

# Morte o trasfigurazione? Come cambia il governo della sanità

MICHAEL MORAN

Il dibattito sulle politiche sanitarie è fondamentale per comprendere le condizioni del welfare state contemporaneo, per alcune ovvie ragioni. Nel complesso dei beni e servizi normalmente forniti dal welfare state, infatti, la sanità è elemento determinante, comunque la si misuri: in termini di risorse utilizzate, del personale impiegato nella creazione e nella fornitura dei beni e dei servizi sanitari, dell'importanza storica del progetto politico-amministrativo che ha dato origine agli stati sociali, o ancora in termini di attaccamento soggettivo dei cittadini ai servizi garantiti dalle istituzioni sanitarie. Certo, gli studiosi di welfare state sono estremamente prolifici nell'individuare sistemi di classificazione degli stati sociali sempre più complessi: welfare state/società del benessere; welfare state bismarckiano/beveridgeano; i tre mondi del welfare state; quattro (forse cinque) Europe sociali. L'unica cosa su cui gli studiosi sembrano essere d'accordo è che non c'è un solo welfare «state»; ma diversi welfare «states». Data questa premessa, gli studio-

si iniziano poi a divagare sulle diverse varietà e annate in questione.

Questo stato di cose è quindi destinato a condizionare le ambizioni di questo articolo. Il mio obiettivo è quello di provare a riassumere la condizione attuale del welfare state come costellazione sociale; di compiere un'analoga analisi di ciò che definisco lo «stato della sanità»; e infine di valutare quanto le tensioni, i vincoli e le opportunità che questo stato della sanità deve affrontare siano poi simili a quelli che incombono sul più ampio welfare state. Il motivo che mi ha spinto a cercare di raggiungere questo obiettivo sta nel fatto che la letteratura sulle politiche sanitarie è spesso dissociata dalla letteratura più generale sul welfare state; mentre, all'opposto, gli scritti sul welfare state, il più delle volte, sembrano lasciare le politiche sanitarie ai margini dell'analisi. Anche se qualsiasi studioso di welfare state riconosce nella sanità pubblica un elemento fondamentale dell'offerta di welfare, è sorprendente come molti dei contributi più famosi

---

Questo lavoro è stato redatto nell'ambito del Programma 1998-1999 dell'European Forum su «Recasting the European Welfare State: Options, Constraints, Actors», diretto da Maurizio Ferrera e Martin Rhodes, e ha circolato come paper del Robert Schuman Centre dell'Istituto Universitario Europeo (*Death or Transfiguration? The Changing Government of the Health Care State*, Seminar Paper WS/30). Ringraziamo l'autore e il Robert Schuman Centre for Advanced Studies per aver autorizzato la pubblicazione.

che negli ultimi anni hanno orientato il dibattito (un buon esempio è Esping-Andersen) abbiano tenuto le politiche sanitarie piuttosto ai margini che al centro dell'analisi. A suscitare l'interesse degli studiosi sono, più delle politiche sanitarie, le politiche del lavoro e le politiche pensionistiche. Per questo sarebbe utile cercare di riequilibrare questa condizione alquanto contraddittoria. Purtroppo, come avremo modo di scoprire, ci sono in realtà delle buone ragioni per cui le politiche sanitarie rimangono così spesso in questa sorta di limbo.

Il resto dell'articolo è organizzato in modo da provare a soddisfare le mie ambizioni iniziali. Nella prossima sezione cercherò di riassumere le tensioni che oggi attraversano i welfare state. Successivamente, chiarirò il significato dell'espressione «stato della sanità» e mostrerò come il governo della sanità in parte assomigli, e in parte sia diverso, rispetto al governo del più ampio welfare state. In seguito svilupperò una classificazione rudimentale delle «famiglie» di stati della sanità, descriverò per sommi capi il tipo di pressioni che questi ultimi stanno subendo, infine tornerò ad analizzare il più ampio welfare state.

### I nuovi problemi del welfare state

Circa un decennio fa, gli studi comparati sul welfare state erano dominati dal linguaggio della crisi: questa tendenza della letteratura – la questione se il welfare state sia entrato davvero in una condizione di «crisi» – implicava l'aspettativa di una trasformazione rivoluzionaria delle fondamenta stesse del welfare state. Infatti, il termine «critico», a meno che non si tratti di un'espressione utilizzata ad effetto, non

può che voler dire un punto di svolta in seguito al quale le circostanze del «paziente» vengono trasformate (Moran 1988). In effetti oggi sappiamo che il welfare state, allora, non si trovava affatto sull'orlo di una trasformazione critica. Al contrario, i lavori che hanno dominato la letteratura degli anni novanta si sono soffermati più che altro sul fenomeno che Pierson chiama «resistenza»: cioè il modo in cui le strutture del processo decisionale, unite ai forti interessi istituzionalizzati (e talvolta anche creati) dagli stessi episodi precedenti di espansione del welfare, sono riuscite a rendere estremamente difficile l'adattamento flessibile delle politiche pubbliche (Pierson 1998, 552 e seguenti). Le strutture del processo decisionale dei welfare state non si sono mostrate capaci di una trasformazione critica; c'è stato sì un certo cambiamento di *policy*, ma vincolato, o autorizzato, dalle circostanze altamente contingenti di specifici programmi, e della loro clientela.

Questa nuova concezione di una formazione statale che impedisce la possibilità di un adattamento flessibile sta all'origine dei problemi del welfare state, dato che si sa bene che il terreno sociale ed economico sottostante è sempre in movimento. Lo scollamento fra le architetture istituzionali e le strutture sociali ed economiche in movimento porta, come dice Rhodes, alla conclusione che «i welfare state sono nei guai» (Rhodes 1996, 307). In letteratura ricorrono spesso quattro tipi di mutamento: strutture sociali trasformate; mercati del lavoro cambiati; tendenza verso un'economia più globale; e crescita dell'integrazione europea. Affronterò ogni singolo fattore fra breve. La stessa esperienza storica fa da sfondo a queste trasformazioni: i welfa-

re state hanno sì radici storiche profonde, ma le caratteristiche centrali del welfare state maturo contemporaneo – una copertura universale garantita da diversi programmi e l'ideologia di una cittadinanza inclusiva – sono il prodotto di un'attività politico-amministrativa che ha caratterizzato i cosiddetti «gloriosi trent'anni». Secondo Esping-Andersen, «Il welfare state è stato... un progetto politico di formazione nazionale: l'affermazione della democrazia liberale contro il doppio pericolo del fascismo e del bolscevismo. Molti paesi si autoproclamarono welfare state, non tanto per dare una definizione alle proprie politiche sociali, quanto piuttosto per rafforzare l'integrazione sociale della propria nazione» (1996, 2). La questione critica è come possa un progetto statale che si è sviluppato durante il lungo boom del dopoguerra far fronte alle quattro trasformazioni di cui si è appena detto.

Il primo grande cambiamento è dovuto alla trasformazione in atto a livello delle strutture sociali che si può individuare quando si confronta il mondo degli anni novanta con quello degli anni cinquanta – il periodo in cui il progetto politico-amministrativo di costruzione dello stato sociale aveva raggiunto la sua massima espressione. I cambiamenti strutturali più spesso identificati riguardano l'età della popolazione: il declino di lungo periodo (e in alcuni casi il vero e proprio collasso) dei tassi di nascita, unito alla sempre maggior longevità, produce (anche se a ritmi diversi da paese a paese) una popolazione che è sempre più anziana. Ai fini del nostro discorso, ciò che più importa non sono tanto le implicazioni demografiche di per sé (che vanno dai cambiamenti nei tassi di dipendenza alla possibilità, peraltro fantasiosa,

che gli Italiani si estinguano) quanto piuttosto quelle crepe che il cambiamento sociale sta aprendo all'interno delle istituzioni e delle pratiche sviluppate nell'era classica della fondazione del welfare. La concettualizzazione generale più suggestiva di questo cambiamento ci viene offerta da Alber (1995). La ricerca consolidata sul welfare state si è concentrata per lo più sui trasferimenti monetari, dato che questi costituivano un meccanismo fondamentale per contrastare i problemi dovuti alle divisioni di classe, generate a loro volta dal funzionamento del mercato del lavoro. Questa concezione delle politiche sociali, intese come mezzo per produrre risultati sociali che il mercato di per sé non poteva garantire, è anche la filosofia che sta alla base del concetto classico marshalliano di cittadinanza nel welfare state (Marshall 1973/1949). Alber sostiene che queste questioni, connesse alla situazione del mercato del lavoro, sono state soppiantate – o almeno affiancate – da un insieme di problemi sociali connessi invece alle «situazioni di vita» di gruppi al di fuori del mercato del lavoro, come i bambini, gli anziani (e, potrei anche aggiungere, i malati cronici più gravi). Il fattore comune a questi cambiamenti (e la ragione per la quale la concettualizzazione di Alber è così suggestiva) è che essi generano una nuova gamma di problemi e di interessi che stentano ad essere riconosciuti dagli attori tradizionali che i welfare state pongono nella condizione di decidere in merito alle politiche pubbliche. Questi attori sono infatti eccessivamente attenti alle conseguenze in termini di stratificazione del mercato del lavoro.

Il secondo cambiamento individuato dalla maggior parte degli studiosi riguarda

proprio l'identità di chi partecipa al mercato del lavoro. I welfare state furono creati a partire da economie basate sull'occupazione nell'industria. Non solo: in molti casi, al centro di quel progetto statale furono posti alcuni degli interessi di classe generati da quel tipo di economie. Tutte le economie industriali avanzate hanno però assistito a un evidente trasferimento di occupati dal settore industriale a quello dei servizi. Le conseguenze in termini di welfare di questo passaggio sono certo numerose, e vengono assorbite sia dalle strutture delle singole economie nazionali, sia dai diversi regimi di welfare: il tipo di occupazione creatasi nel settore dei servizi e le condizioni di accesso a questo tipo di occupazione da parte della popolazione sono le nuove tematiche principali della letteratura odierna, che affronta la questione delle scelte relative al mercato del lavoro che i diversi tipi di welfare state fanno, o sono costretti a fare, per ragioni storiche. Ma la conseguenza generale più importante che questo cambiamento ha provocato sulle politiche sociali è stata formulata da Pierson (1998): la presenza di economie dominate da settori in cui le possibilità di crescita in termini di produttività sono molto più basse di quanto non sia successo finora. Le conseguenze in termini di *policy* sono evidenti. Il passaggio a un'occupazione dominata dai servizi è avvenuto in coincidenza con la maturazione della maggior parte dei welfare state del mondo industriale avanzato: con l'espansione del numero dei programmi di welfare; con la copertura di tutta o quasi la popolazione da parte di questi stessi programmi; e, cosa ben risaputa, con una crescita continua delle risorse sociali e delle risorse statali consumate dai servizi di wel-

fare. Il risultato è parte di quella storia di «forze irresistibili e obiettivi irrimediabili» raccontata da Pierson. Se è vero che i welfare state non sono ancora «arrivati al limite massimo», è anche vero che essi si trovano oggi a convivere con un mondo dove c'è un divario fra le richieste di spesa dei programmi istituzionalizzati, da un lato, e le capacità produttive delle economie dall'altro.

