentemente dal fatto che esse riguardino la struttura del sistema (vedi ad esempio, i quasi-mercati), la sua gestione (ad esempio, la

private finance iniziative) o i suoi fini (ad esempio, i determinanti sociali delle malattie) (Tuohy,2007). Senza contare, per quanto riguarda più direttamente la politica sanitaria italiana che nei 10 anni che ci separano dalla pubblicazione delle conclusioni della Commissione Onofri il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha dovuto sopportare il peso di fattori esogeni, nazionali (ad esempio, una terza riforma sanitaria e la riforma costituzionale del 2001 che ha inciso profondamente sulle politiche sanitarie) ed internazionali (ad esempio, il crescente ruolo diretto ed indiretto dell'Europa). Di tutti questi fattori è necessario tener conto rileggendo la parte del Rapporto Onofri dedicata alle politiche sanitarie, per evitare di essere eccessivamente ingenerosi nel valutare la validità di quello che c'era e l'importanza di quello che non c'era, ma avrebbe dovuto esserci. Scopo di queste note esemplificative e senza pretese di esaustività è di verificare, col vantaggio del tempo trascorso, quali idee sono rimaste e quanto sono state realizzate fra quelle prospettate dalla Commissione.

Quello che c'era e quello che non c'era

Fra i molti problemi affrontati, il senno di poi aiuta a selezionare tre elementi che sembrano particolarmente importanti nel capitolo, a cura di Stefano Zamagni, che il Rapporto dedica alla sanità.

In primo luogo, il capitolo si colloca esplicitamente entro l'ambito delle scelte politiche ed amministrative della riforma Amato-De Lorenzo del 1992, ("il presente documento si colloca all'interno del quadro prospettato dalla recente riforma sanitaria" p. 196) cui intende "dare attuazione in tempo brevi con interventi di incentivo, di rafforzamento e di armonizzazione". Il Rapporto si impegna quindi nell'impossibile impresa di assicurare continuità ad una politica sanitaria estemporanea (come testimoniano le diverse e non raramente contrastanti formulazioni delle relazioni fra governo, regioni e aziende sanitarie delle leggi finanziarie fra il 1994 ed il 1998) genericamente formulata e aperta alle soluzioni più diverse (si confronti ad esempio l'enigmatico riferimento agli "appositi rapporti" che avrebbero dovuto essere stabiliti fra aziende USL ed aziende ospedaliere scorporate), frettolosamente approvata con una legge di delega al governo nell'emergenza di una crisi economica (il mercoledì nero della lira) e politica (la delegittimazione del Parlamento susseguente a Mani Pulite) rimodellando testi in discussione fin dal 1987 secondo le due mode del momento, il new public management per l'organizzazione della pubblica amministrazione ed il purchaser-provider split per la sanità (France e Taroni,2005).

Coerentemente con la affermata continuità, il Rapporto accoglie la tesi della convergenza delle politiche sanitarie europee, ("con la riforma del 1992, l'Italia tende pertanto ad avvicinarsi ad un

modello europeo di sanità” p. 207) nella ipotesi di una adozione generalizzata del modello dei “mercati interni” o “quasi-mercati” ed analizza gli effetti della riforma sul funzionamento del SSN principalmente in termini di incentivi e di privatizzazioni. Conseguentemente, delle due fondamentali innovazioni del d.lgs.502 il rapporto dedica un’attenzione preminente ai problemi della aziendalizzazione delle Unità sanitarie locali rispetto al tema della regionalizzazione della responsabilità organizzativa e finanziaria.

Il richiamo alla necessità di considerare gli effetti del nuovo sistema di incentivi che le organizzazioni sanitarie ed i singoli operatori avrebbero presumibilmente affrontato con i nuovi assetti organizzativi e le nuove regole di funzionamento determinate dai quasi-mercati che si supponeva dovessero uscire dalla riforma Amato-De Lorenzo costituisce una novità nell’analisi delle politiche sanitarie italiane, di cui il Rapporto evidenzia il passaggio dal tradizionale sistema di governo comando-e-controllo ad una regolazione per incentivi. Il Rapporto si spinge a suggerire l’opportunità di una ridefinizione della struttura della remunerazione del personale dipendente espandendo la quota variabile legata ai risultati raggiunti e prefigura l’attribuzione ai medici di medicina generale convenzionati di un budget figurativo per i costi indotti dalle loro prescrizioni. Se questo secondo punto rappresenta un ulteriore debito nei confronti del fundholding della riforma inglese, il primo costituisce un ulteriore elemento di continuità con le politiche del governo Amato dei primi anni ’90 (Il d.lgs. 29 sul personale della pubblica amministrazione è prodotto dalla medesima legge di delega che diede poi luogo alla riforma sanitaria).

