

POLITICA, SALUTE E SISTEMI SANITARI

LE RIFORME DEI SISTEMI SANITARI NELL'ERA DELLA GLOBALIZZAZIONE

GAVINO MACIOCCO

DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA – UNIVERSITÀ DI FIRENZE

INDICE

PREMESSA

1. LA NASCITA DEL MODERNO SISTEMA SANITARIO.

- 1.1. La rivoluzione industriale e la nascita della moderna sanità pubblica in Inghilterra.
- 1.2. Il "1848", la Germania di Bismarck 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 e il New Deal.

2. LA SALUTE COME DIRITTO FONDAMENTALE DELL'UOMO.

- 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. GLOBALIZZAZIONE E SALUTE.

- 3.1. PHC: *Selective vs Comprehensive*. La Controrivoluzione.
- 3.2. Welfare: il cambiamento di paradigma. Il neo-liberismo.
- 3.3. Le politiche della Banca Mondiale.
- 3.4. L'eclisse dell'OMS.
- 3.5. La trappola medica della povertà.
- 3.6. I programmi verticali e le *partnership* pubblico-privato.
- 3.7. Imperialismo umanitario.
- 3.8. Globalizzazione e salute.
 - 3.8.1. Cos'è la globalizzazione
 - 3.8.2. Il mercato globale della salute
 - 3.8.3. La migrazione "globale" del personale sanitario
 - 3.8.4. Globalizzazione e disponibilità di acqua
 - 3.8.5. La globalizzazione dei fattori di rischio
 - 3.8.6. L'influenza della globalizzazione sulla salute
 - 3.8.7. Globalizzazione e salute. Modelli concettuali.

4. L'EPIDEMIA DELLE RIFORME SANITARIE

- 4.1. Paesi poveri in trappola
- 4.2. Paesi a basso reddito in controtendenza
- 4.3. Paesi emergenti
- 4.4. Paesi dell'ex-modello Semashko
- 4.5. USA
- 4.6. Sistemi universalistici modello Bismarck
- 4.7. Sistemi universalistici modello Beveridge

CONCLUSIONI

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

Premessa^a

Da circa vent'anni i sistemi sanitari di tutto il mondo sono sottoposti a fortissime tensioni: 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 quattro parti:

1^a) La nascita del moderno sistema sanitario e lo sviluppo delle assicurazioni sociali (dai primi dell'ottocento agli anni trenta del novecento);

2^a) La salute come diritto fondamentale dell'uomo e lo sviluppo dei sistemi sanitari universalistici (dalla seconda guerra mondiale agli anni settanta);

3^a) L'affermazione del neo-liberismo, il “mercato globale” e la salute (dagli anni ottanta ai giorni nostri), con un approfondimento su

4^a) L'epidemia delle riforme sanitarie.

1. LA NASCITA DEL MODERNO SISTEMA SANITARIO.

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 nel pieno 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

^a Questo saggio è l'ampio rifacimento/aggiornamento di un precedente lavoro scritto nell'ottobre 2002 e utilizzato come relazione introduttiva a un ciclo di seminari dedicato a “**Le trasformazioni dei sistemi sanitari**”, organizzato dal **Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Firenze**. E' stato successivamente pubblicato su **Politiche Sanitarie** 2003; Vol. 4, No. 4, p. 133-52.

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 agiate¹. 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*, concepite non per soccorrere, ma per produrre il disgusto del soccorso: gli indigenti sono infatti sottoposti 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 assai 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 tempo².

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

¹ 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.

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

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”³.

1.2. Il “1848”, la Germania di Bismarck 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*”⁴. 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 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*”⁵. 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 rivoluzione industriale, e il conseguente irrompere nella storia del capitalismo e del mercato, genera un tumultuoso aumento della produttività e della ricchezza, a ritmi mai registrati in passato, a cui non si associa – come aveva invece teorizzato **Adam Smith**, con la dottrina della “**mano invisibile del mercato**” e dell’ “*armonia degli interessi*”⁶ – anche una redistribuzione della stessa ricchezza e una diffusione generale del benessere. Al contrario, nei paesi più avanzati dell’Europa si 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

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

⁴ G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, 1987, p. 276.

⁵ G. Cosmacini, *ibidem*, pag. 281.

⁶ A. Smith, *The Wealth of Nations*, 1776. La teoria di una regolazione spontanea dello scambio e delle attività produttive di Adam Smith è incentrata sulla nozione di **mano invisibile** secondo la quale il sistema economico non richiede interventi esterni per regolarsi, in particolare non necessita l’intervento di una volontà collettiva razionale.

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”⁷.

In effetti la Costituzione della II Repubblica introduce i primi rudimenti dello *stato-provvidenza*, 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 Bismarck** (1815-1898), ambasciatore a Parigi nel 1862, le considerò un modello di lotta al pauperismo su cui i tedeschi avrebbero dovuto meditare. Bismarck a quel tempo non immaginava che egli, e non altri, sarebbe passato alla storia, oltretutto 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 Bismarck 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. Bismarck, 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 Bismarck – 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*”⁸. Nel portare avanti questa politica Bismarck usa – come osserva lo storico Franco De Felice⁹ – 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

⁷ F. Demier, *Lo stato sociale. Ricerca del consenso nell'Europa contemporanea*, Storia Dossier, Giunti, 1989, p. 14.

⁸ F. Demier, *ibidem*, p. 18.

⁹ F. De Felice, *Il welfare state, questioni controverse e un'ipotesi interpretativa*, *Qualità Equità*, n.16/1998, pp. 124-142.

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)¹⁰. 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. 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, all'inizio gli operai dell'industria e i lavoratori dei trasporti (le categorie più ostili al governo che si temeva potessero provocare rivolte sociali – le categorie più considerate più leali saranno invece paradossalmente penalizzate, come i dipendenti pubblici che ottennero il loro fondo sociale solo nel 1914). Ancora nel 1895 appena il 20% della popolazione tedesca era coperta da tale schema assicurativo e ci vorrà quasi un secolo perché questo si estenda alla quasi totalità della popolazione ¹¹.

1.3. Le società di mutuo soccorso nell'Ottocento

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 costitutivo¹².

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 Veneto¹³.

¹⁰ E. Bertocci e Al., Il welfare italiano. Teorie, modelli e pratiche dei sistemi di solidarietà sociale. Donzelli Editore, Roma, 1995, pp. 40-41.

¹¹ Bärnighausen, R. Sauerborn, One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lesson for middle- and low-income countries?, Social Science & Medicine 54 (2002) 1559-87.

¹² 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.

¹³ 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.

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 Toscana¹⁴. 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%)¹⁵. 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*"¹⁶.

1.4. Lo sviluppo delle assicurazioni sociali. La Grande Depressione e il New Deal.

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.

¹⁴ R. Allio, Le origine delle società di mutuo soccorso in Italia, in in V. Zamagni (a cura di), Povertà e innovazioni istituzionali in Italia, Il Mulino, Bologna, 2000, pp. 487-502.

¹⁵ L.G. Fabbri, *ibidem*, pp. 516.

¹⁶ L.G. Fabbri, *ibidem*, pp. 526-8.

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 Bismarck ad avviare la sua legislazione sociale”¹⁷.

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 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 legge¹⁸.

“Potenzialmente universalistica – osserva ancora G. Gozzini – la “sicurezza sociale” statunitense fece degli Usa il paese all’avanguardia, ma solo per un breve periodo. Essa

¹⁷ 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), *Povert  e innovazioni istituzionali in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2000, pp. 751-773.

¹⁸ G. Maciocco, *La sanit  americana*, Prospettive sociali e sanitarie, n. 17-18/99, pp. 2-3.

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" ¹⁹.

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 persone²⁰. 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 sanitario 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 specializzazione²¹ (*Il lettore è pregato di tenere a mente questo frammento di storia della sanità americana*). 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 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)²².

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.

¹⁹ G. Gozzini, *ibidem*, p. 767.

²⁰ D. Calkins, R.J. Fernandopulle, B.S. Marino, *Health Care Policy*, Blackwell Science, 1995, p. 71.

²¹ D. Calkins, R.J. Fernandopulle, B.S. Marino, *Ibid.* p. 90.

²² 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.

2. LA SALUTE COME DIRITTO FONDAMENTALE DELL'UOMO.

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

Commissionato nel 1939 dal *premier* conservatore **Wiston 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 stato²³.

L'avvio del NHS fu annunciato alla popolazione del Regno Unito con un volantino, che diceva:

**Il tuo nuovo SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE inizia il 5 luglio 1948.
Cos'è? Come puoi ottenerlo?**

Esso ti fornirà tutti i servizi medici, odontoiatrici e infermieristici. Ognuno – ricco o povero, uomo, donna o bambino – lo può usare. Non ci sono pagamenti da fare, se non per qualche prestazione speciale. Non ci sono iscrizioni da fare all'assicurazione. Ma non è neppure una forma di carità. Tutti noi stiamo già pagando per questo, soprattutto attraverso le tasse, e ciò eliminerà ogni preoccupazione finanziaria in caso di malattia.

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 la nomina dei responsabili degli organi di gestione periferici.

²³ G. Rivett, *From Cradle to Grave, Fifty years of the NHS*, King's Fund, 1997, p. 49.

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 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 (*Bismarck*), 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 (la storia si ripete: quasi un secolo prima, nel 1888, la legge Crispi Pagliani aveva preso a modello il *Medical Officer of Health* del Public Health Act del 1848 per disegnare la figura dell'Ufficiale Sanitario dei Comuni). 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 (molto decentrato a livello provinciale) 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 prevedeva 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 private²⁴.

Certamente universalistici erano i sistemi sanitari dei **paesi comunisti**.

Al pari dell'Inghilterra e della Germania, la sanità dell'**Unione Sovietica** ha avuto la denominazione del suo modello: "**Semashko**". Nikolay Semashko, membro del partito bolscevico, fu commissario del popolo per la sanità pubblica dal 1918 e ispiratore delle riforme sanitarie in URSS. Il modello Semashko, tipico dell'Unione Sovietica e dei paesi comunisti dell'Europa centro-orientale prima del crollo del Muro di Berlino, era caratterizzato da una pianificazione centralizzata, da un eccesso di strutture ospedaliere (e di personale addetto), dalla presenza di rigidi programmi specialistici verticali (psichiatria, malattie polmonari e tubercolosi, tumori) e da servizi di base organizzati in strutture polispecialistiche (policlinici). Il modello ha funzionato bene fino alla metà degli anni 60: l'accesso universale alle cure (accompagnato dal parallelo accesso universale all'istruzione), massicce campagne vaccinali e un rigoroso controllo delle malattie infettive arrecarono significativi miglioramenti nello stato di salute della popolazione, molto vicini a quelli registrati nel molto più ricco mondo industrializzato dell'Occidente. Dagli anni sessanta il modello Semashko entra in una crisi irreversibile a causa di una serie di fattori concomitanti: la sanità retrocede agli ultimi posti nelle priorità strategiche dell'URSS (a tutto vantaggio del settore militare e aerospaziale) e sarà da quel periodo sistematicamente sottofinanziata (meno del 4% del PIL); sul piano epidemiologico le malattie cronico-degenerative sostituiscono quelle infettive e il sistema sanitario si trova poco attrezzato per affrontarle sia dal punto di vista scientifico-professionale che da quello tecnologico (farmaci, strumenti diagnostici), anche a causa della chiusura nei confronti del mondo occidentale. A ciò si aggiunge la diffusione del malcostume della richiesta di pagamenti sottobanco ai pazienti e le sempre più accentuate disuguaglianze nel trattamento in relazione allo *status* dei pazienti. Tutto ciò peserà anche in termini di miglioramento dello stato di salute della popolazione, che da quel periodo registrerà un rallentamento²⁵.

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

²⁴ W. Van del Ven, "The Netherland", in C. Ham (Ed), Health Care Reform, Learning from international experience, Open University Press, 1997, pp. 87-103.

²⁵ D. Balabanova, Health sector reform and equity in transition, Health Systems Knowledge Network, WHO Commission on the social determinants of health, July 2007.

(“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 centrale²⁶. 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 stato²⁷.

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 una missione impossibile. Le ragioni sono molteplici e diverse nelle differenti fasi storiche: dapprima l’ostilità della classe medica, la freddezza delle potenti centrali sindacali (più interessate a trattare i benefit sanitari con le aziende, che a promuovere un sistema universalistico), 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 definito “*riforme incrementali*”²⁸, 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, vista la vicinanza) 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

²⁶ Y. Liu, W. Hsiao, K. Eggleston, Equity in health and health care: the Chinese experience, Soc. Sci. Med., 49 (1999), 1349-56.

²⁷ Y. Liu, Reforming China’s urban health insurance system, Health Policy, 60 (2002) 133-150.

²⁸ B. Kirkman-Liff, The United States, in C. Ham (Ed), Health Care Reform, Learning from international experience, Open University Press, 1998, pp. 21-45.

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 ad alcune categorie di **poveri**, come emendamento del *Social Security Act* del 1935²⁹.

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 allora 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 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'Assemblea³⁰. 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;

²⁹ G. Maciocco, *ibidem*, p. 3.

³⁰ WHO-UNICEF, Alma-Ata 1978 Primary Health Care, “Health for all” Series, No. 1, WHO, Geneva, 1978.

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. GLOBALIZZAZIONE E SALUTE.

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"³¹.

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"³², in cui si teorizza la necessità di concentrarsi su **quattro obiettivi specifici cost-effective**: la 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 popolazione³³. 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

³¹ 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.

³² J.P. Grant (UNICEF), *The State of the World's Children*, 1982-83, Oxford University Press, 1982.

³³ K.S. Warren, The evolution of selective primary health care, *Soc. Sci. Med.*, Vol. 26. No. 9. Pp. 891-898, 1988.

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.³⁴

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”*³⁵. *“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”*³⁶.

3.2. Welfare: il cambiamento di paradigma. Il neo-liberismo.

La rimozione/negazione delle conclusioni della conferenza di Alma Ata, prima ancora che un atto politico che segnerà profondamente l’evoluzione delle politiche sanitarie (in particolare delle politiche di cooperazione sanitaria internazionale) nei decenni successivi, è il simbolo del radicale cambiamento di paradigma che si verifica nel mondo a cavallo degli anni settanta e ottanta.

Fino agli anni settanta (e la dichiarazione di Alma Ata rappresenta il canto del cigno di questo ciclo) era valso il paradigma che affermava il principio che alcune componenti della vita della società (la sanità, l’istruzione, la previdenza) dovessero essere sottratte ai meccanismi di mercato e che lo Stato (ed estensivamente la comunità internazionale) dovesse farsi carico di garantire a tutti i cittadini, senza distinzione, l’accesso a queste fondamentali componenti del welfare. Il **nuovo paradigma** segna il ritorno a un liberismo “radicale” (“**neo-liberismo**”) dove tutto deve essere (de)regolato dal mercato, anche quei settori – come la sanità - tradizionalmente regolati/gestiti dallo Stato. Gli argomenti del neo-liberismo, diventato il pensiero egemone a partire dagli anni **1979/1980** (anni delle vittorie elettorali di **M. Thatcher** in Gran Bretagna e di **R. Reagan** in USA), sono: 1. i mercati sono i migliori e più efficienti allocatori delle risorse, sia nella produzione che nella distribuzione della ricchezza; 2. le società sono composte di individui autonomi (produttori

³⁴ 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

³⁵ A. Green, An Introduction to Health Planning in developing countries, Oxford Medical Publications, Oxford, 1999, p. 62.