Un terzo cambiamento individuato dalla maggior parte degli studiosi ha a che fare, in parte, con la diversa composizione del mercato del lavoro. Si tratta di un insieme di cambiamenti nei processi produttivi raggruppati sotto la bandiera della globalizzazione. La letteratura abbonda di ragionamenti sul significato della globalizzazione: ci si interroga sul significato del processo in sé, sulla rilevanza del cambiamento; su quanto un ordine economico globalizzato costituisca una vera novità storica; su quanto esso rappresenti un vincolo generale ineludibile sulla possibilità di mantenere un welfare state universale, o se le scelte nazionali dipendano invece dalle condizioni specifiche di ogni nazione. (Quest'ultimo è un problema rilevante se si accetta la tesi di una globalizzazione «accentuata», dato che l'essenza di un'economia globalizzata risiede nella possibilità che gli stati non convergano, ma mantengano degli spazi particolari di specializzazione nella divisione globale del lavoro). Nonostante gli sforzi periodici tesi a contestare alla radice il concetto stesso di globalizzazione, quest'ultimo torna sempre a ossessionare il welfare state, e le ragioni sono sicuramente evidenti: il mondo economico cui era indirizzato il progetto politico-amministrativo del welfare dell'età dell'oro è stato rovesciato irreversibilmen-

te dai cambiamenti in termini di scambi economici e processi produttivi su cui si è concentrata la letteratura che indaga la globalizzazione; la fine del sistema di Bretton Woods; la creazione di mercati organizzati per il commercio di un ampio raggio di strumenti finanziari su scala globale; il notevole significato che ha acquisito l'impresa transnazionale come agente di integrazione globale nella creazione, nella produzione e nel commercio di beni e di servizi.

I tre cambiamenti nei fondamentali sociali ed economici di cui si è parlato finora – il passaggio dai problemi sollevati dal funzionamento del mercato del lavoro ai problemi dovuti alle situazioni di vita, l'esaurimento del meccanismo della produttività industriale, la nascita di un nuovo ordine globale – tutti questi fattori, insomma, si sono abbattuti, spesso in modi molto diversi, sulla popolazione di tutti i welfare state del mondo industriale avanzato.

Il quarto fattore, l'europeizzazione, ha ovviamente una rilevanza più ristretta, a livello regionale, anche se è fondamentale per il futuro dei welfare state. La maggior parte di quello che riteniamo caratteristico del welfare state è infatti una invenzione europea. La tecnologia amministrativa di base delle assicurazioni sociali si è diffusa storicamente a partire da quei sistemi nazionali che oggi costituiscono il nocciolo duro dell'Unione Europea (sul punto vedi Ferrera 1997, 7). In un senso più semplice e immediato, il progetto politico-amministrativo del welfare state dell'età dell'oro è antecedente rispetto all'emergenza dell'Unione come attore politico importante. Così come i welfare state sono nati e cresciuti all'interno di economie nazionali, allo stesso modo sono nati e cresciuti all'in-

terno di sistemi politici nazionali, ed è inconcepibile che questo cambiamento storico non debba avere implicazioni profonde per il progetto politico-amministrativo del welfare state. Il carattere generale dell'impatto dell'integrazione europea viene espresso in modo sintetico da Scharpf (1997). Il progetto del welfare state si trova oggi in Europa di fronte a un dilemma: l'integrazione economica sta mettendo a repentaglio la possibilità di seguire differenti regimi di welfare; la diversità economica ostacola la possibilità di un unico regime di welfare comune. Gli studiosi hanno diverse idee sul modo in cui il dilemma potrebbe venire, o stia per essere, risolto. Alcuni di essi (Adnett 1995) sono fortemente scettici circa l'efficacia della strategia di competizione economica basata sul cosiddetto *dumping* sociale, dato che i costi salariali, a loro avviso, non sarebbero determinanti per la commerciabilità dei beni e servizi delle economie caratterizzate da alta produttività e alti salari. È più probabile si formino invece dei regimi di welfare divergenti, dato che le economie meno brillanti resterebbero intrappolate in un circolo vizioso di bassi costi, bassa qualità e bassa produttività. Una prospettiva meno rosea è quella delineata da Rhodes (1995), secondo cui si può prevedere un futuro di «liberalismo sovversivo», caratterizzato dalla progressiva erosione della solidarietà e dell'universalismo e dalla subordinazione del progresso sociale alla competizione economica. Infine, stando a quello che dice Teague, saremmo vicini a una sorta di *Apocalypse Now*. Il problema dell'Unione sarebbe dovuto cioè al fatto che «essa, intensificando l'interdipendenza di mercato fra gli stati membri, ha stretto nuovi vincoli aggiuntivi attorno al mo-

dello di capitalismo sociale tipico della regione, che versa già di per sé in condizioni difficili. Gli stati membri sono oggi intrapolati nella posizione, davvero poco invidiabile, di dover gestire con difficoltà i sistemi nazionali di welfare, ed essere allo stesso tempo impossibilitati a prendere iniziative di riequilibrio a livello nazionale» – anche se Maastricht e il Patto di stabilità sembrerebbero risolvere la tensione fra integrazione di mercato ed Europa sociale lasciando che sia la prima a trionfare sulla seconda (Teague 1998, 136).

In questa sezione ho cercato di riassumere le opinioni, circa quello che sta accadendo ai welfare state, che raccoglierebbero il consenso della maggior parte dei contendenti nel dibattito in questione. Inevitabilmente, il risultato è piuttosto anodino, e si può sintetizzare nel modo seguente: il linguaggio apocalittico della crisi, che ha dominato la discussione durante gli anni ottanta, è stato poi abbandonato perché noi studiosi – in parte grazie all'influenza del neoinstituzionalismo – abbiamo iniziato a renderci conto che era abbastanza impossibile che i welfare state attraversassero realmente una crisi così profonda. I welfare state su cui ci si è soffermati di più – quelli ospitati dalle grandi economie dell'Europa e dell'America del Nord – dovevano le loro caratteristiche più problematiche al progetto politico-amministrativo dell'età dell'oro, vale a dire al modo in cui il boom della produttività nel mondo capitalistico avanzato aveva permesso la costruzione di programmi sociali generosi, destinati a creare alternative valide ai richiami del fascismo e del comunismo. Le strutture che vennero create allora rimasero fondamentalmente inalterate, come di-

mostra un'ampia messe di ricerche comparate. Ma le basi sociali ed economiche su cui queste strutture erano state erette, nel frattempo, si sono radicalmente modificate: si è passati da società dominate dai problemi sociali prodotti dalla stratificazione occupazionale a società con problemi dovuti alle situazioni di vita; da mercati del lavoro dominati da lavoratori manuali maschi a forze lavoro trainate dai servizi; da economie nazionali in cui la globalizzazione era secondaria a economie in cui la globalizzazione sta avanzando a grandi passi; da un mondo di welfare state europei al mondo dell'Europa sociale.

#### **Governare lo stato della sanità**

Cos'ha a che vedere tutto ciò con le politiche sanitarie? In parte, la risposta appare scontata: assieme alle pensioni, la sanità è la singola voce di spesa più consistente all'interno dei welfare state contemporanei, e lo stato finanzia direttamente la maggior parte di questa spesa, o comunque regola le istituzioni che forniscono i finanziamenti. La sanità occupa buona parte del welfare state contemporaneo; e lo stato occupa buona parte dei sistemi sanitari contemporanei. Queste generalizzazioni valgono per l'intera popolazione dei welfare state contemporanei, indipendentemente dal tipo di categorie standard (i tre mondi, le quattro Europe) utilizzate per classificare i singoli sistemi nazionali. Un esempio saliente è dato dagli Stati Uniti, proprio perché è una nazione che viene dipinta comunemente con un welfare state residuale, sprovvisto cioè – agli occhi di alcuni – di qualcosa che possa essere pro-

priamente definito come «sistema» sanitario. Ciò nonostante, anche in questo caso lo stato, negli ultimi decenni, è diventato una presenza fondamentale nel finanziamento della sanità, così come il sistema sanitario è diventato una voce fondamentale nel bilancio dello stato (federale): dalla metà degli anni novanta, quasi metà delle spese correnti della sanità (a esser precisi, il 46,7 per cento delle stime più recenti) è stata finanziata con denaro pubblico (Levit et al. 1998).

Ne consegue una conclusione piuttosto evidente: comprendere quello che sta accadendo alla sanità è cruciale per comprendere anche quello che sta accadendo, e che è probabile accada, ai welfare state contemporanei. Tuttavia, l'espressione «stato della sanità» è fuorviante, dato che, richiamando il «welfare state», porta a pensare che la sanità possa essere interpretata semplicemente come un sottoinsieme di politiche sociali, e che i sistemi sanitari possano essere considerati dei sottosistemi del welfare state. Nessuna di queste ipotesi è però vera. Le istituzioni sanitarie sono influenzate da, e certo influenzano, il più ampio welfare state; ma sono anche governate da dinamiche autonome – delle quali alcune sono interne e altre sono esterne al sistema sanitario. Per quanto riguarda quest'ultimo, se si vuole insistere nel considerare lo stato della sanità un sottosistema di uno stato più ampio, sarebbe preferibile dipingerlo come sottosistema dello stato industriale moderno piuttosto che del welfare state, per le ragioni che illustrerò brevemente.

Sorgono due interrogativi: se l'espressione «stato della sanità» è fuorviante, perché mai usarla? E se il governo della sanità ha delle specificità tutte sue, quali sono ap-

punto tali specificità? Le risposte a questi due interrogativi sono connesse: o, per essere più precisi, rispondendo alla seconda questione si comincia a rispondere alla prima. Per iniziare, si parte da una constatazione ovvia. Fare e implementare le politiche sanitarie è come qualsiasi altra serie di atti di *policy-making*: riguarda un insieme di attività di governo all'interno di un insieme di arene sociali. «Governare lo stato della sanità» riguarda il modo in cui le attività di governo sono condotte nelle arene più importanti interessate dalla sanità. Sono tre i tipi di attività di governo particolarmente rilevanti, data la rilevanza a loro volta di tre arene: il governo del consumo sanitario, il governo dell'offerta sanitaria, il governo della tecnologia sanitaria. Di seguito considererò ciascun fattore.

