

Come funziona la sanità americana

di Grace-Marie Turner

Negli Stati Uniti, il sistema sanitario è assai diverso rispetto al resto dei Paesi sviluppati, ed esso è necessariamente vario per rispondere ai molteplici, diversi bisogni e domande di un Paese con 300 milioni di abitanti. Tale modello è un misto di programmi del settore pubblico e privato. Ma il settore della salute, negli Stati Uniti, è spesso criticato - sia all'interno del Paese sia all'estero - per l'alto numero di persone senza assicurazione. Questo perché negli USA non abbiamo un sistema sanitario nazionale coercitivo, a differenza che in tutti gli altri Paesi sviluppati.

In ogni caso, il fatto che il settore sanitario statunitense non sia centralizzato permette che esso sia più permeabile all'innovazione, sia per quanto concerne l'assicurazione sanitaria sia per quanto riguarda la possibilità di introdurre nuovi trattamenti medici. In questo senso è possibile, come conseguenza, trarne delle lezioni su come tutti noi possiamo utilizzare la sanità e la tecnologia per favorire il bene comune.

Vorrei cominciare con il presentare un profilo del nostro sistema sanitario, includendo una breve panoramica sul suo complesso miscuglio di finanziamento pubblico e privato, come pure una discussione circa la popolazione non assicurata. Vorrei, inoltre, valorizzare gli sforzi della nostra sanità, in particolare la sua innovazione e la sua potenzialità che dirige la via offrendo nuove soluzioni per fornire cure mediche di qualità e tutelare il controllo personale sulle decisioni relative alla cura sanitaria.

Il sistema sanitario americano oggi

Negli Stati Uniti la spesa sanitaria è quasi equamente bipartita tra il settore pubblico e quello privato. Nel 2006 la spesa sanitaria americana ha totalizzato 2.100 miliardi di dollari, ovvero il 16% del prodotto interno lordo. Del totale il 46%, ossia più di 992 miliardi di dollari, è stato speso per programmi pubblici, e più di mille miliardi di dollari, ossia il 54%, per la spesa privata.¹ Entrambi i settori subiscono forti pressioni verso il cambiamento.

Questo saggio fornirà una panoramica dei due ambiti per come sono oggi, e della popolazione che ne fruisce, studierà le sfide che sono chiamati ad affrontare ed identificherà le opzioni possibili per un cambiamento di rotta indirizzata verso una ottimizzazione della pressione finanziaria, pur soddisfacendo la

1: Centers for Medicare and Medicaid Services, Office of the Actuary, *National Health Expenditure Projections, 2006-2016*. Disponibile sul sito: <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/proj2006.pdf>.

Grace-Marie Turner è presidente del Galen Institute, istituto di ricerche di politiche pubbliche che ha fondato nel 1995 al fine di favorire un dibattito maggiormente informato sull'applicazione delle idee del libero mercato alla riforma della sanità. Grace-Marie ha fondato e svolge un ruolo importante nel Health Policy Consensus Group, un forum in cui gli studiosi dei think tank liberisti di tutti gli Stati Uniti possono trovarsi per analizzare e sviluppare proposte di politiche sanitarie. Grace-Marie, inoltre, dirige Empowering Health Care Consumers through Tax Reform, pubblicata dalla University of Michigan Press.

Tara Persico, Ricercatrice del Galen Institute ha partecipato alla redazione del presente testo.

domanda dei consumatori e del personale medico e offrendo, al contempo, una maggiore scelta ed un adeguato controllo.

Panoramica

Il sistema sanitario americano è un complesso mosaico che comprende ospedali che fanno profitti oppure non profit, ospedali di proprietà del governo e ospedali da esso gestiti, un insieme di piani sanitari pubblici e privati, uffici di medici privati e cliniche pubbliche, centri sanitari comunitari a finanziamento pubblico, centri di carità gestiti localmente e cure fornite attraverso organizzazioni filantropiche private.