³⁶ K.W. Newell, Selective primary health care: the counter revolution, Soc. Sci. Med. Vol. 26, No. 9, pp. 903-906, 1988.

e consumatori), motivati principalmente o esclusivamente da considerazioni economiche e materiali; 3. l' *welfare state* - di stampo liberaldemocratico o socialdemocratico, tendente a mitigare le diseguaglianze nella società - interferisce con il normale funzionamento del mercato e deve essere, dove esiste, eliminato. Secondo l'ideologia neo-liberista infatti le diseguaglianze sono il necessario sotto-prodotto del buon funzionamento dell'economia e sono anche "giuste" perchè rispondono al principio che se qualcuno entra nel mercato, qualcun altro ne deve uscire. Quindi le azioni del governo per correggere le "distorsioni" del mercato sono non solo inefficienti, ma anche ingiuste; ed infatti il motto di R. Reagan era: "il governo non è mai la soluzione, il governo è il problema."

Questa idea, questo modello ("*intellectual blueprint*") deve essere esportato ovunque (come, disastrosamente, anni dopo sarà la democrazia a dover essere esportata): "per la prima volta nella storia, il capitalismo è stato adottato come l'applicazione di una dottrina, piuttosto che come l'evoluzione di un processo storico di tentativi e errori"³⁷.

Rigorosi interpreti e amplificatori di questa dottrina sono stati dagli anni ottanta in poi i potenti organismi internazionali quali: **Banca Mondiale, Fondo Monetario Internazionale** e, successivamente, l'**Organizzazione Mondiale del Commercio**.

Come questi organismi, in particolare la Banca Mondiale, sono riusciti a impregnare le politiche sanitarie mondiali della dottrina neo-liberista è la materia dei prossimi paragrafi.

3.3. Le politiche della Banca Mondiale.

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.

L'**indebitamento** è stato per i paesi più poveri la conseguenza più devastante di questa crisi. Un debito che raggiunse rapidamente cifre astronomiche a causa delle politiche aggressive delle banche che dovevano investire gli imponenti depositi di petro-dollari provenienti dai paesi esportatori di petrolio e per la politica di rapido aumento dei tassi di sconto praticata dalla US Federal Reserve (Banca Centrale Americana), che determinò una progressiva e insostenibile crescita degli interessi sui capitali prestati. A rendere il quadro se possibile ancora più fosco, va aggiunto il fatto che l'80% dei prestiti erogati ai paesi africani veniva trasferito all'estero ("*capital flight*" - "**fuga dei capitali**") – legalmente, ma più spesso illegalmente - da parte di governanti corrotti, imprenditori e borghesie locali. E' stato calcolato che il valore dei capitali esportati all'estero dai 25 paesi africani tra il 1970 e il 1996, inclusi gli interessi, è stato considerevolmente superiore al valore del

³⁷ Przeworski A et AA. : Sustainable Democracy. Cambridge: Cambridge University Press; 1995. Cit. in R. Labonte, T. Schrecker, Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 1 of 3) *Globalization and Health* 2007, <http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/5>, pag. 8.

debito accumulato negli stessi paesi alla fine del 1996³⁸. Il fenomeno non è ovviamente solo africano: quattro paesi asiatici – Indonesia, Malesia, Filippine e Thailandia – tra il 1970 e il 2000 hanno accumulato una quantità di capitali esportati pari a 1000 miliardi di dollari³⁹.

E' precisamente in questa fase di rovina economica, sociale, morale dei paesi più poveri del pianeta – siamo agli inizi degli anni ottanta - che interviene la Banca Mondiale la cui ricetta confezionata 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 neo-liberiste 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; apertura agli investimenti esteri; 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.

Jeffrey D. Sachs, nel suo libro “La fine della povertà”⁴⁰, analizza così gli avvenimenti di quel periodo:

“Sfortunatamente, nell'era degli aggiustamenti strutturali questioni egoistiche e ideologiche furono alla base degli errori di indirizzo e degli aiuti insufficienti concessi ai paesi in via di sviluppo. L'aspetto egoistico è evidente: la responsabilità della povertà fu scaricata integralmente sugli stessi poveri; da ciò discese che non erano necessari aiuti finanziari internazionali. Negli anni Ottanta e Novanta gli aiuti allo sviluppo crollarono: per esempio, nell'Africa sub-Sahariana passarono dai 32 dollari pro capite nel 1980 ai 22 del 2001, nonostante nel periodo l'intero continente africano fosse devastato da una pandemia [Hiv/Aids, ndr] e la necessità di un aumento della spesa pubblica (soprattutto sanitaria) fosse evidente. Ma i paesi ricchi erano convinti di aver fatto tutto quello che competeva loro, dato che le questioni in esame rimanevano al di fuori delle loro responsabilità. Anche gli aspetti ideologici di questa politica dello sviluppo sono chiari. I governi degli Stati Uniti, della Gran Bretagna e degli altri paesi conservatori hanno utilizzato le istituzioni internazionali per promuovere politiche che a casa propria non avrebbero potuto applicare. Negli ultimi vent'anni, molti paesi africani hanno subito fortissime pressioni da parte della Banca Mondiale per privatizzare il sistema sanitario o, almeno, volgere a pagamento i servizi sanitari e d'istruzione. Eppure, i maggiori azionisti della Banca Mondiale (cioè i paesi ricchi) hanno sistemi sanitari ad accesso gratuito e universale, e sistemi scolastici che garantiscono l'accesso di tutti alla pubblica istruzione.”

Nel 1987 la **Banca Mondiale** si esibisce nel primo documento interamente dedicato alla sanità⁴¹, 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.

³⁸ Boyce JK, Ndikumana L: Is Africa a Net Creditor? New Estimates of Capital Flight from Severely Indebted Sub-Saharan African Countries, 1970-96. Journal of Development Studies 2001, 38:27-56. Cit. in R. Labonte, T. Schrecker, Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 2 of 3) *Globalization and Health* 2007, pag. 13. <http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/6>

³⁹ Beja EL: Was Capital Fleeing Southeast Asia? Estimates from Indonesia, Malaysia, the Philippines, and Thailand. Asia Pacific Business Review 2006, 12:261-283. Cit. in R. Labonte, T. Schrecker, Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 2 of 3) *Globalization and Health* 2007, pag. 13. <http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/6>

⁴⁰ J. D. Sachs, La fine della povertà, Mondadori, 2005, pp. 87-88.

⁴¹ The World Bank, Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reforms. Washington DC, 1987.

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

- a) 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”*.
- b) Promuovere **programmi assicurativi**.
- c) Favorire la **privatizzazione** dei servizi sanitari.
- d) **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 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 1989⁴², 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”*).

3.7. L’eclisse dell’OMS.

Nel 1988 un ricercatore giapponese, Hiroshi Nakajima viene eletto nuovo Direttore Generale dell’Organizzazione Mondiale della Sanità. La sua elezione segna l’inizio di un decennio di gravissima crisi dell’istituzione, dovuta a molti fattori, non ultimo il basso profilo del nuovo direttore (l’esatto opposto del suo predecessore, H. Mahler)^{43 44 45}. La mancanza di una guida autorevole a capo dell’OMS aggrava una serie di problemi che l’organizzazione deve fronteggiare, tra cui:

- a) Il **blocco dei finanziamenti budgetari** e la crisi nei rapporti con gli USA. Dal 1980 il budget dell’OMS è rimasto inalterato perdendo progressivamente valore a causa dell’inflazione (nonostante ciò Nakajima raddoppia il suo staff dirigenziale), subendo inoltre ripetute interruzioni nel flusso dei finanziamenti da parte del principale contribuente, gli USA, irritato dalle scelte della precedente amministrazione Mahler come l’emanazione del codice internazionale sui sostituti del latte materno (perché considerato un attacco al libero mercato) e il lancio del programma dei farmaci essenziali (a cui si opponevano le industrie farmaceutiche).
- b) Lo sviluppo di programmi finanziati attraverso **meccanismi extrabudgetari**. Se da una parte il budget ordinario dell’OMS – quello su cui decide l’assemblea dei rappresentanti dei paesi – tende progressivamente a ridursi (e di conseguenza si contrae il ruolo

⁴² J.P. Grant (UNICEF), *The State of the World’s Children*, 1989, Oxford University Press, 1989.

⁴³ F. Godlee, *The World Health Organization: WHO in crisis*, BMJ 1994; 309:1424-28

⁴⁴ F. Godlee, *WHO in retreat: it is losing its influence?*, BMJ 1994; 309:1491-95

⁴⁵ F. Godlee, *The World Health Organization: WHO’s special programmes: undermining from above*, BMJ 1995; 310: 178-182.

istituzionale dell'organizzazione), dall'altra si espandono i programmi finanziati ad hoc (extra-budget) da vari donatori, ovvero le nazioni più ricche e le agenzie multilaterali, come la Banca Mondiale. Agli inizi degli anni 90 il finanziamento extrabudgetario rappresenta il 54% dell'intero bilancio dell'OMS. Questo tipo di finanziamento genera programmi "verticali", come il programma contro l'Aids o quello per la copertura universale delle vaccinazioni, i cui livelli decisionali vengono posti al di fuori del controllo dell'organizzazione perchè designati dai donatori. La causa di ciò – si giustificano i donatori – è la scarsa efficienza e l'inaffidabilità dell'organizzazione interna dell'OMS: meglio finanziare a parte e gestire direttamente i programmi importanti. Ma già da quegli anni si capì che quei programmi non funzionavano. Particolarmente significativo è caso del programma sulle vaccinazioni finanziato in larga parte dall'Unicef e da altri donatori come il Rotary International: alla fine degli anni 80 si registra un impegno straordinario per raggiungere i massimi livelli di copertura vaccinale nei paesi più poveri, dove vengono allestite linee operative ad hoc con elargizione di generosi incentivi al personale locale a fronte del raggiungimento degli obiettivi stabiliti. I risultati furono assolutamente brillanti, ma effimeri. In Ghana si raggiunge il 100% di copertura nel 1990, ma si tornò rapidamente ai livelli precedenti del 40-50% quando vennero meno le risorse aggiuntive; analoga situazione in Nigeria dove si raggiunse il picco massimo del 70% nel 1990 per tornare al di sotto del 20% nel 1994.

3.8. La trappola medica della povertà

La Banca Mondiale dedica il suo rapporto annuale del **1993** ai temi della salute (*Investing in health*⁴⁶); 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, screditata per i motivi di cui sopra⁴⁷. 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:

- a) 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;
- b) 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 priorità⁴⁸. 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 Banca Mondiale 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 sanitaria⁴⁹, e ancor più la quota pubblica di questa spesa: 2-3, al massimo 7-8US\$ pro-

⁴⁶ The World Bank, World Development Report 1993, Investing in Health, Washington DC, 1993

⁴⁷ K. Buse, G. Walt, Role conflict? The World Bank and the world's health, Social Science & Medicine, 50 (2000) 177-179.

⁴⁸ C.J.L. Murray, A.K. Acharya, Understanding DALYs, Journal of Health Economics, 16 (1997) 703-730.

⁴⁹ M. Jowett, Bucking the trend? Health care expenditure in low income countries 1990-1995, Int. J. Plann. Mgmt, 14, 269-285 (1999)

capite (altro che i 14US\$ pro-capite al pacchetto per gli interventi essenziali raccomandati dagli esperti!). Accanto al progressivo degrado delle strutture sanitarie pubbliche, si assiste alla 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.

"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 articolo pubblicato su *Lancet*⁵⁰, 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, Timoty 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 Banca Mondiale 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.

3.6. I programmi verticali e le *partnership* pubblico-privato

Nel **1998**, nel momento più basso della credibilità e del prestigio dell'OMS, viene eletta alla direzione generale dell'organizzazione **Gro Harlem Brundtland**, già primo ministro norvegese. La sua elezione arresta il declino dell'OMS e ha il merito di riportare il tema della salute nell'agenda politica internazionale. La sua gestione è contrassegnata da alcune importanti iniziative tra cui la pubblicazione del **World Health Report 2000** in cui si stabiliscono i criteri di valutazione dei sistemi sanitari (iniziativa peraltro molto discussa), l'istituzione della commissione **Macroeconomics and Health** presieduta da J. Sachs⁵¹,

⁵⁰ 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.

⁵¹ <http://www.cmhealth.org/>

l'adozione da parte dell'Assemblea dell'OMS della Convenzione-quadro sul controllo del tabacco ("*WHO Framework Convention on Tobacco Control*").

Tuttavia la linea politica della Brundland non si discosta molto da quella tracciata dalla Banca Mondiale. La sua *road map* per guidare l'OMS è infatti quella indicata dal Rapporto della Banca Mondiale "*Investing in Health*" del 1993⁵². Nei 5 anni della sua direzione (dal 1998 al 2003) si assiste alla moltiplicazione di iniziative finanziate con meccanismi extrabudgetari che arrivano a sorpassare di gran lunga il budget corrente (1.400 milioni di dollari contro 800 milioni di dollari nel 2002). Si tratta di programmi promossi e finanziati da donatori pubblici e privati (**Global Public-Private Partnership - GPPP**) quali: *European Partnership Project on Tobacco Dependence, Global Alliance for TB Drug Development, Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis, Global Alliance to Eliminate Leprosy, Global Alliance for Vaccines and Immunization, Global Elimination of Blinding Trachoma, Global Fire Fighting Partnership, Global Partnerships for Healthy Aging, Global Polio Eradication Initiative, Global School Health Initiative, Multilateral Initiative on Malaria, Medicines for Malaria Venture, Partnership for Parasite Control, Roll Back Malaria, Stop TB, UNAIDS/Industry Drug Access Initiative*.

In queste iniziative eccelle la fondazione di Bill e Melinda Gates che al settembre 2002 aveva versato la cifra di 2,8 miliardi di dollari, di cui 750 milioni indirizzati alla *Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI)*, una GPPP in cui l'OMS ha un ruolo marginale.

In un'altra GPPP, *Roll Back Malaria*, che conta oltre 80 partner tra organizzazioni bilaterali, multilaterali, non governative e private (tra cui BM, Gates Foundation, Amref, Bayer, Novartis, ENI, Governo Italiano), l'OMS svolge un ruolo dominante. Tuttavia la molteplicità degli attori provoca gravi problemi di gestione e governance sia a livello centrale che periferico⁵³, al punto che la stessa OMS decide di istituire per la malaria una propria struttura autonoma, il *Global Malaria Programme*⁵⁴.

Nel 2002 viene istituita a Ginevra – a seguito della decisione adottata l'anno prima dal G8 di Genova – la più potente delle GPPP: "**The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria**"⁵⁵ con l'obiettivo di "attrarre, gestire ed erogare risorse aggiuntive attraverso una nuova *partnership* pubblico-privata che darà un contributo significativo e sostenibile alla riduzione di infezione, malattia e mortalità da HIV/AIDS, tubercolosi e malaria, mitigandone l'impatto nei paesi bisognosi e contribuendo alla riduzione della povertà come parte degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio".

Il Presidente degli Stati Uniti **G.W. Bush** promuove una sua GPPP, **PEPFAR** (*The President's Emergency Plan for Aids Relief*)⁵⁶; non è da meno il suo predecessore **B. Clinton** che fonda la sua organizzazione **CHAI** (*Clinton Foundation HIV/AIDS Initiative*)⁵⁷. La **Banca Mondiale** ha introdotto un suo programma AIDS in 29 paesi africani, il **MAP** (*Multi-country AIDS Programme*). Infine, va ancora citato **Bill Gates**, la cui fondazione - dai primi progetti sulle vaccinazioni - ha enormemente allargato il suo raggio d'azione (aids, tubercolosi, malaria, malnutrizione, salute materno-infantile, etc): non a caso il suo sito on-line si chiama "**Global Health**"⁵⁸.