Il governo del consumo sanitario è la principale preoccupazione di buona parte degli studiosi di sistemi sanitari, ed è ciò che sta alla base della maggior parte delle analisi che legano le politiche sanitarie (spesso in termini allarmistici) al destino dei welfare state. Le origini di questo processo di governo, nella maggior parte delle nazioni industriali avanzate, stanno nei cambiamenti che intervennero nella medicina e nel finanziamento della sanità circa un secolo fa. Nei cinquant'anni successivi, o pressappoco, la medicina subì una rivoluzione terapeutica: un insieme di innovazioni sociali (per esempio, una divisione del lavoro più razionale all'interno degli ospedali, che spesso traeva ispirazione dalle esperienze di chirurgia applicata sul campo durante la guerra) e di innovazioni tecnologiche (basate sui progressi avvenuti nel campo della teoria delle infezioni, dell'immunologia e della fisica) rivoluzionarono l'efficacia terapeutica della medicina

allopatrica (vedi Reiser 1978 per un resoconto parziale di questi sviluppi). Verso la fine del secolo scorso i medici, per la prima volta nella storia dell'uomo, hanno smesso di essere un pericolo per i loro pazienti: per citare il commento (penso apocrifo) di Henderson (1935), solo a partire da allora, un qualsiasi paziente con una qualsiasi malattia che avesse scelto un medico a caso aveva più del 50 per cento di probabilità di trarre beneficio dalla visita di quel medico. All'incirca nello stesso periodo, l'ospedale fu trasformato da vero e proprio ricettacolo di malati indigenti, pericolosa fonte di malattie, in una istituzione fondamentale per la pratica della nuova medicina scientifica. La sanità divenne un bene di consumo altamente desiderabile, e il finanziamento dei servizi sanitari ebbe una svolta: sistemi di assicurazione, che erano nati per garantire il reddito (principalmente per assicurare i lavoratori manuali contro la perdita del salario dovuta alla malattia), venivano ora utilizzati invece per finanziare direttamente il costo delle cure.

Questi sviluppi paralleli (la trasformazione dell'efficacia curativa della medicina allopatrica, che l'aveva fatta diventare un bene sociale altamente desiderabile, e il passaggio dall'assicurazione sanitaria al finanziamento del costo diretto delle cure) sono all'origine del governo del consumo sanitario. Fin da subito ci furono da affrontare due compiti di governo: in che modo, se era possibile, intere società avrebbero deciso il volume complessivo di risorse da allocare al finanziamento della sanità; e sulla base di quali principi, se ve n'erano, si sarebbe dovuto regolare l'accesso dei singoli pazienti alla nuova ed efficace medicina curativa? La maggioranza delle tipologie standard dei sistemi sanitari

si basa sul tipo di principi sviluppati per affrontare proprio questo secondo compito di governo. Il primo compito – quello di cercare di stabilire grosso modo il volume di risorse da destinare alla sanità – nell'ultimo quarto di secolo è stato particolarmente sentito in quasi tutte le nazioni industriali avanzate. Le fonti statistiche standard – in particolare i dati assemblati nell'archivio sulla sanità dell'Ocse – raccontano di una storia che sarà ancora una volta familiare a chi si interessa di welfare state. Durante il lungo boom la spesa sanitaria crebbe notevolmente, riflettendo (e certo causando, in parte) la crescita più generale delle risorse consumate dal welfare state. Le origini di quella crescita sono ben note: si trattò di cause in parte strutturali, in parte dovute alle volute innovazioni di *policy* connesse al progetto politico-amministrativo del welfare state. Le origini strutturali risiedono nella caratteristica tipica della sanità di essere un *merit good* [un bene il cui consumo è in sé positivo, anche per i suoi effetti sociali, N.d.T.], la cui domanda cresce al crescere del reddito: ciò aiuta a spiegare il fatto, peraltro ben noto, che le misure più utilizzate della ricchezza nazionale sono anche i migliori indicatori del volume di spesa sanitaria nazionale. Le innovazioni di *policy* introdotte furono, in sostanza, diverse modalità di diffusione dei principi universalistici nell'accesso individuale alle cure sanitarie, a partire da un gruppo di pionieri – come la Germania e il Regno Unito. Le fonti statistiche standard dimostrano che dalla metà degli anni settanta un buon numero di paesi avevano istituito schemi di finanziamento pubblico che garantivano l'accesso ad un insieme di prestazioni sanitarie a tutta, o quasi tutta, la popolazione.

Come dimostra il riferimento fatto alla Germania e al Regno Unito, i diversi paesi adottarono modelli differenti per regolare l'accesso al consumo di servizi sanitari da parte dei singoli cittadini. Questi modelli sono espressi da alcune delle classificazioni più note dei sistemi sanitari: il modello bismarckiano, nel quale il consumo sanitario è regolato dalla posizione nel mercato del lavoro e viene effettivamente finanziato dai contributi sociali; il modello del «Servizio sanitario nazionale», nel quale il consumo sanitario è un diritto implicito – nel Regno Unito – o esplicito – in Italia, Spagna e Portogallo – di cittadinanza, e viene finanziato tramite la tassazione generale (vedi Ferrera 1996a in riferimento ai paesi mediterranei); e il mercato, dove il diritto di consumare servizi sanitari dipende da contratti stipulati sui mercati delle assicurazioni private. La maggior parte dei sistemi nazionali adottava un insieme composito di questi tipi ideali, ma, come è ben noto, alcuni casi importanti esemplificavano le differenze fra diversi modelli: in particolare, la Germania (per il tipo bismarckiano), il Regno Unito (per il Servizio sanitario nazionale) e gli Stati Uniti (per il tipo di mercato).

Questa classificazione standard è utile dal punto di vista intellettuale (proprio perché mette in luce le differenze reali nei processi di governo), eppure dovremmo specificare alcuni limiti importanti in merito alla sua effettiva capacità di informare su quei medesimi processi. Infatti, essa tende a porre in secondo piano una caratteristica comune fondamentale che contraddistingue il governo del consumo sanitario, indipendentemente dal principio organizzativo prescelto – che esso cioè tragga ispirazione da Beveridge, da Bi-

smarck o da Adam Smith: si tratta cioè di un consumo organizzato collettivamente, e la politica relativa ad esso è una politica di consumo collettivo. Né potrebbe essere altrimenti. Il carattere della medicina basata sulla scienza moderna – il fatto che essa implichi il più delle volte la prestazione di cure che richiedono una tecnologia avanzata e l'applicazione intensiva di lavoro specializzato – significa che solo chi è particolarmente ricco potrebbe permettersela, al pari di un qualsiasi altro scambio commerciale individuale. Per tutti gli altri, il consumo è reso accessibile solo grazie alla partecipazione a schemi di condivisione dei rischi organizzati su base collettiva. Anche dopo venti anni di pressioni per imporre il cofinanziamento nei sistemi sanitari dei welfare state europei, i pagamenti diretti per le prestazioni sanitarie rimangono un elemento comunque marginale, sia all'interno dell'economia domestica dei cittadini, sia a livello dei sistemi sanitari delle economie nazionali. Ancora una volta, sono proprio gli Stati Uniti a fornire la prova più lampante della collettivizzazione del consumo, dato che questo paese è visto così spesso come un esempio paradigmatico del modello di mercato. I pagamenti diretti da parte dei pazienti – che una volta erano alla base del sistema di consumo sanitario americano – mostrano un declino costante: nel 1960, il 56 per cento delle spese sanitarie veniva attinto direttamente dalle tasche dei cittadini; nel 1996 tale dato era sceso al 16,5 (Levit et al. 1998). Queste spese dirette sono state sostituite da due fonti. La prima, cui si è già fatto cenno, è data dal finanziamento pubblico. L'altra è costituita dalle spettanze assicurative generate dai contratti stipulati nel mercato delle assicurazioni private. Ma

quasi nessuno dei sistemi di condivisione dei rischi sanitari in America risulta dalla stipulazione di contratti sul mercato delle assicurazioni private da parte dei singoli cittadini. Nel 1996, più del 75,9 per cento dei lavoratori erano coperti da un'assicurazione sanitaria legata al contratto di lavoro, mentre solo il 2,9 per cento aveva un'assicurazione privata autonoma (Cooper e Schone 1997, 147). Le assicurazioni sanitarie private sono basate, nella stragrande maggioranza dei casi, sull'occupazione, per lo più a seguito della contrattazione collettiva all'interno del nocciolo duro dell'economia industriale (una leggenda metropolitana, che non sono stato peraltro in grado di verificare, racconta che la General Motors spende di più per le assicurazioni sanitarie che per l'acciaio). Il consumo di servizi sanitari è il prodotto, negli Stati Uniti, della contrattazione collettiva, e il diritto a consumare servizi sanitari è determinato per lo più dalla posizione di ciascun lavoratore nel mercato del lavoro: i 37 milioni di americani esclusi dall'assicurazione sanitaria sono privi di questa possibilità non certo per le proprie libere scelte di mercato, ma perché non sono occupati (o non sono occupati con le garanzie sufficienti) nei settori centrali dell'economia industriale.

Dal carattere collettivo del sistema di consumo sanitario derivano due conseguenze importanti ai fini della nostra analisi del processo di governo: una di tipo sostanziale, l'altra di tipo analitico. Dal punto di vista sostanziale, tale caratteristica comporta che, qualunque paese del mondo industriale avanzato consideriamo, lo stato occupa un ruolo centrale in questi sistemi di organizzazione collettiva: può essere che si tratti dell'unica fonte di

finanziamento indiretto che conta (come nel Regno Unito o nei paesi scandinavi); può trattarsi della fonte principale di finanziamento indiretto (come negli Stati Uniti); può essere coinvolto a livello centrale nella battaglia contro le carenze degli stessi sistemi di finanziamento indiretto (sempre negli Stati Uniti), o può, infine, essere responsabile sia della regolazione pubblica delle istituzioni che dominano il finanziamento indiretto, sia, anche per questa stessa regolazione, essere coinvolto nel tentativo di arginare a livello centrale le carenze di queste stesse istituzioni (come in Germania e nella maggior parte degli altri sistemi «bismarckiani»). L'osservazione fornisce una prima giustificazione all'uso, altrimenti imprudente, dell'espressione «stato della sanità», dato che è ormai chiaro come, nel governo del consumo sanitario, le istituzioni dello stato e le istituzioni dei sistemi sanitari siano legate inestricabilmente le une alle altre. La conseguenza analitica è che i sistemi classificatori esistenti possono essere visti sotto una luce nuova: in particolare, i tipi Beveridgeani, bismarckiani e di mercato finiscono per essere basati sul solo criterio delle modalità in cui il consumo sanitario viene governato – anzi, dipendono dal criterio ancora più ristretto della modalità di organizzazione del finanziamento indiretto dei servizi sanitari. Per loro stessa natura, queste categorie classificatorie possono darci solo delle informazioni incidentali sulle altre due arene di governo: vale a dire, da dove vengono governate l'offerta e la tecnologia sanitaria. Di conseguenza, come cerco di dimostrare adesso, abbiamo bisogno di una nuova prospettiva, sia sul governo dell'offerta, sia sul governo della tecnologia sanitaria.

