# A quarant'anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale. L'assalto all'universalismo

**Gavino Maciocco**

*In Italia l'assalto all'universalismo – e ai principi fondanti della legge 833 approvata quarant'anni orsono – si manifesta con un disegno bipartisan fondato sul definanziamento del settore sanitario pubblico e sulla promozione del «secondo pilastro» assicurativo privato. Un disegno molto simile a quello ordito nel 1992 dal ministro De Lorenzo, ma reso oggi molto più pericoloso dalla convergenza di molteplici interessi e dall'assenza di una qualche resistenza a «sinistra». C'è da augurarsi che le molteplici iniziative che sono in cantiere per ricordare i quarant'anni di vita del Servizio sanitario nazionale servano a risvegliare dal loro torpore le forze politiche e sindacali che hanno (o dovrebbero avere) nel proprio bagaglio ideale il concetto di diritto alla salute e di uguaglianza di tutte le persone di fronte alla malattia.*

I grandi cambiamenti nella sanità
sono atti politici intrapresi per fini politici
*Victor R. Fuchs*

## *1. Il Beveridge Report e la nascita del National Health Service*

Commissionato nel 1939 dal premier conservatore Winston Churchill, il 1° dicembre 1942 viene presentato il testo di un rapporto dal titolo *Social Insurance and Allied Services* destinato a rivoluzionare il sistema di sicurezza sociale nel Regno Unito. La commissione incaricata di predisporre il documento fu presieduta da Sir William Beveridge, il cui nome è associato non solo al tipo di riforme che tale rapporto innescò, ma soprattutto al modello di sistema sanitario che pochi anni dopo prenderà il via. Il principio guida di queste riforme, che oltre alla sanità riguardavano l'istruzione, la maternità, l'occupazione e le pensioni, fu l'universalità dell'assistenza pubblica: i servizi sociali come diritto di tutti i cittadini. La responsabilità della loro attuazione ricadde sul Partito laburista, che nelle elezioni del 1945 ottenne una larghissi-

ma maggioranza in forza della quale il Governo Attlee attuò anche un esteso programma di nazionalizzazioni: dalla Banca d'Inghilterra all'energia elettrica, dalle poste alle ferrovie. L'istituzione del Servizio sanitario nazionale (National Health Service - Nhs), avvenuta nel 1948 per merito del ministro della Sanità Aneurin Bevan, fu concepita non come una vera e propria nazionalizzazione (i medici di famiglia – *general practitioners* –, la colonna portante del sistema, mantennero la qualifica di liberi professionisti, seppur convenzionati con il Nhs) ma come una radicale riforma delle istituzioni e delle organizzazioni deputate a erogare l'assistenza sanitaria. L'operazione non fu indolore, né senza contrasti, perché 1.143 ospedali «volontari» (privati *non-profit*) e 1.545 ospedali municipali, nonché tutte le attività dei medici di famiglia, passarono sotto la gestione e il controllo dello Stato.

La nascita del Nhs va considerata innanzitutto come una fondamentale svolta nel concetto di salute (un «diritto universale») e di assistenza sanitaria («un servizio sanitario onnicomprensivo volto a garantire il miglioramento della salute fisica e psichica delle persone attraverso gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie»). I principi su cui si fondò il Nhs erano infatti: a) l'universalità, sia in termini di accessibilità che di onnicomprensività delle prestazioni; b) il finanziamento attraverso la fiscalità generale, in virtù del quale ognuno contribuiva in base alle proprie possibilità e riceveva i servizi in relazione al bisogno; c) la gratuità nel punto di erogazione delle prestazioni.

La nozione secondo cui l'accesso ai servizi ritenuti socialmente indispensabili dovesse essere garantito a tutti venne incorporata nella Dichiarazione universale dei diritti umani (Nazioni unite, 1948), dove all'articolo 25 si legge: «Ogni persona ha diritto a un adeguato livello di vita che assicuri a lui e alla sua famiglia la salute e il benessere, inclusi il cibo, il vestiario, l'abitazione, l'assistenza medica e i servizi sociali necessari, e il diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, disabilità, vedovanza e vecchiaia».

## *2. L'istituzione del Servizio sanitario nazionale*

In Italia il Servizio sanitario nazionale viene istituito con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, il cui il primo articolo recita: «Il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazio-

ne senza distinzione di condizioni individuali e sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini di fronte al servizio. L'attuazione del Servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini». Lo Stato si riserva i compiti generali di programmazione e di finanziamento del sistema e alcune specifiche funzioni, come nel campo del controllo delle malattie infettive, nella definizione dei profili professionali degli operatori sanitari, nei rapporti internazionali e nell'organizzazione sanitaria militare. Le Regioni hanno il compito di predisporre la programmazione sanitaria pluriennale, di coordinare l'intervento sanitario con quello del settore economico e del settore sociale e di unificare l'organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale adeguando la normativa alle esigenze delle singole situazioni regionali. Ai Comuni, infine, è assegnata la gestione delle Unità sanitarie locali, definite come «il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni, singoli o associati, e delle comunità montane, i quali, in un ambito territoriale determinato, assolvono i compiti del Servizio sanitario nazionale».