Sul piano strutturale, l’analisi degli incentivi conduce il Rapporto a considerare con un certo scetticismo la peculiare versione italiana della Private Finance Iniziative (PFI) inglese cui potevano essere ricondotte le sperimentazioni gestionali previste dalla Riforma Amato dopo la revisione operata l’anno successivo dal decreto Ciampi-Garavaglia. Conseguentemente, il Rapporto sottolineava la necessità di sottoporre a stretti criteri di valutazione i fenomeni di privatizzazione nella gestione delle strutture e nel finanziamento del sistema che si sarebbero verificati per effetto del finanziamento della costruzione di strutture sanitarie nominalmente pubbliche da parte di consorzi privati in cambio del loro affidamento in gestione di durata ultraventennale.

Né il paventato (o sperato) massiccio scorporo degli ospedali dalle Aziende USL (tranne ovviamente nelle Regioni Lombardia e Sicilia, presumibilmente per motivi diversi) né la “privatizzazione” delle strutture pubbliche si sono in realtà verificati ed il SSN ha attraversato indenne l’intenso conflitto ideologico che ha impegnato medici, amministratori e politici regionali e nazionali per buona parte della seconda metà degli anni ’90, per chiudersi con la Riforma Bindi del 1999. In particolare, quella peculiare forma di sperimentazione “top down” rappresentata dalle sperimentazioni gestionali ha avuto anche in Italia, come in Gran Bretagna, esiti conformi alle più

pessimistiche aspettative (Smith, 1999; Audit Commission, 2006) ed è rimasta confinata ad uno sparuto numero di esperienze (Taroni, 2005). Analogamente, screditata sul piano teorico (Bennet, 1991) e ridotta al rango di “utile mito” (Pollit, 2001), si è rivelata fallace anche sul piano pratico la previsione di una convergenza nel modello organizzativo dei sistemi sanitari europei, che hanno invece mantenuto una forte impronta nazionale, protetti dalla loro inerzia path dependent dagli isomorfismi mimetici indotti dalle mode dei primi anni '90 (Oliver, 2007; Maynard, 2005; Giaimo e Manow, 1999; Taylor-Gooby, 2004).

Il rapporto dedica invece una attenzione inadeguata all'analisi della regionalizzazione del SSN, e cioè delle conseguenze a medio termine delle relazioni istituzionali che si stavano sviluppando fra le nuove competenze che la riforma Amato-De Lorenzo aveva affidato ai livelli di governo del SSN nazionale, regionale e aziendale, concentrandosi principalmente sul vincolo al pareggio di bilancio regionale che sembrava poter rappresentare il nuovo strumento di controllo della spesa sanitaria.

Sul piano politico ed istituzionale, la crisi delle nuove relazioni, prive di adeguate istituzioni, si è espressa non tanto attraverso la competizione fra regioni, esemplificata dalla contrapposizione fra modello lombardo e modello emiliano nella organizzazione dei servizi – pure evocata nel rapporto a proposito della organizzazione dei mercati interni - quanto con il conflitto politico fra Ministro della Sanità e Presidente della Regione Lombardia in occasione dell'approvazione della L.R. 31 di organizzazione del Sistema sanitario della Regione, considerato in contrasto con le politiche nazionali pur se compatibile con il d.lgs. 502/92 a causa del generalizzato accreditamento delle case di cura private e, soprattutto, dello scorporo integrale di tutti i servizi specialistici, ambulatoriali ed in degenza, nelle nuove Aziende Ospedaliere, lasciando alle Aziende USL la sola funzione di committenza. A questi segni precoci delle tensioni che si sarebbero verificate nelle relazioni istituzionali per effetto della “regionalizzazione” del SSN operata dalla riforma Amato-De Lorenzo si aggiungevano poi i conflitti volti a ridefinire le relazioni finanziarie, istituzionali e politiche fra il governo nazionale e le Regioni (i nuovi attori della sanità) e fra queste ed i Comuni (i veri perdenti della Riforma Amato). Questi due elementi politico-istituzionali sono stati i fattori principali all'origine della Riforma Bindi del 1999, una scelta politica del Governo D'Alema realizzata attraverso un decreto legislativo basato su una legge delega del 1998, preceduta da una lunga discussione parlamentare, già in atto durante la elaborazione del Rapporto, che non ne fa tuttavia menzione, tacendo anche del Piano Sanitario Nazionale 1996-1999, già disponibile nella fase di discussione e di elaborazione del Rapporto.