Negli Stati Uniti le risorse per il finanziamento delle cure sanitarie sono molteplici. Gli introiti detratti delle tasse costituiscono la maggior parte dei finanziamenti per i programmi pubblici, con una divisione dei costi richiesta, in taluni casi, dal destinatario dei benefici. La maggior parte dei beneficiari di assicurazioni sanitarie private riceve copertura attraverso il posto di lavoro che occupa, con una condivisione di pagamento dei premi tra il datore di lavoro e il dipendente. Anche organizzazioni filantropiche, chiese e centri di carità compresi, finanziano ospedali, cliniche e altri centri di cura.

Le iniziative del settore pubblico

Negli Stati Uniti due sono i principali programmi di cura sanitaria sostenuti dai contribuenti: Medicare e Medicaid, entrambi istituiti dal Congresso nel 1965. Medicare è il programma sanitario del governo federale a beneficio dei cittadini al di sopra dei 65 anni e dei disabili di tutte le età. Medicaid è un programma federale-statale rivolto prima di tutto a finanziare le cure per la classe povera. Insieme Medicare and Medicaid forniscono cure mediche a più di 107 milioni di americani.

Il programma pubblico di più recente conio è il programma di assicurazione sanitaria statale dei bambini, che provvede alla copertura sanitaria per più di sei milioni di bambini in famiglie ove i genitori guadagnano troppo per essere inclusi all'interno del programma Medicaid ma tuttavia non possono permettersi una assicurazione privata.²Inoltre, vi sono molti altri programmi federali che beneficiano una popolazione più specifica, per esempio i veterani di guerra o i nativi americani, e molti programmi attivi a livello dei singoli stati o a livello locale, fra i quali più di mille "community center" che offrono cure gratis o a basso costo.

Una panoramica su Medicare

Nel 2005 ci sono stati circa 43 milioni di beneficiari del programma Medicare, ovvero più di 35,6 milioni anziani e 6,7 milioni disabili.³ Nel 2006 per Medicare si stimava una spesa pari a 417,6 miliardi di dollari da pagare attraverso la tassazione dei lavoratori, con i contributi premio dei beneficiari ed entrate generiche.⁴

2: The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, "State Children's Health Insurance Program (SCHIP) at a Glance," gennaio 2007, disponibile sul sito: <http://www.kff.org/medicaid/upload/7610.pdf>.

3: Centers for Medicare and Medicaid Services, *Medicare State Enrollment*, disponibile sul sito: <http://www.cms.hhs.gov/MedicareEnrpts/>.

4: Centers for Medicare and Medicaid Services, Office of the Actuary, *National Health Expenditure Projections, 2006-2016*, disponibile sul sito: <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/proj2006.pdf>.

Di fatto, oltre a tutti gli anziani, anche alcuni disabili sono qualificati come beneficiari della copertura Medicare. Se una persona ha meno di 65 anni ma soffre di una disabilità e ha ricevuto sostegno per tale ragione dalla sicurezza sociale per almeno due anni, può anche ricorrere a Medicare.

I beneficiari di Medicare hanno titolo per ricevere cure attraverso gli stessi ospedali privati e pubblici che servono il pubblico nel suo complesso, ma dottori, ospedali, ed altri fornitori vengono pagati a prezzi determinati dal governo, in base ad un complesso formulario governativo.

Una panoramica su Medicaid

Medicaid è il programma deputato all'assistenza dei poveri ed è istituito dal governo federale in collaborazione con i governi statali. Gli Stati beneficiano di una certa flessibilità, per i rispettivi programmi Medicaid. Nel 2005 più di 45 milioni di persone hanno ricevuto cure attraverso il programma Medicaid,⁵ con costi che si stima raggiungono 313 miliardi di dollari, tra fondi federali e pagamenti statali.⁶ I costi del programma sono finanziati pressoché esclusivamente attraverso fondi federali, statali e locali.

Ai beneficiari del programma Medicaid spettano cure mediche attraverso gli stessi ospedali pubblici e privati a cui si rivolge il resto della popolazione. Tuttavia l'accesso a medici privati potrebbe essere limitato a causa dei modesti onorari previsti dal programma Medicaid.