La sanità è un bene che viene offerto, nel senso che l'accesso ai beni e servizi di enorme valore creati dal potere terapeutico della medicina scientifica dipende, essenzialmente, dalle decisioni discrezionali di lavoratori altamente qualificati, occupati spesso all'interno di organizzazioni complesse caratterizzate da gerarchie elaborate e da una raffinata divisione del lavoro. Sono due gli aspetti del processo di governo particolarmente importanti. In primo luogo, la trasformazione storica avvenuta nella qualità terapeutica degli ospedali comporta che le modalità di amministrazione degli ospedali stessi (per esempio, l'incidenza e lo stile della regolazione pubblica, il mix di istituzioni private, non-profit e pubbliche) sono fondamentali per il governo dell'offerta sanitaria. Anche solo a un primo sguardo, le variazioni nelle modalità di governo dell'offerta istituzionale difficilmente sembrano corrispondere alle categorie che derivano dalla classificazione del governo del consumo: per esempio, i sistemi di «Servizio sanitario nazionale» includono quelli dove è lo stato centrale a possedere la maggior parte dei «mezzi di produzione» (come nel Regno Unito), quelli dove la proprietà è pubblica ma spesso decentralizzata (come nei paesi scandinavi) e quelli dove la proprietà è per lo più in mano ai privati (Ferrera 1996b per quest'ultimo caso). Allo stesso modo, c'è scarsa corrispondenza in relazione a un secondo aspetto fondamentale del governo dell'offerta, vale a dire il governo dei professionisti. Come del resto molte altre parti del welfare state, i sistemi sanitari sono altamente professionalizzati. Il governo delle professioni, e in particolare della professione medica, rappresenta, quasi dappertutto, la parte più importante del

governo dell'offerta sanitaria. Ancora una volta, le variazioni nel governo dei professionisti non corrispondono molto alle categorie di consumo sanitario. Prendiamo, ad esempio, di nuovo i sistemi del cosiddetto «Servizio sanitario nazionale»: essi comprendono alcuni sistemi sanitari scandinavi, in cui i medici erano e sono per lo più dipendenti pubblici; il sistema del Regno Unito, in cui il medico di famiglia, il *General Practitioner*, rappresentava un lavoratore autonomo sì, ma senza grandi possibilità di generare reddito discrezionale; e infine i sistemi mediterranei, in cui troviamo una diffusa pratica privata da parte dei professionisti medici, con la possibilità di ricavarne un reddito discrezionale piuttosto consistente (su quest'ultimo caso, vedi Ferrera 1996b). Analogamente, il regime di consumo tedesco bismarckiano e il regime di consumo americano, fondati sui contratti stipulati sul mercato delle assicurazioni private, sono affiancati da sistemi di offerta dominati da medici dipendenti che operano sulla base di sistemi di pagamento privati (anche se, bisogna dire, entro contesti istituzionali molto diversi).

Le storie nazionali delle professioni mediche sono diverse, eppure ha senso porre il governo delle professioni mediche al centro di qualsiasi analisi comparativa del governo dell'offerta. La rivoluzione terapeutica che ha prodotto la medicina scientifica moderna ha dato dei poteri straordinari alla categoria dei medici. I professionisti della medicina moderna usarono una serie di mezzi legali e amministrativi per escludere i professionisti di altri tipi di medicina dai sistemi di offerta sanitaria, formarono poi delle alleanze con quelle parti delle scienze applicate

che stavano contribuendo a gettare le basi della rivoluzione avvenuta nell'efficacia terapeutica, infine stabilirono una posizione di dominanza sugli altri gruppi, come le infermiere, della catena sanitaria. Starr ha sottolineato in modo eloquente l'importanza centrale di questa categoria professionale:

«La categoria medica ha pretese di potere particolarmente persuasive. A differenza del clero e delle professioni legali, può vantare stretti legami con la scienza moderna, ed è vero che la conoscenza scientifica, almeno per la maggior parte del secolo scorso, ha mantenuto uno status privilegiato nella gerarchia delle credenze. La medicina occupa una posizione speciale anche rispetto alle altre scienze. Chi la pratica viene infatti a contatto diretto, per non dire intimo, con le persone durante la loro vita quotidiana; chi la pratica è presente in tutti i momenti critici della vita. I medici sono degli intermediari fra la scienza e la conoscenza privata di ciascuno, sì da interpretare i problemi personali con il linguaggio astratto della conoscenza scientifica» (Starr 1982, 4).

I medici sono diventati e, nel frattempo, sono rimasti il gruppo dominante nell'allocazione delle risorse sanitarie. Per quanto riguarda il processo di governo dell'offerta sanitaria, la caratteristica più importante può essere descritta semplicemente in questi termini: si tratta di una serie di professioni, e il professionalismo è una strategia ben precisa nel controllo di un segmento del mercato del lavoro. È, in sostanza, una strategia di chiusura nei confronti del mercato e dello stato. Nei termini della metafora grafica di Abel (1989), si tratta di percorrere un filo sospeso fra lo stato e il mercato. La misura in cui questo filo sospeso conterà dipenderà ovviamente dalle circostanze nazionali, ma è necessario percorrerlo perché nella maggior parte

delle nazioni dell'Ocse proprio le professioni mediche operano solitamente in ambienti politici e economici caratterizzati da due importanti tratti comuni: tutte le economie di queste nazioni si basano in qualche modo sulla competizione di mercato; e la maggior parte dei loro sistemi politici si basano, anche solo in modo rozzo e superficiale, sui principi democratici liberali. Le strategie di chiusura sono proprio mirate a queste caratteristiche contestuali: vogliono creare sistemi di controllo sulle professioni che permettano a una ben determinata categoria di influenzare mercati altrimenti competitivi, e di esercitare una certa autonomia nei processi di governo, di fronte a sistemi politici le cui ideologie costituzionali sostengono che l'esercizio di autorità dev'essere convalidato da determinati sistemi di responsabilità pubblica. La sostanza del progetto della categoria consiste nell'appropriarsi di poteri pubblici, per esercitare un controllo sull'ingresso e sulla competizione all'interno del mercato, permettendo allo stesso tempo che la professione controlli i suoi affari. L'esito è che questa parte fondamentale del governo dell'offerta è contraddistinta in modo esplicito da forme di controllo da parte di interessi privati.

La sanità consiste di servizi ad alta intensità di lavoro: è questo che rende così importante il governo della sua offerta. Ma, fin dalla rivoluzione terapeutica degli inizi, essa si è basata tipicamente sull'applicazione dei prodotti di sistemi di innovazione, produzione e commercializzazione altamente organizzati. Non solo: è la stessa rivoluzione terapeutica iniziale che ha comportato la fondazione dell'industria delle tecnologie mediche – che ha sostituito le tecniche amatoriali con l'orga-

nizzazione sistematica della produzione degli strumenti sanitari secondo metodi industriali (a proposito della sostituzione delle tecniche amatoriali, vedi Reiser 1978). L'età dell'oro della spesa sanitaria è stata accompagnata dalla forte espansione di questi settori industriali e dall'organizzazione di sistemi di innovazione sempre più sofisticati.

Sono tre le caratteristiche degne di rilievo. In primo luogo, gli stati furono, fin dall'inizio, al centro del processo di creazione dell'industria delle tecnologie mediche, e continuano tuttora ad essere fondamentali per il suo mantenimento. Gli stati hanno svolto un ruolo articolato. Essi hanno finanziato, e continuano a finanziare, buona parte della ricerca avanzata nei laboratori di scienze biologiche e di microelettronica su cui si basa buona parte delle innovazioni. In determinati momenti critici – come durante la seconda guerra mondiale – essi hanno promosso alcune innovazioni (l'uso diffuso della penicillina, o i progressi nella chirurgia plastica) applicabili direttamente alla sanità, e altre (come la tecnologia della risonanza magnetica) che avrebbero poi potuto essere riconvertite a uso medico. Le loro attività regolatorie – ad esempio, la promozione della sicurezza dei farmaci, o la classificazione degli strumenti medici – influenzarono le strategie di commercializzazione e perfino la stessa struttura dei settori industriali interessati (vedi, per un esempio, Merrill 1994). In secondo luogo, se gli stati sono cruciali per l'industria delle tecnologie mediche, quest'ultima, a sua volta, è una componente fondamentale degli stati del mondo industriale avanzato, oltre a essere strettamente legata all'economia politica internazionale di cui questi stati so-

no attori principali. Per ragioni di spazio, propongo solo un paio di esempi per illustrare il punto. C'è una stretta connessione fra l'industria delle tecnologie mediche e il settore della difesa, che si riflette, per esempio, nella presenza di molte industrie di spicco in entrambi i settori. Quello delle attrezzature mediche, in particolare, si è dimostrato uno dei settori più dinamici dell'economia industriale moderna. Un altro esempio di rilievo è dato dal mercato delle lastre diagnostiche: negli anni settanta e ottanta, questo mercato è cresciuto negli Stati Uniti a un ritmo del 10 per cento annuo, una percentuale paragonabile a quella raggiunta da settori tecnologici di punta come l'informatica (Trajtenberg 1990, 48). In terzo e ultimo luogo, dovremmo sottolineare una caratteristica strutturale dell'industria delle tecnologie mediche, che ne riflette anche una più generale dell'economia internazionale: questi settori industriali rappresentano tipicamente l'egemonia americana. Quale che sia il modo di pensarla, la produzione e il consumo di tecnologie mediche sono trainati dall'America: nel settore delle attrezzature mediche, per esempio, gli Stati Uniti consumano caratteristicamente all'incirca il 60 per cento del dato complessivo mondiale, e producono all'incirca la stessa percentuale (Foote 1992, 179). Weisbrod ha descritto sinteticamente l'importanza degli Stati Uniti in uno studio pionieristico della letteratura sull'innovazione tecnologica nel campo sanitario. A suo avviso, gli Stati Uniti sono un caso unico

«nella misura in cui le loro attività di produzione e di consumo influenzano il livello e la direzione degli investimenti nello sviluppo e nella ricerca di prodotti sanitari. Nessun altro paese è un attore

comparabile nei settori della ricerca e sviluppo (quanto a produzione) e dei servizi sanitari (quanto a consumo). Nella maggior parte dei paesi, i risultati delle attività di ricerca e sviluppo sono in sostanza estranei ai metodi di finanziamento della sanità, e viceversa. La Svizzera, per esempio, è un notevole produttore di ricerca e sviluppo in materia di sanità (e in particolare di prodotti farmaceutici), ma è un piccolo consumatore della stessa; il Regno Unito e il Giappone, anche se non sono indietro nel settore della ricerca e sviluppo, sono grandi consumatori delle applicazioni che ne derivano. Sono le dimensioni e l'impatto straordinari di entrambi gli elementi del consumo e della produzione che rendono gli Stati Uniti un oggetto di studio così interessante» (Weisbrod 1991, 526).