Il rapido sviluppo di questa miriade di iniziative globali-settoriali è l'apoteosi della linea politica perseguita dalla Banca Mondiale (e dai suoi "azionisti") nel dopo-Alma-Ata: **ridurre al minimo il ruolo del settore pubblico** (governi nazionali e OMS) nel governo della

⁵² G. Yamey, Have the latest reforms reversed WHO's decline? *BMJ* 2002; 325: 1107-12

⁵³ G. Yamey, WHO in 2002, Faltering steps towards partnerships, *BMJ* 2002; 325: 1236-40

⁵⁴ R. Levine, Open letter to incoming director general of the World Health Organization: time to refocus, *BMJ* 2006; 333: 1015-7.

⁵⁵ <http://www.theglobalfund.org/en/>

⁵⁶ www.pepfar.gov

⁵⁷ www.clintonfoundation.org

⁵⁸ <http://www.gatesfoundation.org/GlobalHealth/>

sanità, trasferendo potere di iniziativa, di finanziamento e gestione al settore privato sia a livello locale che globale.

Gavin Yamey, autore di una serie di articoli dedicati all'OMS sul BMJ nel 2002⁵⁹, osserva al riguardo: **“Le partnership tendono a ‘cogliere dall’albero i frutti più bassi’**, concentrano i loro sforzi nell’ottenere risultati rapidi piuttosto che costruire un sistema sanitario ampio e robusto per venire incontro ai bisogni della popolazione. (...) I paesi poveri inoltre non hanno le risorse per coordinare tutte queste frammentarie iniziative. (...) Nel modificarsi dell’architettura della salute globale, la sua *governance* si sta spostando dalla WHO verso i donatori. L’Assemblea Mondiale della Sanità può essere lenta e burocratica, ma ha i vantaggi della legittimità rappresentativa - 192 paesi, poveri e ricchi tutti con lo stesso potere di voto - e risponde ai Paesi stessi. Le nuove iniziative globali sono al di fuori della *governance* dell’Assemblea e rispondono ampiamente ai loro donatori: fondazioni private e governi ricchi. Scegliendo quali interventi sanitari finanziare (soprattutto controllo delle malattie infettive), quali strategie adottare (prevalentemente programmi verticali) e quali Paesi debbano ricevere appoggio, queste iniziative stanno indebolendo l’influenza delle Nazioni Unite sul modo di spendere i soldi per la salute globale.”⁶⁰

3.7. Imperialismo umanitario⁶¹

L’OMS nel 2001 pubblica un importante rapporto - **“Macroeconomics and health: investing in health for economic development”**⁶², frutto di una commissione presieduta da J. Sachs dell’Università di Harvard, e composta da un gruppo di esperti del settore sanitario, di economia, finanza, commercio, sviluppo e politica.

Il rapporto evidenzia l’estrema drammaticità dello stato di salute delle popolazioni dei paesi poveri, le notevoli disuguaglianze presenti all’interno di questi paesi sia nella salute sia nelle condizioni socio economiche, e individua la necessità di una nuova strategia globale per migliorare la salute di questi paesi che coinvolga sia i paesi poveri stessi sia quelli ricchi e, all’interno dei paesi poveri, sia i governi nazionali sia la società civile.

La maggior parte dei problemi sanitari dei paesi poveri sono causati da un numero limitato di condizioni di salute, per le quali esistono attualmente trattamenti efficaci in grado di curarle; tuttavia, la maggioranza delle popolazioni povere non hanno accesso ad essi, e ciò è dovuto alle inefficienze dei governi dei paesi poveri ma, soprattutto, alla mancanza di risorse finanziarie sia dei singoli individui sia dei governi, ovvero alla povertà.

Il rapporto sostiene quindi che la comunità internazionale potrebbe svolgere un ruolo fondamentale per il benessere dei più poveri del pianeta, investendo seriamente nel controllo delle malattie e nel miglioramento della salute dei paesi poveri; definisce una strategia operativa, basata su:

- a) **accesso universale** e gratuito ad un pacchetto di interventi sanitari essenziali, centrati sull’assistenza sanitaria di base;
- b) un **livello minimo di finanziamento pubblico** per garantire i **servizi essenziali** di cui sopra, stimato in **35US\$ pro-capite all’anno** (la gran parte dei paesi africani non raggiunge i 10US\$ pro-capite all’anno).

Ciò avrebbe richiesto l’impegno finanziario congiunto di governi locali e di paesi donatori (soprattutto di questi ultimi) pari a circa **30 miliardi di dollari l’anno**.

⁵⁹ vedi note bibliografiche 51 e 52

⁶⁰ Per approfondire il tema delle GPPP ed in particolare del Global Fund vedi: Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, **Da Alma Ata al Global Fund**, www.saluteglobale.it, pubblicato anche su Salute e Sviluppo, n. 3/06 www.mediciconlafrica.org.

⁶¹ G. Maciocco, L. Ombroni, L. Roti, Imperialismo umanitario, Toscana Medica, Giugno 2007.

⁶² <http://www.cid.harvard.edu/cidcmh/CMHReport.pdf>

Una ricetta basata sul rafforzamento complessivo dei sistemi sanitari per garantire in tutte le strutture sanitarie, in particolare nelle aree rurali e periferiche e nelle baraccopoli delle grandi città, la presenza di personale competente (e pagato decentemente), il rifornimento di farmaci essenziali (compresa la terapia antiretrovirale), l'erogazione di interventi semplici e efficaci (dal trattamento della diarrea e la polmonite alle vaccinazioni, dall'assistenza qualificata alla gravidanza e al parto alle cure neonatali). Una ricetta in grado di evitare – secondo le stime della commissione – circa 8 milioni di morti all'anno entro la fine del decennio.

Una ricetta proposta (invano) per correggere decisamente la tendenza in atto dagli anni novanta di promuovere una cooperazione sanitaria basata su interventi *verticali* finanziati e gestiti dalle più svariate organizzazioni pubbliche e private, singole o associate. Così mentre l'aiuto pubblico allo sviluppo finanziato dai paesi più ricchi si riduceva sempre più (con l'Italia fanalino di coda) e il ruolo dell'OMS sbiadiva, fino quasi a scomparire, sono venuti alla ribalta iniziative e personaggi con al seguito apparati mediatici tanto potenti da influenzare le politiche pubbliche di cooperazione.

I **programmi verticali** perseguono una politica di intervento su singole malattie o branche della sanità (dall'aids al tracoma, dalle vaccinazioni alla cardiocirurgia), disinteressandosi dell'intero sistema sanitario locale. Così può capitare che in un paese il trattamento di una singola malattia sia gratuito (per un tempo limitato) mentre tutto il resto dell'assistenza sia a pagamento (ovvero inaccessibile a gran parte della popolazione). Così capita che gli operatori sanitari locali – a causa degli stipendi bassissimi – o emigrano o si trasferiscono al servizio che in quel momento ha il temporaneo privilegio di ricevere finanziamenti dai programmi verticali (che pagano stipendi più alti e che sono spesso in competizione tra loro).

La conseguenza è che se da una parte, per le malattie oggetto dell'attenzione dei programmi verticali, si ottiene qualche risultato (finché durano i finanziamenti), dall'altro si impedisce lo sviluppo di un sistema sanitario pubblico nazionale o locale, o si minano le fondamenta di quei sistemi sanitari che con fatica molti paesi a basso reddito stanno cercando di costruire. La conseguenza finale di questa moderna forma di imperialismo (**l'imperialismo umanitario**, ovvero l'imposizione dall'esterno di modelli di intervento modellati sulle esigenze dei donatori) è il peggioramento delle condizioni generali di salute delle fasce più deboli di popolazione, donne e bambini in primo luogo, in molti paesi a basso reddito e soprattutto nella maggior parte dei paesi dell'Africa subsahariana.

Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale (FMI), che per anni hanno favorito e promosso la proliferazione di questi programmi, visti i risultati catastrofici, stanno rivedendo (finora però solo a parole) le loro posizioni. Questo, ad esempio, si legge in un recente documento del FMI:

“Perversamente, le forti iniezioni di risorse indirizzate a specifiche malattie (i cosiddetti “programmi verticali”) hanno indebolito le infrastrutture e spostato le risorse umane necessarie per prevenire e trattare malattie comuni (come la diarrea e la polmonite) che uccidono molte più persone. Inoltre i molteplici donatori – ciascuno con le proprie priorità, le proprie procedure amministrative, i propri sistemi di valutazione – hanno prodotto caos e sprechi nei paesi ospiti. Infine un'importante preoccupazione è la sostenibilità di questi programmi verticali dato che i fondi dei donatori possono non essere stabili e duraturi. In conclusione per i paesi riceventi questi fondi hanno rappresentato un elemento di sfida e insieme di destabilizzazione nella gestione del sistema sanitario”⁶³.

⁶³ W. Hsiao, P.S. Heller, What should macroeconomists know about health care policy?, IMF, Working Paper, WP/07/13, January 2007

Quattro consulenti della Banca Mondiale, in un lungo e articolato paper sul “Finanziamento della salute globale (Missione incompiuta)”⁶⁴, dimostrano come vi sia un *mismatch* – uno sfasamento, un’asimmetria - tra le priorità dei donatori e quelle dei potenziali beneficiari, e alla fine prevalgono le volontà dei primi. “E’ chiaro dalla letteratura sugli aiuti, conclude l’articolo, che le condizioni imposte dai donatori raramente funzionano”.

3.8. Globalizzazione e salute

3.8.1. Cos’è la globalizzazione

Secondo Wikipedia “**globalizzazione**” si riferisce a “una crescente e globale connettività, integrazione e interdipendenza in campo economico, sociale, tecnologico, culturale, politico e ecologico”⁶⁵. L’Enciclopedia Britannica la definisce come “un processo attraverso il quale l’esperienza della vita quotidiana, segnata dalla diffusione di beni di consumo e di idee, può produrre una standardizzazione delle espressioni culturali in ogni parte del mondo”⁶⁶.

Innumerevoli sono le definizioni di “globalizzazione”, ma tutti gli autori concordano sul fatto che “la **globalizzazione economica** è stata la forza trainante dell’intero processo di globalizzazione negli ultimi due decenni”⁶⁷. Un processo che, iniziato con gli shock petroliferi e la crisi del debito degli anni 70-80, è dilagato negli anni successivi, seguendo rigorosamente le linee tracciate dalla dottrina neo-liberista.

Il principale attributo della globalizzazione economica è la liberalizzazione, la “deregulation” nella circolazione “globale” dei capitali, delle merci, dei servizi, delle persone.

Una liberalizzazione applicata con diversi livelli di intensità.

1. Al livello più avanzato c’è la **liberalizzazione finanziaria**. Il valore degli investimenti esteri è cresciuto enormemente, raggiungendo nel 2006 1.200 miliardi di dollari⁶⁸, mentre nel mondo ogni giorno circola per transazioni una quantità di valuta estera pari a 1.900 miliardi di dollari⁶⁹. La liberalizzazione finanziaria espone le economie nazionali alle incertezze create da enormi quantità di flussi di capitali a breve termine. Il pericolo imminente è il disinvestimento di capitali esteri da parte di banche e investitori pubblici e privati: è sufficiente la valutazione negativa di un’agenzia di *rating* per far precipitare un paese in una devastante crisi finanziaria (svalutazione della moneta, evaporazione del potere di acquisto), minando le condizioni di vita di centinaia di milioni di persone. E’ successo in Messico nel 1994-95, in Russia nel 1997, in vari paesi dell’Asia nel 1997-98, in Argentina nel 2001-02. A quel punto il recupero della solvibilità del paese agli occhi degli investitori esteri è diventato prioritario rispetto al soddisfacimento dei bisogni primari della popolazione⁷⁰.

⁶⁴ G.J. Schieber, P. Gottret, L.K. Fleisher, A.A. Leive, Financing Global Health: Mission Unaccomplished, Health Affairs, Vol. 26, No. 4, p. 921-34.

⁶⁵ <http://en.wikipedia.org/wiki/Globalization>

⁶⁶ <http://www.britannica.com/search?query=globalization&ct=&searchSubmit.x=11&searchSubmit.y=7>

⁶⁷ Woodward D, Drager N, Beaglehole R, Lipson D: Globalization and health: a framework for analysis and action. Bulletin of the World Health Organization 2001, 79:875-881.

⁶⁸ United Nations Conference on Trade and Development: Foreign Direct Investment Surged Again in 2006 [http://www.unctad.org/en/docs/iteiiamic20072_en.pdf]. New York: UNCTAD, 2007, cit. in R. Labonte, T. Schrecker, Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 2 of 3) *Globalization and Health* 2007;

⁶⁹ Bank for International Settlements: Triennial Central Bank Survey: Foreign Exchange and Derivatives Market Activity in 2004. Basel: BIS; 2005. , cit. in R. Labonte, T. Schrecker, Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 2 of 3) *Globalization and Health* 2007;

⁷⁰ R. Labonte, T. Schrecker, Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 2 of 3), p. 18

2. La **liberalizzazione commerciale** ha determinato in forte incremento della circolazione di beni e servizi: dal 1960 al 2003 il valore del commercio mondiale è raddoppiato passando dal 24% al 48% del Prodotto Interno Lordo (PIL)⁷¹. Tuttavia permangono ancora limitazioni e barriere, generalmente a svantaggio delle economie dei paesi più poveri, perché gli stessi governi dei paesi ricchi, fortemente impegnati nel realizzare l'agenda neo-liberista "libero commercio e libero mercato", diventano molto selettivi nell'applicare queste regole in casa propria, quando la posta in gioco è molto alta (vedi elargizione di sussidi agli agricoltori il cui supporto elettorale è decisivo per l'elezione di un governo)⁷².
3. La **liberalizzazione della circolazione delle persone** è un fenomeno limitato ai soggetti in possesso di determinate qualifiche professionali ed è – tra l'altro - alla base della continua migrazione di operatori sanitari dai paesi più poveri a quelli più ricchi. La migrazione delle persone povere e non qualificate è invece fortemente contrastata, nonché accompagnata da condizioni di sfruttamento, discriminazione e di grave pericolo per la vita.

Il secondo elemento distintivo della globalizzazione è la **riorganizzazione della produzione e la creazione di una nuova divisione internazionale del lavoro** in cui le produzioni manifatturiere ad alta intensità di manodopera vengono trasferite in paesi in cui il livello di tutela dei lavoratori (salari, orario di lavoro, sicurezza, assistenza sanitaria, etc.) è molto basso e in cui ciascun elemento della produzione è collocato laddove è maggiore il ritorno economico e minore il rischio finanziario. Questo fenomeno da una parte ha favorito la rapida integrazione nel mercato mondiale di alcune economie – es: Cina e India - , dall'altra ha provocato un rapido declino del reddito e della sicurezza economica dei lavoratori meno qualificati, con un impatto pesante anche nei paesi ricchi a causa dei conseguenti processi di de-industrializzazione.

“La globalizzazione dell'economia e della finanza – scrive D. Coburn - 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”⁷³.

Il declino del potere della classe lavoratrice rispetto a quello delle imprese, in particolare delle **compagnie multinazionali**, è fotografato dai cambiamenti nella distribuzione della ricchezza all'interno di una nazione: per esempio in Messico nel 1976 stipendi e salari rappresentavano il 40% del PIL, nel 2000 meno del 20%⁷⁴; nei dieci paesi più industrializzati la componente stipendi e salari dal 1980 al 2006 è scesa dal 63 al 59% del PIL, mentre è cresciuta specularmente la componente derivante dai profitti delle imprese⁷⁵.