Con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale e con la creazione delle Unità sanitarie locali si realizza un assetto della sanità italiana atteso da lungo tempo, che traduce in pratica il principio della «salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività» sancito dalla Carta costituzionale, all'articolo 32, e che prende come modello di riferimento il Nhs britannico. Una traduzione che si sostanzia in tre punti fondamentali:

- viene superata la precedente frammentazione in una molteplicità di casse mutue e di istituzioni diverse con l'affermazione del principio dell'universalità e dell'eguaglianza di tutti i cittadini nell'accesso ai servizi e con la costituzione di un sistema sanitario unitario e integrato;
- il finanziamento del sistema è garantito dallo Stato attraverso il prelievo fiscale e la costituzione di un fondo specifico, il Fondo sanitario nazionale; tale fondo fluisce dallo Stato alle Regioni e da queste alle singole Usl;
- l'attribuzione ai Comuni, ovvero alle istituzioni più direttamente vicine ai cittadini, di tutte le competenze gestionali della sanità sottolinea il carattere democratico e partecipativo del nuovo ordinamento (su questo punto l'Ssn italiano si differenzia da quello inglese che è molto centralistico).

La nascita del Servizio sanitario nazionale – negli anni settanta e ottanta – coincide con una fase di tumultuosa trasformazione della sa-

nità determinata da tre principali fattori: *a*) la transizione demografica, con l'aumento della longevità e la crescita della popolazione anziana, a cui corrisponde un inevitabile aumento dei consumi di assistenza sanitaria e sociale; *b*) la transizione epidemiologica, con il definitivo spostamento nella prevalenza delle patologie da quelle infettive a quelle cronico-degenerative; *c*) lo sviluppo delle biotecnologie in campo farmaceutico e in quello diagnostico, analitico e strumentale. A questi fattori se ne aggiunge un quarto, non meno decisivo: la trasformazione sociale del paese (da agricolo a industriale) con un rapido aumento della ricchezza e con una diffusa richiesta di più servizi e di migliori prestazioni.

La miscela di questi fattori ha un effetto esplosivo sull'assetto del sistema e sui suoi costi. La rete ospedaliera, che aveva registrato il suo massimo sviluppo in termini di posti letto alla fine degli anni sessanta, si riduce progressivamente, ma si qualifica in termini di personale e di attrezzature. Diminuiscono gli ospedali e i posti letto (dai 562 mila, pari a 9,9 posti letto per 1.000 abitanti, del 1978 ai 398 mila, pari a 7,2 per 1.000 abitanti, del 1992) e si abbassa drasticamente il numero delle giornate di degenza e la degenza media, ma cresce nel contempo il numero dei dipendenti.

Negli anni ottanta la spesa sanitaria pubblica – Fondo sanitario nazionale – registra una crescita verticale: dai 28.237 miliardi di lire del 1982 ai 95.503 del 1992; un'impennata attribuibile in parte all'inflazione (molto robusta in quegli anni) e in parte all'aumento dei costi di produzione dei servizi e alla crescita dei consumi (nello stesso periodo la spesa farmaceutica lorda passa da 4.673 a 16.365 miliardi di lire). Depurata dall'inflazione la spesa sanitaria pubblica pro capite degli italiani passa da 1.131.000 (lire) del 1985 a 1.728.000 (lire) del 1992, con rilevanti differenze tra le varie regioni: 2.119.000 (lire) per l'Emilia-Romagna, 1.399.000 (lire) per la Calabria (anno 1992). Nel 1990, rispetto a una spesa programmata di 64.716 miliardi di lire, la spesa effettivamente sostenuta dalle Usl risulterà superiore agli 80.000 miliardi di lire. Gli organi di governo delle Usl, i Comitati di gestione, vengono apertamente accusati di non (sapere o volere) esercitare il dovuto controllo sulla spesa e di usare il loro potere a fini clientelari e di ricerca del consenso politico. Agli inizi degli anni novanta l'assetto istituzionale previsto dalla legge 833/78, incentrato sul ruolo dei Comuni, entra in una crisi irreversibile: la legge 111 del 1991 decreta lo «scioglimento dei Comitati di gestione» e, in vista di un generale riordino dei meccanismi organizzativi e gestionali del Sistema sanitario,

assegna a un «amministratore straordinario» tutti i poteri di gestione e di rappresentanza legale delle Usl.

