



*UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE*  
**Dipartimento di Sanità Pubblica**  
Direttore: Prof. Nicola Comodo

*SEMINARI DI POLITICA SANITARIA INTERNAZIONALE*  
**Dove vanno i sistemi sanitari?**

**25 Ottobre 2002**

**Le Trasformazioni dei Sistemi Sanitari**  
UN ITINERARIO STORICO.

DAL LIBERISMO AL LIBERISMO  
LA PARABOLA DEL DIRITTO ALLA SALUTE DALL'OTTOCENTO AL DUEMILA

**Gavino Maciocco**  
Dipartimento di Sanità Pubblica – Università di Firenze

## Indice

### Premessa

#### **1. La nascita del moderno sistema sanitario e lo sviluppo delle assicurazioni sociali.**

- 1.1. La rivoluzione industriale e la nascita della moderna sanità pubblica in Inghilterra.
- 1.2. Il “1848”, la Germania di Bismark e la nascita delle assicurazioni sociali obbligatorie.
- 1.3. Le società di mutuo soccorso nell’Ottocento.
- 1.4. Lo sviluppo delle assicurazioni sociali. La Grande Depressione.

#### **2. La salute come diritto fondamentale dell’uomo e lo sviluppo dei sistemi sanitari universalistici.**

- 2.1. Il *Beveridge Report* e la nascita del *National Health Service*.
- 2.2. Lo sviluppo dei sistemi sanitari universalistici.
- 2.3. Le riforme *incrementali* negli USA. Medicare e Medicaid.
- 2.4. La Conferenza di Alma Ata.

#### **3. Il mercato in sanità e l’epidemia delle riforme sanitarie**

- 3.1. PHC: *Selective vs Comprehensive*. La Controrivoluzione.
- 3.2. Le politiche della Banca Mondiale.
- 3.3. Le trasformazioni del mercato sanitario americano. La *managed care* e le *Health Maintenance Organizations* (HMOs).
- 3.4. L’epidemia delle riforme sanitarie
- 3.5. L’*illusoria pillola magica*.
- 3.6 *Medical Savings Account* (MSA): la nuova era delle assicurazioni sanitarie.

### Conclusioni

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

### Premessa

Da circa vent’anni i sistemi sanitari di tutto il mondo sono sottoposti a fortissime tensioni. Il caso italiano è emblematico: negli anni 90 del secolo appena trascorso si sono succedute ben 3 leggi nazionali di “riordino” (nel 1992, 1993 e 1999): fatica sprecata, perché ci stiamo rapidamente dirigendo – in virtù del federalismo – verso la costituzione di ventuno (quante sono le regioni) sistemi sanitari, ognuno di essi “riordinato” in base a differenti – e spesso contrastanti – linee politiche. Altrove, in Europa e in ogni altro continente, la situazione non è diversa: in discussione non sono solo gli assetti organizzativi e istituzionali dei sistemi sanitari, ma anche la loro missione, il ruolo del servizio pubblico e dei professionisti che vi operano, i diritti stessi dei cittadini. Comprendere la ragione, e le vere radici, di queste tensioni e delle conseguenti trasformazioni non è semplice perché numerosi sono i “tensori” in azione - politici, economici e finanziari, culturali, tecnico-scientifici, sociali e demografici – e vi è il rischio di concentrarsi su un aspetto particolare

che, per quanto vero e fondato, non coglie l'intero spessore del problema e della reale posta in gioco. Una strada per comprendere e orientarsi è quella di percorrere la storia dei sistemi sanitari negli ultimi due secoli (ovvero dalla nascita dei moderni sistemi sanitari in poi), mettendola in relazione con gli eventi politici, economici e sociali intercorsi e cercando di cogliere di volta in volta i fattori che hanno maggiormente influito sulle loro trasformazioni. Tutto ciò può servire a capire meglio le trasformazioni dell'oggi e a prevedere i possibili scenari del domani.

L'itinerario che proponiamo al lettore è diviso in tre parti cronologicamente distinte: 1<sup>a</sup>) La nascita del moderno sistema sanitario e lo sviluppo delle assicurazioni sociali (dai primi dell'ottocento agli anni trenta del novecento); 2<sup>a</sup>) La salute come diritto fondamentale dell'uomo e lo sviluppo dei sistemi sanitari universalistici (dalla seconda guerra mondiale agli anni settanta); 3<sup>a</sup>) Il mercato in sanità e l'epidemia delle riforme sanitarie (dagli anni ottanta ai giorni nostri).

## **1. La nascita del moderno sistema sanitario e lo sviluppo delle assicurazioni sociali.**

### **1.1. La rivoluzione industriale e la nascita della moderna sanità pubblica in Inghilterra.**

A Leeds (circa 300 km a nord di Londra) presso il più vecchio – e ormai dismesso – ospedale della città, il St. James Hospital, è sorto uno dei più importanti musei della storia della medicina, il Thackray Medical Museum. In una parte del museo si scopre la ricostruzione – in scala naturale – dell'ambiente urbano di Leeds negli anni 30-40 dell'Ottocento: è riprodotto un angolo della città con le strade, le case, le abitazioni con relativi arredi e suppellettili, sono stati riprodotti, in statue di cera, anche i suoi abitanti. Sono stati ricreati i rumori, le luci, i fumi e perfino gli odori di quell'ambiente. Cruda e realistica la rappresentazione: abitazioni poverissime, sporche, umide e sovraffollate, persone morenti nelle case e agli angoli delle strade, l'aria appestata dai fumi provenienti dalle case e dalle fabbriche, nonché dagli escrementi umani e animali sparsi dappertutto. Il tutto corredato da un'ampia documentazione epidemiologica a disposizione dei visitatori: la speranza di vita alla nascita per gli abitanti di quel tempo era di 26 anni, le principali malattie killer: malnutrizione, tubercolosi, febbre tifoide. Infine l'apologia del dr. Baker, ufficiale sanitario della città che, dal 1848, fu instancabile promotore di una vasta operazione di risanamento ambientale, di rinascita sociale e di prevenzione sanitaria.

Siamo agli inizi della rivoluzione industriale e tutta l'Inghilterra è investita da tumultuosi processi di ristrutturazione della società, il più rilevante dei quali è l'urbanizzazione (non pianificata): in breve tempo le campagne si spopolano e milioni di persone si riversano nelle città che si trasformano, come Leeds, in orrendi luoghi di miseria e di degrado, dove la vita è impossibile. A Liverpool, altro importante centro industriale, la speranza di vita alla nascita è di 15 anni per le classi sociali più basse e di 35 per quelle più agiate<sup>1</sup>.

E in Inghilterra più che altrove attecchisce l'ideologia liberista. Nel 1789, nel suo *Saggio sul principio di popolazione*, l'economista inglese Thomas Robert Malthus metteva in relazione la legge sui poveri, *Poor Act* – emanata nel 1601 dalla regina Elisabetta I, prevedeva un'apposita tassa per soccorrere gli indigenti - con i mali della società inglese: la legge – questo era il suo pensiero – spezzava il legame indispensabile tra il lavoro e la sua ricompensa, incoraggiava il mantenimento di attività non economiche a detrimento di una migliore utilizzazione della manodopera, produceva l'eccesso di popolazione che a sua volta era la causa dell'aumento della miseria. Nel 1834 la vecchia legge sulla povertà viene abolita e sostituita con una nuova, di segno molto diverso: essa smantella la "carità legale", proibisce l'aiuto a domicilio, costringe i poveri nelle *work-house*,

---

<sup>1</sup> G. Mooney, S. Szreter, Urbanization, mortality, and the standard of living debate: new estimates of life at birth in nineteenth century British cities. *Econ Hist Rev.* 1998; 51: 84-112.

concepito non per soccorrere, ma per produrre il disgusto del soccorso: gli indigenti sono infatti sottomessi ad un rigido regime di costrizioni e di privazioni, nonché di separazione secondo il sesso e l'età. Artefice di questa politica fu Sir Edwin Chadwick (1800-1890), la cui figura è ricordata soprattutto per un ampio e radicale programma di risanamento delle città inglesi (acquedotti, fognature, smaltimento dei rifiuti, aree verdi) e alla legge che istituisce il servizio nazionale di sanità pubblica. La sua idea era che le condizioni insalubri delle città provocano malattie biologiche e sociali, sono causa di un degrado psicologico che può trascinare le persone verso i vizi, come l'alcolismo, o peggio, verso la rivoluzione. Il dono pubblico di condizioni ambientali salubri poteva essere la chiave per rendere il proletariato più felice, più sano, più produttivo, e più docile. E. Chadwick, discepolo di Jeremy Bentham, è stato un personaggio molto odiato, un amministratore dispotico e molto discusso: oggi gli viene riconosciuto il merito indiscutibile di aver conseguito – in tempi straordinariamente rapidi - la bonifica delle città inglesi e di aver promosso la nascita della moderna sanità pubblica, ma gli vengono anche contestati i metodi autoritari e una visione ristretta, utilitarista ed eccessivamente “sanitarizzata”, dei problemi sociali che affliggevano la società inglese di quel tempo<sup>2</sup>.

Nel 1848 viene approvata la legge che darà vita a un servizio nazionale di sanità pubblica – *Public Health Act* –, che consentirà la costituzione di Comitati locali di sanità con il compito, tra l'altro, di nominare medici esclusivamente dedicati alla sanità pubblica, *Medical Officer of Health* (MOH).

Il primo MHO di Londra fu John Simon (1816-1904). Le sue funzioni sono così descritte:

“Egli deve ispezionare e relazionare periodicamente sulle condizioni sanitarie della città, accertare l'esistenza di malattie, ed in particolare di epidemie che determinano l'aumento dei tassi di mortalità, indicare ogni inconveniente o altre cause locali che possono causare e mantenere tali malattie o che possono comunque provocare un danno alla salute dei cittadini, indicare inoltre le modalità per controllare e prevenire la diffusione di tali malattie, e i modi più efficienti per migliorare la ventilazione di chiese, cappelle, scuole, ricoveri ed altri edifici pubblici nella città, e assolvere ogni altro compito di questa natura”.

Questo il suo stile di lavoro: le statistiche di mortalità della città di Londra erano predisposte settimanalmente dal responsabile dell'ufficio dello stato civile - *City Registrar* - e venivano consegnate a Simon il lunedì successivo: “in modo che io posso studiarle la sera del lunedì e presentarle il martedì mattina quando si tiene la riunione settimanale della commissione sanitaria della città – *City Commission* -, fornendo tutti i particolari sulle morti avvenute tra la popolazione nella settimana precedente e sulle inchieste effettuate in seguito a ciò”<sup>3</sup>.

## **1.2. Il “1848”, la Germania di Bismark e la nascita delle assicurazioni sociali obbligatorie.**

La storia del tempo a cavallo tra settecento e ottocento partorisce non solo l'avvio della rivoluzione industriale, del capitalismo e del liberismo, ma anche la rivoluzione francese, con il corollario della “*Dichiarazione dei diritti dell'uomo e dei cittadini*”. “*I lumi della ragione e i fuochi della rivoluzione – scrive Giorgio Cosmacini – hanno acceso la consapevolezza che la salute è un bene non solo del singolo, ma dell'intera società*”<sup>4</sup>. Il legislatore francese dell'anno III (1794) afferma che la salute è un problema più vasto di quello clinico individuale, da affrontare non solo come risposta al bisogno dell'individuo biologico, ma anche come soddisfazione delle esigenze di uomini costitutivi di un tessuto sociale. L'età napoleonica è una vera e propria epoca d'oro della

<sup>2</sup> C. Hamlin, S. Sheard, Revolution in public health: 1848, and 1998?, BMJ 1998, 317:587-91.

<sup>3</sup> C.E.A. Winslow, The evolution and significance of the modern public health campaign, Yale University Press, 1923. p. 22.

<sup>4</sup> G. Cosmacini, Storia della medicina e della sanità in Italia, Laterza, 1987, p. 276.

vaccinazione. In Italia, nella Repubblica Cisalpina, Luigi Sacco, utilizzando la scoperta del nuovo vaccino antivaioloso di Jenner, promuove nel 1800 un *Progetto di piano per rendere generale l'uso, ed i vantaggi della vaccina*. Nove anni dopo potrà affermare con legittimo orgoglio di aver vaccinato un milione e mezzo di persone, prevenendo centocinquantamila casi di vaiolo. E' significativo che durante la Restaurazione (tra il 1815 e il 1830, a seguito della sconfitta di Napoleone) norme legislative e usi civili in tema di vaccinazione vennero soppressi. “*Alla gloria della Santa Alleanza questa pure appartiene – scriverà il medico cremonese, mazziniano, Francesco Robolotti -: d'aver posto a ludibrio il trovato e il ministero vaccinico, di aver fatto ricomparire e prosperare il vajuolo*”<sup>5</sup>. Ma la rivoluzione francese contesta l'idea di uno stato “protettore” e interventista sul terreno sociale: l'assistenza dei poveri è considerata un privilegio d'*ancien régime*, una costrizione che si oppone al libero gioco delle forze e delle attitudini, ritenuto in grado di organizzare e classificare gli individui in modo naturale nella società.