Il pezzo di Bosi in questa stessa raccolta avanza l'ipotesi che portata e incisività dell'analisi sullo sviluppo del welfare possano essere state condizionate dall'adozione dell'angusto punto di vista

delle compatibilità macroeconomiche che era stato imposto alla Commissione. Per quanto riguarda la sanità, il Rapporto si occupa in realtà prevalentemente di aspetti microeconomici relativi alla organizzazione ed al funzionamento del SSN. Compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini (resa più “equa” dal nuovo sistema di esenzioni basato sull’ISEE) e mutue integrative per i “piccoli rischi” (un anacronistico richiamo all’impossibile oggetto del dibattito sulle mutue degli anni ’70) sono le due idee avanzate per aumentare le risorse complessive del sistema sanitario, presumibilmente in applicazione alla sanità del principio dell’”universalismo selettivo” che avrebbe dovuto informare anche gli altri settori del welfare. Nessuna delle due idee era originale ed entrambe si sono rivelate assai sfortunate nella attuazione.

I fondi sanitari integrativi considerati dal Rapporto e previsti dalla Riforma Bindi non hanno mai avuto sviluppo, né nella loro forma “doc”, particolarmente favorita dal punto di vista fiscale, né nella forma ordinaria. Il loro fallimento non è tuttavia dovuto alle insufficienti agevolazioni fiscali, come la polemica del tempo sottolineava, quanto alla inadeguata definizione del loro oggetto che, per essere economicamente interessante, avrebbe dovuto prevedere l’esclusione dalla copertura del SSN di intere filiere produttive, quali ad esempio l’assistenza specialistica ambulatoriale, soprattutto per la sua parte diagnostica. Soltanto un mercato che non richiedesse alti costi di ingresso ed offrisse ridotti livelli di incertezza ai nuovi investitori avrebbe potuto indurre produttori ed assicuratori a rafforzare la loro presenza in un settore come quello sanitario tradizionalmente guardato in Italia con sospetto dal settore assicurativo di qualsiasi natura. Le condizioni per costruire un mercato parallelo e alternativo al SSN che fosse sufficientemente ampio, remunerativo e non gravato da eccessive incertezze da permettere lo sviluppo di fondi privati entravano però in conflitto con l’esigenza delle strutture del SSN di espandere la loro attività nei settori di assistenza alternativi alla degenza ospedaliera, sviluppando le prime esperienze di organizzazione per Reti Integrate di Servizi (opportunamente evidenziate dal rapporto ed esaminate da Geddes in questa raccolta). Questo conflitto ha portato alla non esclusione dalla copertura del SSN delle prestazioni del comparto della specialistica ambulatoriale ed alla definizione del composito coacervo di problemi clinici e di prestazioni di scarso interesse economico e di difficile gestione organizzativa formalizzato nella lista “negativa” di prestazioni escluse dal SSN dal decreto del 2001.

Unito alla scarsissima diffusione delle assicurazioni commerciali, il mancato decollo dei fondi integrativi ha mantenuto quasi totalmente inintermediata la pur consistente quantità di spesa sanitaria privata italiana, che oscilla stabilmente attorno ad un quarto della spesa totale, corrispondente a circa 2 punti percentuali di PIL, con occasionali variazioni a compensare eventuali diminuzioni del finanziamento pubblico.