I leader politici votano sistematicamente a favore di un aumento del numero dei beneficiari del programma Medicaid. Ma, per evitare che i costi crescano a dismisura, gli Stati hanno introdotto vincoli sempre più restrittivi per l'avvio dei pagamenti Medicaid a medici ed ospedali. Per esempio, il rimborso medio previsto dal programma per una visita in uno studio medico in uno stato è di 20 dollari⁷ mentre un'assicurazione privata, per la medesima visita medica, potrebbe pagare dai 50 ai 70 dollari.

A causa di questa politica che prevede modesti rimborsi, i beneficiari Medicaid spesso non trovano medici privati disposti a visitarli e sono quindi costretti a ripiegare sul pronto soccorso degli ospedali, i quali, per legge, sono tenuti a fornire loro cure mediche.

Le assicurazioni sanitarie private

Nel 2006 più del 67% degli americani, circa 201 milioni di persone, era coperta da assicurazioni sanitarie private. La maggior parte degli americani riceve tale copertura attraverso il proprio posto di lavoro – il 60%, ovvero 177 milioni.⁸ Ad essi bisogna

5: Centers for Medicare and Medicaid Services, *2005 Medicaid Managed Care Programs and Enrollment as of June 30, 2005*. Disponibile sul sito: <http://www.cms.hhs.gov/MedicaidDataSourcesGenInfo/Downloads/mmcer05.pdf>.

6: Centers for Medicare and Medicaid Services, Office of the Actuary, *National Health Expenditure Projections 2006-2016*, Forecast Summary and Selected Tables. Disponibile sul sito: <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/proj2006.pdf>.

7: Annette B. Ramirez de Arellano, DrPH e Sidney M. Wolfe, MD, "Unsettling Scores: A Ranking of State Medicaid Programs," *Public Citizen Health Research Group*, aprile 2007, disponibile sul sito: <http://www2.citizen.org/hrg/medicaid/assets/reports/2007UnsettlingScores.pdf>.

8: US Census Bureau. Table 5: Coverage by Type of Health Insurance 2004 and 2005 (come pubblicato originariamente a raffronto con i dati riveduti). Marzo 2007. Disponibile sul sito: <http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/usernote/table5usernote.xls>.

sommare altri 27 milioni di persone che acquistano assicurazioni sanitarie di propria iniziativa.

Le possibilità di copertura assicurativa variano notevolmente. I datori di lavoro di solito negoziano i piani assicurativi che vengono offerti ai loro impiegati, e talora, ma non sempre, questi ultimi possono scegliere fra diverse opzioni. Alcune polizze sono in grado di coprire qualsiasi spesa sanitaria ma con costi mensili ovviamente elevati. Il premio annuale medio per un'assicurazione legata al posto di lavoro, per una famiglia, è di più di 12.000 dollari. E' anche possibile scegliere una polizza maggiormente deducibile, con premi inferiori, pagando poi di tasca propria per i servizi di routine.

Gli *Health Service Accounts* (Conti per il Servizio Sanitario) sono stati istituiti nel 3 per consentire alla gente di finanziare in modo diverso le proprie cure. I possessori di un HSA possono accantonare denaro, dedotto dalle tasse, per pagare le proprie spese sanitarie di routine. Essi comprano assicurazioni facilmente deducibili per coprire le principali spese mediche. Infatti sono in molti a ritenere che i premi per le coperture assicurative di questo tipo sono più bassi di quelli previsti per le assicurazioni sanitarie tradizionali e che, pertanto, è opportuno affidare il proprio denaro agli Health Service Accounts per pagare spese mediche correnti e future.

Inoltre, i datori di lavoro stanno creando una serie di programmi sanitari innovativi per far sì che i consumatori stessi siano coinvolti nell'amministrazione delle loro cure mediche.

I nuovi mezzi d'informazione, una maggiore trasparenza dei prezzi, i miglioramenti della qualità e la gestione delle cure croniche sono tutti strumenti usati dalle compagnie private per mantenere i prezzi bassi, la qualità alta e per aumentare il valore dell'offerta sanitaria.