La vittoria delle tesi liberiste nei paesi più avanzati dell'Europa aprì un'era di insicurezza particolarmente crudele per i lavoratori, la cui esistenza fu ossessionata dal possibile scivolamento verso l'indigenza in seguito alla perdita del posto di lavoro, ad una malattia o, semplicemente, alla vecchiaia. Per i liberisti, questa insicurezza era il prezzo da pagare per il progresso e la libertà.

Ma lo schema di una società liberale, i cui membri non avrebbero avuto alcun bisogno dello stato protettore, non resiste ai tormenti delle rivoluzioni del 1848, nelle quali ai motivi costituzionali e nazionali si uniscono, in modo chiaro e potente, rivendicazioni di carattere sociale, come avviene soprattutto in Francia, ma anche in Germania e, in misura minore, in Italia. Dal 1848 al 1851 germina l'idea che la protezione sociale è un problema collettivo che richiede l'intervento dello stato; da parte dei repubblicani e, a maggior ragione, in una sinistra che si sta organizzando, si è persuasi che la società non può più attestarsi in un liberismo astensionista in materia sociale. Questa svolta, suscitata dalla profondità della crisi che investe l'Europa, si riflette nelle dichiarazioni di Billault, futuro ministro di Napoleone III:

“Io dico che il debito sociale è incontestabile...So bene che la dottrina dell'intervento governativo portato all'estremo condurrebbe a quella situazione intollerabile che già Tocqueville bollava col nome di schiavitù...Ma la verità non è mai in queste supposizioni estreme, non lo è in una libertà senza limiti, più di quanto non lo sia nell'onnipotenza assoluta della società...Vi supplico di ordinare che il debito della società verso il lavoratore indigente sia iscritto nel preambolo della costituzione”<sup>6</sup>.

In effetti la Costituzione della II Repubblica introduce i primi rudimenti dello *stato-providenza*, dove all'art. 8 recita: “*La Repubblica deve assicurare con un'assistenza fraterna l'esistenza dei cittadini in stato di necessità, sia col procurare loro delle risorse, che col dare aiuto a quanti non siano in grado di lavorare*”. Alla metà del XIX secolo, la Francia della II Repubblica e del II Impero era diventata un punto di riferimento per le politiche sociali, che peraltro si limitavano a un contributo statale verso le organizzazioni previdenziali (volontarie) esistenti. Otto Bismark (1815-1898), ambasciatore a Parigi nel 1862, le considerò un modello di lotta al pauperismo su cui i tedeschi avrebbero dovuto meditare. Bismark a quel tempo non immaginava che egli, e non altri, sarebbe passato alla storia, oltreché come l'artefice dell'unificazione tedesca, come l'ideatore del *vero* modello di “stato sociale” del suo secolo.

All'indomani del processo che conduce alla nascita del *Reich* (1870), il sempre più accelerato sviluppo industriale della Germania determina l'ingigantirsi della questione sociale e il rafforzamento dei partiti socialisti tedeschi, l'Associazione generale degli operai di Lassalle e il Partito operaio socialdemocratico di Liebknecht e Bebel, di ispirazione marxista. Dalla fusione di questi due partiti, al Congresso di Gotha del 1875 nasce la socialdemocrazia tedesca, che Bismark

<sup>5</sup> G. Cosmacini, *ibidem*, pag. 281.

<sup>6</sup> F. Demier, *Lo stato sociale. Ricerca del consenso nell'Europa contemporanea*, Storia Dossier, Giunti, 1989, p. 14.

individua subito come il principale nemico del *Reich*, e contro cui, finito lo scontro con i cattolici tedeschi, rivolge la sua politica repressiva.

La virata del socialismo tedesco verso il marxismo e il successo del partito socialdemocratico alle elezioni del 1877 sono la molla che determina un profondo cambiamento negli indirizzi nelle politiche sociali in Germania. Bismark, divenuto cancelliere dell'impero tedesco, si convince che la creazione di uno "stato sociale" sia una misura necessaria per distaccare il proletariato dalla tentazione rivoluzionaria. "*La fede nell'armonia degli interessi – scrive Bismark – ha fatto bancarotta nella storia. Nessun dubbio che l'individuo possa fare del bene, ma la questione sociale non può essere risolta che dallo stato*"<sup>7</sup>. Nel portare avanti questa politica Bismark usa – come osserva lo storico Franco De Felice<sup>8</sup> – la classica combinazione di bastone e carota: il varo della legislazione sociale infatti è preceduto da severe leggi repressive antisocialiste. Nel 1878 viene emanata una legge che proibiva i raggruppamenti socialisti o comunisti, vietava le riunioni pubbliche che non avessero l'autorizzazione della polizia, interdive i giornali socialisti e conferiva alla polizia il diritto di negare il soggiorno, in certe città, a quanti erano sospettati di dedicarsi ad attività socialiste. Nel 1883 viene istituita l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, attraverso la costituzione di casse sociali alimentate per due terzi dagli operai e per un terzo dagli imprenditori, i quali erano tenuti a versare, nelle prime tredici settimane di malattia, un'indennità all'operaio malato. Coloro che non risultavano iscritti a nessuna cassa venivano iscritti d'ufficio all'Assicurazione Comunale. Nel 1885 il parlamento tedesco approva una legge che istituisce un'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, completamente a carico dei datori di lavoro. Per l'inabilità la vittima riceveva due terzi del salario. In caso di morte la vedova riceveva il 60% del salario percepito dal marito. Nel 1889 viene approvata una legge su l'invalidità e vecchiaia. Essa prevedeva che quanti avessero una retribuzione inferiore a 2000 marchi fossero obbligati ad assicurarsi versando settimanalmente i loro contributi attraverso trattenute sui salari (a questi importi si aggiungeva una quota versata dagli imprenditori e una dallo stato)<sup>9</sup>. Va detto che le normative poste in atto non furono in grado di esorcizzare il pericolo temuto: nelle elezioni del 1890 il Partito socialdemocratico passò da 550.000 a 1.5 milioni di voti; il sindacato, a sua volta, passata la fase della repressione, riprese la sua azione di penetrazione all'interno della classe lavoratrice e di lotta rivendicativa.

### 1.3. Le società di mutuo soccorso nell'Ottocento

Per quanto innovativa e avanzata per quel tempo fosse la legislazione sociale tedesca, va notato che l'assicurazione obbligatoria sulla malattia copriva un'area limitata di lavoratori subordinati: inizialmente solo i lavoratori industriali, con l'esclusione dei lavoratori domestici e di quelli agricoli. Ancora nel 1895 appena la metà della forza lavoro tedesca era coperta da tale schema assicurativo. Nel resto d'Europa la protezione contro le malattie e gli infortuni (cure mediche gratuite e sussidi economici) era enormemente più modesta ed affidata all'iniziativa di organizzazioni volontarie, le *società di mutuo soccorso*.

La patria di origine delle società di mutuo soccorso è stata l'Inghilterra, dove fin dalla metà del Settecento c'è traccia delle *Friendly Societies*. Erano gruppi di artigiani e operai che creavano piccole associazioni dove i soci, versando dei contributi periodici, ottenevano in caso di malattia la visita gratuita di un medico e un sussidio. Il governo inglese incoraggiò questa forma di mutualità volontaria e, con una norma del 1855, assicurò la protezione del fondo sociale tramite il semplice deposito dell'atto costitutivo<sup>10</sup>.

---

<sup>7</sup> F. Demier, *ibidem*, p. 18.

<sup>8</sup> F. De Felice, *Il welfare state, questioni controverse e un'ipotesi interpretativa*, *Qualità Equità*, n.16/1998, pp. 124-142.

<sup>9</sup> E. Bertocci e Al., *Il welfare italiano. Teorie, modelli e pratiche dei sistemi di solidarietà sociale*. Donzelli Editore, Roma, 1995, pp. 40-41.

La storia del movimento francese (che trae origine dalle compagnie laiche fra lavoratori dello stesso mestiere che si erano formate durante la rivoluzione) ha molti punti in comune con quella inglese: le finalità fortemente rivolte alla socializzazione, alla convivialità, al mutuo soccorso soprattutto in caso di malattia, la fiera affermazione della propria autonomia. Le società francesi ottennero il pieno riconoscimento giuridico nel 1870 e registrarono una grande crescita in concomitanza con il processo di industrializzazione del paese.

In Germania il mutualismo solidale si espresse con le *Casse sociali di credito*, fondate da F.W. Raiffeisen (1818-1888) a metà dell'Ottocento con lo scopo di sostenere l'economia rurale e liberare le piccole aziende agrarie dal circolo vizioso della miseria. Tale modello varcò i confini tedeschi e fu imitato anche in Italia, particolarmente nel Friuli e nel Veneto<sup>11</sup>.

In Italia la prima società di mutuo soccorso fu fondata a Pinerolo nel 1844. All'inizio la società aggregava persone appartenenti allo stesso mestiere, ma ben presto si diffusero forme di associazione su base territoriale, e sempre a Pinerolo, nel 1848, fu fondata la prima società generale di mutuo soccorso, compiutamente svincolata da influenze corporative. Nel 1861 erano 263 le "*Società operaje italiane*" di cui si era a conoscenza, collocate prevalentemente in Piemonte, Lombardia, Emilia e Toscana<sup>12</sup>. Nel 1886 le società di mutuo soccorso – che furono in molti casi la culla di altre forme associative di natura diversa: culturale, sindacale, politica, assistenziale, ricreativa - ottennero il riconoscimento giuridico (Legge Berti). La loro crescita fu molto sostenuta: da 1.447 società nel 1873 a 6.535 nel 1906, con un numero di iscritti che passò nello stesso periodo da 258 mila a 926 mila (il 3% della popolazione, rispetto a una media europea del 5%)<sup>13</sup>.

Agli inizi del '900 le società registrano in tutta Europa una fase di rapida involuzione, per vari motivi. Innanzitutto, sebbene avessero avuto una notevole espansione e dimostrato una grande vitalità, queste coprivano solo un'esigua percentuale della popolazione (e dalla fine dell'Ottocento la crescita si bloccò). Ma il motivo più importante del declino fu di carattere epidemiologico, con pesanti riflessi economici: l'allungamento della vita richiedeva un'assistenza per malattia e vecchiaia molto più elevata: troppi erano ormai gli anziani da sostenere e molti iscritti, ancora giovani, non erano più in grado di lavorare; le malattie dal breve e mortale decorso, come tifo, colera, setticemia, erano state vinte, ma erano invece frequenti le malattie croniche che portavano all'invalidità troppi soci, che dovevano a quel punto essere sostenuti e sussidiati per lunghi periodi di tempo. L'insostenibilità finanziaria delle mutue volontarie fu inevitabile.

In Italia gli strenui sostenitori della mutualità volontaria (contro quella obbligatoria) dovettero rapidamente ricredersi. Luigi Luzzatti (1841-1927), più volte deputato e ministro, grande protagonista e sostenitore della previdenza volontaria (perché assicurava l'abitudine al risparmio e la responsabilizzazione dei lavoratori), nel 1906, nel corso del IV Congresso nazionale della previdenza votò una mozione (passata all'unanimità) favorevole all'obbligatorietà dell'assicurazione sul lavoro, la vecchiaia, l'invalidità e la maternità. Due anni dopo, al Congresso di Roma, il pensiero di Luzzatti fu ancora più esplicito: "*La previdenza libera nel nostro paese è fallita*"<sup>14</sup>.

#### **1.4. Lo sviluppo delle assicurazioni sociali. La Grande Depressione.**

<sup>10</sup> L.G. Fabbri, Le società di mutuo soccorso italiane nel contesto europeo tra XIX e XX secolo, in V. Zamagni (a cura di), *Povertà e innovazioni istituzionali in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2000, pp. 503-528.

<sup>11</sup> A. Leonardi, Dalla beneficenza al mutualismo solidale: l'esperienza cooperativa di F.W. Raiffiesen ed i suoi primi riflessi in Italia, in V. Zamagni (a cura di), *Povertà e innovazioni istituzionali in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2000, pp. 551-583.

<sup>12</sup> R. Allio, Le origine delle società di mutuo soccorso in Italia, in V. Zamagni (a cura di), *Povertà e innovazioni istituzionali in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2000, pp. 487-502.

<sup>13</sup> L.G. Fabbri, *ibidem*, pp. 516.

<sup>14</sup> L.G. Fabbri, *ibidem*, pp. 526-8.

Siamo dunque agli inizi del Novecento e le grandi scoperte scientifiche in campo microbiologico (maturate negli ultimi decenni del secolo precedente) hanno fornito nuova linfa e nuovi strumenti per la lotta contro le malattie più diffuse e letali del tempo. L'organizzazione sanitaria in tutti i paesi si sviluppa rafforzando le strutture di sanità pubblica deputate al controllo delle malattie infettive e parassitarie, mentre ancora debole e primitiva è la componente assistenziale, profondamente segnata dalle differenze di censo, e dalle conseguenti ineguaglianze nell'accesso ai servizi.

E' questo il tempo in cui il "modello tedesco" si espande a tutta l'Europa. L'esempio della Germania, imperniato sull'adozione di schemi assicurativi obbligatori, di carattere occupazionale (cioè rivolti a determinate categorie di lavoratori) e finanziato in base al criterio della capitalizzazione dei contributi versati fu imitato, diventando di fatto una sorta di "caso scuola" al quale fecero riferimento tutti gli altri principali paesi europei. Le prime ad essere approvate furono generalmente le norme sull'assicurazione degli infortuni sul lavoro, seguirono a distanza di pochi anni tutte le altre: malattia e maternità, invalidità e vecchiaia, disoccupazione.