Il rapporto considera in qualche dettaglio le politiche di compartecipazione alla spesa, preconizzandone un allargamento ad includere i ricoveri ospedalieri (limitatamente al primo giorno di ricovero) e gli accessi in dayhospital. La letteratura scientifica (non senza sporadici oppositori) ha da tempo collocato la compartecipazione alla spesa fra gli “zombie, idee intellettualmente defunte che non trovano pace nella sepoltura che meritano” (Evans,1995; Barer et al.,1998). In Italia, la politica delle compartecipazioni alla spesa è stata per lungo tempo una costante del SSN con gettiti modesti (attorno al 2% della spesa) ed una storia altalenante, mediata da definizioni generose ed applicazioni approssimative ed in genere espansive dei criteri di esenzione (Ferrera,1995). La successiva politica sanitaria del governo di Centro Sinistra sembra aver aderito all’opinione dominante, attraverso impegnative prese di posizione (cfr. Bindi, citato da Geddes in questa raccolta) ed atti concreti, come l’abolizione dei ticket sui farmaci (ma non sulle visite specialistiche) da parte del governo Amato nel 2001.

Compartecipazione alla spesa e fondi integrativi possono essere idee intellettualmente defunte come pretende Evans, ma sono certamente eccezionalmente persistenti e tendono a manifestarsi in molte forme. L’idea persiste attualmente nelle politiche di alcune regioni che hanno ripristinato la compartecipazione sui farmaci (con risultati deludenti rispetto al controllo dei consumi, vedi Traversa, 2005), mentre il tema di fonti integrative di finanziamento è riemerso nelle indicazioni programmatiche del DPEF del Governo Berlusconi in riferimento alla necessità di “rafforzare il sistema delle prestazioni socio-assistenziali arricchendolo con l’introduzione, in via sperimentale, di strumenti assimilabili alle mutue” (p. 46). Nessuna delle due idee viene comunque percepita, al momento, come una componente credibile e significativa di un SSN riformato, anche se non manca chi vede nella compartecipazione alla spesa farmaceutica da parte dei cittadini addirittura uno strumento per preservare il SSN (Pammolli e Salerno, 2006).

Sono invece rimaste in ombra nel rapporto, sul piano economico e del controllo della spesa, le nuove relazioni fra governo centrale e governi regionali derivanti dalla responsabilità finanziaria attribuita alle Regioni con l’art. 12 del d.lgs. 502, che hanno rappresentato le radici delle crisi finanziarie successive. Tale norma, già confusa in origine, è diventata in breve tempo chiaramente inadeguata a fronte della crescente assertività delle regioni basata su un uso espansivo della propria autonomia organizzativa. Ripetuti tentativi di riformulazione di questi rapporti hanno portato fra l’altro al cd. Patto di Stabilità Interno per la Sanità (art. 8 Finanziaria 1999), rafforzato da svariati ulteriori “patti” fra governo nazionale e governi regionali (denominati successivamente dagli eponimi Giarda, Tremonti, Padoa Schioppa), per sfociare poi alla “questione sanitaria” nell’ambito del federalismo fiscale, affrontata dal d.lgs. 56/2000 e tuttora irrisolta in una ennesima nuova bozza (vedi Tardiola in questa raccolta). Soprattutto, il Rapporto sembra aver ignorato le implicazioni

istituzionali della regionalizzazione del SSN che il d.lgs. 502/92 aveva introdotto, contestualmente ma implicitamente, all'obbligo di provvedere con risorse proprie (e strumenti inadeguati) agli eventuali disavanzi. Le nuove competenze sulla istituzione e sulla disciplina delle Aziende sanitarie e sulla nomina dei loro direttori generali conformavano una nuova responsabilità diretta delle regioni nei confronti della popolazione regionale nel suo complesso e di quella di ciascuna azienda separatamente. La doppia responsabilità della regione rispetto al governo centrale per i vincoli di bilancio e rispetto alla propria popolazione per i risultati del sistema sanitario regionale (tipica di molti sistemi federali, come quello Canadese, soprattutto in ambito sanitario) ha creato una continua instabilità per la tensione fra lealtà di sistema (esemplificata ad esempio dal principio di leale collaborazione) e fedeltà al mandato popolare, rafforzato dalla elezione diretta del Presidente della Regione.