Gli americani attribuiscono un grande valore al fatto che le assicurazioni sanitarie private garantiscano largo accesso a medici e fornitori, ma molti vorrebbero avere più scelta tra le coperture assicurative nonché assicurazioni sanitarie più flessibili. Tuttavia, affinché ciò sia possibile, è necessario intervenire sul sistema di tassazione federale.

I non assicurati

Si stima che nel 2006 circa 47 milioni gli americani non fossero coperti da assicurazione medica.⁹ Mentre i numeri cambiano, il profilo dei non assicurati è piuttosto costante.

Secondo i dati del Census Bureau americano, i non assicurati sono primariamente: (1) esponenti di minoranze etniche, soprattutto ispanici; (2) americani che hanno un reddito basso e medio-basso; (3) giovani adulti fra i 18 e i 24 anni.¹⁰ I dati riscontrano inoltre che i non assicurati sono con alto grado di probabilità membri di famiglie con un reddito annuale inferiore ai 25.000 dollari¹¹ e dipendenti di piccole imprese.

9: US Census Bureau, "Census Bureau Revises 2004 and 2005 Health Insurance Coverage Estimates." 23 marzo 2007. Disponibile sul sito: http://www.census.gov/Press-Release/www/releases/archives/health_care_insurance/009789.html.

10: U.S. Census Bureau, "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2006," at <http://www.census.gov/prod/2007pubs/p60-233.pdf>.

11: U.S. Census Bureau, Health Insurance Coverage: 2006, Table H101. Health Insurance Coverage Status and Type of Coverage by Selected Characteristics: 2006 (All Races), at http://pubdb3.census.gov/macro/032007/health/h01_001.htm.

La probabilità che qualcuno abbia un'assicurazione medica è dunque assai legata al reddito, allo status lavorativo (part time o full time), e al fatto che il datore di lavoro fornisca o meno tale assicurazione.

Alcuni dei non assicurati sono persone che sono “tra un lavoro e l'altro”, e l'assicurazione è così strettamente legata al posto di lavoro negli Stati Uniti, che le transizioni fra un lavoro e l'altro significa che tali persone e le loro famiglie possono ritrovarsi per alcuni periodi senza copertura. La società americana è particolarmente mobile. Nel 2005, di fatto, 55 milioni di lavoratori hanno cambiato il loro status lavorativo. Il 45% dei cittadini non assicurati sono stati senza copertura per sei mesi o meno:¹² un indicatore che dimostra quanto il cambio di lavoro sia alla base della mancanza di copertura assicurativa. Permettere la portabilità dell'assicurazione medica, consentendo ai singoli di portare con sé la propria polizza da un posto di lavoro all'altro, farebbe tantissimo per risolvere il problema del vasto numero di americani non assicurati.

La rete di sicurezza

Mentre agli Stati Uniti viene spesso posta la critica di avere un grande numero di non assicurati, ma non sempre viene detto che, nonostante i milioni di americani sprovvisti di assicurazione sanitaria, in caso di necessità sono pochi i malati o i feriti a cui viene negato l'accesso alle strutture ospedaliere.

L'Emergency Medical Treatment e l'Active Labor Act, emanati nel 1986 come parte del Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, stabiliscono che qualsiasi ospedale degli Stati Uniti che accetta beneficiari Medicare e Medicaid è legalmente vincolato a fornire cure sanitarie a qualunque paziente che si presenti con un problema medico, che sia o meno in grado di pagare le spese per i trattamenti sanitari.

I non assicurati sono protetti da una rete di sicurezza ufficiale e da una non ufficiale e ricevono cure mediche attraverso:

- ➔ Pronto soccorso e altre strutture ospedaliere finanziate con fondi statali
- ➔ Programmi sanitari a collaborazione pubblica e privata, incluse cliniche ad accesso libero e centri sanitari comunitari
- ➔ Pagamenti diretti a medici ed ospedali a tariffe ridotte
- ➔ Cure fornite da cliniche operanti in farmacie e altre strutture

Non essere assicurati non significa assolutamente essere privati di cure mediche.