Ma il "modello tedesco" è in molti paesi un punto di partenza, soggetto ad importanti evoluzioni: nei paesi a guida liberaldemocratica e socialdemocratica vi è la tendenza a introdurre elementi universalistici negli schemi assicurativi, come l'ampliamento della copertura dell'assicurazione malattie ai familiari del lavoratore o gli schemi pensionistici rivolti a *tutti* gli anziani (Gran Bretagna - e Nuova Zelanda e Canada – e Svezia, Danimarca, Norvegia e Finlandia).

Lo Stato sociale, nato come una sorta di "concessione" da parte di regimi politici autoritari o comunque liberal-conservatori, stava dunque perdendo il suo carattere particolaristico (volto cioè alla protezione di determinate categorie di lavoratori) e, seguendo di pari passo la progressiva democratizzazione dei sistemi politici, cominciava ad occuparsi di settori crescenti della popolazione.

"Il principio della "protezione minima verso i bisogni" verso cui si orientarono molti paesi – scrive Giovanni Gozzini – fu il frutto di una serie di fattori concomitanti. Un primo elemento da tenere in considerazione è quello del definitivo inserimento delle masse all'interno delle istituzioni dello Stato, avvenuto principalmente a seguito dell'ampliamento del diritto di voto, attraverso l'introduzione del suffragio universale maschile e, in certi casi isolati, anche di quello femminile. Questo indubbio ampliamento del concetto di cittadinanza politica fu comunque reso possibile grazie al diverso atteggiamento delle correnti socialdemocratiche del movimento operaio e sindacale, le quali, abbandonate le posizioni critiche del recente passato, operarono attivamente all'interno delle istituzioni, da sole o in coalizioni con gli schieramenti liberali progressisti, per introdurre una serie di riforme che puntavano a mitigare e in prospettiva a modificare la struttura del sistema capitalistico. Per gli schieramenti moderati pesarono su queste scelte anche considerazioni che, per certi versi, ricordavano quelle che avevano spinto Bismark ad avviare la sua legislazione sociale"<sup>15</sup>.

La crisi del 1929 – la Grande Depressione – e i suoi effetti sulle economie degli Stati Uniti ed europee mise in evidenza tutti i limiti degli schemi di copertura elaborati fino a quel momento, anche quelli di ispirazione liberaldemocratica. La disoccupazione, la stagnazione economica, l'inadeguatezza dei tradizionali strumenti di lotta alla crisi riaccessero il dibattito attorno al ruolo dello Stato nell'economia e anche in ambito sociale.

Furono gli Stati Uniti del presidente democratico Franklin D. Roosevelt (1882-1945) - un paese fino a quel momento di retroguardia nell'adozione di politiche sociali, rimasto assolutamente impermeabile alle novità introdotte in Europa, in nome dell'assoluta neutralità dello Stato in campo economico e sociale - a introdurre radicali riforme sociali in senso universalistico (*New Deal*) e a

---

<sup>15</sup> G. Gozzini, Dalle assicurazioni sociali alla *Social Security*. Politiche sociali in Europa e negli Stati Uniti fra le due guerre (1919-1939), in V. Zamagni (a cura di), *Povertà e innovazioni istituzionali in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2000, pp. 751-773.



utilizzare per primi il termine di *social security*. Nel 1935 venne varata una legge – *Social Security Act* – che istituiva una serie di schemi di copertura nel campo dell'assicurazione vecchiaia, dell'assistenza agli anziani, dell'indennità di disoccupazione, dell'assistenza ai figli a carico, dell'assistenza ai ciechi, dell'assicurazione superstiti e invalidità. Nonostante i ripetuti tentativi di Roosevelt, rimase fuori dalla legge del 1935 ogni provvedimento nel campo dell'assistenza sanitaria; ciò fu dovuto all'intransigente opposizione dell'associazione dei medici americani (*American Medical Association* – AMA), contrari a ogni forma di assistenza mutualistica e di medicina socializzata. Roosevelt fu costretto a rinunciare all'introduzione dell'assicurazione malattia per non compromettere l'approvazione della legge<sup>16</sup>.

“Potenzialmente universalistica – osserva ancora G. Gozzini – la “sicurezza sociale” statunitense fece degli Usa il paese all'avanguardia, ma solo per un breve periodo. Essa non riuscì a radicarsi completamente all'interno del paese e venne avvertita come un approccio valido per una situazione di emergenza come quella vissuta all'indomani del crollo di Wall Street. (...)Il fatto che al *Social Security Act* non si affiancasse alcun provvedimento riguardante la sanità contribuì a differenziare fortemente lo Stato sociale statunitense da quello europeo e a fare delle riforme sociali rooseveltiane una sorta di “incompiuta” “<sup>17</sup>.

Pur in assenza di un quadro di riferimento normativo, negli Usa non mancano in quel periodo esempi di *mutualismo solidale* in campo sanitario: nel 1929 a Dallas l'ospedale universitario locale - per iniziativa del dr J.F. Kimball - stipulò un contratto con le scuole della città: gli alunni e gli insegnanti in cambio del pre-pagamento di mezzo dollaro al mese potevano fruire in caso di bisogno dell'assistenza ospedaliera. Fu questa la prima iniziativa americana di mutualità sanitaria, denominata *Blue Cross*; tale programma assicurativo, rivolto alle istituzioni e alle imprese e basato sul pre-pagamento in cambio della fornitura di un servizio riscosse un grande successo e in pochi anni il numero di aderenti si moltiplicò, fino a raggiungere nel 1942 oltre sei milioni di persone<sup>18</sup>. Un'altra importante esperienza si realizzò per iniziativa di un giovane medico, Sidney Garfield, che allestì, nel 1938, un'organizzazione sanitaria per assistere i 5.000 operai della Henry J. Kaiser Company che stavano costruendo una diga nei pressi di Washington; la novità dell'impresa consisteva nell'offerta del servizio (assistenza ospedaliera e contro gli infortuni) - in cambio di una quota pre-pagata - non solo ai dipendenti, ma anche alle famiglie. Il gradimento dell'iniziativa fu enorme e Garfield e Kaiser decisero di estendere il programma assistenziale ad altre aziende nel resto del paese con risultati sorprendenti. Così sorprendenti da suscitare una forte reazione da parte delle associazioni mediche locali e nazionali: ai colleghi che svolgevano la professione all'interno dell'organizzazione mutualistica (*Kaiser Health Plan*) fu negata l'adesione alle società mediche e, in certi casi, anche la possibilità di iscriversi alle scuole di specializzazione<sup>19</sup>. Negli anni trenta cominciarono a diffondersi anche in campo sanitario le classiche forme di assicurazione commerciale: a fronte di un premio annuale, l'assicurazione rimborsava le spese sostenute in caso di malattia. Questo tipo di assicurazione registrò una forte impennata durante e subito dopo la seconda guerra mondiale, essendo utilizzata largamente come un *benefit* che le imprese concedevano ai propri dipendenti.

In Europa, dopo la crisi del '29, le socialdemocrazie sono alla ricerca di un'alternativa al mercato che non fosse il mero appiattimento al modello collettivistico sovietico sperimentato in Russia. I socialdemocratici svedesi furono i primi a proporre un nuovo approccio alle riforme, basato sul

<sup>16</sup> G. Maciocco, La sanità americana, Prospettive sociali e sanitarie, n. 17-18/99, pp. 2-3.

<sup>17</sup> G. Gozzini, *ibidem*, p. 767.

<sup>18</sup> D. Calkins, R.J. Fernandopulle, B.S. Marino, Health Care Policy, Blackwell Science, 1995, p. 71.

<sup>19</sup> D. Calkins, R.J. Fernandopulle, B.S. Marino, *Ibid.* p. 90.

concetto che le riforme sociali e politiche possono creare le condizioni per una trasformazione economica (capovolgendo la visione ortodossa del movimento socialista di quel tempo)<sup>20</sup>.

Intanto, nel 1938, agli antipodi dell'Europa, in Nuova Zelanda il governo laburista guidato da M. J. Savage varava il *Social Security Act*, che includeva l'istituzione del *National Health Service*, interamente finanziato dal prelievo fiscale e rivolto a tutta la popolazione.

## **2. La salute come diritto fondamentale dell'uomo e lo sviluppo dei sistemi sanitari universalistici.**

### **2.1. 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 principalmente 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 larghissima 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 col NHS), ma come una radicale riforma delle istituzioni e delle organizzazioni deputate a erogare l'assistenza sanitaria. L'operazione non fu indolore, e non 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<sup>21</sup>. 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.

Il sistema sanitario inglese si caratterizzò fin dall'inizio come un'organizzazione molto centralizzata (qualcuno l'ha definita "*monolitica*"), con un forte potere nelle mani del ministro della sanità, cui competeva (e tuttora compete) la nomina dei responsabili degli organi di gestione periferici.

### **2.2. Lo sviluppo dei sistemi sanitari universalistici.**

Mentre l'espansione del *welfare* in senso universalistico diventa un tratto comune dei governi liberaldemocratici e socialdemocratici, la nozione che l'accesso ai servizi ritenuti socialmente

<sup>20</sup> G. Esping-Andersen, *Politics Against Market, The Social Democratic Road to Power*, Princeton, 1985, in G. Gozzini, *Dalle assicurazioni sociali alla Social Security. Politiche sociali in Europa e negli Stati Uniti fra le due guerre (1919-1939)*, in V. Zamagni (a cura di), *Povertà e innovazioni istituzionali in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2000, pp. 764.

<sup>21</sup> G. Rivett, *From Cradle to Grave, Fifty years of the NHS*, King's Fund, 1997, p. 49.

indispensabili debba essere garantito a tutti viene 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*”.

L'anno seguente l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) conia, all'atto della sua costituzione (1949), la seguente definizione di salute: “*La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente un’assenza di malattia o infermità*”. Una definizione ampia e generale, che rimuove il dualismo concettuale “salute-malattia” e offre una visione dello “stato di benessere” di un individuo o di una popolazione non unicamente correlato con l'intervento sanitario, sia esso preventivo, curativo o riabilitativo. Tale concetto sarà confermato e ampliato in uno dei più importanti documenti dell'OMS, la Dichiarazione di Alma Ata del 1978, su cui torneremo in seguito.

Coerentemente con lo sviluppo dei sistemi di welfare, prendono forma sistemi sanitari orientati in senso universalistico che si rifanno ai due principali modelli, quello britannico (*Beveridge*) e quello tedesco (*Bismark*), con alcune significative varianti:

1) Modello britannico. Universalistico “puro” in quanto tutti hanno pari diritto e titolo all'accesso ai servizi, indipendentemente dal reddito e dall'appartenenza a una determinata categoria o classe di reddito. Il sistema è finanziato esclusivamente (o prevalentemente) attraverso la tassazione generale e governato dal settore pubblico. Il prototipo britannico (preceduto in verità dal NHS neozelandese) viene adottato in Irlanda, Australia e nei paesi scandinavi. Questi ultimi si distinguono per un forte decentramento amministrativo, fiscale e gestionale a livello di contea e di municipalità e per una più intensa impronta pubblica nell'erogazione dei servizi, dato che anche i medici di famiglia – a differenza di quelli inglesi - sono a rapporto di dipendenza. I paesi del sud Europa (Italia, Spagna, Portogallo e Grecia) approdano al modello *Beveridge* tardivamente, dopo essere passati attraverso varie forme di assistenza mutualistica. L'Italia nel 1978 adotta quasi integralmente il modello britannico, con la variante di un maggiore potere assegnato alle regioni e agli enti locali; il sistema spagnolo è nelle intenzioni fortemente decentrato, ma il processo di regionalizzazione procede a macchia di leopardo, con alcune aree del paese, come la Catalogna, che acquistano una forte autonomia, mentre altre mantengono una forte dipendenza rispetto al governo centrale. Il Canada, pur appartenendo al Commonwealth, si distingue dalla “casa madre” adottando un sistema mutualistico che tuttavia, essendo unico e nazionale, si configura alla fine più simile al modello britannico che a quello tedesco.

2) Modello tedesco. Si basa, come abbiamo già visto, sul sistema delle assicurazioni obbligatorie e sulla costituzione di fondi che, alimentati in varia misura da enti pubblici e imprese private e i relativi dipendenti, servono a coprire le spese sostenute in caso di malattia degli iscritti (lavoratori attivi e pensionati). E' un modello strutturalmente molto frammentato, nonché più costoso rispetto al precedente. E' un modello che si basa su tre componenti: A) I fondi assicurativi che hanno il compito di raccogliere le risorse finanziarie necessarie per compensare i produttori dei servizi erogati agli iscritti; suddivisi per categoria occupazionale e spesso anche per ripartizione geografica, i fondi possono raggiungere una grande numerosità, come è avvenuto in Germania dove alla fine degli anni ottanta se ne contavano oltre mille. B) I produttori di servizi, rappresentati dai medici (generici e specialisti), dai servizi territoriali e dagli ospedali (pubblici, privati non profit e profit), che vengono remunerati sulla base dei servizi erogati. C) Lo stato – a livello centrale e/o periferico -, nella veste di regolatore del sistema: definizione dei livelli contributivi degli attori dei fondi, dei livelli assistenziali che i fondi devono garantire, dei meccanismi di accreditamento e di remunerazione dei produttori; lo stato da una parte assicura la copertura assistenziale per coloro che non hanno titolo di essere iscritti nei fondi assicurativi occupazionali, dall'altro può stabilire dei

livelli di reddito oltre i quali non è obbligatoria (o esclusa) l'iscrizione a un fondo; in questo caso è abituale il ricorso a forme di assicurazione privata.