Ora possiamo direttamente alla caratteristica fondamentale del governo delle tecnologie mediche. Per gli stati, e in particolare per gli stati industriali avanzati, le tecnologie mediche rappresentano certo un problema, ma anche un'opportunità. Un problema, perché l'innovazione tecnologica è una forza costante che fa crescere continuamente il volume di risorse impegnate nel settore sanitario. Un'opportunità, perché questo stesso sistema di innovazione è una risorsa importante, almeno in alcuni paesi, per i progetti economici dello stato. Il modo in cui gli stati governano i sistemi di innovazione – fino a influenzare i prodotti e i mercati – è contrassegnato da una notevole uniformità da paese a paese, soprattutto se paragonato alla frammentazione evidente nei settori dell'offerta e del consumo sanitari. La ragione è semplice. Le tecnologie mediche sono prodotte e commercializzate in larga parte dalle imprese private. I diritti di proprietà, compresa la questione vitale del diritto di proprietà intellettuale, sono garantiti e protetti dallo stato, così le imprese

mantengono ampia discrezionalità sullo sfruttamento dei diritti di proprietà, sulla natura e il livello degli investimenti, sulle strategie di commercializzazione. Si osservi bene: questa affermazione è ugualmente valida per sistemi generalmente considerati molto diversi come quello degli Stati Uniti, del Regno Unito e della Germania. I soliti mezzi che valgono per distinguere i sistemi sanitari non valgono invece più nel caso del governo delle tecnologie mediche. In effetti, il sistema di governo che prevale in questo caso è stato previsto, oltre due decenni fa, da Lindblom, nella sua analisi generale dello stato e del mercato nelle democrazie capitalistiche. Egli ha definito questo sistema una specie di poliarchia. Le imprese private sono inserite in un contesto di sistemi politici democratici, ma sono possedute e controllate da attori privati e imprenditori, che godono dei privilegi e dello status di detentori della proprietà privata in un'economia di mercato. Lindblom avrebbe potuto benissimo riferirsi alle tecnologie mediche, nel momento in cui scrisse queste parole:

«in qualsiasi sistema di imprese private, buona parte delle decisioni più importanti dipende dagli uomini d'affari, piccoli e grandi. Queste persone dominano l'agenda del governo. Gli uomini d'affari diventano così una sorta di pubblici ufficiali, ed esercitano quelle che sono, secondo una prospettiva allargata, vere e proprie funzioni pubbliche. La conseguenza logica notevole di questo stato di cose, per la poliarchia, consiste nel fatto che un'ampia area del processo decisionale pubblico viene così sottratta al controllo poliarchico. Il processo decisionale poliarchico può certo ratificare questo stato di cose, oppure modificarlo, attraverso la regolazione governativa delle decisioni prese dagli imprenditori. Resta il fatto che, in tutte le poliarchie reali, una categoria sostanziale di decisioni viene effettivamente sottratta al controllo poliarchico» (Lindblom 1977, 172).

Riassumendo: lo «stato della sanità» consiste di tre arene di governo fondamentali, vale a dire il consumo, l'offerta e le tecnologie sanitarie. Ciascuna di queste arene è contraddistinta da sistemi politici differenti. Il governo del consumo sanitario è dominato dalle contese che riguardano appunto il consumo collettivo dei servizi sanitari. Al centro del governo dell'offerta sanitaria troviamo invece il governo delle professioni mediche, caratterizzato da diversi sistemi di governo degli interessi privati. Il governo delle tecnologie mediche, infine, è poliarchico.

Questo riassunto delle caratteristiche di tre arene importanti del governo della sanità racchiude in sé anche il nocciolo di una risposta all'interrogativo che ci siamo posti in precedenza: perché insistere con l'espressione «stato della sanità»? L'espressione si riferisce al fatto che gli stati e le istituzioni sanitarie – sia che ci riferiamo al consumo, all'offerta o alle tecnologie sanitarie – sono uniti fra loro da una relazione di simbiosi. Ma non tutte le simbiosi assumono la stessa conformazione. Esistono dei tipi sistematicamente diversi di stati della sanità, e come reagiscono questi tipi alle pressioni e alle tensioni del cambiamento? Sono queste le questioni affrontate nella prossima sezione.

### Le famiglie<sup>1</sup> di stati della sanità

Non tutte le battaglie sul consumo collettivo si risolvono poi allo stesso modo; non tutti i sistemi di governo degli interessi privati sono identici, non tutte le poliarchie danno all'industria lo stesso margine

di autonomia. In queste tre arene di governo lo stato può intervenire, e interverrà effettivamente, in modi ben diversi. Ciò che più importa, non sarebbe poi così sorprendente scoprire che il modo in cui lo stato interviene nel governo delle tecnologie, per esempio, ha delle conseguenze su quanto esso stesso può fare nella sfera del consumo sanitario. In questa sezione cercherò di creare una classificazione delle «famiglie» di stati della sanità. Come in ogni classificazione delle caratteristiche di famiglia, i criteri classificatori sono piuttosto «soffici» e dipendono molto da una serie di giudizi qualitativi circa le «affinità» fra sistemi; ciò nonostante, penso sia possibile identificare grosso modo una serie di famiglie. Mi riferisco in particolare a quattro famiglie: gli stati del comando e del controllo; gli stati dell'offerta, o piuttosto un particolare stato dell'offerta estremamente importante; gli stati corporativi; e, infine, gli stati clientelari.

L'esistenza e le caratteristiche della prima famiglia sono ben documentate. In questo caso definisco la famiglia, seguendo il lavoro di Saltman e von Otter (1992), nei termini di uno stato della sanità di «comando e controllo». La **famiglia del comando e del controllo** unisce i paesi scandinavi e il Regno Unito. Questo sistema ha tre caratteristiche dominanti, che corrispondono alle tre arene del governo sanitario. In primo luogo, lo stato è l'attore in assoluto dominante all'interno del sistema di consumo sanitario. Lo stato, infatti, ricava le risorse necessarie per il consumo sanitario per lo più attraverso gli strumenti classici di comando e controllo, utilizzando il potere statale di imporre le tasse e di

<sup>1</sup> L'utilizzo del termine «famiglia» è ovviamente mutuato da Ferrera (1996b).

allocare poi le risorse così ottenute attraverso meccanismi amministrativi. Saltman e von Otter fanno una descrizione molto accurata delle pratiche di consumo di questa famiglia, nel periodo in cui il sistema lavorava a pieno regime:

«Il paradigma di *policy* che dominava durante questo periodo postbellico di espansione (dell'offerta sanitaria) consisteva in un modello di pianificazione basato su un sistema di comando e controllo piuttosto rigido. La responsabilità decisionale ricadeva sulle spalle dei politici di livello centrale (nel Regno Unito), di livello centrale e regionale (nei casi di Svezia, Danimarca e Norvegia) o di livello nazionale e locale (in Finlandia), mentre l'autorizzazione a operare su base quotidiana era delegata da questi politici a un insieme di amministratori e pianificatori. Questo modello di pianificazione dall'alto è stato concettualizzato come un sistema di responsabilità pubbliche che poteva assicurare l'offerta di un bene sociale necessario in modo universale e anche efficiente» (Saltman e von Otter 1992, 4-5).

Nell'ambito dell'offerta sanitaria lo stato circoscrive strettamente la sfera di governo degli interessi privati. Gran parte dei mezzi di produzione è in mano allo stato, in particolare nel settore ospedaliero, e i professionisti e paraprofessionisti sono solitamente impiegati nel settore pubblico. Anche laddove non è così, lo stato impone una netta divisione del lavoro fra se stesso e i medici. Nel Regno Unito, per esempio, questa divisione è stata efficacemente riassunta dall'espressione della «politica del doppio letto» di Klein: lo stato stabiliva quanto poteva spendere la professione medica, ma lasciava a quest'ultima una discrezione piuttosto ampia nelle modalità di spesa (Klein 1990). Lo stato esercitava un controllo rigido sull'ingresso nel mercato del lavoro (anche se c'è il sospetto che nel Regno Unito i medici abbiano contri-

buito, premendo sulla politica di regolazione dello stato, a determinare l'offerta in modo da assicurarsi un mercato a numero chiuso). Il governo degli «interessi privati» nella professione riguardava soprattutto il controllo dell'istruzione, della formazione professionale e del codice di condotta professionale.

Il governo delle tecnologie mediche era il settore in cui il sistema di comando e controllo è stato maggiormente ostacolato dalla realtà della poliarchia. Buona parte delle innovazioni tecnologiche di rilievo è di natura esogena, per le ragioni sintetizzate da Weisbrod, e gli stati possono fare ben poco per contenere l'ampio apparato dell'innovazione. La produzione domestica di tecnologie mediche è in mano ai privati (se fosse stato applicato il manifesto del partito laburista inglese per le elezioni del 1983 – definito «la più lunga lettera di suicidio della storia» – il sistema di comando e controllo sarebbe stato esteso direttamente a parti importanti del settore delle tecnologie mediche). Alcuni di questi stati hanno inoltre forte interesse a promuovere le innovazioni nelle tecnologie mediche. La Danimarca ha utilizzato strategicamente il suo mercato interno dei prodotti sanitari, fino a creare un settore di esportazioni di tecnologie mediche abbastanza sproporzionato, almeno se paragonato alle dimensioni del paese all'interno dell'economia globale; la Danimarca è infatti, per esempio, il primo produttore mondiale di protesi acustiche (Lotz 1993). Una delle poche storie di successo dell'economia postbellica della Gran Bretagna è l'industria farmaceutica, che genera ancor oggi, piuttosto insolitamente, imprese che sono leader mondiali, un ampio surplus nella bilancia dei pagamenti e più di 100

mila posti di lavoro per lo più altamente qualificati. Per vent'anni, lo stato ha cercato continuamente – ma senza successo – di utilizzare le politiche di acquisto all'interno del Servizio sanitario nazionale per ottenere lo stesso risultato nell'industria delle attrezzature mediche, ormai in declino.

Nonostante queste difficoltà con la poliarchia, nella famiglia del comando e controllo la presenza preponderante dello stato nelle arene del consumo e dell'offerta sanitari ha permesso la creazione di forti barriere che regolano la diffusione delle innovazioni tecnologiche in tutto il settore sanitario. In questa famiglia, lo stato ha avuto rapporti altamente ambigui, e spesso apertamente conflittuali, con gli interessi privati che producono e commercializzano le tecnologie, ma il controllo delle arene del consumo e dell'offerta sanitari ha permesso che gli effetti distruttivi del motore dell'innovazione tecnologica – in termini di contenimento dei costi – siano stati limitati.