Di fatto, chiunque può ricevere cure in casi d'emergenza presso un ospedale o pagare direttamente per ricevere assistenza presso lo studio di un medico o di un'istituzione sanitaria, anche se sprovvisti di assicurazione medica. Tuttavia i non assicurati spesso sono sottoposti ad una attesa e subordinazione rispetto agli assicurati, tale per cui la loro malattia può raggiungere uno stadio più avanzato. Spesso, inoltre, i non assicurati subiscono lo stress psicologico derivante dalla paura di ammalarsi o di avere un incidente, o che ciò capiti a qualcuno della loro famiglia, e che le spese mediche relative possano mandare in bancarotta la famiglia. Vi è dunque una chiara necessità di cambiamenti nelle politiche, per risolvere questo problema, e il dibattito circa le soluzioni occuperà un ruolo importante nelle prossime elezioni presidenziali.

¹² U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, “2006 Job Openings and Labor Turnover.” Dicembre 2006. Disponibile sul sito: http://www.bls.gov/schedule/archives/jolts_nr.htm#2006. I dati contenuti in questo rapporto sono stati analizzati da Robert M. Kimmitt per il Washington Post. “Why Job Churn is Good,” *The Washington Post*, 23 gennaio 2007. Disponibile sul sito: http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/01/22/AR2007012201089_pf.html.

Le sfide al sistema sanitario americano

Quattro sono i principali problemi del settore sanitario:

- 1) il grande numero degli americani non assicurati, di cui sopra,
- 2) il costo sempre in crescita delle assicurazioni e delle cure sanitarie,
- 3) il rapporto tra la domanda di tecnologie mediche all'avanguardia e i costi,
- 4) la macchinosità delle procedure e gli ostacoli burocratici.

1) Il grande numero dei non assicurati non è solo un problema che riguardi tali individui e le loro famiglie non coperte da assicurazione sanitaria, ma costituisce un problema per la società intera. Quelli che non hanno accesso a trattamenti medici tempestivi spesso attendono, prima di rivolgersi o sottoporsi alle cure mediche, sino a quando la malattia raggiunge una fase acuta. Non solo il costo del trattamento è generalmente elevato, ma esso, attraverso tutta la serie di ospedali e medici, è anche a carico del contribuente. Cosa assai più importante, il malato, non essendo sottoposto ai dovuti trattamenti, potrebbe andare incontro, a lungo termine, a gravi conseguenze.

2) Le pressioni per un'ottimizzazione della gestione dei costi sono estremamente forti, sia nei programmi sanitari privati che in quelli pubblici. Nel 2006 si stimava un aumento dei costi dei programmi sanitari privati pari a circa il 6%.¹³ I costi dei programmi pubblici, specialmente Medicaid, assorbono quasi metà dei bilanci degli stati,¹⁴ con il rischio di un aumento delle tasse o di una riduzione degli investimenti a vantaggio di altri scopi.

3) La domanda di nuove tecnologie e dei trattamenti farmaceutici di ultima generazione è in crescita e i consumatori potrebbero imbattersi in barriere burocratiche consistenti che limitano l'accesso alle cure mediche che desiderano e di cui hanno bisogno per loro e per le loro famiglie. Più la tecnologia avanza, maggiori divengono le tecniche chirurgiche, più strumenti di diagnosi e nuovi farmaci miracolosi vengono scoperti, sviluppati e introdotti, più la pressione diventa forte.

4) Infermieri, medici, ospedali e altri fornitori sono ostacolati da procedure macchinose e regolamenti complessi, sia per i programmi pubblici che per quelli privati. Questo è chiaramente il risultato di un sistema di pagamento in cui è una "terza parte" a pagare il conto per i trattamenti sanitari.¹⁵

Alla ricerca di soluzioni

La ricerca di soluzioni ai problemi che affliggono il sistema sanitario degli U.S.A. ha generato anni di dibattiti nazionali.

Molti esperti della politica sanitaria ritengono che un ammodernamento del sistema di finanziamento delle cure mediche sia il primo passo per lo sviluppo di un sistema più equilibrato che permetta l'accesso a milioni di americani in più a trattamenti medici.