Questo modello fu adottato oltre che in Germania, in Francia, nei paesi del centro Europa (Svizzera, Austria, Belgio, Olanda e Lussemburgo) e in Giappone. Modello tutt'altro che omogeneo tra i vari paesi: molto decentrato a livello regionale (*Lander*) quello tedesco, accentrato nazionalmente quello francese; particolarmente complesso il modello olandese che prevede un'assicurazione nazionale unica e universale contro i rischi catastrofici (degenze ospedaliere prolungate, perdita dell'autosufficienza), l'obbligatorietà dell'iscrizione a un'assicurazione sociale fino a un determinato livello di reddito e la volontarietà per gli altri di accedere alle assicurazioni private<sup>22</sup>.

Certamente universalistici erano i sistemi sanitari dei paesi comunisti. In URSS la pianificazione del sistema era fortemente centralizzata, ma finanziamento e gestione erano decentrati e notevolmente diversificati. Hugh Faulkner, medico di famiglia inglese trapiantatosi in Toscana negli ultimi anni della sua vita, era un grande estimatore della sanità sovietica. A lui se ne deve un'accurata analisi<sup>23</sup>. *“Il metodo di finanziamento del sistema sanitario in URSS – scriveva nel 1974 - è molto complesso dato che i fondi hanno diverse provenienze: a) il bilancio statale dell'URSS, b) i bilanci delle Repubbliche dell'Unione, c) i bilanci delle città e dei Rayon, d) altre fonti: sindacati, industrie, associazioni volontarie come la Croce Rossa e la Mezzaluna Rossa, fattorie collettive che forniscono edifici, attrezzature e personale per i servizi sanitari(...). Uno degli ospedali meglio equipaggiati che abbia mai visto in URSS era stato costruito a Baku dall'Azienda di Pesca del Mar Caspio. Ho visitato numerosi ospedali e policlinici costruiti da industrie e fattorie collettive”*. In Cina esisteva una profonda differenza tra sistema sanitario urbano e rurale. Nelle aree rurali, dove si concentrava il 70% della popolazione, il sistema delle cooperative agricole (“comuni”) offriva una forma molto efficace di assistenza fondata su tre diversi livelli: il primo era basato sulle strutture sanitarie di villaggio e sui “medici scalzi” che erogavano servizi preventivi e di base; per le malattie più gravi i pazienti venivano riferiti a un secondo livello rappresentato dai centri sanitari delle città; il terzo livello era, infine, rappresentato dagli ospedali di contea. Il finanziamento del sistema sanitario rurale era basato su contributi individuali (0,5-2% del reddito familiare), su un fondo collettivo di villaggio e su sussidi del governo centrale<sup>24</sup>. Nelle città e nelle aree industriali vigevano due diversi schemi assicurativi che garantivano l'assistenza gratuita in caso di malattia: l'uno per i dipendenti delle imprese, autofinanziato, l'altro per i dipendenti della pubblica amministrazione totalmente a carico dello stato<sup>25</sup>.

### **2.3. Le riforme *incrementali* negli USA. Medicare e Medicaid.**

Negli USA non si è mai realizzata una *vera* riforma sanitaria. Ci avevano provato - come abbiamo visto - Roosevelt nel 1935 e Truman nel 1945, ci avrebbe provato senza successo Clinton qualche decennio dopo, nel 1994. Niente da fare: garantire l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini nel paese più potente del mondo sembra un'impresa impossibile. Le ragioni sono molteplici e diverse nelle differenti fasi storiche: dapprima l'ostilità della classe medica, poi l'avversione del mondo delle assicurazioni, sempre il rifiuto dell'*opinione pubblica* (i due terzi della popolazione che vivono in condizioni di agiatezza/ricchezza) a pagare più tasse. Pur in assenza di riforme radicali la sanità americana si è modificata profondamente nel tempo, a seguito di quelle che B. Kirkman-Liff ha

<sup>22</sup> W. Van del Ven, “The Netherland”, in C. Ham (Ed), Health Care Reform, Learning from international experience, Open University Press, 1997, pp. 87-103.

<sup>23</sup> H. Faulkner, *Medicina di base. Due esperienze: Gran Bretagna e Unione Sovietica*. Pensiero Scientifico, Roma, 1977.

<sup>24</sup> Y. Liu, W. Hsiao, K. Eggleston, Equity in health and health care: the Chinese experience, *SS&M*, 49 (1999), 1349-56.

<sup>25</sup> Y. Liu, Reforming China's urban health insurance system, *Health Policy*, 60 (2002) 133-150.

definito “*riforme incrementalì*”<sup>26</sup>, aggiustamenti successivi del sistema il più delle volte generati dagli interessi economici delle imprese, più raramente da atti normativi del Congresso.

Mentre, dopo la seconda guerra mondiale, in tutto il mondo si sviluppavano sistemi sanitari a impronta universalistica, negli USA si registra – grazie alle facilitazioni fiscali concesse dal governo - il *boom* delle assicurazioni sanitarie commerciali: le imprese decidono di concedere il *benefit* dell'assicurazione malattia ai loro dipendenti, in quanto deducibile dalle tasse. Si trattò della prima grande riforma incrementale della sanità americana, che consentì a milioni di cittadini americani di usufruire per la prima volta di un sistema di protezione contro le malattie.

Ma era un sistema che proteggeva gli occupati e teneva fuori i disoccupati, i disabili e gli anziani. Bisogna aspettare gli anni sessanta prima che anche queste categorie di cittadini siano – sia pur parzialmente – coperte da uno schema assicurativo. Data la difficoltà insormontabile di far passare qualsiasi legislazione che prevedesse forme di tipo europeo (o canadese) di assistenza o di assicurazione sanitaria per l'intera popolazione, l'azione dei "riformatori" della sanità - appartenenti o vicini al partito democratico - si spostò su obiettivi più parziali e raggiungibili. L'obiettivo fu quello di ampliare al massimo l'accesso all'assistenza sanitaria per le categorie di cittadini in condizioni di maggiore bisogno, ed in particolare gli anziani. Nel 1960 il Congresso approvava il *Medical Assistance Act* (o *Kerr-Mills Act*) che prevedeva finanziamenti federali agli stati che avessero erogato l'assistenza sanitaria agli anziani e ad alcune categorie di invalidi. Tale legge in realtà rimase inapplicata per carenza di finanziamenti e la questione dell'assistenza sanitaria fu rilanciata da J.F. Kennedy, eletto nel 1961, in un suo memorabile discorso del 21 febbraio 1963, " *Special Message on Aiding Our Senior Citizen*", nel quale si preannunciava l'istituzione di Medicare, lo strumento di protezione sanitaria nazionale per gli anziani. L'assassinio del presidente (novembre 1963) bloccò tale iniziativa e solo con la successiva amministrazione Johnson, ma soprattutto in virtù della contemporanea netta maggioranza dei Democratici nelle due Camere del Congresso, il disegno riformatore andò in porto: nel 1965 il Congresso approvò l'istituzione di Medicare, il programma di assistenza sanitaria agli anziani, e di Medicaid, il programma di assistenza sanitaria ai poveri, come emendamento del *Social Security Act* del 1935<sup>27</sup>.

Nella visione dei riformatori il sistema sanitario americano avrebbe dovuto stabilizzarsi su quattro differenti binari: due sostenuti con fondi pubblici - Medicare per l'assistenza alle persone oltre i sessantacinque anni, Medicaid per l'assistenza ai poveri -, due finanziati con fondi privati attraverso il meccanismo assicurativo - l'assistenza dei lavoratori dipendenti con il contributo delle imprese e, infine, l'assistenza dei liberi professionisti e dei lavoratori autonomi. La seconda grande riforma incrementale avrebbe così raggiunto in qualche modo lo scopo di assicurare a tutti i cittadini la copertura sanitaria. Come vedremo in seguito, così non sarà.

#### **2.4. La Conferenza di Alma Ata.**

Nel settembre 1978 si tiene a Alma Ata, capitale della repubblica sovietica del Kazakistan, la Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria di Base (*Primary Health Care – PHC*). Promosso dall'OMS e dall'UNICEF (Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia) e preceduto da una serie di conferenze regionali, l'evento si poneva l'obiettivo di fare il punto sullo stato della salute e dei servizi sanitari nel mondo, di diffondere e promuovere in tutti i paesi il concetto di PHC, di definirne i principi e di stabilire il ruolo dei governi e delle organizzazioni internazionali nello sviluppo della PHC.

Evento storico per diversi motivi: a) 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

---

<sup>26</sup> B. Kirkman-Liff, *The United States*, in C. Ham (Ed), *Health Care Reform, Learning from international experience*, Open University Press, 1998, pp. 21-45.

<sup>27</sup> G. Maciocco, *ibidem*, p. 3.

sanitaria onnicomprensiva e per tutti; b) 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; c) è quindi l'occasione per collegare fortemente i temi della salute con quelli dello sviluppo; d) è, infine, un momento particolarmente opportuno per riaffermare con forza che *“la salute, come stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattia o infermità, è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso ad 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 produce un documento finale, ricco di raccomandazioni, e una Dichiarazione che, nella sua solennità, riassume le principali indicazioni scaturite dall'Assemblea<sup>28</sup>. Il messaggio politico più forte e significativo è contenuto nella definizione stessa di PHC:

“L'assistenza sanitaria di base è quella assistenza sanitaria essenziale fondata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie di una comunità attraverso la loro piena partecipazione a un costo che la comunità e i Paesi possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo in uno spirito di fiducia in sé stessi e di autodeterminazione. Essa è parte integrante sia del Sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto focale, che dello sviluppo economico e sociale globale della comunità.(...) Essa include almeno: l'educazione riguardo i più importanti problemi sanitari e i metodi per prevenirli e controllarli; la promozione di un'adeguata alimentazione; un'adeguata disponibilità di acqua potabile e condizioni salubri di vita; l'assistenza materno-infantile, inclusa la pianificazione familiare; le vaccinazioni contro le maggiori malattie infettive; la prevenzione e il controllo delle malattie endemiche; l'appropriato trattamento delle comuni malattie e l'approvvigionamento dei farmaci essenziali. (...) Coinvolge oltre al settore sanitario, tutti i settori e gli aspetti correlati allo sviluppo nazionale e della comunità, in particolare l'agricoltura, l'allevamento, l'alimentazione, l'industria, l'educazione, la casa, i lavori pubblici, le comunicazioni, e altri settori; e richiede lo sforzo coordinato di tutti questi settori.”

### 3. Il mercato in sanità e l'epidemia delle riforme sanitarie

#### 3.1. PHC: Selective vs Comprehensive. La Controrivoluzione.

Non è trascorso nemmeno un anno dall'evento di Alma Ata, le cui conclusioni avevano registrato un generale consenso, quando un articolo pubblicato sul *New England Journal of Medicine* titola: *“Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries”*<sup>29</sup>.

Premesso che l'approccio *“comprehensive”* alla soluzione dei problemi sanitari dei paesi più poveri scaturito dalla Conferenza è quello teoricamente più giusto, la Banca Mondiale (BM) ha calcolato che i costi della sua applicazione sono troppi elevati (da 5.4 a 9.3 miliardi di dollari da allora al Duemila); meglio soprassedere – queste le conclusioni – e dedicarsi alla lotta contro alcune malattie e focalizzarsi su alcuni specifici interventi, vantaggiosi dal punto di vista costo/efficacia (secondo gli autori: vaccinazioni, allattamento al seno a lungo termine, terapia antimalarica e reidratazione orale). L'articolo di Walsh e Warren non è l'esercizio accademico di due ricercatori della *Rockefeller Foundation*; è l'avvio di una tendenza che si muove in direzione esattamente opposta alle linee di Alma Ata. Una tendenza che l'UNICEF – pur co-promotore della Conferenza – non ha difficoltà a far propria, lanciando nel 1982 una campagna dal titolo di *“A Children's Revolution”*<sup>30</sup>, in cui si teorizza la necessità di concentrarsi su quattro obiettivi specifici *cost-effective*: la

<sup>28</sup> WHO-UNICEF, Alma-Ata 1978 Primary Health Care, “Health for all” Series, No. 1, WHO, Geneva, 1978.

<sup>29</sup> J.A. Walsh, K.S. Warren, Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries, *New Engl. J. Med.* 301, 18, 1979, pp. 967-73. Il testo fu presentato al meeting “Health and Population in Developing Countries”, sponsorizzato dalla Ford Foundation e dalla Rockefeller Foundation, tenuto a Bellagio nell'aprile 1979.