È ben noto che questi stati del comando e controllo sono oggi – per usare un'espressione di Rhodes – nei guai. All'origine del problema c'è proprio il fulcro attorno a cui ruota la politica dei sistemi di comando e di controllo: il razionamento. Sono tre le fonti all'origine del problema, tutt'e tre riconducibili alle conseguenze dell'«età dell'oro» del welfare state e al lungo boom che ne ha consentito l'esistenza. Possono essere espresse in tre insiemi di questioni di politica pubblica. In primo luogo, che cosa bisogna fare con le domande create dai nuovi problemi delle «situazioni di vita», per citare le parole di Alber? La questione più evidente è costituita dalla domanda di nuove risorse per far fronte alla crescita delle malattie croniche fra gli

anziani e altre categorie – uno sviluppo dovuto alla combinazione fra il progresso della tecnologia medica, i cambiamenti ambientali ed economici che stanno prolungando la vita e i mutamenti demografici che modificano la struttura della popolazione. In secondo luogo, che cosa deve fare un sistema di comando e controllo di fronte a cambiamenti economici che innalzano il tenore di vita, modificano la struttura di classe riducendo la classe lavoratrice tradizionale, spingono le donne ad abbandonare le mura domestiche per entrare nel mercato del lavoro e nei livelli più alti dell'istruzione formale – e se nel corso di questi processi si verifica un cambiamento nella curva di domanda dei servizi sanitari? Infine, che cosa bisogna fare per arginare la sorprendente ingegnosità del sistema di innovazione tecnologica, guidato dai sistemi di incentivi della carriera dei ricercatori e del mercato, che ampliano sempre più il numero di terapie che devono essere rese accessibili al consumatore?

La risposta è, in un certo senso, ovvia: gli stati di comando e controllo tendono a razionare le risorse, come del resto hanno sempre fatto. Quando risorse scarse come quelle sanitarie vengono razionate dai sistemi di comando e controllo, un metodo fondamentale per ridurre la domanda è la selezione operata dai fornitori – specialmente da parte dei professionisti medici che possono esercitare la propria discrezione professionale per individuare le condizioni che necessitano il trattamento medico, distinguendole da quelle che invece non lo necessitano. Ma quel tipo di selezione dipende dalla correttezza dei comportamenti sia dei medici sia dei consumatori. Uno degli articoli più interessanti sulle politiche sanitarie che ho letto più di

recente è un pezzo pubblicato da un mio collega all'Università di Manchester, Bruce Wood (1999). L'articolo in questione riporta uno studio comparato di «gruppi di pazienti uniti dalle malattie», svolto nel Regno Unito e negli Stati Uniti. Due sono i risultati particolarmente sorprendenti. In primo luogo, la maggior parte di questi gruppi vengono fondati in risposta a patologie croniche, a sostegno dell'opinione secondo la quale la crescita di problemi permanenti legati alle «situazioni di vita» sta creando quelle solidarietà necessarie perché una categoria fino a poco tempo fa poco organizzata – quella dei pazienti – si dia una valida organizzazione. In secondo luogo, la maggior parte di questi gruppi ha origini molto recenti (la grande maggioranza è nata dopo il 1980), a suggerire che il razionamento deve oggi fare i conti con un ambiente ben più combattivo di quanto non fosse un tempo.

Questo tipo di pressioni contribuisce a spiegare come mai i sistemi di comando e controllo siano stati dei laboratori adatti agli esperimenti sulla struttura dell'offerta descritti così bene da Saltman e von Otter. Ma c'è un'altra risposta politica che è meno intenzionale. Quando nei sistemi di comando e controllo vengono razionate delle risorse scarse, si generano una serie di meccanismi di adattamento ben noti. Alcuni di questi fenomeni (come il mercato nero, o la corruzione) non sono mai stati significativi nelle culture civiche ben sviluppate dei paesi qui presi in considerazione (anche se sono stati fenomeni rilevanti nell'altra famiglia di sistemi sanitari di comando e controllo dell'Europa dell'Est, crollati dopo il 1989). Un altro meccanismo – quello delle code – è stato invece estremamente importante. La coda – la li-

sta di attesa – è la manifestazione più evidente delle tensioni accumulate dai sistemi di comando e controllo; come tale, è diventata il centro delle contestazioni che accusano in genere di «fallimento» le politiche sanitarie; e come risultato, ha generato a sua volta un grande sforzo di censura – mirata per lo più alla manipolazione delle statistiche sulle liste d'attesa – da parte dei politici.

Uno dei tratti salienti degli stati di comando e controllo è stato l'aver tenuto sotto stretto controllo sia il governo dell'offerta sanitaria, sia il governo delle tecnologie mediche. La caratteristica principale dello **stato dell'offerta** è che sia i fornitori sia i creatori di tecnologie mediche sono molto attivi. Il problema analitico di questa categoria è che la famiglia ha in realtà un solo membro; il vantaggio è però che quest'unico membro sono gli Stati Uniti. Le caratteristiche principali degli Stati Uniti, intesi come prototipo di stato dell'offerta, sono state espresse con la massima precisione da Jacobs:

«la sequenza e la forma generale delle politiche sanitarie negli Stati Uniti divergono da quelle di tutte le altre nazioni industrializzate. Il primo nonché più generoso intervento del governo americano in materia di sanità si concentrò nell'espansione dell'offerta di servizi sanitari tecnologicamente sofisticati basati sugli ospedali... A differenza degli Stati Uniti, invece, altri paesi occidentali hanno fatto dell'espansione delle possibilità di accesso la priorità assoluta; i governi di questi paesi hanno poi accelerato l'espansione dell'offerta, in risposta alle maggiori possibilità di accesso e alla crescita della domanda di servizi sanitari» (Jacobs 1995, 144-145).

Le origini di quell'orientamento favorevole all'offerta stanno in alcune caratteristiche fondamentali dello sviluppo storico dello stato e del sistema sanitario america-

ni. Il percorso può essere ricostruito lungo una linea piuttosto coerente. Grazie in parte all'attività di alcune grandi fondazioni create da grandi capitalisti (in particolare Carnegie e Rockefeller), la comunità dei medici e dei ricercatori nel settore della sanità divenne presto un gruppo di interesse prestigioso e ben organizzato all'interno delle politiche sanitarie (mi baso abbondantemente su Starr 1982 per il caso della fondazione Carnegie, e su Brown 1979 per il caso Rockefeller). È stato il lato dell'offerta dei produttori e dei fornitori, e non quello della domanda dei consumatori, a dominare il campo di *policy* in questione. La voce dei consumatori venne ulteriormente indebolita dallo sviluppo di sistemi di assicurazione sanitaria privati, diretti – negli anni trenta – ai ceti medi e – negli anni quaranta – ai settori meglio organizzati della classe operaia. C'è stato sì un forte coinvolgimento dello stato nel finanziamento del sistema sanitario americano, ma, dalla seconda guerra mondiale in poi, fino alle riforme che istituirono alla metà degli anni sessanta i programmi Medicare e Medicaid, questo avvenne sotto forma di sostegno alla ricerca medica e di finanziamenti per la costruzione di ospedali. Attraverso i cospicui finanziamenti versati all'Istituto Nazionale della Sanità, lo stato creò la migliore comunità di ricerca scientifica al mondo, fornendo così la ricerca più avanzata per l'offerta della medicina altamente tecnologica. Il Construction Act che istituì nel 1946 il Burton Hospital finanziò il settore delle costruzioni ospedaliere – fino a raggiungere la cifra complessiva di 3,7 miliardi di dollari nell'arco dei trentacinque anni successivi (Morone 1990, 260). Questa straordinaria cornucopia venne dispensata come alternativa, più

o meno conscia, rispetto al finanziamento del consumo collettivo: «la ricerca medica è il tipo migliore di assicurazione sanitaria» sono le parole di un membro del Congresso, Laird, divenuto più tardi Segretario alla Difesa (citato in Strickland 1972, 213). Prima che lo stato riuscisse a intervenire nel governo del consumo sanitario, attraverso le riforme che verso la metà degli anni sessanta hanno introdotto i programmi Medicare e Medicaid, gli interessi dei produttori si erano ben radicati nel sistema, aiutati dalle caratteristiche ben note del processo legislativo del sistema americano. Il prezzo pagato per le riforme della metà degli anni sessanta è stato l'introduzione di un sistema di rimborsi che ha permesso ai produttori di farsi pagare praticamente ciò che volevano, oltre a incoraggiare un investimento di grosse proporzioni nell'alta tecnologia.

Le conseguenze all'interno dello stato dell'offerta statunitense dei nostri giorni sono ben note, e comportano il fallimento totale delle politiche sanitarie americane. Sono tre gli aspetti che vanno evidenziati. In primo luogo, gli interessi dei produttori dispongono di poteri di veto fondamentali per il sistema di *policy-making* – veti che hanno rappresentato, in sostanza, la vera causa del fallimento delle riforme Clinton. In secondo luogo, il sistema americano riesce a produrre un'inflazione da costi rampante senza però raggiungere nemmeno una copertura universale. Il problema del mancato universalismo si sta facendo sempre più grave, perché i cambiamenti occupazionali stanno riducendo i settori della forza lavoro storicamente coperti da assicurazioni sanitarie di tipo occupazionale, e per contro stanno espandendo quelle forme di lavoro – non qualificato,

part-time, nel settore dei servizi – scoperte da ogni forma di assicurazione sanitaria. In terzo e ultimo luogo, nel tentativo di mettere freno agli interessi dei produttori, il peso dello stato regolatore americano è venuto a pesare su tutt'e tre le arene del governo sanitario – le arene del consumo, dell'offerta e delle tecnologie mediche. Il risultato è stato un ordine di governo estremamente complesso, in alcuni casi altamente regolato, dove è molto difficile sapere esattamente i diritti di ciascuna parte, dove si devono investire notevoli risorse nel mantenimento stesso del sistema di regolazione e dove la possibilità di un dibattito democratico aperto è ostacolata dal dominio di un discorso politico incomprensibile a tutti, fatta eccezione per i lobbisti professionisti.

Il caso dello stato dell'offerta americano ha dei riflessi anche sull'Europa, per due ragioni legate fra loro. Primo, c'è un'economia globale del settore sanitario, e gli Stati Uniti sono l'unica forza che la domina. Il dominio è più evidente nel caso delle tecnologie mediche. Secondo, le dimensioni e lo stile dell'economia del settore sanitario americano non hanno prodotto soltanto un impressionante sistema di ricerca e innovazione nelle tecnologie mediche, ma anche la migliore comunità di analisi delle politiche sanitarie del mondo, la cui ingegnosità e professionalità, all'interno sia delle istituzioni regolatorie sia del mondo accademico, superano quelle di qualsiasi altra nazione. Tutto ciò fa degli analisti americani, e delle questioni americane, una delle caratteristiche principali dei *networks* internazionali che discutono delle riforme ed innovazioni di *policy*. Le preoccupazioni e le soluzioni americane si diffondono ben al di là dei confini degli

Stati Uniti. Molte tecniche di amministrazione «leggera» – in particolare quelle che hanno a che fare con tecniche di gestione mista – sono il prodotto delle risposte americane ai problemi americani, ma vengono poi ampiamente diffuse all'interno dei sistemi non americani. L'egemonia americana aiuta anche a comprendere paradossi così evidenti come il fatto che sistemi europei storicamente validi, come il Sistema Sanitario Nazionale del Regno Unito, hanno cercato di modellare sull'esperienza americana le riforme introdotte alla fine degli anni ottanta e nei primi anni novanta; come se ci si volesse rivolgere, per un corso di navigazione, all'equipaggio del Titanic.