⁷¹ World Bank: World Development Indicators (online) [<http://devdata.worldbank.org/wdi2006/contents/index2.htm>].

⁷² R. Labonte, T. Schrecker, Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution, Global Knowledge Network final report, 29 June 2007.

⁷³ D. Coburn, Income inequality, social cohesion and health status of populations: the role of neo-liberalism, *Social Science & Medicine* 51 (2000) 135 – 146.

⁷⁴ Palma JG: Globalizing Inequality: 'Centrifugal' and 'Centripetal' Forces at Work, ST/ESA/2006/DWP/35. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2006. cit. in R. Labonte, T. Schrecker, Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 2 of 3) *Globalization and Health* 2007.

⁷⁵ Woodall P: The new titans: A survey of the world economy. *Economist* 380 (September 16, 2006). cit. in R. Labonte, T. Schrecker, Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 2 of 3) *Globalization and Health* 2007.

La **globalizzazione** – afferma Nancy Birdsall, direttore del *Center for Global Development* – è un **processo fondamentale asimmetrico**: nei benefici e nei rischi funziona bene per alcuni e molto peggio per altri. Funziona bene per i paesi ricchi, per le compagnie multinazionali, per i gruppi più ricchi della popolazione: 1) perché questi hanno le risorse finanziarie, fisiche e umane per sfruttare tutte le opportunità offerte, 2) perché hanno la possibilità di influenzare il quadro delle regole (niente di più falso che il pensare che il mercato globale sia un sistema “naturale” con una sua logica, esso invece dipende dalla creazione e dal mantenimento di una complicata infrastruttura di leggi e istituzioni⁷⁶). Inutile aggiungere che funziona malissimo per i paesi più poveri e per i gruppi più svantaggiati della popolazione. Ed infatti il principale effetto di questa asimmetria è stata l'incessante crescita delle diseguaglianze nel reddito (e non solo nel reddito) tra paesi e tra gruppi di popolazione all'interno di un paese a partire dagli inizi degli anni ottanta. Fino ad arrivare ai giorni nostri quando non è più motivo di stupore apprendere che le 10 persone più ricche degli USA dispongono complessivamente di un reddito pari a quello dei 2,2 miliardi di persone più povere del pianeta⁷⁷.

3.8.2. Il mercato globale della salute

Alcuni anni orsono in uno sperduto distretto rurale del Nord Uganda (poco più di 150 mila abitanti) furono contate 40 **private clinics**. In quel contesto *private clinic* significa molte cose: un ambulatorio con qualche minima attrezzatura medica, un negozio, qualche volta una capanna, con l'insegna *Drug Shop*, o – più spesso – un semplice banchetto, situato all'angolo di una strada o all'ingresso di un mercato, ricoperto di contenitori di farmaci, per lo più capsule multicolori. Queste *private clinics* sono molto popolari e frequentate; secondo alcuni svolgono anche una funzione sociale perché consentono di poter accedere a un servizio sanitario a prezzi molto bassi, alla portata di chi non potrebbe permettersi la visita presso un ambulatorio medico o in un ospedale. In verità in quei negozi, dietro quei banchetti non ci sono, nel 95% dei casi, neppure degli infermieri. Il personale è quasi tutto abusivo, non qualificato, improvvisa diagnosi ed eroga farmaci senza alcun titolo, ma ha capito una cosa fondamentale: che con le medicine (magari scadute, avariate o contraffatte) si possono fare soldi, che la sanità è un business, e che la *deregulation* è manna che viene dal cielo.

Secondo l'**ideologia “neo-cons”** veicolata dalla Banca Mondiale la sanità, come ogni altro settore della vita civile, deve aprirsi al mercato globale; un mercato con poche regole per alcuni, con regole robuste per altri, a seconda dei casi. A questo servono i trattati internazionali - **GATS** (*General Agreement on Trade and Services* - Trattato generale sul commercio e i servizi) e **TRIPS** (*Trade-Related aspects of Intellectual Property rights* – Aspetti dei diritti di proprietà intellettuale riguardanti il commercio) – che si svolgono sotto l'egida della *World Trade Organisation* (WTO) (Organizzazione Mondiale del Commercio - OMC).

GATS. Lo scopo del trattato (entrato in vigore il 1° gennaio 1995) è quello di favorire la **“globalizzazione” dei servizi**: turismo, banche, comunicazioni, ambiente (acqua), assicurazioni (anche sanitarie), fino ai servizi educativi e sanitari. Nel 2000 l'esportazione di servizi nel mondo ha mosso qualcosa come 1.400 miliardi di dollari (un quarto del valore del commercio mondiale totale). La tipologia di servizi sanitari compresi nel trattato sono:

⁷⁶Kozul-Wright R, Rayment P: *Globalization Reloaded: An UNCTAD Perspective*, United Nations Conference on Trade and Development Discussion Paper 167. New York: United Nations; 2004. cit. in R. Labontè, T. Schrecker, *Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background* (part 1 of 3) *Globalization and Health* 2007.

⁷⁷B. Sutcliffe (2205), *A converging or diverging world? ST/ESA/2005/DWP/2*, New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, cit. in R. Labontè, T. Schrecker, *Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution*, Global Knowledge Network final report, 29 June 2007.

- Servizi a distanza tra un paese e l'altro; es: telemedicina via internet, assicurazioni sanitarie internazionali (*cross-border supply*);
- Trattamento dei pazienti in un altro paese (*consumption abroad*);
- Presenza di un'organizzazione straniera in un altro paese per la gestione di ospedali, poliambulatori, servizi territoriali e residenziali, agenzie assicurative (*commercial presence*);
- Trasferimento di operatori sanitari (medici, infermieri, ostetriche, etc) in un altro paese per erogare un servizio per un periodo temporaneo (*presence of natural persons*).

Il GATS è un trattato in divenire e pieno di ambiguità.

In divenire perché i paesi membri dell'OMC (144) possono scegliere a quali settori dare l'adesione. Le decisioni vengono adottate nel corso di periodici *round* di negoziazione che si tengono a Ginevra. Le maggiori adesioni sono andate al turismo (125 membri), ai servizi finanziari (100) e alle comunicazioni (94), le minori alla sanità (45) e all'educazione (43).

Pieno di ambiguità perché il testo originario è soggetto a continue e differenti interpretazioni. L'art. 16, ad esempio, afferma che i monopoli pubblici sono incompatibili con l'apertura al mercato (che è l'obiettivo finale del GATS). Tale dizione suscitò un grande allarme tra i difensori dei servizi sanitari nazionali che si basano appunto sul monopolio assicurativo dello stato. Un articolo di *Lancet* del novembre del 2000 esprime bene quali erano le preoccupazioni suscitate da quell'articolo del trattato: "E' essenziale che i politici, i funzionari pubblici e tutti coloro a cui sta a cuore la salute e la sanità pubblica aprano al pubblico scrutinio le trattative che la OMC sta conducendo. In gioco c'è non soltanto la democrazia, ma il futuro dei servizi pubblici e con essi i diritti e le attese che stanno alla base della tradizione di welfare sociale europeo"⁷⁸.

Preoccupazione fondata? Secondo alcuni no, perché il trattato all'art. 1.3. afferma che "i servizi erogati nell'esercizio dell'autorità di governo" sono esentati dal trattato e i servizi sanitari pubblici - secondo i rappresentanti del governo inglese e lo staff dell'OMC - rientrano in questa categoria^{79 80}. Secondo altri la questione è invece aperta a differenti interpretazioni⁸¹.

La **Commissione sui Diritti Umani delle Nazioni Unite**, in un Rapporto del 2003⁸², ha espresso la preoccupazione che gli investimenti stranieri in campo sanitario possano accentuare gli aspetti mercantili dell'assistenza sanitaria, a danno degli obiettivi sociali, facendo anche riferimento a uno studio congiunto OMS-OMC che affermava: "Il commercio nei servizi sanitari, in alcuni casi, ha esacerbato i problemi di accesso e di equità nel finanziamento dell'assistenza sanitaria, soprattutto nei confronti delle popolazioni povere dei paesi in via di sviluppo"⁸³.

Il GATS, con le sue ambiguità, ci dice che è in atto **una fase di liberalizzazione** (anche in sanità) **spinta ma incerta**, che l'adesione al trattato è libera (e quindi la sovranità nazionale è formalmente rispettata) ma sostanzialmente condizionata da forti pressioni (soprattutto nei confronti dei paesi più deboli e ricattabili), che molte questioni vitali sono di volta in volta esposte a differenti interpretazioni, in relazione al potere contrattuale e all'orientamento politico degli attori in quel momento in campo.

⁷⁸ Pollock AM, Price D., Rewriting the regulations: how the World Trade Organisation could accelerate privatisation in health-care systems. *Lancet* 2000; 356:1995-2000.

⁷⁹ R. Adlund, A. Carzaniga, Health services under the General Agreement on Trade in Services, *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (4).

⁸⁰ Pollock AM, Price D., The public health implications of world trade negotiation on the general agreement on trade in services and public services, *Lancet* 2003; 362: 1072-75

⁸¹ R. Chanda, Gats and its implications for developing countries, DESA Discussion Paper N. 25, United Nations.

⁸² www.ohchr.org/english/issues/health/right/annual.htm

⁸³ WTO Agreement and public health; A Joint Study by the WHO and WTO Secretariat, 2002, p.18.

TRIPS. Questo trattato si occupa di **brevetti, copyright e marchi di fabbrica**, dedicando alcuni specifici articoli ai diritti di proprietà intellettuale dei farmaci. E' un trattato di segno opposto rispetto al GATS, perché tende a limitare competizione e libera circolazione, garantendo alla casa farmaceutica che ha inventato il prodotto il monopolio della vendita, e quindi la determinazione del prezzo, per la durata di **20 anni**. Tutto ciò per assicurare all'impresa il **ritorno degli investimenti** sostenuti per la ricerca (secondo alcuni il termine di 20 anni appare eccessivo per questo scopo). Il TRIPS – secondo le intenzioni dell'Organizzazione Mondiale del Commercio – dovrebbe contemperare due diversi interessi: quello dell'**industria farmaceutica** di proteggere i diritti di proprietà individuale (e i benefici economici da ciò derivanti) e quello della sanità pubblica di garantire comunque – in caso di necessità - **l'accesso a farmaci essenziali** (anche quelli coperti da brevetto). L'art. 31 del trattato tiene conto di quest'ultima esigenza prevedendo che gli Stati per proteggere la salute della popolazione in situazioni di particolare gravità possono ricorrere alla "**licenza obbligatoria**" ("*compulsory licensing*"), possono cioè produrre o far produrre, in forma di generici (e quindi a prezzi molto più bassi), farmaci coperti da brevetto.

Nonostante ci fosse un terribile bisogno di ciò, con l'epidemia di Aids che devastava interi continenti (soprattutto l'Africa sub-Sahariana) e con il prezzo dei farmaci antiretrovirali (sotto brevetto) alle stelle, i casi di ricorso alla licenza obbligatoria si contano sulle dita di una mano (il più recente il caso "Tailandia-Efavirenz"⁸⁴), per il timore di incorrere in ritorsioni in altre aree del commercio da parte di nazioni (una a caso, gli USA), vicine alle multinazionali farmaceutiche.

Alcuni paesi come il **Brasile** hanno preferito utilizzare la minaccia del ricorso alla licenza obbligatoria come deterrente per ottenere dalle aziende produttrici di farmaci antiretrovirali sconti rilevanti sui prezzi di vendita. La stessa strategia adottata dal governo degli **Stati Uniti** quando in piena "emergenza antrace" dopo l'11.9.01, ha potuto imporre una drastica riduzione del prezzo della ciprofloxacina alla Bayer⁸⁵.

La globalizzazione – si dice - offre opportunità e espone a rischi. Il Brasile si è mosso con abilità ed è riuscito a conseguire l'importante risultato di offrire a tutti i pazienti affetti da Hiv/Aids il trattamento gratuito, a costi pubblici compatibili, diventando nel contempo un produttore mondiale di generici⁸⁶. Il governo del **Sudafrica**, viceversa, ha buttato al vento tutte le sue potenzialità e ha inflitto alla popolazione un terribile carico di morte evitabile.

Ha scritto al riguardo Nicholas B. Kristof nel New York Times del 1.10.2003:

"Il presidente del Sud Africa, Thabo Mbeki, ha perseguito per anni una disgraziata politica di crescenti dubbi sul fatto che l'Hiv fosse la causa dell'Aids e di incertezza sulle scelte di fondo su come affrontare la crisi. Anche ora – sebbene Mr. Mbeki abbia fatto marcia indietro – gli ammalati di Aids trovano ostacoli ad essere curati a causa dei dubbi che Mr. Mbeki ha seminato. L'insipiente ostruzionismo di Mr. Mbeki ha ucciso incomparabilmente molti più sudafricani di ogni altro leader ai tempi dell'apartheid. Il Sud Africa ha annunciato quest'anno l'inizio del trattamento con anti-retrovirali dei pazienti affetti da Aids. Ci crederò quando vedrò. E' imperdonabile che il paese africano con le migliori infrastrutture sanitarie sia quello con il più alto numero di persone infettate e malate – e che nel 2003 queste debbano morire senza trattamento".

Il TRIPS ha subito negli ultimi anni aggiornamenti e modifiche, con la **Dichiarazione di Doha del 2001** e una integrazione interpretativa nel 2003 che avrebbe dovuto favorire i paesi più poveri nell'accesso alla licenza obbligatoria (consentendogli di importare i

⁸⁴ R. Steinbrook, Thailand and the Compulsory Licensing of Efavirenz, N Eng. J Med 2007; 356:544-6

⁸⁵ C. Fink "Implementing the Doha mandate on TRIPS and public health" The World Bank, 2003

⁸⁶ V. B. Kerry, K. Lee, TRIPS, the Doha declaration and paragraph 6 decision: what are the remaining steps for protecting access to medicines? Globalization and Health 2007, 3:3

farmaci generici da altri paesi), ma pochi sono i risultati nella direzione della tutela della sanità pubblica e nell'accesso della popolazione ai farmaci essenziali⁸⁷.

I motivi sono diversi:

a) L'implementazione di una licenza obbligatoria è un'operazione complessa e richiede la presenza di un'adeguata infrastruttura tecnico-amministrativa il cui costo è spesso proibitivo per i paesi più poveri (non meno di 1,5 milioni di dollari);

b) Le procedure per commissionare a un paese terzo la produzione di un generico sono complicate, tali da non incentivare il produttore;

c) Accordi bilaterali o regionali tra USA e altri paesi (es: Australia, Corea del Sud, Giordania, Singapore, Marocco) tendono ad annullare le (poche) opportunità offerte dal TRIPS, o addirittura a modificare le regole di base del trattato come la durata del brevetto, allungandola, in cambio di vantaggi nell'export (es: accesso a settori chiave come l'agricoltura). Non si capisce bene perché questi accordi, che si basano sul depotenziamento del trattato vengono denominati **TRIPSplus** (qualcuno ha ironizzato proponendone la sostituzione con TRIPSminus)⁸⁸.