<sup>30</sup> J.P. Grant (UNICEF), *The State of the World's Children*, 1982-83, Oxford University Press, 1982.

reidratazione orale per combattere la diarrea, le vaccinazioni, la promozione dell'allattamento al seno, l'uso sistematico delle carte della crescita (che sostituisce nella lista delle priorità la terapia anti-malarica, ritenuta evidentemente troppo costosa). Da quel momento tutte le organizzazioni internazionali (OMS, UNICEF, UNDP, BM) si allineano alla strategia della *selective* PHC, anche se poi, di fronte all'evidenza, sono costrette ad ammettere che i determinanti dei progressi nel miglioramento della salute della popolazione non consistono nella lotta contro singole malattie (Meeting di Bellagio, aprile 1985, organizzato dalla *Rockefeller Foundation*). Il titolo del convegno era "*Good Health at Low Cost*", con la presenza di amministratori, economisti e demografi provenienti da Cina, Sri Lanka, Costa Rica e Kerala (stato dell'India); quattro realtà in cui a fronte di un PIL molto basso (e con limitate risorse destinate alla sanità) si erano ottenuti ottimi risultati in termini di salute della popolazione<sup>31</sup>. Queste furono le conclusioni:

"I partecipanti, dopo aver esaminato i risultati presentati alla conferenza, unanimemente adottano le seguenti raccomandazioni: I quattro stati che hanno ottenuto "*una buona salute a un basso costo*" hanno dimostrato un chiaro impegno, politico e sociale, verso un'equa distribuzione del reddito nelle loro società. Dato questo impegno, tre ulteriori fattori sembrano aver giocato un ruolo maggiore nel loro successo, come dimostrato dal marcato declino della mortalità infantile e dei bambini al di sotto dei 5 anni e da livelli di speranza di vita alla nascita vicini a quelli dei paesi sviluppati. Questi fattori costituiscono raccomandazioni per i programmi di sviluppo in altri paesi:

- a) Equa distribuzione del reddito e accesso per tutti ai servizi di sanità pubblica e di assistenza sanitaria a partire dai livelli primari, rinforzati dai sistemi secondari e terziari;
- b) Un sistema educativo accessibile a tutti, particolarmente di primo livello, con possibilità di passare al secondo e terzo livello;
- c) Sicurezza di un'adeguata nutrizione in tutti gli strati della società."<sup>32</sup>.

Raccomandazioni, queste sì accademiche, da consegnare agli atti di un convegno, e da dimenticare, perché la scelta politica è stata già fatta, a favore degli interventi settoriali e dei programmi verticali (decisi a New York, a Londra o a Ginevra), e segnerà per decenni le politiche di cooperazione sanitaria internazionale, fino al più recente *Global Fund* (contro Aids, Malaria e Tuberculosis) promosso dai G8 nel luglio 2001. "*L'approccio dei programmi verticali – scrive A. Green, del Nuffield Institute di Leeds – è contrario all'idea (centrale nella PHC) dei servizi integrati. L'uso di criteri definiti centralmente per la selezione dei problemi da affrontare riduce la possibilità del coinvolgimento della popolazione nella scelta delle priorità. Tutto ciò implica il ritorno a un modello medico di salute, e ignora l'importanza dello sviluppo nel senso più ampio. Infine, a livello pratico, questa strategia non tiene in considerazione la necessità di rafforzare o costruire adeguate infrastrutture, senza le quali nessun programma può avere successo*"<sup>33</sup>. "*La selective PHC è una minaccia – scriveva K.W. Newell, del Dipartimento di Politica sanitaria internazionale di Liverpool, nel 1988 in un forum su *Social Science and Medicine* – e va considerata come una controrivoluzione. E' una forma di feudalesimo sanitario che può essere distruttiva piuttosto che un'alternativa. La sua attrattiva per i professionisti, per le agenzie finanziatrici e per i governi alla ricerca di risultati a breve termine è una pura illusione*"<sup>34</sup>.

### **3.2. Le politiche della Banca Mondiale.**

<sup>31</sup> K.S. Warren, The evolution of selective primary health care, Soc. Sci. Med., Vol. 26. No. 9. Pp. 891-898, 1988.

<sup>32</sup> Conferees Summary Statement. In "*Good Health at Low Cost*" (Edited by Halstead S.B., Walsh J.A. and Warren K.S.), p. 136. The Rockefeller Foundation, New York, 1985, in K.S. Warren, The evolution of selective primary health care, Soc. Sci. Med., Vol. 26. No. 9. Pp. 891-898, 1988

<sup>33</sup> A. Green, An Introduction to Health Planning in developing countries, Oxford Medical Publications, Oxford, 1999, p. 62.

<sup>34</sup> K.W. Newell, Selective primary health care: the counter revolution, Soc. Sci. Med. Vol. 26, No. 9, pp. 903-906, 1988.

Le crisi petrolifere intervenute negli anni settanta-ottanta, a seguito della guerra arabo-israeliana prima (1973) e della rivoluzione iraniana poi (1979), ebbero pesanti effetti negativi sull'economia mondiale, colpendo duramente tutti i paesi importatori di petrolio. Le misure adottate per far fronte all'aumento del costo dell'energia, e alla conseguente crescita dell'inflazione, determinarono ovunque una fase di grave recessione. Per i paesi in via di sviluppo, che negli anni sessanta avevano registrato una significativa crescita economica, le conseguenze furono doppiamente devastanti perché all'aumento del costo del petrolio (e degli altri prodotti importati dai paesi industrializzati) si aggiunse il ribasso del prezzo delle materie prime, di cui essi erano principali esportatori, causato dal crollo mondiale della domanda. Lo shock petrolifero fu assorbito abbastanza rapidamente nei paesi industrializzati; per diversi paesi – prevalentemente asiatici (es: Sud Corea, Taiwan, Singapore) – fu l'occasione per ristrutturare le proprie economie arrivando a produrre internamente (e poi esportando) beni precedentemente importati; per gran parte dei paesi più poveri – prevalentemente africani, paesi con strutture politiche, sociali ed economiche più fragili e vulnerabili -, lo shock petrolifero segnò l'inizio di una lunga (e tuttora perdurante) fase di crisi, di impoverimento e di indebitamento. La ricetta confezionata dalla BM negli anni ottanta per il "risanamento" - "*structural adjustment*" - delle economie dei paesi più poveri e indebitati (e condizione vincolante per la concessione dei crediti) fu semplice e spietata, coerente con le tendenze ultraliberiste di quel periodo: drastici tagli nei consumi e nella spesa pubblica (inclusi i servizi sociali, come sanità e educazione) per ridurre l'inflazione e il debito pubblico; privatizzazioni in tutti i settori; decentramento e bassissimo profilo dello stato centrale. Poco contava – e forse, nella furia ideologica di quel periodo, nessuno si accorgeva – che con il deterioramento dei livelli di istruzione e di salute (in quel periodo ad aggiungere sciagura a sciagura, si registra l'entrata in scena dell'epidemia dell'Aids), si minavano le basi fondamentali di ogni futuro possibile sviluppo in quei paesi.

Nel 1987 la BM si esibisce nel primo documento interamente dedicato alla sanità<sup>35</sup>, una sorta di appendice tecnica alla politica di *structural adjustment*. Contiene una serie di indicazioni da seguire nella ristrutturazione dei servizi sanitari nei paesi in via di sviluppo, ed ha ovviamente un valore prescrittivo nei confronti dei paesi più indebitati.

Il documento si compone di quattro fondamentali capitoli, ciascuno dei quali sviluppa una specifica linea direttiva in tema di politica sanitaria:

- Introdurre presso le strutture sanitarie pubbliche forme di partecipazione alla spesa – *user fees* -da parte degli utenti. "*Il più comune approccio all'assistenza sanitaria nei paesi in via di sviluppo è quello di considerarla un diritto di cittadinanza e di tentare di fornirla gratuitamente a tutti; questo approccio generalmente non funziona*".
- Promuovere programmi assicurativi.
- Favorire la privatizzazione dei servizi sanitari.
- Decentralizzare il governo della sanità.

I quattro punti sono strettamente collegati. L'introduzione delle *user fees* nelle strutture governative non è solo un modo per scaricare sugli utenti il costo dei servizi, ma anche la condizione essenziale per promuovere le assicurazioni; d'altro canto senza un sistema assicurativo funzionante gli ospedali governativi non possono applicare tariffe sufficientemente alte da coprire gli interi costi. La privatizzazione dei servizi e il decentramento della programmazione, dell'organizzazione e del finanziamento dei servizi sono le altre due componenti essenziali della strategia che si propone di

---

<sup>35</sup> The World Bank, Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reforms. Washington DC, 1987.



ridurre al minimo il ruolo del governo in sanità per lasciare il posto a un sistema basato sull'assistenza privata e sulle assicurazioni.

Gli effetti di queste politiche non tardano a manifestarsi in tutta la loro drammaticità. Lo stesso UNICEF, nell'annuale rapporto del 1989<sup>36</sup>, denuncia che a causa degli interventi di aggiustamento strutturale (“*inumani, non necessari, inefficienti*”) le condizioni di vita e di salute dei paesi più poveri si sono paurosamente aggravate (“*almeno mezzo milione di bambini sono morti negli ultimi dodici mesi come conseguenza della crisi economica che colpisce i paesi in via di sviluppo*”).

La BM dedica il suo rapporto annuale del 1993 ai temi della salute (*Investing in health*<sup>37</sup>); per realizzare l'impresa viene arruolata una nutrita squadra di esperti di riconosciuto valore internazionale: è la “spettacolare entrata” della principale istituzione finanziaria mondiale nella scena della sanità, oscurando con ciò il ruolo dell'OMS (istituzione, in quegli anni, già abbastanza screditata per una gestione burocratica e di basso profilo tecnico-politico)<sup>38</sup>. Solo alla fine degli anni novanta l'OMS, con la direzione di G. H. Brundtland, riacquisterà ruolo e autorevolezza.

Sul piano tecnico-scientifico il rapporto contiene due importanti elaborazioni:

- La definizione (e la stima economica) del *pacchetto di servizi clinici essenziali e di interventi di sanità pubblica* che i governi dovrebbero assicurare a tutta la popolazione;
- L'introduzione di un nuovo indicatore per misurare lo stato di salute di un paese: il *DALYs (Disability Adjusted Life Years)*. Il DALYs misura il “carico di malattie” di una comunità attraverso la combinazione di due diversi indicatori: 1) le perdite dovute a morte prematura e 2) le perdite di vita sana dovuta a disabilità. La sua funzione dovrebbe essere quella di misurare il costo degli interventi per la prevenzione e/o la cura di determinate malattie e quindi quella di strumento di valutazione per l'allocazione delle risorse e la definizione delle priorità<sup>39</sup>. Questo tipo di approccio porta altra acqua al mulino alla visione “selettiva” della PHC, confermando l'ostilità della BM nei confronti delle conclusioni della conferenza di Alma Ata.

Nonostante le raccomandazioni degli esperti della BM di investire in salute, la sanità dei paesi più poveri – e particolarmente dei paesi dell'Africa Sub-Sahariana - precipita nel baratro. Diminuisce nettamente la quota di PIL destinata alla spesa sanitaria<sup>40</sup>, e ancor più la quota pubblica di questa spesa: 2-3, al massimo 7-8\$ pro-capite (altro che i 14\$ pro-capite al pacchetto per gli interventi essenziali raccomandati dagli esperti!). Dilaga la privatizzazione all'interno delle strutture pubbliche (sempre più fatiscenti), ma soprattutto fuori, dove si realizza la massima fioritura del mercato sanitario. Un mercato basato in larga parte sul commercio di farmaci, messi in vendita ovunque, nelle cliniche private, nei *drug shops*, nelle bancarelle ai mercati o agli angoli delle strade. Farmaci spesso scaduti o contraffatti, distribuiti quasi sempre da personale abusivo. Il motivo del *boom* del commercio dei farmaci è presto spiegato: di fronte all'impossibilità di accedere alle troppo costose strutture sanitarie “formali” (ospedali e centri di salute, pubblici, privati *non profit* e privati *profit*, tutti rigorosamente a pagamento) la grande maggioranza della popolazione si rivolge a chi è in grado di offrire una risposta in relazione ai pochi soldi che ciascuno ha in tasca: la cosa più semplice, una iniezione o qualche pillola.

<sup>36</sup> J.P. Grant (UNICEF), *The State of the World's Children*, 1989, Oxford University Press, 1989.

<sup>37</sup> The World Bank, *World Development Report 1993, Investing in Health*, Washington DC, 1993

<sup>38</sup> K. Buse, G. Walt, *Role conflict? The World Bank and the world's health*, *Social Science & Medicine*, 50 (2000) 177-179.

<sup>39</sup> C.J.L. Murray, A.K. Acharya, *Understanding DALYs*, *Journal of Health Economics*, 16 (1997) 703-730.

<sup>40</sup> M. Jowett, *Bucking the trend? Health care expenditure in low income countries 1990-1995*, *Int. J. Plann. Mgmt*, 14, 269-285 (1999)

“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 Canada, dall’altra costituiscono un pericolo imminente per i fragili sistemi per i paesi con medio e basso reddito. Queste due tendenze – l’introduzione delle *user fees* nei servizi pubblici e la crescita dei pagamenti diretti (*out-of-pocket expenses*) nei servizi privati –, se combinate, possono rappresentare una vera e propria trappola della povertà.”