## *3. Dalla Conferenza di Alma-Ata all'egemonia del neo-liberismo, anche in sanità*



Nel settembre 1978 – lo stesso anno in cui viene approvata in Italia la legge 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale – si tiene ad Alma-Ata, la allora capitale della repubblica sovietica del Kazakistan, la Conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria di base (International Conference on Primary Health Care). Promossa dall'Oms e dall'Unicef, e preceduta da una serie di conferenze regionali, la conferenza si poneva l'obiettivo di fare il punto sullo stato della salute e dei servizi sanitari nel mondo, di diffondere e di promuovere in tutti i paesi il concetto di assistenza sanitaria di base (in inglese, Primary Health Care, Phc), di definirne i principi e di stabilire il ruolo dei governi e delle organizzazioni internazionali nello sviluppo della Phc.
L'evento fu storico per diversi motivi: 1) è la prima volta che i rappresentanti di tutti i paesi del mondo si ritrovano per definire una cornice di riferimento per la promozione e lo sviluppo di un'assistenza sanitaria onnicomprensiva e per tutti; 2) è la prima volta che vengono affrontati in un consesso così ampio e qualificato i problemi sanitari dei paesi più poveri, molti dei quali recentemente usciti da un lungo periodo di oppressione coloniale, ed è quindi l'occasione per collegare fortemente i temi della salute con quelli dello sviluppo; 3) è la prima volta che compare il concetto di «tecnologie appropriate» e che si indica la sanità rurale come una priorità del sistema; 4) i temi della partecipazione comunitaria, dei determinanti sociali di salute e della protezione dei gruppi più vulnerabili sono alla base della filosofia del documento finale; 5) infine, si riafferma con forza che «la salute, come stato di benessere fisico, mentale e sociale, e non solo come assenza di malattia o di infermità, è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso a un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante, d'interesse mondiale, e presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre che di quelli sanitari».
La conferenza si chiuse con un obiettivo-auspicio estremamente ambizioso: «Health for all by year 2000» («Salute per tutti entro l'anno 2000»), che non voleva certo significare che entro l'anno 2000 tutti dovevano essere sani, ma che per quell'anno nessun essere umano

avrebbe dovuto trovare ostacoli economici, geografici o culturali nell'accesso ai servizi sanitari essenziali. Purtroppo gli eventi che seguirono segnarono una strada completamente diversa: «Health for all» si trasformò in «Health for some» («Salute per pochi») e la salute da diritto diventò *commodity*, bene di consumo, da acquistare sulla base della volontà e, soprattutto, della capacità di pagare.

L'anno 1978, così denso di date significative per la salute a livello nazionale e internazionale, rappresenta una sorta di spartiacque della storia (anche nel campo della sanità), con un «prima» e un «dopo». Il «prima» è il periodo successivo alla fine della Seconda guerra mondiale, in cui si registra l'espansione del welfare universalistico – tratto comune dei governi liberaldemocratici e socialdemocratici europei – e si afferma il principio secondo cui alcuni servizi fondamentali, come l'istruzione e la sanità, debbano essere sottratti ai meccanismi di mercato e quindi essere garantiti dallo Stato, per offrire pari opportunità a tutti e per ridurre il rischio della dilatazione delle disuguaglianze all'interno della società (provocate per l'appunto dal mercato). Il «dopo» prende le mosse agli inizi degli anni ottanta, con l'elezione di alcuni leader ultra-conservatori – Margaret Thatcher in Gran Bretagna (1979) e Ronald Reagan negli Stati Uniti (1980) – e con l'affermarsi del neoliberismo, i cui principali argomenti sono: 1) i mercati sono i migliori e i più efficienti allocatori delle risorse, sia nella produzione che nella distribuzione della ricchezza; 2) le società sono composte di individui autonomi (produttori e consumatori), motivati principalmente o esclusivamente da considerazioni economiche e materiali; 3) il welfare state – di stampo liberaldemocratico o socialdemocratico, tendente a mitigare le disuguaglianze nella società – interferisce con il normale funzionamento del mercato e dev'essere, dove esiste, eliminato. Secondo l'ideologia liberista, infatti, le disuguaglianze sono il necessario sottoprodotto del buon funzionamento dell'economia e sono anche «giuste», perché rispondono al principio secondo cui se qualcuno entra nel mercato, qualcun altro ne deve uscire. Quindi le azioni del governo per correggere le «distorsioni» del mercato sono non solo inefficienti, ma anche ingiuste; e infatti il motto di Reagan era: «Il governo non è mai la soluzione, il governo è il problema».