L'Europa che incombe

L'Europa è la grande assente dalla parte sanitaria del Rapporto. Questo silenzio è doppiamente sorprendente in quanto l' "ingresso in Europa" (cui il PSN 1996-9 dedicava un capitolo specifico) ha costituito per l'Italia un importante obiettivo simbolico del governo Prodi, mentre una robusta tradizione di ricerca ha convincentemente dimostrato che l'Europa ha fornito a tutti i governi, fin dal governo Amato, un efficace strumento di uso del "vincolo esterno" a fini domestici (Della Sala, 1997). Inoltre, malgrado la formale esclusione dell'assistenza sanitaria dalle competenze della UE, le politiche sanitarie nazionali sono in realtà fortemente influenzate dalle pressioni e dai dettati provenienti da Bruxelles (Hervey, 2007).

L'esempio più evidente riguarda la politica del farmaco, le cui quattro classiche fasi sono oggi separatamente gestite a livello globale per la parte di ricerca; europeo, per la parte di registrazione e commercializzazione; nazionale, per la determinazione del prezzo e la decisione di messa a carico del SSN; regionale e aziendale per la organizzazione della distribuzione ed i controlli sulla prescrizione ed il consumo (Permanand e Mossialos, 2005; Gehring e Krapohl, 2007). Globalizzazione della ricerca e dei mercati, europeanizzazione della regolazione e regionalizzazione delle politiche di consumo rappresentano in sanità l'esempio oggi più paradigmatico di "hollowing out" dello Stato per il trasferimento delle sue competenze contemporaneamente verso l'altro, a livello sopranazionale, e verso il basso, a livello regionale e locale. Non aver colto questo punto almeno a proposito delle politiche farmaceutiche è ancora più rimarchevole se si considera che il Rapporto anticipa correttamente, dimostrando notevoli dosi di preveggenza, innovazioni nelle

politiche di distribuzione del farmaco recentemente introdotte dai Ministri Storace e, ultimamente, Bersani.

Il lascito per il futuro

Il Rapporto della Commissione Onofri costituisce l'unico tentativo istituzionale esistente in Italia di produrre un documento di indirizzo delle politiche sanitarie di lungo periodo, elaborato in base alle evidenze scientifiche di un pool di esperti principalmente di formazione economica (in questo senso, obiettivi e composizione differiscono dalla Commissione d'Aragona discussa nel saggio di Masulli). La scarsa presa sulla realtà delle sue indicazioni sembrano riflettere meno il tradizionale scarto di implementazione fra politiche e pratiche che non la differenza fra uno sguardo rivolto a sistematizzare il passato piuttosto che a costruire il futuro (una caratteristica spesso rimproverata agli accademici). Il saggio di Pennacchi in questa stessa raccolta svolge importanti considerazioni sui fattori culturali e di "costume politico" che possono aver condizionato lo sviluppo delle elaborazioni sui diversi settori del welfare in Italia e limitato la loro traduzione operativa. Per quanto riguarda la parte sulla sanità, il Rapporto appare piuttosto in continuità tematica, metodologica e, soprattutto, ideologica rispetto al network di esperti tecnocrati che ha caratterizzato il lungo periodo dei "governi dei professori" della prima metà degli anni '90 (Radaelli, 1998), con l'intermezzo del primo governo Berlusconi. La riforma sanitaria D'Alema-Bindi del 1999 è l'atto di volontà politica che realizza la cesura che conclude questo ciclo, contro la percezione di quella che appariva una deriva privatistica ("creeping privatization") del SSN alimentata da interpretazioni opportunistiche del 502 da parte di alcune regioni, rese più autonome ed assertive da parte della riforma Amato. L'interpretazione che, per quanto riguarda la sanità, il Rapporto della Commissione Onofri concluda un periodo elaborando idee e progetti già pensati piuttosto che aprire nuove prospettive spiegherebbe non solo perché le sue indicazioni non siano state attuate ma anche perché così poco sia rimasto delle sue idee nelle successive politiche sanitarie.