Con questa premessa si apre un importante articolo pubblicato recentemente su *Lancet*<sup>41</sup>, firmato da Margaret Whitehead, professore di sanità pubblica all’Università di Liverpool e consulente del governo britannico, Goran Dahlgren, direttore del National Institute of Public Health di Stoccolma, Timothy Evan direttore della Health Equity Division della Rockefeller Foundation di New York. Gli autori, presentando una documentazione imponente, elencano le conseguenze prodotte dalle politiche della BM nei confronti della sanità dei paesi più poveri, riassunte in quattro categorie: 1) *Le malattie non trattate*. 2) *Ridotto accesso all’assistenza*. 3) *Irrazionale uso di farmaci*. 4) *Impoverimento a lungo termine*. In termini sociali e di sviluppo è questa la conseguenza più grave: le persone comprano l’assistenza anche se ciò mette a repentaglio la propria sussistenza a lungo termine, perché le spese mediche sono spesso dei pagamenti forzati. Le famiglie si indebitano, sono costrette a vendere il loro capitale (un pezzo di terra o gli animali), o a rinunciare ad altre spese vitali, come l’educazione dei figli. L’impatto sociale negativo delle *user fees* nel campo dell’assistenza sanitaria è maggiore che in altri settori della vita sociale perché queste spese sono spesso inaspettate e il loro costo totale è imprevedibile e sconosciuto fino alla fine del trattamento.

### **3.3. Le trasformazioni del mercato sanitario americano. La *managed care* e le *Health Maintenance Organizations (HMOs)*.**

La BM è un’istituzione controllata direttamente dalle grandi potenze e, con la sua sede a Washington, è influenzata in primo luogo dalle politiche degli USA. Gli anni Ottanta sono segnati dall’ascesa al potere di Ronald Reagan negli Stati Uniti (e di Margaret Thatcher in Gran Bretagna) e registrano l’avvio di ben note politiche ultraliberiste in campo economico, finanziario e sociale. E’ una fase che produrrà sostanziali effetti sull’evoluzione dei sistemi sanitari (e dei sistemi di *welfare*) in tutto il mondo. Nel paragrafo precedente abbiamo segnalato le conseguenze sulla sanità dei paesi più poveri; questo e il successivo paragrafo saranno dedicati a quanto è accaduto in USA e negli altri paesi.

Negli USA si verifica la *terza grande riforma incrementale*, generata, come la prima, dall’iniziativa delle imprese. Negli anni Settanta e Ottanta si registra - come nel resto del mondo industrializzato, ma negli Stati Uniti in misura nettamente maggiore – una forte crescita dei costi sanitari. Un’inflazione sanitaria a due cifre che si scarica non solo sul governo che finanzia i programmi pubblici Medicare e Medicaid, ma anche sulle imprese che si accollano gli oneri delle assicurazioni private dei loro dipendenti. Le imprese americane giungono alla conclusione che il tradizionale sistema assicurativo basato sul *fee-for-service* (pagamento diretto delle prestazioni e rimborso da parte dell’assicurazione) non è più sostenibile per i costi sempre più elevati; molte compagnie reagiscono all’inflazione dei costi sanitari scaricando sui dipendenti i maggiori oneri assicurativi, altre, particolarmente le più piccole, decidono di tagliare tout-court il *benefit* dell’assicurazione

---

<sup>41</sup> M. Whitehead, G. Dahlgren, T. Evans, Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet* 2001; 358: 833-36.

sanitaria. Sulle riviste economiche si leggono frasi del genere: “ *La medicina americana è sull’orlo del caos: è venuto il momento di un cambio radicale*”. Nel 1988 la Allied Signal, una compagnia di prodotti chimici e aerospaziali, decide improvvisamente di cambiare politica assicurativa; gli 80 mila dipendenti vengono cancellati dalle assicurazioni tradizionali e iscritti in blocco a una *Health Maintenance Organization* (HMO), Cigna Plan. Il contratto con questa HMO è estremamente favorevole e consente all’azienda di risparmiare in tre anni alcuni milioni di dollari<sup>42</sup>. Il “cambio radicale” ha questo segno e va in una precisa direzione: nell’arco di pochi anni la stragrande maggioranza delle imprese e delle istituzioni - come università e amministrazioni locali - abbandona le forme tradizionali di assicurazione e decide di aderire al sistema delle HMOs.

La principale caratteristica di queste organizzazioni era quella di fornire ai loro clienti un insieme di prestazioni, ambulatoriali, specialistiche e ospedaliere, a fronte di una quota fissa pre-pagata annualmente. Il limite per il cliente quello di doversi avvalere di un limitato numero di medici di famiglia (per lo più dipendenti) e di strutture specialistiche e ospedaliere convenzionate, il vantaggio quello di pagare una quota inferiore alle tariffe praticate dalle agenzie assicurative tradizionali. Nate agli inizi degli anni Settanta come organizzazioni *non profit*, avevano registrato uno sviluppo assai limitato, vivendo ai margini del sistema per la loro impronta “simil-mutualistica”; la loro successiva fortuna è associata a un nuovo *trend* nella gestione dell’assistenza sanitaria (“*managed care*”), lanciato dall’economista sanitario Alain Enthoven, convinto assertore che la crisi della sanità americana poteva essere superata soltanto dall’aperta competizione tra diverse organizzazioni in grado di offrire un’ampia gamma di servizi integrati con un budget predeterminato, a quota capitaria annuale; il mercato avrebbe premiato coloro in grado di offrire programmi sanitari al minor costo e con la migliore qualità<sup>43</sup>. Le HMOs sembrano fatte apposta per svolgere questo ruolo, ma ciò avverrà solo al prezzo di cambiamenti radicali rispetto alle organizzazioni originarie. In breve tempo la grande maggioranza delle HMOs diventano imprese *for profit* quotate in borsa, in molti casi raggiungono le dimensioni di colossi finanziari che, negli anni migliori, distribuiscono dividendi da capogiro. L’impatto di questo cambiamento è fortissimo e l’intero sistema sanitario americano è costretto a riposizionarsi. Perdono potere i tradizionali pilastri del sistema, gli ospedali e i medici. I primi, spinti da una spietata logica concorrenziale, sono costretti a una serie di operazioni di ristrutturazione che modificheranno l’assetto del sistema ospedaliero, basato fino allora sugli ospedali pubblici e *non profit* (tradizionale ultima spiaggia per i poveri e i non assicurati); attraverso una serie di acquisizioni e fusioni alla fine prevarrà la componente *for profit* e molti ospedali passeranno direttamente nel possesso delle HMOs. I secondi, ridotti frequentemente a svolgere il ruolo di *cani da guardia* dei consumi dei loro assistiti per garantire i profitti delle organizzazioni da cui dipendono, non possono fare a meno di affermare, nella lucida analisi di J. Kassirer, per anni direttore del *New England Journal of Medicine*:

“L’assistenza sanitaria regolata dal mercato crea conflitti che minacciano la nostra professione. Da una parte ci si attende che i medici forniscano un ampio ventaglio di servizi ed i migliori trattamenti per migliorare la qualità della vita dei pazienti. Dall’altra, per contenere le spese al minimo essi devono limitare l’uso dei servizi, aumentare l’efficienza, ridurre il tempo dedicato a ciascun paziente e il ricorso agli specialisti. Sebbene molti ritengano che questo sia un dilemma astratto, io penso che questa crisi diventerà sempre più concreta e dura: i medici saranno costretti a scegliere tra l’interesse del paziente e la propria sopravvivenza economica.”<sup>44</sup>.

<sup>42</sup> T. Bodenheimer, K. Sullivan, How large employers are shaping the health care marketplace, *The New England Journal of Medicine*, 1998, 338: p. 1004

<sup>43</sup> P. Newman, Interview with Alain Enthoven: is there convergence between Britain and United States in the organization of health services?, *BMJ*, 1995; 310:1652-5.

<sup>44</sup> J.P. Kassirer, Managed Care and the Morality of the Marketplace, *The New England Journal of Medicine*, 1995: 333; 50-52.

Un'assistenza sanitaria piegata alle logiche del profitto determina anche una rilevante crescita di cittadini privi di assicurazione: nel 1987 la mancata copertura assicurativa riguardava 31.2 milioni di persone (13% della popolazione), raggiungeranno i 42.1 milioni nel 1999 (16%), con notevoli differenze tra i vari stati: Minnesota, 6.7% di non assicurati, Texas, 25%<sup>45</sup>. I motivi sono molteplici, tra cui: a) il restringimento dei criteri di eleggibilità per accedere all'assistenza per i poveri (Medicaid); b) la diminuzione del numero dei dipendenti assicurati dalle imprese; c) l'aumento dei costi assicurativi, particolarmente per le persone con assicurazione individuale (dipendenti non assicurati dalle imprese, lavoratori autonomi o precari); 4) criteri di selezione sulla base del rischio di malattia (*cream skimming*).

### 3.4. L'epidemia delle riforme sanitarie

Rudolf Klein ha paragonato le trasformazioni dei sistemi sanitari, avvenute dagli anni Ottanta in poi in ogni parte del mondo, a una sorta di epidemia planetaria<sup>46</sup>. 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 bio-tecnologie. Nel periodo intercorso tra il 1960 e il 1990 nei 29 paesi più industrializzati (appartenenti all'OCSE – Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) la spesa sanitaria mediana pro-capite era passata da 66 a 1.286\$, 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 ad un altro tipo di spinta, di ordine politico/ideologico: la tendenza alla privatizzazione e all'introduzione del mercato, secondo le linee di politica liberista già esaminate nei precedenti paragrafi. 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 privatizzazione, il sistema può diventare efficiente. L'onda d'urto si dirigeva direttamente al cuore dei sistemi sanitari universalistici: il meccanismo di finanziamento. Il caso inglese è emblematico: M. Thatcher nel 1987 meditò di smantellare il NHS, sostituendo il finanziamento statale con il meccanismo assicurativo; la decisa opposizione dell'elettorato conservatore (un sondaggio rivelò che il 70% degli elettori *tory* era assolutamente contrario a una simile svolta) costrinse il *premier* a rinunciare all'idea (e a licenziare lo sfortunato ministro della sanità del tempo)<sup>47</sup>. In Italia ci si spinse anche oltre: la legge n. 502 del 1992 che riordinava il Ssn, introducendo i meccanismi dell'aziendalizzazione per far recuperare efficienza al sistema, prevedeva, all'art.9, la possibilità da parte dei cittadini di optare per l'iscrizione a una mutua privata in alternativa all'iscrizione al Ssn (ciò significava dirottare finanziamenti dal fondo sanitario nazionale verso enti privati, mettendo immediatamente a rischio l'unitarietà e la sostenibilità del sistema). Ci volle una successiva legge (517/93) per cancellare quell'articolo (e la magistratura a mettere fuori gioco, questa volta per motivi penali, il ministro della sanità che l'aveva proposto).

L'attacco al cuore dei sistemi sanitari universalistici non ha avuto successo perché si è scontrato con solidi sistemi di valori, condivisi – al di là delle differenze politiche – dalla stragrande maggioranza

---

<sup>45</sup> S.A. Schroeder, Prospect for expanding health insurance coverage, *The New England Journal of Medicine*, 2001:344; 847-51

<sup>46</sup> R. Klein, Big Bang Health Care Reform - Does It Work?: The Case of Britain's 1991 National Health Service Reform, *The Milbank Quarterly* 1995, Vol. 73, N.3, p. 299-337.

<sup>47</sup> J. Butler, Origins and early development, in R. Robinson, J. Le Grand (ed), *Evaluating the NHS Reforms*, King's Fund Institute, 1994.

della popolazione. Se le riforme (spesso reiterate come nel Regno Unito, Italia, Svezia, Spagna, Grecia, Germania, Olanda, Canada, Nuova Zelanda) non hanno modificato nella sostanza i meccanismi di finanziamento del sistema – mantenendo il ruolo di “assicuratore generale” nelle mani dello stato o della mutualità sociale regolata dallo stato – nondimeno hanno prodotto profondi cambiamenti negli assetti istituzionali, organizzativi e gestionali<sup>48 49 50</sup>. La tendenza generale è stata quella di separare il livello di finanziamento e di programmazione (prerogativa del settore pubblico) da quello della gestione e dell'erogazione dei servizi (affidata a strutture “autonome”, pubbliche o private)<sup>51</sup>. Di qui l'introduzione di dinamiche “contrattuali” tra il finanziatore/committente (*purchaser*) e il produttore/erogatore (*provider*); ciò è avvenuto sia nei sistemi “Beveridge” che in quelli “Bismark”, dove – particolarmente in Germania e Olanda – le assicurazioni sociali hanno perso la loro peculiarità “occupazionale”, potendo arruolare qualsiasi cittadino, indipendentemente dall'appartenenza a una categoria.

Secondo Chris Ham<sup>52</sup>, uno dei più noti e accreditati analisti di sistemi sanitari, la separazione tra committenti e produttori è ormai un elemento strutturale nell'assetto delle organizzazioni sanitarie. Veicolata dalle trasformazioni indotte dalla pressione del “mercato”, la “separazione” è stata la soluzione per rispondere alle inefficienze dei modelli burocratici e autoreferenziali, dominati dall'“offerta” e dallo strapotere delle professioni. Una delle conseguenze dell'introduzione della “separazione” è stata proprio lo spostamento del baricentro dei poteri all'interno del sistema: dal settore dell'“offerta” a quello della “domanda”, dai medici ai manager, dalle cure ospedaliere alle cure primarie. L'area delle cure primarie – ed in particolare quella dei medici di famiglia –, trovandosi sulla linea di confine tra committenti e produttori, ha registrato negli ultimi anni rapide trasformazioni ed è quella soggetta alle maggiori tensioni. Non è un caso che proprio in quest'area che si sono verificate le più importanti innovazioni e dove, secondo C. Ham, sono da attendersi i più interessanti sviluppi. In conclusione, la “separazione” rappresenta un elemento di novità e anche di sfida all'innovazione. Da come essa è stata variamente raccolta nei sistemi sanitari europei risulta evidente che la “separazione” è, e verosimilmente continuerà ad essere, un processo fortemente regolato dai poteri pubblici, centrali e/o periferici; i meccanismi di competizione e di contrattazione sono, e verosimilmente continueranno ad essere, influenzati e quindi condizionati dai processi di pianificazione pubblica (definizione dei livelli di assistenza e del budget per la sanità) e dalla necessità di tutelare principi e diritti costituzionalmente garantiti.