Contestualmente al confronto che vede opporsi (asimmetricamente) i due diversi schieramenti, a difesa, rispettivamente, degli interessi pubblici (il diritto alla salute) e degli interessi privati (i diritti di proprietà), un'altra partita, seppure meno appariscente, si sta giocando nello stesso agone: quella tra i colossi dell'industria farmaceutica e l'emergente **industria dei farmaci generici** (Brasile, Cina ma soprattutto India con Ranbaxy – 1,2 miliardi di dollari di vendite nel 2005 – e Cipla). La competizione tra i due si sta facendo sempre più accesa: nonostante il mercato rappresentato dai farmaci generici sia tuttora minoritario, la campagna per rendere più flessibile l'applicazione dei brevetti è certamente un campo che richiama interessi pesanti e allettanti prospettive⁸⁹. Ne è un chiaro segnale lo scontro tra la multinazionale **Novartis** e il **governo indiano** che si è rifiutato di accettare il brevetto del **Glivac** (imatinib mesylato), farmaco "salvavita" nella la terapia della leucemia mieloide cronica il cui costo nella versione brevettata è di 2.000 US\$ al mese e in quella di generico di 200 US\$ al mese. Anche se Novartis ha sostenuto di erogare gratuitamente il farmaco al 99% dei pazienti attraverso uno speciale programma di assistenza, il governo indiano ha insistito nel diniego costringendo la multinazionale a portare il caso in tribunale, presso la Corte suprema di Madras⁹⁰. La quale ha dato ragione al governo indiano, con il giubilo delle associazioni umanitarie scese in campo a favore della posizione governativa e la piena soddisfazione dell'industria indiana dei generici.⁹¹

3.8.3. La migrazione "globale" del personale sanitario

Non tutti i problemi relativi al mancato accesso ai farmaci essenziali di un terzo della popolazione mondiale⁹² sono dovuti ai brevetti ed ai diritti di proprietà intellettuale. Dei 300 farmaci inclusi nella 12^a lista dei **farmaci essenziali dell'OMS**, nel 2001 **solo il 5% risultava sotto brevetto**⁹³. Ma gli scaffali delle farmacie degli ospedali e dei centri sanitari pubblici dei paesi più poveri sono semivuoti, privi sia dei farmaci sotto brevetto, che di quelli liberi da brevetto. Perché il servizio sanitario pubblico è privo delle risorse minime

⁸⁷ L. Ciccio, La politica dei farmaci sotto brevetto, Salute e Sviluppo 2004; N. 1, 74-79

⁸⁸ G. Martin, C. Sorenson, T. Faunce, Balancing intellectual monopoli privileges and the need for essential medicines, Globalization and Health 2007, 3-4.

⁸⁹ M. Pugatch "What does the WTO deal on drug patents achieve?" in "Africa after Cancun: trade negotiations in uncertain times", SAIIA November 2003, in L. Ciccio, La politica dei farmaci sotto brevetto, *ibidem*

⁹⁰ J.M. Mueller, Taking TRIPS in India – Novartis, Patent Law and Access to Medicines, N Engl J Med 2007; 356:541-3.

⁹¹ G. Mudur, Court dismisses Novartis challenge to Indian patent law, BMJ 2007; 335:273.

⁹² J. Quick et al., Twenty-five years of essential medicines. Bulletin of the WHO 2002, 80(11):913

⁹³ J. Watal, Background note for the workshop on differential pricing and financing of essential drugs, WHO-WTO Secretariat Workshop, April 2001

per funzionare, perché con una spesa sanitaria pubblica di 2-3 massimo 7-8 US\$ dollari pro-capite l'anno l'erogazione del trattamento antiretrovirale più economico con farmaci generici, del costo di 140 US\$ l'anno, è un lusso insostenibile. In questo senso è ragionevole la domanda che si pone (sottendendo una risposta negativa) un articolo di JAMA: "Ma sono davvero i brevetti a impedire l'accesso al trattamento dell'Aids in Africa?".⁹⁴

E quando anche quegli scaffali si riempiono (temporaneamente) di farmaci contro l'Aids e la tubercolosi perché sono arrivati i soldi di Global Fund, PEPFAR, MAP non ci sono dottori e infermieri per prescriberli e erogarli. "**Medicines without doctors**" titola un articolo scritto da Medici senza Frontiere, che denuncia il fatto che questi programmi si sono focalizzati sull'acquisto di farmaci (chissà perché) disinteressandosi del contesto, non rafforzando il sistema sanitario e le risorse umane.⁹⁵

La **migrazione degli operatori sanitari** dai paesi più poveri (ma anche da quelli a medio livello di sviluppo, come le Filippine) verso l'Europa, l'America del Nord, l'Australia ed alcuni paesi Arabi ha la caratteristica di un **fiume in piena**. Le cause di questo fenomeno che sta depauperando i sistemi sanitari più bisognosi di assistenza (l'Africa sub-Sahariana, con il 13,7 % della popolazione mondiale e il 24 % del carico mondiale di malattie, dispone solo dell'1,3% % del totale mondiale degli operatori sanitari) si possono riassumere in tre principali ragioni:

a) I bassissimi livelli di retribuzione presso le strutture pubbliche, la scarsa motivazione legata alle pessime condizioni di lavoro dovute allo stato di abbandono in cui versano i servizi sanitari pubblici, l'alto livello di rischio professionale per l'esposizione a malattie mortali molto frequenti, come Hiv/Aids o più rare come Ebola/Marburg. Circa il 23% dei medici laureatisi nei paesi dell'Africa sub-Sahariana lavorano in paesi appartenenti all'OCSE, con percentuali che vanno da un minimo del 3% del Camerun, ad un massimo di 37 % del Sudafrica, passando per il 29% del Ghana, il 19% dell'Angola, il 17% dell'Etiopia, il 16% dell'Uganda.

b) La "fame" di personale sanitario - medici ma soprattutto infermieri - di alcuni paesi, in particolare **USA, Canada e Gran Bretagna**. Gli USA sono la nazione preferita da medici e infermieri in cerca di lavoro all'estero. Più di un quarto dei medici in Usa sono stati formati all'estero (le prime quattro nazioni di origine sono Nigeria, Sudafrica, Ghana e Etiopia); il rapporto, tra gli infermieri, è molto più basso (5-6%) ma sta aumentando progressivamente⁹⁶. In Inghilterra, nel 2002, il numero degli infermieri registrati provenienti dall'estero (16.155) ha superato quello degli infermieri formati in Inghilterra (14.538) e fra il 1999 e il 2002 il numero di infermieri stranieri impiegati in Inghilterra è più che raddoppiato superando le 42.000 unità per raggiungere le 65.000 unità del 2006. Negli ultimi anni sono nate, e proliferano, numerose agenzie di reclutamento private. Negli Usa, gli ospedali pagano a queste agenzie, in media, fra i 5.000 e i 10.000 dollari per ogni infermiere reclutato. Il giro di affari è valutato a svariati milioni di dollari all'anno⁹⁷.

c) Un forte stimolo all'emigrazione del personale sanitario proviene inaspettatamente dagli stessi **governi locali**. Scrive al riguardo M. Murru: "Recentemente, il Presidente ugandese, Yoweri Museveni, ha affermato che il suo governo farà quanto potrà per favorire l'emigrazione verso paesi ricchi di personale ugandese laureato, particolarmente il

⁹⁴ A. Attaran, L. Gillespie-White, Do patent for antiretroviral drugs constrain access to AIDS treatment in Africa? JAMA 2001; 286: 1886-92.

⁹⁵ G. Ooms, W. Van Damme, M. Temmerman, Medicines without doctors : why the Global Fund must fund salaries of health workers to expand AIDS treatment, PLOS Medicine, Aprile 2007, Vo. 4, Issue 4, e128.

⁹⁶ Stephen Bach, International mobility of health professionals: brain drain or brain exchange? UNU-WIDER Research Paper n° 2006/82, August 2006

⁹⁷ Brush B.L., Sochalski J., Berger A.M., 2004, *Imported care: Recruiting foreign nurses to US Health Care Facilities*, Health Affairs, Vol. 23, N 3, 78-87, in M. Murru, I cento volti delle migrazioni. Dal traffico di esseri umani alla fuga dei cervelli, Salute e Sviluppo 2006, N.2, 64-75.

personale sanitario. La motivazione addotta è che le rimesse degli emigranti sono un utile strumento per combattere la povertà. Secondo la Banca Mondiale, negli ultimi anni, le rimesse degli emigranti ugandesi avrebbero fatto diminuire il numero dei poveri di 11 punti percentuali. Nel 2002 il National Nursing Council (NNC) Ugandese ha modificato i criteri di ammissione alle scuole per infermieri, elevandoli considerevolmente. Questo ha creato problemi alle scuole situate in aree rurali, dove è più difficile reclutare allievi con un curriculum scolastico di elevata qualità. Il motivo principale (e non confessato) di questa decisione, è quello di produrre infermieri più facilmente “esportabili” sul mercato internazionale. Può essere che l’NNC si sia ispirato a quanto fatto dal governo Filipino che, da tempo, forma personale sanitario “per l’esportazione”, lo incoraggia ad emigrare, ad inviare le rimesse attraverso canali ufficiali (a condizioni favorevoli) e a tornare dopo un determinato periodo. Nel 2004 le rimesse dall’estero degli emigrati Filippini sono state pari a 8,5 miliardi di dollari, pari al 10 % del PIL. Nello stesso anno le Filippine hanno ricevuto 462,8 milioni di dollari in aiuti internazionali”.⁹⁸

3.8.4. Globalizzazione e disponibilità di acqua

La mancanza di **accesso all’acqua “sicura”** è strettamente legata alla povertà, all’insicurezza economica e ad altre forme di vulnerabilità sociale. Nel mondo circa 1,2 miliardi di persone – quasi tutte nei paesi a basso e medio livello di reddito – non hanno accesso all’acqua potabile e altre 2,6 miliardi – metà della popolazione dei paesi in via di sviluppo e 2 miliardi delle quali abitanti nelle aree rurali – vivono in abitazioni prive di impianti igienici⁹⁹. Questa situazione ogni anno contribuisce alla **morte** – soprattutto per malattie diarroiche – di circa **1,5 milioni di bambini**.

La scarsa disponibilità di acqua per uso potabile e igienico per tanta parte della popolazione mondiale non è certo responsabilità della globalizzazione, ma questa può giocare un ruolo determinante nel futuro. Da quando ci si è resi conto che l’acqua non è una risorsa “infinita” – da sprecare e inquinare spensieratamente -, questa è diventata, proprio nel momento in cui esplodeva la globalizzazione, una merce da comprare e vendere, su cui fare profitti: un settore da liberalizzare, privatizzare. Ed infatti negli ultimi venti anni sono nate compagnie multinazionali con lo scopo di gestire la raccolta e la distribuzione dell’acqua, pronte a utilizzare le opportunità offerte dal GATS. E si è immediatamente messo in moto, come nella sanità, il meccanismo del “condizionamento” da parte delle istituzioni internazionali: **“avrà i prestiti che richiedi a condizione che...”**. Scrive S. Grusky nel sito on-line *“National Forum on Water Privatization”*¹⁰⁰: “Una revisione sulle politiche dei prestiti del Fondo Monetario Internazionale (FMI) in 40 paesi estratti a caso rivela che, nel 2000, in 12 paesi gli accordi sul prestito includevano condizioni che prevedevano la privatizzazione dell’acqua o comunque la sua vendita a prezzo pieno. In generale sono i paesi africani e i paesi i più poveri e indebitati ad essere soggetti alle condizioni poste dal FMI sulla **privatizzazione dell’acqua**”.

3.8.5. La globalizzazione dei fattori di rischio.

L’India rappresenta il paradigma di un paese alle prese con la globalizzazione, registrando una **doppia epidemia**: quella delle malattie da **povertà** e quella delle malattie da **affluenza**.

Da una parte l’Aids colpisce circa 5 milioni di indiani e ne uccide 400 mila all’anno, la tubercolosi è responsabile di circa mezzo milione di morti e le malattie diarroiche di più di

⁹⁸ M. Murru, I cento volti delle migrazioni. *Ibidem*.

⁹⁹ UNDP (2006), Human Development Report 2006, Beyond scarcity: Power, Poverty and Global Water Crisis. New York, Palgrave MacMillan.

¹⁰⁰ S. Grusky (2001), The World Bank, The International Monetary Fund and the Right to Water, cit in R. Labonte, T. Schrecker, Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution, Global Knowledge Network final report, 29 June 2007.

600 mila decessi all'anno; i livelli di mortalità infantile sono molto elevati: 90/85 per 1000 nati vivi, rispettivamente per femmine e maschi; un terzo dei neonati sono di basso peso alla nascita e il 52% dei bambini sono malnutriti; la mortalità materna è anch'essa particolarmente elevata: 540 decessi per 100.000 nati.

Dall'altra la crescita impressionante della mortalità per malattie croniche alimentata dall'incremento dell'incidenza di malattie **cardiovascolari, tumori, diabete**. L'India ha il più elevato numero di diabetici nel mondo: erano 19.3 milioni nel 1995 (con una prevalenza del diabete di tipo 2 dell'11.8% nelle aree urbane), saranno, secondo le previsioni 57.2 milioni nel 2025. La prevalenza dell'ipertensione varia dal 20 al 40% negli adulti delle città e dal 12 al 17% nelle aree rurali. Il numero degli ipertesi si stima passerà dai 118,2 milioni nel 2000 ai 213,5 milioni nel 2025.

Questo profilo di salute della popolazione indiana è strettamente connesso con i fattori demografici, economici e sociali di cui urbanizzazione, industrializzazione e globalizzazione sono parte integrante. L'economia indiana sta progredendo al ritmo del + 7% all'anno; la percentuale della popolazione residente nelle città è attualmente del 30%, ma si stima sarà del 43% nel 2021; nel decennio 1991-2001 la popolazione è cresciuta del 18% nelle aree rurali e del 31% nelle aree urbane. Urbanizzazione, industrializzazione e globalizzazione stanno cambiando le abitudini di vita delle persone, facendo dilagare i comportamenti a rischio: la prevalenza del **fumo** nei maschi di età 12-60 anni è del 55,8%, con un range tra il 21,6% nel gruppo 12-18 anni e il 71,5% nel gruppo 51-60 anni; il **sovrappeso** (BMI>25) riguarda da un terzo alla metà della popolazione; la prevalenza della **dislipidemia** è del 37,5% nella popolazione di età 15-64 anni.

“Con l'avanzare della transizione epidemiologica – si legge in un articolo pubblicato su Lancet – **i poveri sono sempre più colpiti dalle malattie croniche e dai loro fattori di rischio**. Bassi livelli di istruzione e di reddito sono predittivi non solo per più elevati livelli di consumo di tabacco, ma anche di aumentato rischio di malattie coronariche. Poiché il consumo quotidiano di frutta e verdura è di soli 130 g. per persona, i poveri sono esposti più di altri alla carenza di fitonutrienti protettivi. Gli slum di Delhi hanno elevati tassi di diabete e dislipidemia. La mancanza di consapevolezza dei fattori di rischio e l'inadeguato accesso all'assistenza sanitaria, aumentano il rischio di morte prematura o di grave disabilità nei gruppi più svantaggiati della popolazione”¹⁰¹.

La crescita esplosiva delle malattie croniche è un fenomeno comune a tutti i paesi che stanno sperimentando una fase di rapido cambiamento nei consumi e negli stili di vita e la liberalizzazione del commercio mondiale – in particolare del tabacco e degli alimenti - ha indubbiamente favorito questo tipo di evoluzione.

Tabacco. Il mercato del tabacco si sta spostando dai paesi più sviluppati – dove l'abitudine al fumo sta decrescendo – ai paesi in via di sviluppo, in particolare ai paesi asiatici, dove si sta registrando un forte aumento dei consumi (sono fumatori il 50% degli uomini e 9% delle donne, rispetto al 35% degli uomini e il 22% delle donne nei paesi più sviluppati). L'industria multinazionale del tabacco è riuscita a entrare in questi nuovi mercati attraverso la privatizzazione di aziende nazionali precedentemente di proprietà statale. La privatizzazione si è accompagnata a politiche di marketing sofisticate e aggressive specialmente nei confronti dei giovani¹⁰².