Queste considerazioni non hanno lo scopo di sottolineare carenze quanto di rimarcare temi rilevanti che continuano a non ricevere la dovuta attenzione sul piano analitico e concettuale. Il federalismo "sanitario" rappresenta un pressante problema del momento in continuità con i problemi irrisolti del passato, in cui l'analisi tecnica è certamente inferiore alla intensità del dibattito politico. Altri contributi in questa raccolta (v. Granaglia) esaminano il problema filosofico e pratico della composizione fra uniformità e differenze, particolarmente evidente in un sistema ad aspirazioni universalistiche ed egalarie come il SSN, mentre Troiano discute le relazioni istituzionali e finanziarie. Nell'ambito del suo tradizionale interesse per l'analisi comparativa dei sistemi sanitari

in ambito federale (France,2006), France ha recentemente esaminato il concetto di “interesse nazionale” in sanità e considerato i problemi istituzionali connessi, come le funzioni della Conferenza Stato-Regioni e le differenze nella capacità amministrativa, oltretutto nelle capacità fiscali, delle regioni (France, 2007). In aggiunta a questi problemi classici del federalismo importa segnalare la carenza di analisi empiriche sul tema della diversità dei servizi sanitari regionali, già molto evidente, come dimostra una delle poche analisi empiriche finora disponibili (Caroppo e Turati, 2007). Valutazioni comparative che evidenzino le cause di queste differenze e ne documentino l’impatto su accessibilità, costi e risultati potrebbero aiutare a trasformare l’incerta idea di federalismo sanitario dominante nel nostro paese in quel “laboratorio di democrazia” che è la ragione dell’idea federale.

Il decennio scorso è stato marcato da ricorrenti proposte di privatizzazione della gestione e/o dell’assetto proprietario delle organizzazioni sanitarie (sulla scia di interpretazioni disinvolute dei dettati del New Public Management, la dottrina egemone di quel momento) ovvero del finanziamento del sistema sanitario, in forme integrative o sostitutive del finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale (secondo modelli ispirati in genere alla riforma Dekker in Olanda). Il Rapporto Onofri dedicava molta attenzione all’analisi delle ipotesi di incentivare lo sviluppo di fondi integrativi, con un atteggiamento complessivamente scettico che ha probabilmente contribuito a moderare le aspettative rispetto ad una proposta di organizzazione del SSN sul modello Olandese presentata da Confindustria, oltre ad ispirare la rigorosa disciplina degli sgravi fiscali previsti dalla riforma Bindi.

La privatizzazione del rischio finanziario dell’assistenza sanitaria (Hacker, 2002; Hacker, 2004) attraverso la creazione di quelli che nel dibattito italiano sono stati definiti, sul modello della riforma pensionistica, secondi o terzi pilastri ripropone oggi obiettivi antichi in forme diverse. La giustificazione relativamente nuova è di promuovere le scelte individuali al fine di personalizzare i servizi e, così facendo, trasformare anche la loro organizzazione ed il loro funzionamento nella direzione desiderata dai pazienti, sottraendole alla discrezione delle burocrazie pubbliche e private. La nuova “grande idea” è che la scelta esercitata dal paziente-consumatore fornisca gli incentivi necessari ai produttori per essere efficienti ed innovativi ed al sistema per diventare più equo e socialmente giusto, contrastando la voce più alta ed i gomiti più appuntiti della classe media (Le Grand,2007). Lo strumento per attuare la nuova “grande idea” che sembra accomunare Stati Uniti ed Inghilterra (Hertzlinger, 2001) consiste in forme di finanziamento della spesa sanitaria, come ad esempio gli Health Saving Accounts, che si propongono di gettare “the patient’s skin in the game”, in modo da indurre i pazienti a diventare aggressivi consumatori di servizi sanitari (Robinson, 2005). Dopo aver invano tentato di assicurarsi il controllo dei comportamenti professionali dei

medici attraverso gli incentivi generati dallo sviluppo di mercati sanitari competitivi (Enthoven, 1988) adattati anche a servizi sanitari universalistici come il NHS inglese (Enthoven, 1985), queste nuove strategie tentano di utilizzare i pazienti trasformati in consumatori per conseguire quel controllo che né le burocrazie governative né quelle assicurative né tanto meno i flebili incentivi originati dai quasi-mercati erano riusciti ad assicurare.