Le politiche neo-liberiste si applicano anche alla sanità, che diventa terreno di conquista del mercato a livello globale, come si legge in un articolo di «The Lancet» del 2001: «Negli ultimi due decenni la spinta verso riforme dei sistemi sanitari basate sul mercato si è diffusa in

tutto il mondo, da Nord verso Sud, dall'Occidente all'Oriente. Il "modello globale" di sistema sanitario è stato sostenuto dalla Banca mondiale per promuovere la privatizzazione dei servizi e aumentare il finanziamento privato attraverso il pagamento diretto delle prestazioni (*user fees*). […] Questi tentativi di minare alla base i servizi pubblici, da una parte, rappresentano una chiara minaccia all'equità nei paesi con solidi sistemi di welfare in Europa e in Canada, dall'altra costituiscono un pericolo imminente per i fragili sistemi dei paesi con medio e basso reddito» (Whitehead, Dahlgren e Evans, 2001).
Rudolf Klein (1995) ha paragonato le trasformazioni dei sistemi sanitari, avvenute dagli anni ottanta in poi in ogni parte del mondo, a una sorta di epidemia planetaria. Una potente motivazione alla ristrutturazione dei sistemi sanitari va ricercata nella necessità di far fronte ai costi derivanti dai crescenti consumi alimentati dall'estensione del diritto di accesso ai servizi, dall'invecchiamento della popolazione e dall'introduzione di nuove biotecnologie. Nel periodo intercorso tra il 1960 e il 1990 nei ventinove paesi più industrializzati appartenenti all'Ocse (l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) la spesa sanitaria mediana pro capite era passata da 66 a 1.286 dollari, mentre la mediana della percentuale della spesa sanitaria sul Pil passava nello stesso periodo dal 3,8 al 7,2%. L'esigenza di contenere i costi, eliminando le spese inappropriate o inutili e dando più efficienza al sistema, si accompagnò a un altro tipo di spinta, di ordine politico-ideologico: la tendenza alla privatizzazione e all'introduzione del libero mercato, secondo le linee di politica neo-liberista. La coincidenza cronologica dei due tipi di pressione («più efficienza» e «più mercato») ebbe l'effetto di dare più forza e giustificazione al secondo, attraverso il seguente ragionamento: solo applicando le regole del mercato, iniettando cioè potenti dosi di competizione e di privatizzazione, il sistema può diventare efficiente.

## *4. Dalle leggi di riordino del Ssn all'assalto all'universalismo*

Nel dicembre del 1992 – sotto il Governo Amato – viene approvata la prima legge di riordino del Servizio sanitario nazionale (decreto legislativo n. 502/92, del 30-12-1992). Si tratta di un provvedimento che riforma profondamente la legge istitutiva del Ssn, la n. 833 del 1978. Il punto decisivo del cambiamento lo si trova all'articolo 1 della legge n. 502, dove si legge: «L'individuazione dei Livelli essenziali e uniformi

di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria». Viene per questo radicalmente modificato il meccanismo di finanziamento del Sistema sanitario: i fondi alle Regioni vengono erogati in relazione al numero degli abitanti (quota capitaria) e non più in base alla «spesa storica» e al «piè di lista». La responsabilità del pareggio di bilancio viene attribuita alle Regioni e i Comuni vengono privati di ogni competenza e responsabilità in campo sanitario.

Il secondo punto fondamentale del riordino è la trasformazione delle Usl in aziende («Art. 3.1-bis. In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le Unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale»). Anche qui, rispetto alla legge n. 833/78, si assiste a un cambiamento radicale: l'organo collegiale di governo (Comitato di gestione) viene sostituito da una figura monocratica (direttore generale); è prevista la separazione dalle Asl degli ospedali maggiori, che si costituiscono in aziende autonome che vengono remunerate a prestazione; si stimola l'ingresso del mercato nel settore sanitario e lo sviluppo della competizione tra pubblico e privato e anche all'interno dello stesso settore pubblico.

Questo secondo aspetto è invece legato al contesto globale, alla vittoria del neo-liberismo e all'affermazione dell'idea della salute come *commodity* e della sanità come fonte inesauribile di profitto. Proprio in quest'ottica uno dei principali leader del neo-liberismo di quel tempo, la britannica Margaret Thatcher, nel 1991 varò una legge di riforma sanitaria da cui il Governo Amato trasse non poche ispirazioni, tra cui quella dell'aziendalizzazione della sanità e della separazione degli ospedali dalle Asl.