### **3.5. L'illusoria pillola magica.**

Le dinamiche che abbiamo sopra descritto riguardano un numero molto limitato di nazioni: i paesi appartenenti all'Unione Europea, oltre a Canada, Giappone, Australia, Nuova Zelanda e pochissime altre eccezioni. Nel resto del mondo il termine molto in voga “*health sector reform*” ha significato l'introduzione – più o meno selvaggia e brutale – delle regole del mercato in sanità, dalle privatizzazioni dei servizi allo sviluppo delle assicurazioni commerciali. W. C. Hsiao, professore di *health policy* a Harvard (USA), titola “*Marketization – The illusory magic pill*” un articolo dedicato all'analisi degli effetti del mercato in sanità in alcuni paesi (Singapore, Sud Corea, Cile e Filippine). Concludendo l'articolo, l'autore scrive:

“Verso quale fine si muovono le forze del mercato? Esse davvero consentono – come postula la teoria – che la scelta del consumatore e la competizione producano un più efficiente sistema di finanziamento e di erogazione dei servizi rispetto al governo pubblico? L'evidenza che deriva

<sup>48</sup> C. Ham (Ed), *Health Care Reform, Learning from International Experience*, Open University Press, Norwich, 1998.

<sup>49</sup> J. Lenaghan (Ed), *Hard Choices in Health Care*, BMJ Publishing Group, London 1997.

<sup>50</sup> Health Affairs, *International Health Reforms*, May-June 1999, Vol. 18, Number 3.

<sup>51</sup> G. Maciocco, *Committenti e produttori di servizi in sanità*, Prospettive sociali e sanitarie, n.11, 2001, pp.1-8.

<sup>52</sup> C. Ham (Ed), *Health Care Reform*, *ibidem*.

dall'analisi dei quattro sistemi sanitari basati sul mercato dimostra chiaramente che le forze del mercato non hanno migliorato l'efficienza complessiva del sistema, né contenuto i costi"<sup>53</sup>.

Lungi dal contenere i costi e dal migliorare l'efficienza complessiva del sistema, le riforme basate sul mercato hanno semplicemente dissestato la sanità in gran parte del mondo.

In un precedente paragrafo (3.2.) abbiamo presentato gli effetti delle politiche liberiste e delle prescrizioni della BM nei sistemi sanitari paesi più poveri del pianeta, collocati nell'Africa sub-Sahariana e nell'Asia del Sud.

Nei paesi ex-comunisti si è assistito: a) a un repentino collasso dell'intero sistema di protezione sociale (ivi compresa l'assistenza sanitaria) nei paesi dell'Est-Europa alla fine degli anni ottanta; b) a una progressiva trasformazione in senso liberista della sanità in Cina (ancora formalmente comunista) a partire dalla prima metà degli anni ottanta.

Nei paesi dell'Est-Europa le organizzazioni sanitarie statali hanno lasciato il campo a un sistema di mercato più o meno caotico, basato sulle assicurazioni (e sul pagamento diretto delle prestazioni), con una presenza pubblica ormai residuale a causa dell'estrema scarsità delle risorse disponibili. Gli effetti sulla salute del collasso economico e sociale (e delle reti di protezione e di tutela sanitaria) sono stati devastanti, particolarmente in Russia dove dal 1990 al 1994 si è registrato un aumento della mortalità generale di circa il 40% (dal 11,2 x 1000 al 15,5 x 1000) e un decremento della speranza di vita alla nascita di 6 anni tra gli uomini (da 64 a 58)<sup>54</sup>; successivamente i tassi di mortalità sono migliorati senza tuttavia tornare ai livelli precedenti al 1990.

In Cina la fase di transizione economico-politica non ha comportato una crisi del sistema, che ha viceversa conosciuto un periodo di rapida e vigorosa crescita; ciò non ha però impedito che fosse in breve tempo smantellata la tradizione rete di protezione sanitaria universalistica delle zone rurali: nel 1990 solo il 5% della popolazione rurale godeva di una qualche forma di assicurazione. Gli effetti sullo stato di salute della popolazione sono stati immediati. Il tasso di mortalità infantile dal 1960 al 1990 aveva registrato un fortissimo decremento (da 300 a 25 morti per 1000 nati vivi), ma dal 1990 il trend si è invertito nelle aree rurali, passando in soli cinque anni dal 30 al 42 per 1000 (mentre nelle aree urbane il decremento è continuato, per attestarsi nel 1995 a un livello inferiore al 15 per mille)<sup>55</sup>.

Nei paesi a reddito medio e medio-basso (particolarmente in America latina e in Asia) la sanità si sta assestando quasi ovunque su un modello composto di tre sottosistemi:

- Il sottosistema delle classi ricche e agiate che ricorrono alla sanità privata e alle assicurazioni private, o a organizzazioni tipo HMOs americane (sempre più spesso le stesse HMOs *made in USA* emigrano in altri paesi alla ricerca di nuovi mercati, in America latina<sup>56 57</sup> e Asia<sup>58</sup>);
- Il sottosistema dei lavoratori dipendenti, assunti formalmente nel settore pubblico e privato, per i quali sono istituite forme di assicurazione sociale; da notare che sempre più il settore assicurativo privato tende a penetrare nel mondo del lavoro dipendente (es: in Cile, dove i lavoratori possono scegliere tra assicurazione pubblica e privata<sup>59</sup>).
- Il sottosistema pubblico che dovrebbe virtualmente assicurare l'assistenza al resto della popolazione non coperta dall'assicurazione sociale o privata (es: in Messico 48 milioni di

<sup>53</sup> W.C. Hsiao, "Marketization" – The illusory magic pill, *Health Economics*, Vol. 3, 1994, 351-357.

<sup>54</sup> Y. Liu, K. Rao, J. Fei, Economic transition and health transition, *Health Policy*, 44, 1998, 103-122.

<sup>55</sup> Y. Liu, W.C. Hsiao, K. Egglestone, Equity in health and health care: the Chinese experience, *Social Science & Medicine* 1999, 49; 1349-1356.

<sup>56</sup> K. Stoker, H. Waitzin, C. Iriart, The Exportation of Managed Care to Latin America, *The New England Journal of Medicine*, 1999, 340: p. 1131-36.

<sup>57</sup> E.J. Perz-Stable, Managed Care Arrives in America Latina, *The New England Journal of Medicine*, 1999, 340: p. 1110-12.

<sup>58</sup> W.C. Hsiao, *ibidem*.

<sup>59</sup> J. Puig-Junoy, Managing risk selection incentives in health sector reforms, *Int. J. Plann. Mgmt*, 14, 1999, 287-311.

persone, circa la metà della popolazione totale) è generalmente abbandonato a sé stesso, scarsamente finanziato, poco accessibile e in grado di offrire solo prestazioni di infima qualità. Quanto più negletto è il settore pubblico, tanto maggiore è la spesa sostenuta direttamente dalle famiglie e tanto più iniquo è il sistema: in Messico la spesa *out-of-pocket* rappresenta il 53% della spesa sanitaria totale; nello stesso paese solo il 10% delle donne povere partorisce in maternità, mentre la mortalità infantile registra un 9 per mille per la fascia della popolazione più agiata e un 103 per mille per quella più povera<sup>60</sup>.

### **3.6. *Medical Savings Account (MSA): la nuova era delle assicurazioni sanitarie.***

In una classifica dei livelli di equità attribuiti alle principali forme di finanziamento dei sistemi sanitari, al primo posto (massima equità possibile) troviamo il finanziamento attraverso la tassazione generale: ogni individuo contribuisce in relazione (progressiva) al proprio reddito e riceve i servizi in relazione al proprio bisogno; la distribuzione e condivisione del rischio (*risk sharing*) è universale; i ricchi sussidiano i poveri, i giovani i vecchi, i sani i malati (e i poveri sani sussidiano i ricchi malati). Un gradino più in basso troviamo il finanziamento attraverso le assicurazioni sociali; se applicato universalmente (con lo stato che provvede all'assistenza dei disoccupati e dei disabili) gli effetti in termini di equità sono simili al precedente, anche se vi è una minore progressività nella contribuzione. A un livello nettamente inferiore si collocano le assicurazioni private: le prestazioni erogabili/rimborsabili sono proporzionali alla contribuzione, premio assicurativo, il quale a sua volta è tarato in relazione al rischio di malattia dell'assicurato (le persone anziane e i portatori di malattie croniche o di fattori di rischio pagano molto più degli altri); le compagnie assicurative tendono ad arruolare le persone ricche (in grado di acquistare polizze più costose), giovani e sane (che hanno minore probabilità di ammalarsi) e a praticare meccanismi di selezione dei clienti in funzione del rischio di malattia; tuttavia, poiché è impossibile prevedere l'effettivo livello di rischio di tutti gli assicurati, anche nelle assicurazioni private esiste una forma di *risk sharing*, dove – sia pure in forma molto ridotta rispetto alle tipologie precedenti – i sani sussidiano i malati. Il livello di massima iniquità si realizza con il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei malati: non c'è pre-pagamento (cosa che avviene con modalità diverse nelle tre precedenti forme di finanziamento) e non c'è distribuzione del rischio tra la popolazione: l'intero carico del rischio per le conseguenze finanziarie della malattia è sopportato dall'individuo e dalla sua famiglia.

A queste quattro principali categorie di finanziamento se ne sta aggiungendo una quinta, che, nella scala dei livelli di equità, possiamo collocare tra le assicurazioni private e il pagamento diretto delle prestazioni: il *medical savings account* (un fondo di risparmio destinato alle spese mediche che, per brevità, denomineremo in seguito con l'acronimo MSA). E' un sistema praticato già da alcuni anni a Singapore<sup>61</sup>, che ha trovato un'inaspettata (e recentissima) applicazione negli Stati Uniti. Il fatto che tale sistema sia attualmente fortemente promosso dalle più potenti compagnie assicurative, quali Cigna, Aetna, Humana, United Health Group e Wellpoint Health Network, è il segnale – come ha scritto il *New York Times* – che ci troviamo di fronte a “una nuova era delle assicurazioni sanitarie negli Stati Uniti”<sup>62</sup>.

Il nuovo piano assicurativo si compone di due parti: il MSA e un'eventuale assicurazione accessoria per i rischi catastrofici. L'assicurato versa in un conto vincolato per le spese sanitarie una quota annuale (da \$1.463 a \$2.250 per gli individui e da \$3.375 a \$4.500 per le famiglie); con i dollari versati nel conto l'assicurato paga direttamente a prezzo pieno ogni prestazione fino all'esaurimento

<sup>60</sup> M. Barraza-Llorènz, S. Bertozzi, E. Gonzalez-Pier, J.P. Gutierrez, Addressing Inequality in Health and Health Care in Mexico, *Health Affairs*, 2002, Vol. 21, n. 3, pp.47-56.

<sup>61</sup> W.C. Hsiao, *ibidem*.

<sup>62</sup> M.A. Freudenheim, A new health plan may raise expenses for sickest workers, *New York Times*, December 5, 2001:AI.

del conto stesso (si tratta in sostanza di una “franchigia”); superata tale soglia interviene – se accesa – l’assicurazione complementare per i rischi catastrofici, che copre le ulteriori spese. L’amministrazione Bush ha fortemente sostenuto tale formula, rendendola fiscalmente molto appetibile: la quota annuale del MSA è deducibile dalle tasse e gli interessi del conto sono esenti tasse, infine il capitale versato, se non speso, può essere utilizzato come “fondo pensione”.

E’ opinione comune degli analisti del settore che tale formula è finanziariamente molto vantaggiosa per la fascia di popolazione giovane e sana che consuma sporadicamente prestazioni sanitarie, ma è specularmente sfavorevole per le persone che devono ricorrere frequentemente alle cure mediche, che sarebbero costrette a pagare per intero le prestazioni fino all’esaurimento del conto e poi a pagare comunque un’assicurazione accessoria. Questa seconda categoria di persone non ha quindi alcun interesse a sottoscrivere un MSA, e rimarrà fedele alle assicurazioni convenzionali (vedi HMOs). Questa differente prospettiva per le due diverse componenti della popolazione (quella tendenzialmente sana e quella, minoritaria, tendenzialmente malata) avrà a lungo termine – secondo molti autorevoli esperti – effetti destabilizzanti sul già abbastanza iniquo sistema assistenziale americano. Se le persone giovani e sane sottoscriveranno in massa il MSA, si ridurrà in misura rilevante il numero delle persone che si arruoleranno nelle assicurazioni convenzionali; riducendosi il *pool* degli assicurati ed essendo questo costituito prevalentemente da persone con problemi sanitari, il costo delle assicurazioni convenzionali è destinato ad aumentare: più del doppio secondo le stime di RAND e di altri istituti di ricerca<sup>63</sup>. La maggiorazione dei costi delle assicurazioni convenzionali produrrà inevitabilmente una loro minore accessibilità da parte degli individui e delle famiglie, e una minore volontà da parte delle imprese ad assicurare i dipendenti; l’effetto finale sarà quello di far crescere ulteriormente il numero, già elevatissimo, delle persone non assicurate.