13: The Kaiser Family Foundation and the Health Research and Educational Trust *Employer Health Benefits 2006 Annual Survey*, disponibile sul sito: <http://www.kff.org/insurance/7527/index.cfm>.

14: The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, *The Role of Medicaid in State Budgets*, Ottobre 2001. Washington, D.C.

15: Robert Waller, M.D., testimonianza al National Bipartisan Commission on the Future of Medicare, 10 agosto 1998. Trascrizione disponibile sul sito: <http://medicare.commission.gov/medicare/trans81098.html>.

L'Health Policy Consensus Group, composto da esperti provenienti da numerosi think tanks e da istituzioni accademiche, ha sviluppato un nuovo approccio al problema.¹⁶

Essi ritengono che:

- i. Ogni americano dovrebbe essere in grado di ottenere cure mediche e, per raggiungere tal scopo, è decisivo riformare il sistema tassativo previsto per le assicurazioni sanitarie.
- ii. Il Congresso potrebbe cominciare fornendo una nuova serie di incentivi per le persone sprovviste di assicurazioni sanitarie. Tali incentivi dovrebbero essere appositamente strutturati per dare a tutti l'opportunità di acquistare una copertura sanitaria in maniera autonoma su un mercato libero e competitivo.
- iii. Vi sia la necessità di fornire crediti o altri incentivi fissi paragonabili, espressamente determinati a norma di legge, per aiutare le persone ad ottenere copertura sanitaria.
- iv. Milioni di americani che non hanno i requisiti per usufruire degli attuali sussidi potrebbero ricevere aiuto per l'acquisto di assicurazioni sanitarie, e tale assistenza dovrebbe essere indirizzata verso coloro che più avrebbero necessità, una volta attuate le necessarie riforme di mercato.

Opzioni e iniziative per il cambiamento

È essenziale che gli Stati Uniti entrino in una nuova era della copertura sanitaria, non solo per risolvere i problemi insiti in quest'ultima quanto anche per includere milioni di persone nel sistema assicurativo e per dimostrare che il libero mercato può creare un sistema sanitario in grado di rispondere alle pressioni e alle esigenze del XXI secolo.

Gli Stati Uniti sono conosciuti nel mondo per la qualità dei servizi che essi offrono, incluso un sempre migliore accesso alle ultime tecnologie.

Una delle principali ragioni che spiegano il continuo progresso della medicina negli U.S.A. sta nel sistema di ricompensa ed incentivi legati alla ricerca e nella forte protezione brevettuale

Un mercato così competitivo impone ai fornitori di cure mediche e agli enti assicurativi sanitari di mantenere il passo con il progresso tecnologico per rimanere competitivi. Per esempio, per conservare i clienti le compagnie assicurative private devono garantire l'accesso alle nuove tecnologie, ma devono fare attenzione a non superare il limite, pena essere tagliati fuori dal mercato. Quando una nuova tecnologia, come per esempio la chirurgia artroscopica, è ideata, esse viene subito adottata. Mentre le apparecchiature e il chirurgo possono essere più costose, quasi sempre l'intervento può essere fatto in un centro chirurgico ambulatoriale, rendendo la procedura chirurgica più semplice per il paziente e risparmiando i costi dell'ospedalizzazione – pagatori e pazienti ne escono entrambi vincitori.

Questi incentivi, che portano innovazione e cambiamento nel settore privato, contribuiscono anche alla crescita della ricerca nel settore farmaceutico. Il 98% di tutti i programmi sanitari fornisce copertura per medicinali ad uso esterno poiché i piani sanitari riconoscono il valore essenziale di tali medicinali.¹⁷ Se un paziente, assumendo medicine per il valore di 500 dollari, può evitare un intervento chirurgico del valore di

16: Health Policy Consensus Group, *A Vision for Consumer-Driven Health Care Reform*, (Galen Institute: 1999. Alexandria, VA).

17: The Kaiser Family Foundation and the Health Research and Educational Trust, *Employer Health Benefits Annual Survey. 2001*.