Ma la novità più sconvolgente della legge n. 502/92 è anche quella meno nota: si trova all'articolo 9 (il cui titolo è: «Forme differenziate di assistenza») e prevede «l'affidamento a soggetti singoli o consortili, ivi comprese le mutue volontarie, della facoltà di negoziare, per conto della generalità degli aderenti o per soggetti appartenenti a categorie predeterminate, con gli erogatori delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale, modalità e condizioni allo scopo di assicurare qualità e costi ottimali. L'adesione dell'assistito comporta la rinuncia da parte

dell'interessato alla fruizione delle corrispondenti prestazioni in forma diretta e ordinaria per il periodo della sperimentazione».
Articolo sconvolgente, dicevamo, perché prevede la possibilità per i cittadini di uscire dal Servizio sanitario nazionale (*opting out*) e prefigura la creazione di un sistema sanitario parallelo e alternativo in mano alle assicurazioni e alle mutue volontarie, di fatto sancendo la fine del sistema sanitario unitario e universalistico introdotto con la legge n. 833/78.
Nei fatti però l'articolo 9 non è stato mai applicato e il suo artefice, il ministro della Sanità del Governo Amato, Francesco De Lorenzo (Partito liberale) poco dopo si dimise. Infatti De Lorenzo fu implicato nello scandalo di Tangentopoli, subendo una condanna definitiva (a cinque anni) per associazione a delinquere finalizzata al finanziamento illecito ai partiti e per corruzione in relazione a tangenti, per un valore complessivo di circa 4 miliardi di lire, da industriali farmaceutici, dal 1989 al 1992, durante il suo ministero.
Anche per questo, nell'aprile del 1993, il Governo Amato si dimise e fu sostituito dal governo presieduto da Carlo Azeglio Ciampi (con ministro della Sanità Maria Pia Garavaglia). Il nuovo governo decise di mettere subito mano alla legge n. 502/92, con lo scopo principale di eliminare l'articolo 9. Per questo fu varato un nuovo decreto legislativo, il n. 517/93, del 7 dicembre 1993, in cui quel nocivo articolo fu rimosso e sostituito con un altro dedicato alle forme integrative di assistenza sanitaria («Fondi integrativi sanitari finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale»).
L'idea dell'*opting out* in realtà non era mai stata abbandonata, pronta a essere riproposta alla prima occasione utile. Così la crisi economica ha offerto ai suoi sostenitori l'opportunità di rilanciarla in grande stile.
«La sostenibilità futura dei sistemi sanitari nazionali, compreso il nostro, di cui andiamo fieri, potrebbe non essere garantita se non si individueranno nuove modalità di finanziamento per servizi e prestazioni». Questa frase, pronunciata nel 2012 da Mario Monti, allora presidente del Consiglio, intervenendo in collegamento a Palermo durante l'inaugurazione di un centro biomedico, lasciava pochi dubbi sul suo reale significato: si trattava di trovare «nuove» modalità di finanziamento del sistema sanitario. E non destò stupore il fatto che, intervenendo al dibattito suscitato dalle dichiarazioni di Monti, Alberto Alesina e Francesco Giavazzi, in un articolo del «Corriere della Sera» (23 settembre 2012), affermassero, perfettamente in linea con il pen-

siero dell'*opting out*: «Dobbiamo ripensare più profondamente alla struttura del nostro stato sociale. Per esempio, non è possibile fornire servizi sanitari gratuiti a tutti senza distinzione di reddito. Che senso ha tassare metà del reddito delle fasce più alte per poi restituire loro servizi gratuiti? Meglio che li paghino e contemporaneamente che le loro aliquote vengano ridotte. Aliquote alte scoraggiano il lavoro e l'investimento. Invece, se, anziché essere tassato con un'aliquota del 50%, dovessi pagare un premio assicurativo a una compagnia privata, lavorerei di più per non rischiare di mancare le rate».

Con una certa sorpresa, invece, seguì la scia di questi ragionamenti il presidente della Regione Toscana, Enrico Rossi, con due ravvicinate dichiarazioni alla stampa: «In questo senso non è escluso che si arrivi a chiedere un contributo responsabile a chi può pagare, in rapporto al reddito. E che si possa pensare che certe categorie di lavoratori possano fare un'assicurazione privata finalizzata a garantirsi specialistica e diagnostica. Servizi che ormai si trovano nel privato allo stesso prezzo del pubblico con i suoi ticket. I tempi cambiano e in un quadro di crisi come quello attuale tutto gratis non può più essere» («Il Tirreno», 1° ottobre 2012). «Continueremo a razionalizzare le spese, ma bisogna andare oltre e con i sindacati già ne discutiamo: vanno create assicurazioni mutualistiche per diagnostica e specialistica; ormai la rete del privato sociale offre prestazioni a prezzi concorrenziali con il Servizio sanitario nazionale per chi non è esentato dal ticket. Mentre ospedali e medicina del territorio devono rimanere pubblici: questo è un principio irrinunciabile» («la Repubblica», 24 novembre 2012)[1].

Da allora la sanità italiana è stata attraversata da due processi, entrambi funzionali alla logica dell'*opting out,* entrambi apparentemente manovrati dalla stessa regia.