Gli **stati della sanità corporativi** sono contraddistinti anch'essi da specifiche configurazioni, in riferimento a tutt'e tre le arene di governo. Il caso tedesco è paradigmatico. L'arena del consumo è dominata da organismi di diritto pubblico. Lo stato non ha rilevanza come finanziatore indiretto, e rimane confinato al ruolo di regolatore di ultima istanza degli organismi di diritto pubblico sopra citati. Le parti più distinte e prestigiose del sistema di offerta dei servizi sanitari – all'interno del settore delle prestazioni ambulatoriali – sono dominate da associazioni di diritto pubblico costituite dai medici. Il governo della tecnologia medica è rudimentale, e si è sviluppato tardi: la valutazione delle tecnologie è poco approfondita ed è pesantemente condizionata dall'industria (come ad esempio nel caso dei prodotti farmaceutici); lo stesso avviene nel caso del controllo della sicurezza delle tecnologie mediche (per questo argomento mi baso su Schulenberg 1997, Kirchberger 1995, Held 1988).

Le difficoltà che attraversano questo sistema sono ben documentate e possono essere ricondotte direttamente a queste due caratteristiche distintive: la marginalizzazione dell'autorità dello stato e l'attribuzione di funzioni e poteri fondamentali a un *network* di istituzioni di diritto pubblico. Consideriamo le tre aree di governo nell'ordine inverso. Il sistema ha avuto grosse difficoltà a sostenere il dinamismo e l'apertura del processo di innovazione tecnologica, in particolare nel contesto di un'economia in cui le industrie delle tecnologie mediche (sia nel campo farmaceutico sia in quello delle attrezzature mediche) costituiscono uno dei successi industriali più evidenti. Gli investimenti sia nella tecnologia d'avanguardia che in quella ordinaria, comunque costosa, come dimostra il caso del settore odontoiatrico (vedi Schicke 1988), sono stati estremamente alti (in confronto agli altri paesi). Questo stato di cose è dovuto, in parte, alla storia del governo dell'offerta, e, in particolare, al modo in cui i medici ambulatoriali sono riusciti a dominare la determinazione dei criteri di rimborso, finendo per creare un sistema di pagamento dei servizi sanitari che incentiva l'investimento e l'uso delle tecnologie. Il regime di consumo sanitario, appunto perché legato così strettamente a una serie di istituzioni controllate dalle parti sociali (i fondi assicurativi sanitari), ha incontrato serie difficoltà ad affrontare proprio quel tipo di cambiamenti strutturali nei modelli occupazionali individuato nel dibattito più ampio sul welfare state, e a rispondere ai nuovi problemi creati dalle «situazioni di vita» (uno degli esempi di Alber è infatti la marginalizzazione dei problemi degli anziani).

Le risposte date a queste questioni hanno rivelato gli stessi problemi che i sistemi corporativi di governo incontrano quando cercano di rispondere alle conseguenze del cambiamento di contesto: scarsa capacità di adattamento, arroccamento degli interessi acquisiti su posizioni di veto fondamentali, rigidità istituzionale. Ciò nonostante, si può intravedere un nuovo modello di cambiamento, anche se spesso lento ed esitante, nei decenni seguiti al lungo boom. Il modello rappresenta una lenta sovversione del modello corporativo in due direzioni fra loro molto diverse: verso il mercato e verso lo stato. Quella della «sovversione» è un'immagine appropriata, dato che il cambiamento nella direzione del «mercato» assomiglia molto al «liberalismo sovversivo» di cui parla Rhodes. C'è stata un'impennata dell'imposizione di copagamenti. L'obiettivo non sembra però essere la rimercificazione del bene sanità, ma sembra essere dovuto all'influenza delle teorie dell'azzardo morale dei consumatori e dei produttori – dell'idea che, senza almeno alcuni vincoli di bilancio, i produttori offriranno e i consumatori chiederanno irresponsabilmente i beni e i servizi sanitari. Un insieme più fondamentale di cambiamenti strutturali, mirati a rafforzare il mercato, si è avuto con le riforme Seehofer a partire dal 1993. L'introduzione, nel 1996, della libera scelta dei fondi assicurativi per i lavoratori dipendenti ha portato a una competizione per l'acquisizione dei clienti, a delle perdite nei fondi con una clientela ad alto rischio che effettivamente praticano forme limitate di selezione dei rischi, e a pressioni sui fondi perché modifichino le loro pratiche solidaristiche, attraverso un calcolo più strettamente commerciale (Müller e Schneider 1998).

Il contenuto inaspettatamente radicale e il piglio autoritario delle riforme Seehofer introdotte nel 1993, che hanno di per sé rappresentato un'affermazione estremamente sorprendente della capacità dello stato di imporre riforme strutturali alle istituzioni corporative, hanno dimostrato che siamo di fronte a una vera e propria trasformazione della capacità di intervento dello stato. Ad ogni modo, l'intervento statale è stato ancora più incisivo nel riassetto del finanziamento del sistema di consumo sanitario, attuato attraverso l'istituzione di un fondo comune, per permettere il passaggio di risorse fra diversi fondi (per compensare le diverse strutture di rischio) e per riformare il sistema dell'offerta sanitaria (fissando, per esempio, un'età di pensionamento ben precisa per i medici che praticano attività ambulatoriali). Alcune delle misure introdotte sono di entità modesta, ma si inquadrano nell'ambito di un modello di sovversione ormai consolidato. Hinrichs ha sintetizzato le conseguenze delle riforme del 1993: esse rappresenterebbero «il recupero da parte dello stato di capacità strategica e autonomia contro la priorità dell'autogoverno nel settore sanitario» (1995, 671-672). Il sistema tedesco è sicuramente il più ampio in Europa, e rappresenta il prototipo del sistema di governo corporativo; la mia conclusione è che se questo sistema sta per essere sovvertito, allora anche il governo sanitario di tipo corporativo è di per sé sotto pressione.

Per ora non posso fare molto più che aggiungere una postilla sulla mia quarta famiglia dello stato della sanità, quella che definisco *clientelare*, ispirata per lo più al lavoro di Ferrera (1996b). Si tratta di una categoria importante per ragioni analitiche. In Europa i suoi esempi più eclatanti

si trovano nell'area mediterranea: il caso più rilevante è quello dell'Italia (vorrei anche aggiungere a questa famiglia il caso della Repubblica Irlandese, che viene solitamente classificata nella stessa famiglia del Regno Unito). La rilevanza analitica della famiglia dovrebbe essere chiara. Le classificazioni convenzionali dei sistemi sanitari inseriscono i sistemi mediterranei (pur con alcune specificazioni) assieme al Regno Unito e ai paesi scandinavi, nei sistemi a «Servizio sanitario nazionale», dato che il sistema di classificazione utilizzato si basa sulle modalità di finanziamento indiretto. Certo però questi sistemi non possono essere classificati nella categoria del «comando e controllo». I loro sistemi di offerta sanitaria, infatti, riflettono ancora istituzioni e pratiche formatesi prima dell'istituzione del finanziamento nazionale della sanità; le istituzioni sanitarie e le pratiche mediche sono sotto il controllo sostanziale degli imprenditori privati; e la capacità statale di controllare (o anche solo di monitorare) la diffusione delle tecnologie è scarsa. Soprattutto, queste istituzioni sanitarie sono radicate all'interno di sistemi politici in cui i partiti clientelari sono responsabili dei risultati delle politiche pubbliche, degli impegni finanziari, delle pratiche occupazionali.

#### Tornando allo stato (sociale)

Che c'entra tutto questo con lo stato sociale? Alcune analogie con il dibattito più allargato sulla condizione generale dei welfare state sono piuttosto evidenti.

In primo luogo, le «famiglie» qui individuate assomigliano piuttosto chiaramente ad alcune delle «famiglie» più generali di

welfare state identificate dalla letteratura sullo stato sociale, anche se la mia classificazione di alcuni stati si discosta da quella proposta dalla letteratura più generale (un esempio evidente è il caso del Regno Unito). Dico di più: non si tratta soltanto di una congruenza fra la conformazione degli stati «della sanità» e quella degli stati «sociali», ma anche di un certo grado di congruenza fra le modalità di governo nelle tre arene individuate da questo articolo, benché la direzione della causalità che spiega tale congruenza sia diversa a seconda del cammino storico percorso da ciascun paese: così, gli Stati Uniti hanno il proprio caratteristico regime di consumo sanitario a causa del potere detenuto fin dall'inizio dagli interessi che hanno dominato il governo dell'offerta e il governo delle tecnologie mediche, mentre il Regno Unito con tutta probabilità ha le attuali modalità di governo dell'offerta e delle tecnologie mediche proprio perché ha istituito, nel 1948, la modalità del comando e controllo nel governo del consumo sanitario.

In secondo luogo, è ovvio che buona parte dei cambiamenti economici e sociali al centro dell'attuale dibattito sulle pressioni e sulle tensioni che colpiscono i welfare state sono presenti anche nelle arene della sanità. Nessuna area di *policy* è stata così dominata dal tentativo di contenere i costi a partire dalla fine del lungo boom. Le implicazioni in termini di produttività del passaggio a una struttura occupazionale dominata dai servizi, con tutti gli effetti sui prezzi relativi che ciò ha comportato, si fanno sentire particolarmente in un settore che produce servizi ad alta intensità di lavoro. La crescente importanza delle malattie croniche crea seri problemi di risorse, e

rappresenta tipicamente la crescita più generale dei problemi legati alle «situazioni di vita» di cui parla Alber. E il ben noto cambiamento demografico delle nazioni industriali più avanzate comporta che le istituzioni sanitarie dovranno vedersela sempre più con il problema finale delle «situazioni di vita»: la morte. Buona parte dei servizi sanitari hanno a che fare con l'assistenza continuativa agli anziani, e devono gestire l'esperienza della morte. La maggior parte di noi morirà in una istituzione dello stato della sanità. Negli Stati Uniti l'80 per cento di tutte le morti avviene all'interno di strutture sanitarie; e questo dato non può essere molto distante da quello del resto del mondo industriale avanzato (Kass 1993, 43).

Quando iniziamo a riflettere su alcune caratteristiche contestuali, individuate all'inizio di questo articolo, che stanno creando problemi al welfare state, ci rendiamo conto che l'esperienza della sanità inizia ad apparire particolarmente significativa. Ho voluto insistere sul fatto che non dovremmo identificare le politiche sanitarie con il governo del consumo sanitario, per quanto questo possa essere importante, poiché c'è un altro processo, ugualmente importante, che è possibile definire come produzione industriale dei servizi sanitari. In questo articolo tale processo è stato interpretato come ciò che viene prodotto dal sistema di innovazione delle tecnologie mediche (ho inoltre considerato brevemente alcuni altri aspetti della produzione di servizi sanitari). Il sistema di innovazione che sta al centro delle industrie delle tecnologie mediche è anche alla base di buona parte dei problemi finanziari della sanità – e quindi, per implicazione, del più ampio welfare state. Se questo si-

stema di innovazione potesse essere arrestato, scomparirebbe una fonte fondamentale di pressione sulla domanda sanitaria. Ma ipotizzare questa possibilità è del tutto irrealistico<sup>2</sup>. Il sistema di innovazione delle tecnologie mediche è poi al centro di alcuni dei settori più importanti delle economie industriali avanzate – i settori della chimica, della microelettronica e dei sistemi di ingegneria; arrestarlo significherebbe distruggere buona parte delle economie industriali moderne, un'eventualità – ripeto – inconcepibile. Il forte squilibrio nella distribuzione mondiale della produzione di tecnologie comporta il fatto che ci sia soltanto un paese – gli Stati Uniti – in grado di frenare seriamente il sistema di innovazione, ma questo paese, per le ragioni già illustrate in precedenza, è l'ultimo che cercherebbe di farlo.