Esiste quindi una forte continuità ideale (ed ideologica) fra le politiche degli anni '90 e queste nuove strategie. Inefficaci sul piano empirico, gli “esperimenti” per la creazione di mercati virtuali dei servizi sanitari degli anni '90 sono stati tuttavia efficaci su quello normativo, contribuendo a diffondere un nuovo atteggiamento rispetto alle motivazioni di operatori e di utilizzatori dei servizi sanitari (e dei programmi di welfare in genere) che, secondo la felice metafora di Le Grand, non sono più percepiti come cavalieri altruistici e disinteressati ma come mercenari attenti a salvaguardare i propri interessi (Le Grand, 1997; Le Grand, 2006). Oggi, ideologie consumeristiche ispirate ad un “populismo mercatorio” (Frank, 2000) attribuiscono alle scelte sanitarie di cittadini-consumatori la doppia funzione di soddisfare le preferenze individuali (contro le soluzioni uniformi imposte dalle grandi organizzazioni) e di sollecitare e guidare la trasformazione dei servizi pubblici, per cui “i servizi non saranno più guidati né dal governo né dai manager ma dai loro utilizzatori” (Blair, 2001).

Questi movimenti sembrano affacciarsi anche in Europa, con l'intermediazione della Health and Consumer Protection Strategy della Unione Europea (Kickbush, 2005), anche se non hanno certamente raggiunto né la diffusione né il rango di politiche governative che hanno invece acquisito negli Stati Uniti e in Inghilterra (Newman e Kuhlman, 2007). Tuttavia, a differenza degli Stati Uniti, dove la ideologia della ownership society sembra essersi rafforzata come la dottrina ufficiale delle politiche pubbliche del governo (Falit, 2006; Rice, 2006), il nuovo primo ministro inglese sembra intenzionato a rileggere le politiche sanitarie ispirate a favorire la libera scelta individuale secondo un più tradizionale e anodino richiamo alla personalizzazione dei servizi piuttosto che sottolineare la privatizzazione della scelta come strumento di riforma (Kmietowicz, 2007). In Italia la loro influenza è percepibile, ancorché sotterranea, in talune interpretazioni delle “lenzuolate” di riforme dei servizi pubblici e privati e nella moralizzazione degli stili di vita implicita in alcune campagne di prevenzione lanciate dal Ministero della Salute, come ad esempio “guadagnare (!) salute”. Non è chiaro se queste idee siano destinate a diffondersi come nuovi principi per il governo del SSN ovvero rappresentino soltanto l'ennesima manifestazione delle mode che attraversano periodicamente i sistemi sanitari. Una nuova Commissione Onofri forse aiuterebbe a riflettere se questi sommovimenti dovranno essere gli indirizzi delle politiche sanitarie

dei prossimi dieci anni o se invece la loro incipiente penetrazione nel nostro SSN debba essere contrastata.

Riferimenti bibliografici

Audit Commission. Learning the lessons from financial failure in the NHS. 2006.

Barer M.L. Evans R.G. Hertzman C. Johri M. Lies, damned lies and health care zombies: discredited ideas that will not die. HPI Discussion Paper. HPRU 98: 5D, 1998.

Bennet C.J. What is policy convergence and what causes it. British J. Political Science 1991, 21: 215-233.

Blair T. Prime Minister speech on public service reform 2001 (www.number10.gov.uk)

Caroppo M.S. Turati G. I sistemi sanitari regionali in Italia. Milano: Vita e Pensiero 2007.

Della Sala V. Hollowing out and hardening the state: european integration and the italian economy. West European Politics 1997, 20(1): 14-32.

Enthoven A.C. Reflections on improving efficiency in the National Health Service. Occasional Paper. London: Nuffield Prov. Hosp. Trust. 1985.

Enthoven A.C. Theory and practice of managed competition in health care finance. New York. North Holl. Publ. Co, 1988.

Evans R.G. Barer M.L. Stoddart G.L. User fees for health care: why a bad idea keeps coming back (or what's health go to do with it?). Canadian J. Aging 1995, 14(2): 360-390.

Falit B.P. The Bush's administration health care proposal: the proper establishment of a consumer-driven health care regime. J. Law, Medicine & Ethics 2006, 34: 632-639.

Ferrera M. The rise and fall of democratic universalism. *J. Health Politics, Policy & Law* 1995, 20: 275-302.

France G. Taroni F. The evolution of health care policymaking in Italy. *J. Health Politics, Policy and Law*. 2005, 1-2:169-188.