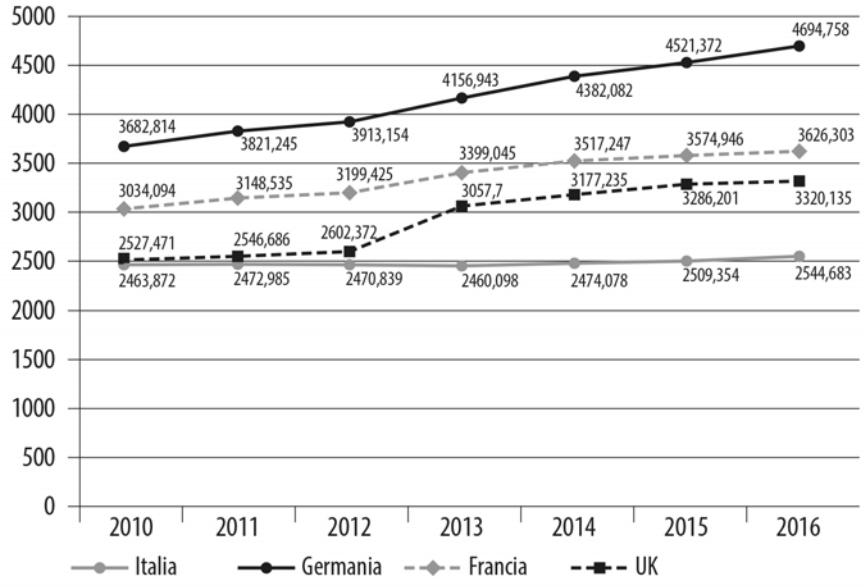
### *4.1 Il definanziamento del servizio sanitario pubblico*

In Italia gli effetti della crisi sulla sanità si sono fatti sentire a partire dal 2011. Il nostro paese entrava sotto il controllo della Bce che dettava le dure regole dell'austerità, tra cui le «privatizzazioni su larga scala dei servizi pubblici locali» e la «riduzione significativa dei costi del pubblico impiego» (Lettera della Bce al governo italiano del

[1] Cfr. www.saluteinternazionale.info/2012/11/ssn-allarme-rosso/.

5 agosto 2011). Da allora il sistema sanitario – per ammissione della Ragioneria dello Stato – è stato uno dei settori pubblici maggiormente colpiti dalle politiche di austerità, con una riduzione della spesa sanitaria dello 0,1% l'anno dal 2010 al 2016 (come certificato dalla stessa Ragioneria dello Stato)[2]. È impietoso e desolante notare come tutto ciò abbia fatto aumentare la distanza dagli altri paesi europei, come la Germania, la Francia e il Regno Unito, nella disponibilità di risorse pubbliche per la sanità, come dimostra chiaramente la figura 1.

*Figura 1 - Andamento della spesa sanitaria pubblica pro capite in $Ppp*. Anni 2010-2016. Italia, Germania, Francia, Regno Unito*




* Parità di potere di acquisto.
*Fonte:* Oecd, 2017.

[2] Cfr. www.saluteinternazionale.info/2017/12/la-sanita-nella-legge-di-bilancio-la-strategia-del-nulla/.

Il definanziamento del servizio sanitario pubblico è stato particolarmente selettivo e ha penalizzato principalmente il personale attraverso il blocco del turnover e dei contratti dei dipendenti, la dilatazione del lavoro precario e l'esternalizzazione dei servizi. Di tutto ciò hanno sofferto – e soffrono sempre di più – la qualità e la pronta disponibilità dei servizi per i cittadini, ai quali oltretutto è richiesto il pagamento di un'odiosa e spesso salata tassa di accesso ai servizi, quale è diventata ormai il «ticket». Con due ordini di conseguenze: a) la rinuncia a curarsi da parte di milioni di cittadini a causa delle liste di attesa troppo lunghe, dei costi eccessivi e della distanza dal luogo di cura. Una rinuncia che ha colpito maggiormente (ma non solo) i gruppi più poveri della popolazione e le regioni meridionali; b) il ricorso sempre più frequente da parte dei pazienti al settore privato in diretta (e facile) competizione col settore pubblico sia sui tempi di attesa che sulle tariffe delle prestazioni.