28.000 dollari, per quale ragione un programma sanitario non dovrebbe incentivare, pagando, l'utilizzo dei farmaci? Praticamente tutti lo farebbero.

Questi incentivi economici per l'innovazione hanno portato le industrie farmaceutiche americane rivolte alla ricerca a diventare leader nel mondo per quanto concerne lo sviluppo di nuovi trattamenti. Nel 2003 il 53% dei nuovi medicinali è stato sviluppato negli Stati Uniti, cioè più che in Francia, Germania, Giappone e Australia messe insieme (47%).¹⁸

Soluzioni innovative per il XXI secolo

I farmaci sono l'ultimo ritrovato della tecnologia medica di oggi e sono una promessa ancora maggiore il domani.¹⁹ Investimenti nel settore farmaceutico abbassano anche i costi delle cure, migliorano la salute della popolazione e favoriscono la nascita di nuove industrie, come per esempio il settore biotecnologico.²⁰

Gli Stati Uniti investono molto sulla ricerca e sullo sviluppo medico. Uno dei motivi per cui gli U.S.A. sono un magnete per tali attività è che il paese fornisce prezzi competitivi e, allo stesso tempo, per tradizione, garantisce protezione del paziente. Un ambiente così competitivo favorisce lo sviluppo di un settore farmaceutico prolifico, e così facendo permette la nascita di farmaci salva-vita i cui benefici ricadono su tutte le nazioni.

Il progresso continuo non è comunque assicurato e la politica pubblica americana potrebbe drammaticamente alterare i progetti d'investimento a favore dei farmaci miracolosi di domani. Se gli U.S.A. dovessero fare marcia indietro si potrebbe avere un impatto negativo sugli incentivi che spingono le compagnie ad investire milioni di dollari nella ricerca per lo sviluppo di nuovi medicinali e nuove tecnologie mediche.

La domanda è: in che direzione dobbiamo andare? I cambiamenti saranno controllati dal governo o dai consumatori in un mercato libero e competitivo?

Affidandosi alle forze del mercato, le costose e demoralizzanti barriere dell'eccessiva burocrazia possono essere abbattute. L'innovazione e la competizione possono essere alla guida del cambiamento, al posto della burocrazia, e il XXI secolo appena cominciato potrebbe beneficiare di medicine miracolose che oggi possiamo solo immaginare.

18: Pharmaceutical Research and Manufacturers Association, *Cost of Prescription Drugs*, 2003.

19: H.E. Frech III e Richard D. Miller Jr., *The Productivity of Health Care and Pharmaceuticals: An International Comparison* (Washington, D.C.: AEI Press, 1999).

20: John E Calfee, Ph.D., *Prices, Markets, and the Pharmaceutical Revolution*, (Washington, D.C.: AEI Press, 2000).

CHI SIAMO

L'Istituto Bruno Leoni (IBL), intitolato al grande giurista e filosofo torinese, nasce con l'ambizione di stimolare il dibattito pubblico, in Italia, promuovendo in modo puntuale e rigoroso un punto di vista autenticamente liberale. L'IBL intende studiare, promuovere e diffondere gli ideali del mercato, della proprietà privata, e della libertà di scambio. Attraverso la pubblicazione di libri (sia di taglio accademico, sia divulgativi), l'organizzazione di convegni, la diffusione di articoli sulla stampa nazionale e internazionale, l'elaborazione di brevi studi e briefing papers, l'IBL mira ad orientare il processo decisionale, ad informare al meglio la pubblica opinione, a crescere una nuova generazione di intellettuali e studiosi sensibili alle ragioni della libertà.

COSA VOGLIAMO

La nostra filosofia è conosciuta sotto molte etichette: "liberale", "liberista", "individualista", "libertaria". I nomi non contano. Ciò che importa è che a orientare la nostra azione è la fedeltà a quello che Lord Acton ha definito "il fine politico supremo": la libertà individuale. In un'epoca nella quale i nemici della libertà sembrano acquistare nuovo vigore, l'IBL vuole promuovere le ragioni della libertà attraverso studi e ricerche puntuali e rigorosi, ma al contempo scevri da ogni tecnicismo.