Alimenti. Il mercato del cibo rappresenta l'11% del commercio globale ed è quasi raddoppiato dagli anni 70 agli anni 90¹⁰³. Di questo mercato una parte sempre maggiore

¹⁰¹ K.S. Reddy at AA, Responding to the threat of chronic disease in India, www.thelancet.com published online October 5, 2005.

¹⁰² www.ash.org.uk

¹⁰³ P. Pinstrup-Andersen, J. Babinard (2001), Globalization and Human Nutrition: opportunity and risks for the poor in developing countries, African Journal on Food and Nutritional Sciences, 1, 9-18, cit. in R. Labonte, T. Schrecker,

riguarda prodotti ad alto contenuto calorico e basso valore nutritivo (*snack, fast food, soft drink*) e relativi distributori (supermercati e ristoranti). Si tratta degli alimenti e dei distributori che negli USA, luogo di origine di tutto ciò, stanno producendo una terribile epidemia di obesità (obeso il 30% della popolazione).

3.8.6. L'influenza della globalizzazione sulla salute

Fece abbastanza scalpore la pubblicazione in un numero del BMJ del 2001 di un articolo di **Richard Feachem** dal titolo "**La globalizzazione fa bene alla tua salute, generalmente**"¹⁰⁴.

Il sillogismo di Feachem è il seguente: poiché la globalizzazione genera ricchezza e la ricchezza genera salute, la globalizzazione genera salute. L'autore cita come casi-scuola le performance economiche di Cina, India, Uganda e Vietnam, e così conclude: "Poiché il prodotto interno lordo pro-capite è fortemente correlato con lo stato di salute nazionale possiamo concludere che, in generale, l'apertura al commercio migliora lo stato di salute nazionale".

L'articolo di Feachem (autorevole personaggio della sanità pubblica britannica, passato poi a dirigere il *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*) suscitò un'immediata ondata di reazioni: alla direzione del BMJ arrivarono decine di lettere di aperta disapprovazione¹⁰⁵.

A distanza di tempo, nel 2004, un autore ugandese, **Sam Okuonzi**, pubblica due articoli, uno sul BMJ¹⁰⁶ e l'altro su *Lancet*¹⁰⁷, dal titolo: "**Sviluppo economico da morire?**", dedicati alla relazione tra globalizzazione e salute prendendo spunto dalla situazione del suo paese (citato, lo ricordiamo, come caso-scuola da Feachem):

"Banca Mondiale, Fondo Monetario Internazionale, paesi donatori – molti dei quali convertiti recentemente all'ideologia liberista - e lo stesso Ministro delle finanze ugandese amano descrivere il nostro paese come una star economica, ma hanno difficoltà a spiegare in maniera convincente perché questo stesso paese in presenza di una così brillante situazione economica abbia invece una situazione sanitaria e sociale miserabile, come dimostrano i persistenti alti livelli di mortalità materna e infantile. La ragione di questo paradosso sta nel fatto che i successi della politica economica sono avvenuti a spese delle politiche sociali".

Okuonzi, dopo aver descritto (e criticato aspramente) la riforma sanitaria attuata in Uganda – in piena conformità alle prescrizioni della Banca Mondiale – e illustrato la condizione socio-sanitaria del suo paese ("le disuguaglianze socio-economiche si sono dilatate e i poveri, che rappresentano la grande maggioranza della popolazione, stanno sempre peggio"), così conclude:

"Diverse lezioni possono essere apprese dall'esperienza delle riforme sanitarie basate sul mercato. Primo, i principi dell'economia di mercato sono buoni per generare ricchezza ma non per migliorare la salute e il benessere sociale. Secondo, per realizzare delle genuine riforme del settore sanitario basate su obiettivi di salute condivisi, queste devono essere sganciate dalle riforme economiche liberiste. In particolare i governi devono garantire a tutti sicurezza sociale e servizi sanitari essenziali. Questo significa che le variabili macroeconomiche devono essere gestite in modo che il raggiungimento degli obiettivi di

Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution, Global Knowledge Network final report, 29 June 2007.

¹⁰⁴ R.G.A. Feachem, Globalisation is good for your health, mostly, BMJ 2001; 323:504-6.

¹⁰⁵ <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7311/504#responses>

¹⁰⁶ S. A. Okuonzi, Learning from failed health reform in Uganda, BMJ 2004; 329:1173-75

¹⁰⁷ S. A. Okuonzi, Dying for economic growth? Evidence of a flawed economic policy in Uganda, *Lancet* 2004; 364:1632-37

carattere sociale non interferisca sulla crescita economica. Questo è possibile come hanno dimostrato paesi con Sri Lanka e Costa Rica.

Terzo, la filosofia di mercato che è basata sull'avidità e l'accumulazione del profitto non può essere la base giusta per massimizzare il benessere della popolazione. Quarto, l'aiuto e l'assistenza tecnica ai paesi poveri deve essere fornita e gestita in modo che assicuri positivi effetti sulla salute e sulla sicurezza sociale. Infine, salute e benessere sociale devono essere valutati usando indicatori genuini in grado di misurare la realtà della vita delle popolazioni.

Queste riforme sono anche la manifestazione di una profonda incoerenza; infatti il modello di sviluppo che viene oggi proposto ai paesi poveri (sviluppare l'economia sacrificando il benessere della maggioranza della popolazione) è in profondo contrasto con il modello di sviluppo che si è affermato nei paesi industrializzati dell'occidente, un modello in cui (basta vedere la storia dell'Inghilterra e della Germania) la crescita dell'economia è stata via via accompagnata dalla costruzione di una solida rete di protezione sociale. Cresceva l'economia e calava la mortalità infantile: tale outcome non era un prodotto passivo della crescita economica, ma il frutto di un deliberato, persistente e solido intervento statale.

Il sacrificio della vita umana per uno sviluppo economico che favorisce gli investitori stranieri e le compagnie multinazionali, e che insieme mina il benessere sociale delle popolazioni locali, è sbagliato e immorale. Una tale politica probabilmente sarà respinta con delle rivolte, produrrà instabilità politica e sociale. Una tale politica deve essere abbandonata. Il declino del benessere sociale causato da strategie economiche insensate deve insegnare ai paesi a osservare un obbligo assoluto: come minimo, nessun paese deve sacrificare il suo livello di welfare o ritardare il raggiungimento di ragionevole grado di benessere per realizzare una strategia economica. In sostanza, ogni politica economica dovrebbe permettere il più rapido raggiungimento del più alto possibile livello di benessere per un dato livello di economia”.

Gli effetti della globalizzazione sulla salute sono sempre più oggetto di “osservazione” - **Global Health Watch** (www.ghwatch.org); **Osservatorio Italiano sulla Salute Globale**, (www.saluteglobale.it) - di studio e ricerca. La **Commissione sui Determinanti Sociali della Salute dell'OMS** ha istituito un apposito gruppo di studio su questo tema (**Globalisation Knowledge Network**¹⁰⁸) che ha recentemente prodotto un documento, già citato, dal titolo: “Verso una globalizzazione equa per la salute: diritti, regole e redistribuzione”¹⁰⁹.

Comincia a prendere forma una massa di analisi, elaborazioni e informazioni che consente di avere sull'argomento un bagaglio di conoscenze più approfondito e preciso di quello a disposizione di R. Feachem nel 2001.

Emergono al riguardo due fondamentali evidenze:

1. Dagli anni 80 in poi – in concomitanza e a seguito degli eventi sopra descritti – si è assistito a un progressivo dilatarsi delle diseguglianze nel reddito pro-capite, nel confronto sia tra differenti nazioni, che tra differenti gruppi socio-economici all'interno di una nazione. Il fenomeno si è verificato in tutto il mondo, interessando in misura maggiore realtà con reti di protezione sociale e sistemi di redistribuzione del reddito deboli o quasi inesistenti (come Cina, India, Russia), ma non risparmiando i paesi dotati di robusti sistemi di welfare (come quelli dell'Europa occidentale). All'accentuarsi della stratificazione socio-economica è corrisposto l'allargamento del gap nelle condizioni di salute^{110 111 112 113 114}. Più di frequente è

¹⁰⁸ www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/globalization/en/index.html

¹⁰⁹ R. Labontè, T. Schrecker, Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution, Global Knowledge Network final report, 29 June 2007.

¹¹⁰ M. Whitehead & G. Dahlgren, Levelling up (part 1 & part 2): A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health - WHO – Europe, Copenhagen, 2006, www.euro.who.int.

¹¹¹ G. Berlinguer, L'origine sociale delle malattie, in “Oisg, A caro prezzo, Le diseguglianze nella salute. 2° Rapporto sulla Salute Globale, 2006, ETS, Pisa”.

avvenuto che le nazioni e i gruppi socio-economici più avvantaggiati hanno nel tempo conseguito **miglioramenti nello stato di salute** (speranza di vita alla nascita, mortalità infantile) **superiori** rispetto alle nazioni e ai gruppi socio-economici meno avvantaggiati.

Ma non sempre è così; la seconda evidenza infatti ci dice che:

2. In alcune aree del mondo – Africa sub-Sahariana e Russia, insieme ad altre repubbliche ex-sovietiche – **lo stato di salute della popolazione è nettamente peggiorato**. Secondo uno studio di G. A. Cornia e coll.¹¹⁵, nel periodo tra il 1980 e il 2005 la popolazione della **Russia** ha perso 3,57 anni di speranza di vita alla nascita (le popolazioni degli altri paesi già appartenenti all'ex blocco comunista complessivamente hanno registrato un arretramento di 1,42 anni), mentre ben più pesante è il bilancio della perdita in longevità a carico dell'**Africa sub-Sahariana**: - 7,90 anni (con paesi come la Botswana che hanno perso oltre 20 anni). Le cause prime che hanno innescato il peggioramento dello stato di salute della popolazione in queste due aree del pianeta sono molto diverse: in Africa l'epidemia di Aids, in Russia e dintorni l'improvviso collasso di un sistema politico e di protezione sociale. Tuttavia gli elementi di contesto e le concause sono comuni e fanno parte del pacchetto di ingredienti della globalizzazione. Come questi ingredienti hanno agito e tuttora agiscono sullo stato di salute della popolazione è l'oggetto della trattazione del prossimo paragrafo.

3.8.7. Globalizzazione e salute. Modelli concettuali.

Si deve a D. Woodward e coll. la prima elaborazione di un modello concettuale sulla **relazione tra globalizzazione e salute**¹¹⁶. Tale relazione è espressa da un complesso reticolo di cause, interazioni e sinergie che possiamo sintetizzare in quattro fondamentali collegamenti (**Tabella 1**). Due di questi sono diretti, avendo essi un impatto diretto sui sistemi sanitari, sugli stili di vita, sull'accesso ai servizi e sulla salute della popolazione e degli individui; gli altri due sono indiretti in quanto le forze della globalizzazione (vedi punto 3.8.1.) agiscono a monte sulle politiche economiche nazionali, e per via di queste sulle condizioni di vita delle famiglie ed infine sulla salute delle persone.

¹¹² A. Stefanini, M. Albonico, G. Maciocco, Le diseguaglianze nella salute: definizioni, principi, concetti, in "Oisg, A caro prezzo, Le diseguaglianze nella salute. 2° Rapporto sulla Salute Globale, 2006, ETS, Pisa".

¹¹³ A. Cattaneo, G. Tamburlini, Il profilo globale delle diseguaglianze nella salute, in "Oisg, A caro prezzo, Le diseguaglianze nella salute. 2° Rapporto sulla Salute Globale, 2006, ETS, Pisa".

¹¹⁴ G. Costa, S. Bellini, T. Spadea, Le diseguaglianze nella salute in Europa, in "Oisg, A caro prezzo, Le diseguaglianze nella salute. 2° Rapporto sulla Salute Globale, 2006, ETS, Pisa".

¹¹⁵ G. A. Cornia, S. Rosignoli, L. Tiberti, Globalisation and Health: impact pathways and recent evidence. Globalisation Knowledge Network synthesis paper. Prepared for the WHO Commission on the Social Determinants of Health, cit. in R. Labonté, T. Schrecker, Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution, Global Knowledge Network final report, 29 June 2007.

¹¹⁶ D. Woodward, N. Drager, R. Beaglehole, & D. Lipson, Globalization and Health: a framework for analysis and action, Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (9).

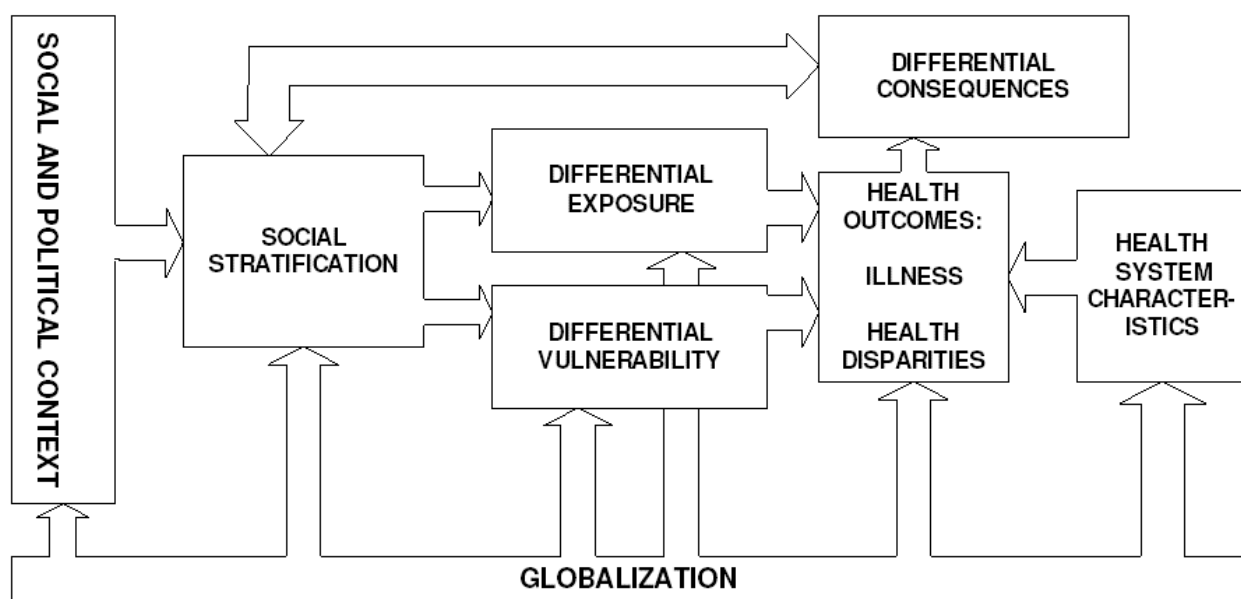
Tabella 1. Collegamenti tra globalizzazione e salute

| |
|---|
| <p>A. Collegamenti diretti</p> <p>A1. Trattati e norme internazionali (es: GATS, TRIPs)</p> <p>A2. Facilità di trasmissione di malattie infettive tra nazioni e continenti (es: SARS, Influenza Aviaria), esportazione di stili di vita e fattori di rischio (es: obesità, tabacco)</p> <p>B. Collegamenti indiretti</p> <p>B1. <i>Politiche economiche nazionali</i> > riduzione della spesa sanitaria pubblica > servizi pubblici a pagamento e di bassa qualità</p> <p>B2. <i>Politiche economiche nazionali</i> > bassi salari, sfruttamento > malnutrizione, stress, maggiore vulnerabilità alle malattie.</p> |
|---|

Globalization Knowledge Network. Più recentemente il *Globalization Knowledge Network* ha prodotto un nuovo modello concettuale sulla relazione tra globalizzazione e salute, tratto da un'elaborazione di Diderichsen, Evans & Whitehead¹¹⁷, descritto nella **Figura 1**¹¹⁸.