France G. *Federalismi e Sanità*. Milano: Giuffrè 2006.

France G. Le implicazioni del federalismo per l'interesse nazionale in sanità. Quarto rapporto annuale sullo stato del regionalismo in Italia. 2007 (www.issirfa.cnr.it)

Frank T. *One market under God*. Doubleday.2000

Frank T. The rise of market populism. *The Nation* 2000, 30 oct.

Gehring T. Krapohl S. Supranational regulatory agencies between independence and control: the EMEA and the authorization of pharmaceuticals in the European Union. *J. European Social Policy* 2007, 14 (2): 208-226.

Giaimo S. Manow P. Adapting the welfare state. The case of health care reform in Britain, Germany and the United States. *Comparative Political Studies* 1999, 32: 967-1000.

Hacker J.S. *The divided welfare state: the battle over public and private social benefits in the United States*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2002.

Hacker J.S. Privatizing risk without privatizing the Welfare State: the hidden politics of social policy retrenchment in the United States. *American Political Science Review* 2004, 98(2): 243-260.

Hervey T.K. EU law and national health policies: problem or opportunity? *Health Economics, Policy and Law* 2007, 2:1-6.

Herzlinger R. *Consumer-driven health care*. San Francisco: Jossey-Bass 2004.

Kickbush I. The Health Society: importance of the new policy proposal by the EU Commission on Health and Consumer Affairs. *Health Promotion Int.* 2005, 20(2): 101-103.

Kmietowicz Z. Prime minister promises a more personal NHS. *BMJ* 2007, 335: 631.

Le Grand J. Knights, knaves and pawns ? Human behaviour and social policy. *J. Social Policy* 1997, 26(2): 149-169.

Le Grand J. Motivation, agency and public policy : of knights and knaves, pawns and queens. Oxford: Oxford Univ. Press, 2006 (rev.ed.)

Le Grand J. The other invisible hand : delivering public services through choice and competition. Princeton: Princeton Univ. Press, 2007.

Maynard A. European health policy challenges. *Health Economics* 2005, 14, S255-263.

Marmor T. Fads in medical care management and policy. London: TSO, 2004.

Morone J. Citizens or shoppers? Solidarity under siege. *J. Health Politics, Policy & Law* 2000, 25: 959-968.

Newman J. Kuhlmann E. Consumers enter the political stage? The modernization of health care in Britain and Germany. *J. European Social Policy* 2007, 17(2): 99-111.

Oliver A. Inconsistent objectives-reflections on some selective health care policy developments in Europe. *Health Economics, Policy and Law* 2007, 2: 93-106.

Pammolli F. Salerno N.C. Il copayment a difesa del sistema sanitario nazionale. CERM, Nota 8/2006.

Permanand G. Mossialos E. Constitutional asymmetry and pharmaceutical policy-making in the European Union. *J. European Social Policy* 2005, 12 (4): 687-709.

Pollit C. Convergence: the useful myth? *Public Administration* 2001, 79 (4): 933-947.

Radaelli C.M. Networks of expertise and policy change in Italy. *South European Society & Politics* 1998, 3(2): 1-22.

Rice T. The ownership society and health. *Health Service Res.* 2006, 41: 2025-2032.

Robinson J.C. Health Saving Accounts. The ownership society in health care. *New Engl. J. Med.* 2005, 353: 1199-1202.

Smith R. PFI: perfidious financial idiocy. *BMJ* 1999, 319: 2-3.

Taroni F. Fiducia e sostenibilità economica nei sistemi sanitari: uno sguardo dalla regione Emilia-Romagna. In: Balduzzi R.(a cura di) *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema.* Milano: Giuffrè 2005 (pg. 535-558).

Taylor-Gooby P. (ed) *Making a European welfare state? Convergences and conflicts over European social policy.* Oxford: Blackwell,2004.

Traversa G. Magrini N. Addis A. Il consumo e la spesa farmaceutica: una valutazione comparata fra regioni. In: Fiorentini G. (a cura di) *I servizi sanitari in Italia,2003.* Bologna: Il Mulino 2003 (349-370).

Tuohy C.H. The hedgehog and the fox: Glouberman and Marmor on “healthy public policy”. *Health Economics, Policy and Law* 2007, 2:107-115.