Victor R. Fuchs, decano degli economisti sanitari americani, in un articolo sul *New England Journal of Medicine*<sup>64</sup> (rilanciato da *Lancet*<sup>65</sup>) commenta amaramente l’evoluzione del sistema assicurativo statunitense: l’introduzione del MSA erode enormemente la distribuzione e la condivisione del rischio ed entra in conflitto col senso di giustizia e di responsabilità collettiva, l’elemento centrale su cui si fonda una società: a lungo termine questo modello sarà rigettato dal popolo americano, che alla fine dovrà – per una serie di ragioni – arrendersi alla necessità di istituire qualche forma di assicurazione sanitaria nazionale.

“Il tempo di tale cambiamento dipenderà tuttavia in gran parte da fattori esterni all’assistenza sanitaria. *I grandi cambiamenti nella sanità sono atti politici intrapresi per fini politici.* La natura politica di tali cambiamenti fu chiara quando Bismark introdusse l’assicurazione sanitaria nazionale nel nuovo stato tedesco nel 19° secolo. Fu altrettanto chiara quando l’Inghilterra istituì il servizio sanitario nazionale dopo la seconda guerra mondiale, e così avverrà negli Stati Uniti. L’assicurazione sanitaria nazionale probabilmente verrà negli Stati Uniti dopo un grande cambiamento nel contesto politico – un tipo di cambiamento che spesso accompagna una guerra, una depressione, una turbolenza civile su larga scala. Fino ad allora, l’effetto principale dei nuovi piani assicurativi sarà quello di rendere più ricchi i lavoratori sani e giovani a spese dei colleghi più anziani e malati.”

Potenza della globalizzazione: in questo periodo il governo cinese sta ristrutturando il programma di assicurazione sanitaria per i lavoratori delle città (mentre nelle aree rurali – come abbiamo visto – l’assicurazione sanitaria è praticamente scomparsa); la nuova formula prevede che l’impresa versi il 6% del salario e il dipendente il 2%; di questo 8%, il 3.8% sarà versato sotto forma di MSA (!), mentre il 4,2% sarà destinato al *social risk pool fund*, ovvero a sostenere le spese più ingenti (ospedalizzazione, etc.). Il MSA serve soprattutto per pagare le spese ambulatoriali; quando il MSA

<sup>63</sup> Center on Budget and Policy Priorities, [www.cbpp.org](http://www.cbpp.org).

<sup>64</sup> V.R. Fuchs, *What’s Ahead for Health Insurance in the United States?*, *N. Engl. J. Med.*, 2002; 346, 1822-24.

<sup>65</sup> D. S. Greenberg, *Financial plans spread through US health care*, *Lancet*, 2002; 359, 2096.



è esaurito il paziente continua a pagare di tasca propria tali prestazioni. Se viceversa risparmia, i fondi non spesi potranno, alla fine, diventare proprietà della persona<sup>66</sup>.

## Conclusioni

La storia della sanità “moderna” può essere analizzata attraverso varie ottiche e diverse prospettive: a) *p. bio-medica*: i progressi della medicina e delle bio-tecnologie, b) *p. epidemiologico-demografica*: l’evoluzione dello stato di salute delle popolazioni e i cambiamenti nei quadri nosologici che hanno accompagnato le trasformazioni demografiche; c) *p. socio-antropologica*: l’evoluzione del concetto di salute e di malattia e del ruolo dei professionisti della salute e dei pazienti. Questo saggio ha adottato un’ulteriore prospettiva, quella politica. Questa prospettiva (come le altre) è necessariamente incompleta, non cogliendo l’intera complessità dei cambiamenti intervenuti nel campo della salute e della sanità negli ultimi due secoli. Complessità ben rappresentata dall’OMS che - nel Rapporto annuale 2000, “*Health Systems: Improving Performance*”<sup>67</sup> - ha descritto le tre fondamentali missioni di un sistema sanitario:

- Il miglioramento dello stato della popolazione (*better health*);
- La capacità di rispondere alle esigenze *non sanitarie* dei pazienti, quali il rispetto della dignità e dell’autonomia e la riservatezza delle informazioni (*respecting people’s dignity, autonomy and the confidentiality of information*);
- L’equità nel finanziamento (*fairness in financial contribution*), perché, sottolinea il rapporto: “*l’assistenza sanitaria può essere catastroficamente costosa e il ricorso ad essa può essere imprevedibile: per questo sono necessari dei meccanismi per distribuire il rischio e garantire a tutti la protezione finanziaria*”.

La prospettiva *politica* serve dunque ad esplorare l’evoluzione e lo stato dell’arte di questa missione, questa terza fondamentale dimensione dei sistemi sanitari.

A parte qualche “isola felice”, che quantitativamente non supera i cinquecento milioni di persone - sui sei miliardi di esseri umani che popolano il pianeta, ovvero meno del 10% della popolazione totale -, l’attuale situazione dell’equità dei sistemi sanitari è paragonabile a quella del tempo della rivoluzione industriale. Come allora la stragrande maggioranza della popolazione è esclusa da una facile accessibilità ai servizi sanitari e come allora la malattia diventa – per la stessa massa di persone – una causa di catastrofe finanziaria. Tra ieri e oggi vi sono, ovviamente, molte differenze nel “contesto”; cent’anni orsono i rimedi che proponeva la medicina erano pochi e rudimentali, oggi la medicina deve difendersi dall’inflazione dei mezzi di cura, molti dei quali potenti ed estremamente efficaci, e ciò rende ancora più abissali le differenze e le iniquità, in termini non solo di accessibilità, ma anche di mortalità e di sopravvivenza. Il caso Hiv/Aids è certamente quello più tragico e clamoroso: nella storia della medicina non era mai accaduto che un sistema di cura non fosse accessibile alla stragrande maggioranza di coloro che ne avrebbero potuto beneficiare (per salvarsi la vita); è la prima volta che un’acquisizione scientifica “salvavita” è tenuta sistematicamente e coscientemente fuori della portata di chi ne ha bisogno (parliamo di milioni di persone). Non era avvenuto né con i vaccini (altri tempi: Sabin, scopritore del vaccino antipolio orale, rinunciò a brevettare il suo preparato), né con gli antibiotici.

Se in un diagramma volessimo rappresentare l’evoluzione temporale dei livelli di equità dei sistemi sanitari e il tasso di liberismo che ha influenzato le politiche sociali e le politiche sanitarie, disegneremmo due curve speculari (Figura 1). *La correlazione inversa tra liberismo ed equità è chiara e inconfutabile*; ne furono pienamente consapevoli statisti “conservatori” come Bismark o

<sup>66</sup> Y. Liu, Reforming China’s urban health insurance system, Health Policy, 60, 2002, 133-50.

<sup>67</sup> WHO, The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance, Geneva, 2000.

Churchill che, con motivazioni politiche differenti (e in molto differenti contesti storici), decisero di sottrarre alle regole e alle dinamiche del mercato componenti importanti della vita civile delle loro nazioni, tra cui l'assistenza sanitaria. I sistemi sanitari universalistici sono il frutto di una visione dello stato come rappresentativo del generale interesse della società. La prospettiva liberista (o neo-liberalista) della società, rilanciata negli anni 80 del secolo scorso, prevede invece uno stato con un profilo il più basso possibile. Il primo atto dei regimi liberisti contemporanei è stato infatti quello di privatizzare le organizzazioni e le funzioni dello stato, considerate un bene comune. Le privatizzazioni di fatto significano il trasferimento alla proprietà individuale delle funzioni che prima appartenevano allo stato, come espressione della società, o di quei beni che precedentemente erano considerati proprietà di tutti (l'ambiente, l'acqua, etc.). Scrive David Coburn, professore di sociologia all'Università di Toronto, in un recente saggio pubblicato su *Social Science & Medicine*<sup>68</sup>:

“La concezione di *cittadinanza*, collegata alla titolarità di particolari diritti, sociali e politici, è un concetto *inclusivo*. Misure di cittadinanza universali, rivolte cioè a tutti, comportano che tutti siamo membri della stessa società e tutti ne beneficiano nella stessa misura. I programmi neo-liberali di welfare sono invece mirati a particolari gruppi di popolazione e possono essere definiti *esclusivi*, in quanto tendono a privatizzare gli effetti negativi del mercato. L'implicazione dei programmi “mirati” è che sono le famiglie o gli individui a rappresentare un problema e non la struttura delle opportunità all'interno della società. I neo-liberali generalmente considerano ogni cosa appartenente alla sfera pubblica come qualcosa che meriterebbe di essere privatizzato; il risultato di ciò è l'attitudine a valorizzare ogni bene privato e a denigrare ogni bene pubblico. Data l'assenza di ogni sentimento di comunità, i neo-liberali di fronte ai problemi della società invocano soluzioni individualistiche basate sul mercato. Così le comunità protette da reti e cancelli e il ricorso alla polizia privata sono la risposta alla criminalità, le assicurazioni private la risposta ai crescenti bisogni sanitari di una popolazione sempre più vecchia. C'è una costante enfasi a favore del trasporto privato rispetto a quello pubblico, della scuola privata rispetto a quella pubblica, dell'assistenza sanitaria privata rispetto a quella pubblica. La riduzione del ruolo dello stato significa riduzione della spesa pubblica, per questo i neo-liberali sono fortemente a favore della riduzione delle tasse. Minori tasse significano una minore capacità del governo di redistribuire il reddito e quindi la privatizzazione dei rischi e delle opportunità all'interno della società. La privatizzazione e la mancanza di legami (non contrattuali) tra cittadini comporta la crescita generalizzata dello scetticismo e della sfiducia reciproca. Se ognuno è legittimato a ricercare il proprio egoistico interesse economico – come predica il neo-liberismo – ci sono molte ragioni per un diffuso sospetto sulle intenzioni degli altri. Le conseguenze di tutto ciò possono essere: la crescente enfasi sull'arricchimento individuale a spese di obiettivi generali e collettivi, il disprezzo per le istituzioni pubbliche e il mancato supporto a quelle organizzazioni attraverso le quali gli ideali collettivi sono espressi, mantenuti in vita o riprodotti. Inoltre, poichè i mercati sono efficienti (e giusti) allocatori delle risorse, allora i problemi economici e sociali sono da attribuire ai fallimenti individuali. Se i mercati forniscono alle persone ciò che si meritano, allora è probabile che l'atteggiamento prevalente sia quello di biasimare e punire chi è in difficoltà, piuttosto che aiutarlo. Così i destinatari delle misure di welfare sono considerati dei buoni a nulla, dei parassiti. Mentre si afferma che il neo-liberalismo produce un ridotto senso della comunità, si potrebbe anche dire che la diffusione del neo-liberismo è esso stesso un indicatore del declino dei sentimenti di solidarietà sociale all'interno della società. La crescita politica del neo-liberismo va di pari passo con una visione più individualistica della società e forse riflette il declino della nozione “siamo tutti nella stessa barca”. Non sono solo le politiche neo-liberiste a minare le infrastrutture sociali che sostengono la coesione sociale, ma gli stessi movimenti neo-liberali sono in parte la causa del declino della coesione sociale.”

---

<sup>68</sup> D. Coburn, Income inequality, social cohesion and health status of populations: the role of neo-liberalism, *Social Science & Medicine* 51 (2000) 135 – 146.

Gli anni Ottanta del secolo scorso sono stati testimoni di un'improvvisa inversione di tendenza nella concezione dello stato e nelle politiche welfare, in senso fortemente liberista. Perché?

La spiegazione – secondo D. Coburn - sta nella rottura degli equilibri di potere tra classe lavoratrice e capitale, che nel passato avevano consentito lo sviluppo di politiche di welfare finalizzate alla redistribuzione del reddito e a una maggiore coesione sociale.

“La globalizzazione dell'economia e della finanza sta portando a una nuova fase del capitalismo in cui aumenta il potere degli affari e diminuisce l'autonomia degli stati: la conseguenza è lo strapotere delle dottrine e delle politiche del mercato. Il declino del potere della classe lavoratrice rispetto a quello del capitale “globale” è caratterizzato dall'attacco al welfare state, dal predominio degli interessi delle imprese. Tutto ciò è associato a una minore capacità di contrattare politiche egualitarie e universalistiche nel campo dell'istruzione, della previdenza e dell'assistenza sanitaria e determina inevitabilmente una più elevata disuguaglianza nel reddito, una minore coesione sociale e, direttamente o indirettamente, un peggiore stato di salute della popolazione”.

### **Ringraziamento**

Un ringraziamento speciale a mia figlia, Giovanna Maciocco, storica dell'età contemporanea, che mi ha aiutato a orientarmi nelle complesse vicende del secolo XIX. A lei devo alcuni brani del paragrafo 1.2..

**Figura 1. Equità nei sistemi sanitari e liberismo. Dall'Ottocento al Duemila.**