Figura 1. Globalizzazione e determinanti sociali della salute.

Fonte: Rif. Bibl. 118



La globalizzazione agisce a molteplici livelli: **a)** sul contesto sociale e politico, **b)** sulle caratteristiche del sistema sanitario e **c)** a livello della comunità, delle famiglie e delle persone provocando l'accentuazione delle stratificazioni sociali e delle disuguaglianze nella salute, maggiore esposizione ai rischi (malattie infettive, tabacco, alcol, obesità, etc) e maggiore vulnerabilità (denutrizione, stress, etc), più gravi conseguenze negative della malattia (a causa della inaccessibilità ai servizi, della loro cattiva qualità, del ritardo nel

¹¹⁷ F. Diderichsen, T. Evans & M. Whitehead (2001), The social basis of disparities in health, in F. Diderichsen, T. Evans, M. Whitehead, A. Bhuiya W. Wirth (eds), *Challenging Iniquities in Health*, New York, Oxford University Press.

¹¹⁸ R. Labonté, T. Schrecker, *Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution*, Global Knowledge Network final report, 29 June 2007, pag. 24. Lo stesso modello rappresentato in forma più dettagliata si trova nel medesimo documento a pag. 136.

trattamento, del pagamento delle prestazioni sanitarie che – a sua volta - aggrava la condizione economica delle famiglie, etc).

Oslo Declaration. Una sorta di modello concettuale di “salute globale” è stato proposto da un gruppo di Ministri degli Esteri (di Brasile, Francia, Indonesia, Norvegia, Senegal, Sudafrica e Thailandia) nella *Oslo Ministerial Declaration*, un documento redatto nel marzo 2007 con lo scopo di definire le aree prioritarie d'intervento in campo sanitario nell'ambito della politica estera¹¹⁹. Le aree prioritarie sono: a) Sicurezza nazionale e salute globale, b) Situazioni catastrofiche e salute globale, c) Rendere la globalizzazione giusta per tutti. Per ciascuna area vengono raccomandate specifiche azioni, come di seguito descritto:

a) Sicurezza nazionale e salute globale

- Identificazione tempestiva dei rischi e delle minacce
- Controllo delle malattie infettive emergenti
- Affrontare la carenza e la maldistribuzione del personale sanitario

Il Rapporto Annuale 2007 dell'OMS è dedicato proprio al tema della sicurezza rispetto ai rischi sanitari globali¹²⁰.

b) Situazioni catastrofiche e salute globale,

- Intervenire in caso di guerre (pre-, durante e post-)
- Intervenire in caso di disastri naturali
- Rispondere all'epidemia di Hiv/Aids

c) Rendere la globalizzazione giusta per tutti

- Salute e sviluppo. Lotta alla povertà
- Raggiungimento dei Millennium Development Goals
- Orientare le politiche commerciali – in particolare il Trips – ad assicurare l'accesso universale ai farmaci essenziali.

La Dichiarazione di Oslo fornisce una traccia di quale è la percezione, la sensibilità della “politica”, in questo specifico caso della “**politica estera**”, nei confronti della salute globale. *Salute globale* in primo luogo in termini di sicurezza nazionale, intendendo per questa “la protezione contro minacce e rischi di sanità pubblica che per propria natura non rispettano i confini degli stati”. Un chiaro riferimento a situazioni tipo SARS o Influenza aviaria. La carenza di personale sanitario è collocata in questo punto perché esprime un elemento di debolezza del sistema sanitario nell'attività di sorveglianza e controllo.

Salute globale poi, in riferimento alle grandi emergenze (disastri naturali, guerre, pandemie) che richiedono una risposta globale, corale, internazionale.

Salute globale, infine, come lotta alla povertà e affermazione del diritto universale alla salute.

Health is global. Il Ministero della Sanità britannico ha prodotto un *report* intitolato “**La salute è globale**” a firma della massima autorità sanitaria del paese (*Chief Medical Advisor*), Sir Liam Donaldson, che si apre così : “Nell'odierno mondo globalizzato, non possiamo considerare la salute del Regno Unito come un qualcosa di isolato. Le barriere di tempo e di spazio che tradizionalmente separavano le persone e le nazioni si sono ridotte, portando a una intensificazione del commercio internazionale, dei viaggi e delle comunicazioni. Queste tendenze non sono nuove, ma il loro intensificarsi può influire sulla salute di ciascuno, ovunque. La povertà e le malattie di un paese possono minacciare la prosperità e il benessere delle popolazioni in tutti i paesi. Ogni persona in ogni parte del

¹¹⁹ Oslo Ministerial Declaration, Global health: a pressing foreign issue of our time, Lancet 2007; 369: 1373-8

¹²⁰ WHO, World Health Report 2007, A Safer Future, Geneva, 2007.

mondo ha diritto al più alto livello di salute possibile. Proteggere e promuovere la salute è un dovere della nostra cittadinanza globale¹²¹.

Il rationale del rapporto è che se si vuole proteggere la salute della popolazione del Regno Unito è necessario assumere un approccio internazionale, è indispensabile ridurre la povertà globale e sfruttare tutte le opportunità della globalizzazione: nel mondo di oggi nessun problema, sia esso globale o nazionale, può essere risolto da un solo paese isolatamente. E' per questo che le priorità nazionali devono necessariamente trovare un corrispettivo globale, come è descritto nella **Tabella 2**.

Tabella 2. Le sei priorità di sanità pubblica del Regno Unito (UK): le sfide sanitarie nazionali sono sfide sanitarie globali.

| UK | Globale | Collegamento UK-Globale |
|---|---|---|
| 1. Contrastare le diseguaglianze nella salute | | |
| La speranza di vita degli uomini a Manchester è di circa 9 anni inferiore che a East Dorset | La speranza di vita in Sierra Leone è la metà di quella in Giappone | Opportunità di scambio di buone pratiche secondo le indicazioni della Commissione sui determinanti sociali di salute. |
| 2. Ridurre il numero dei fumatori | | |
| Il fumo è la più importante causa di malattia e di morte prematura prevenibile in Inghilterra | Il tabacco è la seconda causa di morte nel mondo. | Il tabacco è un business multinazionale con strategie globali di marketing. Il traffico illegale di tabacco è anch'esso problema globale |
| 3. Contrastare l'obesità | | |
| Circa un quarto della popolazione inglese è clinicamente obesa. | 1 miliardo di adulti nel mondo sono sovrappeso; 300 milioni sono clinicamente obesi. | La vendita e la pubblicità del cibo è un business multinazionale. |
| 4. Migliorare la salute sessuale | | |
| Nel Regno Unito sono in aumento le malattie trasmesse sessualmente (MTS) e l'Hiv. | Secondo le stime dell'OMS nel mondo ogni anno si verificano almeno 340 milioni di nuovi casi di MTS | L'incremento dei viaggi e delle migrazioni contribuisce alla diffusione delle MTS; un'azione globale contro le MTS può aiutare a ridurre la diffusione. |
| 5. Migliorare la salute mentale | | |
| In Inghilterra una persona su sei soffre di un disturbo mentale. | Nel mondo sono 450 milioni le persone affette da problemi neurologici e comportamentali. | Povertà e conflitti sono in tutto il mondo le principali cause di disturbi mentali. C'è l'opportunità di apprendere delle lezioni, particolarmente nelle comunità dei rifugiati |
| 6. Contrastare l'alcolismo | | |
| In Inghilterra ogni anno sono attribuibili all'alcol 15-22 mila decessi e 150 mila ricoveri ospedalieri | Nel mondo 76,3 milioni di persone hanno disturbi correlati all'alcol. | La vendita e la pubblicità di alcol è un business multinazionale e richiede un'azione a livello globale e nazionale. |

¹²¹ Department of Health, Health is global, Proposals for a UK Government-wide strategy. A report from the UK's Chief Medical Officer, Sir Liam Donaldson. 2007. www.dh.gov.uk/publications

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**¹²².

Dopo aver letto il precedente capitolo sul rapporto tra globalizzazione e salute, la domanda è: che ruolo ha avuto la globalizzazione nell'esplosione di questa epidemia?

Un ruolo importante, ma non esclusivo e – come abbiamo visto in ogni aspetto della globalizzazione – certamente asimmetrico, in alcune aree del pianeta (quelle più povere) sconvolgente, in altre marginale.

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 1.286US\$, 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 gli sprechi 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 neo-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.

Gli effetti di questa onda d'urto sui sistemi sanitari delle circa 200 nazioni del mondo sono stati differenti, asimmetrici. Sono passati 30 anni da quando le stesse nazioni, sotto l'egida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, prendevano l'impegno di conseguire l'obiettivo della "Salute per tutti entro il 2000", garantendo a tutti gli esseri umani l'accesso ai servizi sanitari, senza barriere economiche, culturali o geografiche.

A distanza di 30 anni dalla Dichiarazione di Alma Ata i paesi che nel mondo attuano **politiche universalistiche** di welfare in campo sanitario (o attraverso "sistemi sanitari nazionali" – modello Beveridge – o attraverso sistemi fondati sulle "assicurazioni sociali obbligatorie" – modello Bismarck – o attraverso forme miste) sono una piccola minoranza, interessando **meno del 20% della popolazione mondiale**.

Poiché le trasformazioni dei sistemi sanitari hanno assunto caratteristiche diverse a seconda delle aree geografiche e politiche, nei successivi paragrafi tratteremo questo argomento in sette distinti paragrafi, corrispondenti ad altrettanti gruppi di sistema/paese omogenei per storia ed esperienze.

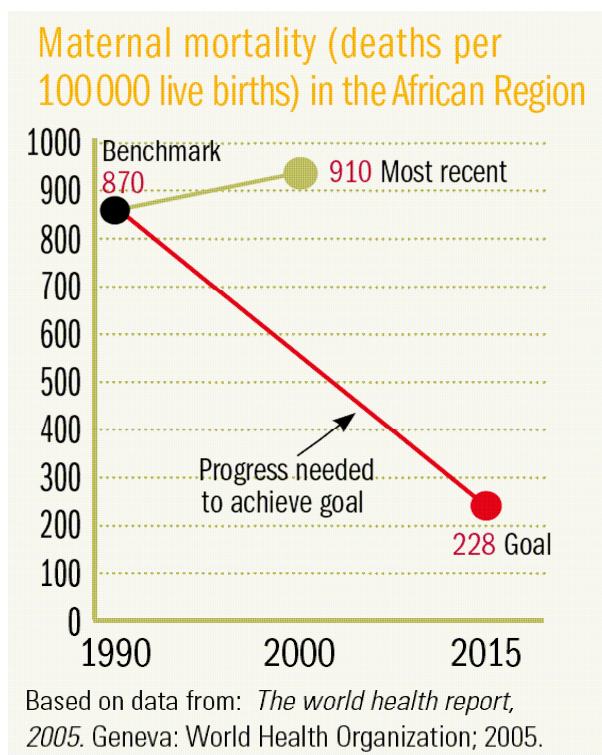
4.1. Paesi poveri in trappola

Eradicazione della povertà e partnership globale per lo sviluppo furono i temi centrali della dichiarazione conclusiva del Millennium Summit, tenutosi a New York nel settembre del 2000, in cui le Nazioni Unite lanciarono i cosiddetti Obiettivi di Sviluppo del Millennio (**Millennium Development Goals** – MDGs). Una parte degli obiettivi riguardavano direttamente la sanità: riduzione della mortalità materna e dei bambini al di sotto dei 5 anni, lotta a Aids, malaria e tubercolosi. Prendendo come riferimento di base il 1990 (anno in cui era stato lanciato da parte delle Nazioni Unite un altro programma – fallito - contro la povertà, *A better world for all*) vennero individuati una serie di obiettivi specifici da

¹²² 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.

conseguire entro il 2015, tra cui la riduzione di 2/3 della mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni e di $\frac{3}{4}$ della mortalità materna¹²³. Una prima valutazione intermedia effettuata nel 2005 ci dice che nel mondo ci sono paesi che si muovono più o meno spediti nel raggiungimento di quegli obiettivi, altri che non mostrano alcun significativo progresso ed altri infine che registrano un peggioramento¹²⁴. Riguardo alla **mortalità materna**, l’Africa complessivamente va indietro (**Figura 2**).

Figura 2. Andamento della mortalità materna in Africa, rispetto agli obiettivi dei Millennium Development Goals (linea rossa). Fonte: OMS 2005.



Riguardo alla **mortalità dei bambini** al di sotto dei 5 anni la **Tabella 3** mostra il differente andamento tra i vari paesi del mondo, da cui risulta che 29 di essi sono in una situazione di completa stagnazione (con livelli di mortalità altissimi, vicini al 200 per 1000 nati) e altri 14 dove la situazione è peggiorata (si tratta di paesi che nel 1990 registravano livelli di mortalità non particolarmente disastrosi)¹²⁵.

¹²³ E. Missoni, G. Pacileo, Le politiche delle organizzazioni internazionali e gli obiettivi di sviluppo del Millennio, in “Oisg, A caro prezzo, Le diseguglianze nella salute. 2° Rapporto sulla Salute Globale, 2006, ETS, Pisa”.

¹²⁴ The World Health Report 2005 - Make every mother and child count. Geneva: WHO, 2005.

¹²⁵ M. Bonati, R. Campi, La salute materno infantile, in “Oisg, A caro prezzo, Le diseguglianze nella salute. 2° Rapporto sulla Salute Globale, 2006, ETS, Pisa”.

¹²⁵ WHO, World Health Report 2005, www.who.int

Tabella 3 - Tasso di mortalità infantile <5 anni di vita (MI5; per 1000 nati vivi) e di mortalità materna (per 100.000 nati vivi). Stratificazione di 187 nazioni in base ai miglioramenti raggiunti nel periodo 1990-2003*.

| | N. di nazioni | Popolazione(2003) | N. nascite (2000-2005) | MI5 (1990) | MI5 (2003) | N. di Morti <5 di vita (2003)** | Tasso di mortalità materna (2000) | N morti materne (2000) |
|----------------------|---------------|--------------------|------------------------|------------|------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| <i>On track</i> | 30 (OECD) | 1.155.219 (18%***) | 14.980 (11%) | 22 | 13 | 190,5 (2%) | 29 | 4,3 (1%) |
| | 63 (non-OECD) | 1.386.579 (22%) | 30.782 (23%) | 78 | 39 | 1.200,5 (12%) | 216 | 65 (12%) |
| <i>Slow progress</i> | 51 | 3.011.922 (48%) | 58.858 (44%) | 92 | 72 | 4.185,5 (40%) | 364 | 212,9 (40%) |
| <i>In reversal</i> | 14 | 241.209 (4%) | 7.643 (6%) | 111 | 139 | 1.046,9 (10%) | 789 | 59,9 (11%) |
| <i>Stagnating</i> | 29 | 487.507 (8%) | 20.678 (16%) | 207 | 188 | 3.773,9 (36%) | 959 | 185,8 (35%) |

* Fonte: M. Bonati e R. Campi, **La salute materno infantile**, in "Oisg, A caro prezzo, Le diseguaglianze nella salute. 2° Rapporto sulla Salute Globale, 2006, ETS, Pisa".