L'importanza del sistema di produzione sanitaria fa della sanità un soggetto sia attivo che passivo di alcuni processi contestuali fondamentali di cui si è detto più sopra, come la globalizzazione e l'europeizzazione. Questo non solo perché le industrie dei servizi sanitari contribuiscono alle forze strutturali che spingono il cambiamento economico. C'è anche un impatto a livello del processo decisionale formale e a livello delle istituzioni. L'esempio migliore è costituito dal settore dei prodotti farmaceutici, in cui è stato creato un sistema di rappresentazione degli interessi su scala europea, un embrione di stato regolatorio di livello europeo (che ruota attorno alla European Medicines Evaluation Agency, fondata nel 1995), un primo accenno di stato europeo organizzato at-

torno alla partecipazione della Commissione alla diplomazia internazionale sul commercio di prodotti farmaceutici (su questo argomento vedi Vogel 1998).

Si può essere estremamente pessimisti su ciò che questi sviluppi implicano per il mantenimento di quel tipo di regimi di consumo sanitario che si sono sviluppati in Europa durante la cosiddetta «età dell'oro». Gli interessi che si stanno configurando nel settore sanitario a livello europeo sono, in misura preponderante, interessi dei produttori, in particolare nell'industria farmaceutica. Il governo del Regno Unito è riuscito ad ottenere che la European Medicines Evaluation Agency venisse istituita a Londra, nella speranza che ciò spingesse l'industria a situare i propri stabilimenti di ricerca e sviluppo nei pressi della sede dell'agenzia. Se si aggiunge la presenza di una sorta di stato europeo in embrione, che vuol rappresentare gli interessi dei produttori europei sui mercati globali, possiamo intravedere l'inizio di un ordine regolativo nettamente sbilanciato a favore di una «cultura dell'offerta». Per confermare questa interpretazione pessimistica possiamo citare due altri sviluppi, attualmente poco indagati dalla ricerca. Il primo è l'emergenza di una serie di multinazionali nel settore dei servizi sanitari, in particolare una serie di catene ospedaliere americane – che rappresentano, potenzialmente, gli interessi di una importante lobby industriale. Il secondo sviluppo riguarda la creazione di una serie di *networks* che riuniscono vari attori all'interno di agenzie statali, istituti di *policy analysis* e divisioni sanitarie di grosse

<sup>2</sup> Questo non significa negare la possibilità di controllare il sistema finanziando una serie di meccanismi di verifica delle tecnologie mediche.

imprese multinazionali di consulenza, *networks* che elaborano pacchetti di riforme da applicare ai paesi avanzati. Circa questo tipo di attività finora disponiamo soltanto di ricerche aneddotiche, ma nel Regno Unito, per esempio, so che sono stati fatti notevoli sforzi per vendere consulenze di esperti in riforme di mercato amministrato sia nei paesi dell'America Latina sia in quelli dell'Europa dell'Est<sup>3</sup>.

Contro queste pressioni, che rischiano di imprimere una svolta a favore dei produttori nel settore delle politiche sanitarie, si possono ipotizzare alcune possibilità più positive. Nel campo delle tecnologie mediche c'è uno stato regolatorio europeo in embrione, che non è per forza destinato ad essere dominato dai produttori. Dalla storia dello stato regolatorio americano

possiamo dedurre che le agenzie possono anche «maturare»: possono cioè andare al di là dei loro mandati iniziali; possono acquisire una cultura istituzionale autonoma e distinta da quella delle industrie interessate; possono diventare centri di studio ed esperienza che producono una regolazione indipendente dalle industrie; possono insomma diventare agenzie che hanno qualche possibilità di esercitare un controllo ispirato al più generale interesse pubblico. Le storie di agenzie regolative così diverse come la Food and Drug Administration e la Exchange Commission dimostrano che vi sono possibilità che ciò accada. Certo, non possiamo ancora sapere se una trasfigurazione di questo tipo sia possibile anche a livello di Unione Europea<sup>4</sup>.

#### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Abel, R. (1989), *Between Market and State: The Legal Profession in Turmoil*, «Modern Law Review», pp. 285-325
- Adnett, N. (1995), *Social Dumping and European Economic Integration*, «Journal of European Social Policy», pp. 1-12
- Alber, J. (1995), *A Framework for the Comparative Study of Social Services*, «Journal of European Social Policy», pp. 131-149
- Brown, E. (1979), *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in America*, University of California Press
- Cooper, P. e Schone, B. (1997), *More Offers, Fewer Takers for Employment-based Health Insurance: 1987 and 1996*, «Health Affairs», pp. 142-149
- Esping-Andersen, G. (1996), *After the Golden Age? Welfare State Dilemmas in a Global Economy*, nel suo *Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies*, Sage, pp. 1-31

<sup>3</sup> Non tutte queste consulenze mirate producono dei risultati, purtroppo. Dopo ampie considerazioni, un team di consulenti inglesi è giunto alla conclusione che le prospettive migliori si trovavano in «Indonesia, il paese delle opportunità», poco prima che il paese diventasse il maggiore focolaio della crisi economica che ha colpito il Sud-Est asiatico.

<sup>4</sup> Come dimostra questa frase conclusiva, il titolo dell'articolo è, in senso stretto, scorretto dal punto di vista dottrinale: per poter avere una trasfigurazione, è prima necessario morire.

- Ferrera, M. (1996a), *A New Social Contract? The Four Social Europes: Between Universalism and Selectivity*, EUI Working Paper, RSC 96/36
- (1996b), *The «Southern Model» of Welfare in Social Europe*, «Journal of European Social Policy», pp. 17-37
- (1997), *Welfare State Reform as an Institutional Challenge*, mimeo, paper presentato al workshop su «Political theory and social policy», Parigi, 16-18 maggio
- Foote, S. (1992), *Managing the Medical Arms Race: Public Policy and Medical Device Innovation*, University of California Press
- Held, H. (1988), *Medical Technology in the Federal Republic of Germany*, in B. Stocking (a cura di), *Expensive Medical Technologies*, Oxford University Press, pp. 116-121
- Henderson, L. (1935), *The Physician and Patient as Social System*, «New England Journal of Medicine», pp. 819-823
- Hinrichs, K. (1995), *The Impact of German Health Insurance Reforms on Redistribution and the Culture of Solidarity*, «Journal of Health Politics, Policy and Law», pp. 653-687
- Jacobs, L. (1995), *Politics of America's Supply State: Health Reform and Technology*, «Health Affairs», pp. 143-157
- Kass, L. (1993), *Is There a Right to Die?*, «Hastings Center Report», pp. 34-43
- Kirchberger, S. (1995), *Health Care Technology in the Federal Republic of Germany*, «Health Policy», pp. 163-205
- Klein, R. (1990), *The State and the Profession: The Politics of the Double Bed*, «British Medical Journal», pp. 700-702
- Levit, K. et al. (1998), *National Health Spending Trends in 1996*, «Health Affairs», pp. 35-51
- Lindblom, C. E. (1977), *Politics and Markets: The World's Political-economic Systems*, Basic Books; trad. it. *Politica e mercato. I sistemi politico-economici mondiali*, Milano, Etas libri, 1979
- Lotz, P. (1993), *Demand as a Driving Force in Medical Innovation*, «International Journal of Technology Assessment in Health Care», pp. 174-188
- Marshall, T. H. (1973), *Citizenship and Social Class*, nel suo *Class, Citizenship and Social Development*, Greenwood Press, pp. 67-122 [The (Alfred) Marshall Lectures del 1949]; trad. it. *Cittadinanza e classe sociale*, Torino, Utet, 1963
- Merrill, R. (1994), *Regulation of Drugs and Devices: An Evolution*, «Health Affairs», pp. 47-49
- Moran, M. (1988), *Crises of the Welfare State*, «British Journal of Political Science», pp. 397-414
- Morone, J. (1990), *The Democratic Wish: Popular Participation and the Limits of American Government*, Basic Books
- Müller, J. e Schneider, W. (1998), *Entwicklung der Mitgliederzahlen, Beitragssätze, Versichertenstrukturen und RSA-Transfers in Zeiten des Kassenwettbewerbs*, «Arbeit und Sozialpolitik», pp. 10-32
- Pierson, P. (1998), *Irresistible Forces, Immovable Objects: Post-industrial Welfare States Confront Permanent Austerity*, «Journal of European Public Policy», pp. 539-560
- Reiser, S. (1978), *Medicine and the Reign of Technology*, Cambridge University Press
- Rhodes, M. (1995), *Subversive Liberalism: Market Integration, Globalization and the European Welfare State*, «Journal of European Public Policy», pp. 384-406
- (1996), *Globalization and West European Welfare States: A Critical Review of Recent Debates*, «Journal of European Social Policy», pp. 305-327
- Saltman, R. e von Otter, C. (1992), *Planned Markets and Public Competition: Strategic Reform in Northern European Health Systems*, Open University Press

- Scharpf, F. (1997), *Economic Integration, Democracy and the Welfare State*, «**Journal of European Public Policy**», pp. 18-36
- Schicke, R. (1988), *Trends in the Diffusion of Selected Medical Technology in the Federal Republic of Germany*, «**International Journal of Technology Assessment in Health Care**», pp. 395-405
- Schulenberg, Graf von der, J.-M. (1997), *Economic Evaluation of Medical Technologies: From Theory to Practice – The German Perspective*, «**Social Science and Medicine**», pp. 621-633
- Starr, P. (1982), *The Social Transformation of American Medicine*, **Basic Books**
- Strickland, S. (1972), *Politics, Science and Dread Disease: A Short History of United States Medical Policy*, **Harvard University Press**
- Teague, P. (1998), *Monetary Union and Social Europe*, «**Journal of European Social Policy**», pp. 117-137
- Trajtenberg, M. (1990), *Economic Analysis of Product Innovation: The Case of CT Scanner*, **Harvard University Press**
- Vogel, D. (1998), *The Globalization of Pharmaceutical Regulation*, «**Governance**», pp. 1-22
- Weisbrod, B. (1991), *The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment*, «**Journal of Economic Literature**», pp. 523-552
- Wood, B. (1999), *Patient Power? Patients' Associations and Health Care in Britain and America*, **Open University Press**