### *4.2 La promozione del «secondo pilastro» assicurativo*

Il progressivo indebolimento del pilastro pubblico del Servizio sanitario nazionale porta acqua al mulino del «secondo pilastro». Prospettato nel 2008 da Maurizio Sacconi, ministro del Governo Berlusconi, il pilastro assicurativo privato oggi riscuote entusiastiche adesioni *bipartisan*. Intorno a questo disegno c'è una straordinaria e inedita convergenza di interessi[3]: dal mondo delle imprese sanitarie private *for-profit* (particolarmente florido in Lombardia e Lazio) a quello del cosiddetto terzo settore (un tempo *non-profit*, ma con la nuova legge destinato a cambiare rapidamente pelle), dal mondo della cooperazione a quello assicurativo. Tutti accomunati da un'idea: come poter lucrare sull'inefficienza del servizio sanitario pubblico. Intorno a questo disegno sembra esserci una convergenza di interessi anche tra Confindustria e sindacato visto che uno dei più noti esempi di welfare aziendale in campo sanitario è quello sottoscritto dal sindacato dei metalmeccanici, dal nome evocativo di «Fondo mètaSalute»[4]. Si tratta di un'assicurazione sanitaria privata che include gran parte delle prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale (quindi sostitutive rispetto a ciò che – secondo i Livelli essenziali d'assistenza – il servizio pubblico è tenuto a garantire), a cui si aggiunge l'offerta, senza prescrizione

[3] Cfr. www.saluteinternazionale.info/2017/12/tutti-pazzi-per-il-secondo-pilastro/.
[4] Cfr. www.fondometasalute.it/resource/piani-sanitari-2017.

medica, di una serie di accertamenti qualificati come preventivi, tra cui – ad esempio – l'ecodoppler agli arti inferiori ogni due anni, dai trenta ai trentanove anni; la Moc ogni due anni, sopra i cinquanta anni; la visita cardiologica, ogni due anni; il Psa, ogni due anni per gli over 50. Ci vuol ben poco a capire che in un'offerta del genere, che non richiede alcun filtro valutativo del medico, c'è poca prevenzione e molto, troppo, consumismo sanitario (Geddes da Filicaia, 2018).

## *5. Alma-Ata. Oggi più che mai*

Nel 2008, a distanza di trent'anni dalla Dichiarazione di Alma-Ata, l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) intitolò il suo rapporto annuale «Primary Health Care: Now More Than Ever» (Who, 2008). Come abbiamo in precedenza accennato, la prospettiva di Alma-Ata fu duramente contrastata dalle istituzioni tecnocratiche internazionali (in primis dalla Banca mondiale), dal potere economico delle multinazionali della sanità (in primis Big Pharma) e dal potere corporativo dell'establishment medico e considerata utopica, mentre gli approcci selettivi e verticali per il controllo delle singole malattie prendevano il sopravvento.

Secondo il citato rapporto dell'Oms, dopo il 1978 si sono affermate tre diverse (ma alla fine convergenti) tendenze che hanno agito in direzione contraria alla strategia della *Primary Health Care*: a) accentramento sull'ospedale, sulle attività specialistiche e sull'assistenza terziaria: in molti paesi, anche quelli a basso e a medio reddito, gli investimenti nella sanità sono andati a finanziare ospedali collocati nelle aree urbane, soprattutto nelle capitali. Medici, attrezzature, innovazione tecnologica si sono concentrati soprattutto lì, sottraendo risorse dove maggiori erano i bisogni; b) commercializzazione e privatizzazione: la salute è diventata un business, le prestazioni sanitarie un bene di consumo. Pagare le cure, spesso anche sotto banco, pur di ottenere qualcosa, è diventata la norma. Ciò ha ridotto l'accessibilità ai servizi, ha dilatato le disuguaglianze nella salute e – a causa dei costi sostenuti – ha aggravato le condizioni di povertà di milioni di famiglie; c) frammentazione e moltiplicazione dei programmi «verticali», centrati su singole malattie (ad esempio, Aids, tubercolosi, malaria, ma anche diabete e tumori) o su singoli interventi (ad esempio, vaccinazioni). Ciò ha creato assurde competizioni tra differenti servizi e differenti organizzazioni, oltre a inefficienze, sprechi e duplicazioni, e alla fine

ha indebolito, in certi casi arrivando fino a distruggerla, la rete ordinaria dei servizi territoriali.

Tali tendenze a livello globale si sono manifestate più acutamente nei paesi a medio e a basso livello di reddito, con sistemi sanitari fragili e più esposti all'assalto del mercato, ma hanno interessato anche quelli ad alto reddito e con solidi sistemi sanitari. La penalizzazione delle cure primarie – assai meno attraenti di quelle secondarie e terziarie in termini di investimenti (e di profitti) nel campo farmaceutico e delle biotecnologie – si è verificata proprio nel momento in cui ve ne era più bisogno: nella fase più avanzata della transizione epidemiologica, caratterizzata dall'aumento della longevità (ma anche degli anni trascorsi non in buona salute) e dalla sempre maggiore prevalenza di malattie croniche. Oggi, com'è ampiamente noto, esse assorbono circa l'80% dell'assistenza e delle prestazioni dell'Ssn. Ma si tratta di prestazioni in larga parte tardive, inappropriate e inefficaci (e per questo anche inutilmente costose) perché basate su interventi specialistici e ospedalieri e quasi mai integrati con l'intervento sociale. Prevale ancora un modello di cura tipico delle malattie acute, basato sull'*attesa*. Sull'attesa che si manifesti un episodio grave su cui intervenire – uno scompenso, una complicazione. È necessario un grande cambio culturale, prima ancora che organizzativo, che sostituisca l'approccio basato sull'attesa con uno basato sull'*iniziativa*, cioè sulla prevenzione.

## *6. Conclusioni*

*The Assault on Universalism*. L'articolo del «Bmj», pubblicato alla fine del 2011, fu scritto da due tra i più noti ed esperti analisti di politica internazionale, Martin McKee e David Stuckler (2011). Secondo gli autori[5] la riforma del Nhs, allora in gestazione, voluta dal governo conservatore, mirava a smontare dalle fondamenta il glorioso National Health Service: si trattava di un vero assalto all'universalismo. La loro tesi era che si utilizzava la crisi economico-finanziaria per distruggere i sistemi di welfare universalistici, quali il Nhs e altri servizi sanitari nazionali: «La crisi economica ha offerto al governo l'opportunità che capita una sola volta nella vita. Come Naomi Klein ha descritto in molte differenti situazioni, quelli che si oppongono al welfare state non sprecano mai una buona crisi».

[5] Cfr. http://www.saluteinternazionale.info/2012/01/assalto-alluniversalismo/.

Nel Regno Unito la temuta riforma del Nhs è entrata in vigore nel 2013 producendo la totale privatizzazione dei servizi sanitari[6]. Analogo destino è toccato alla Spagna: anche qui un governo conservatore non ha perso l'occasione fornita dalla crisi per sbarazzarsi – con un semplice decreto reale (aprile 2012) – del sistema sanitario universalistico, per consegnare tutto nelle mani delle assicurazioni[7].

Anche in Italia c'è stato l'assalto all'universalismo. Ma a differenza di quello che è avvenuto in Gran Bretagna e in Spagna, nel nostro paese l'assalto non ha trovato un percorso politico e legislativo trasparente. In Italia l'assalto all'universalismo – e ai principi fondanti della legge 833 approvata quarant'anni orsono – si manifesta con un disegno *bipartisan* fondato sul definanziamento del settore sanitario pubblico e sulla promozione del «secondo pilastro» assicurativo privato. Un disegno molto simile a quello ordito nel 1992 dal ministro De Lorenzo, ma reso oggi molto più pericoloso dalla convergenza di molteplici interessi e dall'assenza di qualsiasi resistenza a «sinistra».

C'è da augurarsi che le molteplici iniziative che sono in cantiere per ricordare i quarant'anni di vita del Servizio sanitario nazionale servano a risvegliare dal loro sonno le forze politiche e sindacali che hanno (o dovrebbero avere) nel loro bagaglio ideale il concetto di diritto alla salute e di uguaglianza di tutte le persone di fronte alla malattia.

Anche nel Regno Unito si celebra l'anniversario del Nhs (in questo caso gli anni sono settanta!), e anche qui si coglie l'occasione per una riflessione non solo sulla storia, ma anche sul futuro. Molte sono le questioni su cui discutere – afferma l'editoriale del «Bmj» (Appleby e Abbasi, 2018) –, ma un punto è inviolabile, il principio fondante del Nhs: tutte le persone devono avere accesso ai servizi sanitari gratuitamente nel punto di erogazione, in base al loro bisogno.

[6] Cfr. www.saluteinternazionale.info/2013/04/il-big-bang-del-nhs/.

[7] Cfr. www.saluteinternazionale.info/2012/10/controriforma-sanitaria-in-spagna-nel-mirino-anche-gli-immigrati/.

## *Riferimenti bibliografici*

Appleby J. e Abbasi K., 2018, *Nhs at 70: Loved, Valued, and too Costly*, «Bmj», 12 aprile, doi: https://doi.org/10.1136/bmj.k1540.

Geddes da Filicaia M., 2018, *La salute sostenibile,* Pensiero Scientifico Editore, Roma.

Klein R., 1995, *Big Bang Health Care Reform - Does It Work?: The Case of Britain's 1991 National Health Service Reform*, «The Milbank Quarterly», vol. 73, n. 3, pp. 299-337.

McKee M. e Stuckler D., 2011, *The Assault on Universalism*, «Bmj», n. 343, pp. 1314-1317.

Whitehead M., Dahlgren G. ed Evans T., 2001, *Equity and Health Sector Reforms: Can Low-Income Countries Escape the Medical Poverty Trap?*, «The Lancet», n. 358, pp. 833-836.

Who, 2008, *The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now More Than Ever*, Ginevra.