** migliaia; *** distribuzione % della variabile

Questi 43 paesi che non riescono a portare entro livelli accettabili la mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni, nonostante la riconosciuta disponibilità di mezzi di alta efficacia e di basso costo per conseguire ciò, sono finiti in trappola, la trappola della spirale perversa (povertà-malattia-povertà-...), ben descritta da Whitehead et AA. nel citato articolo di Lancet del 2001⁵⁰.

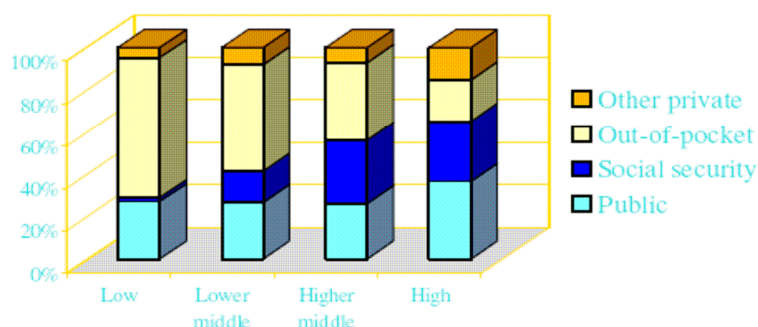
I **43 paesi** (definiti "**low income fragile states**" – "paesi a basso reddito fragili") appartengono quasi tutti all'Africa sub-Sahariana (con qualche eccezione come Afghanistan, Cambogia, Haiti) e condividono alcune caratteristiche: sono paesi poveri, i più poveri della terra, e hanno subito il trattamento della Banca Mondiale ("aggiustamento strutturale") e dei loro stessi governanti ("fuga dei capitali"), che ha comportato, tra l'altro, il progressivo disfacimento dei servizi sanitari pubblici (inevitabile con una spesa sanitaria pubblica generalmente inferiore a 10 US\$ pro-capite l'anno). L'assistenza sanitaria è quindi in larga parte consegnata al settore privato (profit e non-profit) ed è comunque sempre a pagamento. Gli elevatissimi livelli di mortalità materna e infantile si spiegano sia con le **barriere economiche all'accesso ai servizi**, che con la **carezza di personale qualificato** nelle strutture di base (dispensari, centri sanitari, maternità), soprattutto rurali. Scrive M. Murru nel suo articolo già citato⁹⁸: "In Uganda i distretti più poveri hanno il 26% degli operatori sanitari considerati necessari, mentre quelli più ricchi hanno più di quanto dovrebbero, arrivando a percentuali del 263% del personale previsto. Ben 65 Centri di salute governativi, tutti in aree rurali, povere e disagiate, sono completamente privi di personale. Un esempio particolarmente significativo di maldistribuzione riguarda il personale medico: dei 648 medici attivi nelle strutture sanitarie governative nel 2003, 111 (il 17%) lavoravano nel solo ospedale di Mulago, situato nella capitale, Kampala."

Il quale ospedale assorbe il 10-15 % dell'intero budget pubblico della sanità ugandese; un budget tragicamente ridicolo di soli 6 US\$ pro-capite l'anno. **La polarizzazione verso le**

cure secondarie e terziarie cittadine (e il conseguente abbandono delle cure primarie rurali) è un fenomeno comune ed è la conseguenza della **privatizzazione** dei servizi e della ricerca da parte degli operatori sanitari delle occupazioni più remunerative¹²⁶. In **Camerun** la spesa sanitaria pubblica è passata dai 5 US\$ pro-capite nel 1990 ai 3,5 US\$ nel 1996; di questi, 2,1 US\$ sono stati spesi in salari e 1,12 US\$ sono stati consumati in spese correnti (farmaci, materiale di consumo, carburante, manutenzione delle attrezzature e delle strutture, etc) ; di questo miserrimo 1,12 US\$ pro-capite solo un 0.28 US\$ è stato assegnato alle cure primarie¹²⁷.

Secondo un rapporto dell'OMS, nel mondo ogni anno più di 44 milioni di famiglie devono far fronte a **catastrofi finanziarie** provocate da spese mediche e – a causa di ciò – 24 milioni di famiglie sono trascinate nella povertà¹²⁸. Gran parte di queste famiglie si concentrano nei paesi a basso reddito fragili, quelli con sistemi sanitari ridotti in macerie, dove paradossalmente ai più poveri viene chiesto di pagare di più (attraverso il pagamento diretto delle prestazioni – **out-of-pocket**). Un paradosso rappresentato dalla **Figura 3**, dove risulta chiaramente che al crescere della ricchezza dei paesi si rafforzano i sistemi di protezione sociale e che nei paesi a basso reddito la spesa **out-of-pocket** rappresenta ormai i due terzi del finanziamento del sistema sanitario¹²⁹.

Figura 3. Pagamenti out-of-pocket come percentuale della spesa sanitaria totale. Fonte: Rif. Bibl. 128



Spesso vi sono anche altri gravi motivi per spiegare la riduzione in macerie (questa volta non metaforica) dei sistemi sanitari di questi paesi: le guerre, i conflitti interni, l'instabilità politica o le catastrofi naturali.

Un paese – originariamente non povero, anzi quasi ricco per l'abbondanza dei suoi giacimenti petroliferi – è caduto in trappola proprio per questo, **l'Iraq**.

Un recente rapporto dell'Oxfam¹³⁰, del 30 luglio 2007, descrive le conseguenze della guerra iniziata nel 2003 per portare in quel paese democrazia e benessere. Una guerra

¹²⁶ WHO, World Health Report 2006, www.who.int

¹²⁷ WHO, World Health Report 2005, www.who.int

¹²⁸ G. Carrin, C. James, D. Evans, Achieving universal coverage: developing the health financing system. Technical brief for policy-makers no. 1. Geneva, WHO, 2005

¹²⁹ P. Grotet e G. Schieber, Health financing revisited, The World Bank, Washington DC, 2006, cit. in A. Mills, Strategie sto achieve universal coverage: are there lessons from middle income countries? Health Systems Knowledge Network, 30 March 2007.

¹³⁰ Oxfam International, Rising to humanitarian challenge in Iraq, Briefing Paper, n. 105, July 2007.

che ha provocato – secondo una stima di Lancet, pubblicata nel 2006¹³¹ - 650 mila morti, per cause dirette e indirette. Lo scenario descritto da Oxfam è terribile nei suoi aspetti generali – accesso al cibo, all’acqua e all’elettricità, reddito e occupazione, istruzione, migrazioni interne e estere (**dei 34 mila medici irakeni il 50% ha lasciato il paese**) – che in quelli specifici sanitari su cui ci soffermiamo brevemente. La situazione dei servizi sanitari è catastrofica sia nella capitale e nelle altre città, che nelle aree rurali. Kemedica, l’agenzia governativa incaricata di rifornire di materiale sanitario ospedali e centri di salute non è in grado – a causa della disorganizzazione, della corruzione e delle divisioni settarie - di svolgere tale compito e il 90% dei 180 ospedali sparsi nel paese è privo delle risorse minime per poter lavorare. Quando si ricoverano persone ferite è prassi comune che i medici chiedano ai parenti di rifornirsi di materiale di sutura, farmaci, flebo e sacche di sangue presso farmacie private.

4.2. Paesi a basso reddito in controtendenza

Non sempre la guerra produce solo morte e distruzione. Almeno in un caso la guerra ha avuto l’effetto di migliorare lo stato di salute della popolazione e di aumentarne la longevità. E’ il caso dell’**Inghilterra** dove nelle decadi 1911-1921 e 1940-1951 (che includono le **due guerre mondiali** e che corrisposero anche a una lenta crescita del PIL pro-capite) si ebbero i più rapidi incrementi nella speranza di vita nel periodo compreso tra il 1901 e il 1991 (**Tabella 4**).

Tabella 4. Incremento della speranza di vita (anni) in Inghilterra e Galles, per ciascun decennio dal 1901 al 1991. Fonte: OPCS, Population Trends, HMSO, London, 1995

| | 1901/10 | 1911/20 | 1921/30 | 1931/40 | 1941/50 | 1951/60 | 1961/70 | 1971/80 | 1981/90 |
|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Uomini | 4,1 | 6,6 | 2,3 | 1,2 | 6,5 | 2,4 | 0,9 | 2,0 | 2,4 |
| Donne | 4,0 | 6,5 | 2,4 | 1,5 | 7,0 | 3,2 | 1,2 | 1,8 | 2,0 |

“Nel Novecento ci sono stati due periodi, coincidenti con le due guerre mondiali, di incremento molto rapido delle politiche di sostegno; lo stato di guerra ha prodotto in entrambi i casi una “condivisione” molto più accentuata di ciò che era necessario per sopravvivere, comprese l’assistenza sanitaria e (attraverso il razionamento e i sussidi alimentari) le scorte di cibo che erano limitate. La prima guerra mondiale vide una notevole trasformazione degli atteggiamenti sociali riguardo la “condivisione” e le strategie pubbliche volte a realizzarla. E anche durante la seconda guerra mondiale si formarono atteggiamenti insolitamente aperti al sostegno e alla condivisione; la cosa era legata alla psicologia di un paese sotto assedio, che rese accettabili ed efficaci le misure pubbliche prese per distribuire generi alimentari e assistenza sanitaria. Lo stesso Servizio sanitario nazionale nacque proprio in quegli anni di guerra”¹³².

Amartya Sen, premio Nobel per l’economia nel 1997, cui si deve il precedente brano tratto da un suo libro, ha analizzato le relazioni tra povertà e salute, tra **reddito e mortalità**. Sono classici gli esempi che dimostrano come a parità di reddito (basso) paesi o comunità registrano molto differenti livelli di mortalità e sopravvivenza. La differenza è spiegata da un insieme complesso di fattori: l’accesso all’assistenza sanitaria pubblica e al sistema scolastico, la legge, il controllo della violenza, la coesione sociale.

Lo Stato indiano del **Kerala**, condivide con gli altri Stati che compongono l’India uno scarso livello di reddito ma registra, rispetto agli altri Stati, i più bassi tassi di mortalità infantile (10 per 1000 nati vivi) e i più alti livelli di speranza di vita alla nascita (76,2), ed insieme la più alta percentuale di donne scolarizzate (87,8%) - **Tabella 5**. A. Sen a tale

¹³¹ G. Burnham, R. Lafta, S. Doocy and L. Roberts Mortality after the 2003 invasion of Iraq: a cross-sectional cluster sample survey, Lancet 2006; 368:1421-28

¹³² A. Sen, Lo sviluppo è libertà, Mondadori Editore, 2001, p. 54

riguardo afferma: “L’effetto dell’**alfabetizzazione femminile** sulla mortalità infantile è straordinariamente rilevante; la prima riduce la seconda più di tutte le altre variabili operanti nella medesima direzione. Tenendo queste variabili costanti, un aumento dell’alfabetizzazione primaria dal 22% (il valore del 1981 in India) al 75% riduce il valore previsto della mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni di età dal 156 (il valore del 1981) al 110 per 1000”¹³³.

Tabella 5. Indicatori demografici e epidemiologici per alcuni Stati Indiani.

Fonte: Health Information of India 2004, ISSN 0971-0159, Government of India, Central Bureau of Health Intelligence, DGHS, Ministry of Health & Family Welfare, New Delhi, 2005

| Stato | Popolazione (in milioni) | Tasso di mortalità infantile per 1000 nati vivi (2002) | Speranza di vita alla nascita (2002) | % di alfabetizzazione femminile > 7 anni di età. (2002) | % di popolazione al di sotto della soglia di povertà (1999-00) | Femmine per 1000 maschi (2002) |
|----------------|--------------------------|--|--------------------------------------|---|--|--------------------------------|
| Andhra Pradesh | 76.2 | 62 | 64.4 | 51.2 | 15.8 | 978 |
| Bihar | 82.9 | 61 | 59.3 | 33.6 | 42.6 | 919 |
| Delhi | 13.8 | NA | NA | 75.0 | 8.2 | 821 |
| Gujarat | 50.6 | 60 | 64.2 | 58.6 | 14.1 | 920 |
| Goa | 1.3 | NA | NA | 75.5 | 4.4 | 961 |
| Haryana | 21.1 | 62 | 65.2 | 56.3 | 8.7 | 861 |
| Kerala | 31.8 | 10 | 76.2 | 87.8 | 12.7 | 1058 |
| Punjab | 24.3 | 51 | 69.3 | 63.5 | 6.2 | 876 |
| Tripura | 03.1 | NA | NA | 65.4 | 34.4 | 948 |

Sri Lanka, paese a basso livello di reddito, ha **performance di salute** nettamente superiori rispetto ai paesi vicini (India, Maldive, Indonesia) e a nazioni con pari livello di ricchezza: 68 e 75 anni di speranza di vita alla nascita, rispettivamente per uomini e donne, e soprattutto la mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni contenuta al 14 per 1000 nati¹³⁴. Come per il Kerala alla base di questi soddisfacenti risultati ci sono due fondamentali fattori: l’elevato livello d’istruzione della popolazione, senza discriminazione di genere (il 98% delle bambine frequenta le scuole primarie) e la gratuità di accesso ai servizi sanitari essenziali. Va detto che accanto ai servizi pubblici trova spazio una fiorente attività privata ed infatti la componente privata supera il 50% della spesa sanitaria totale del paese (peraltro molto contenuta: 43 US\$ pro-capite). M. Serventi, in un suo reportage¹³⁵, descrive bene le contraddizioni di questo paese:

- Ottimi progressi nei servizi essenziali e nella vita della gente acquisiti negli ultimi 20 anni. *Ma non c’è la pace!*
- Bassa prevalenza delle malattie infettive trasmissibili in un paese sommerso dai rifiuti e con bassi livelli di igiene pubblica.
- Bambini (e adulti!) poco-nutriti, sacche di povertà non indifferenti (7% con meno di 1 US\$/die) *ma* indicatori globali di salute invidiabili.

¹³³ A. Sen, *ibidem*, p. 200.

¹³⁴ W. Hsiao, P.S. Heller, What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy, IMF Working Paper, WP/07/13, January 2007. p. 65.

¹³⁵ M. Serventi, Sri Lanka, Salute e Sviluppo, N. 2, 2005, 75-79.

- Abitanti gentili, ospitali e dignitosi *anche se* ‘invasi’ da un fiume di stranieri con le borse colme di progetti, soldi...e confusione.
- Buddisti affezionati alla pace e armonia del mondo *ma* poi incapaci di convivere con la minoranza tamil.
- Paese socialista ma con diffusa pratica del privato a tutti i livelli, dove per avere un servizio bisogna essere pronti a pagare o anche a corrompere.

Una pubblicazione del Fondo Monetario Internazionale, rivolta agli economisti per renderli edotti sul complesso mondo della sanità, cita Sri Lanka come un caso di successo, di come con poco si può ottenere così tanto in termini di salute¹³⁶. Gli autori della pubblicazione, due noti e stimati professori di sanità pubblica dell’Università di Harvard, ricordano giustamente Sri Lanka (indicata come *Best-Performing Low-Income Country*), ma non dicono nulla di **Cuba**, le cui performance “comparative” sono di gran lunga superiori a quelle del paese asiatico. In realtà i profili di salute di Cuba non vengono quasi mai citati nella letteratura scientifica di punta, per OMS, Banca Mondiale, e Fondo Monetario Internazionale poi Cuba è come il fumo negli occhi (trattata come la Repubblica Popolare Cinese negli anni 50 e 60, quando l’unica Cina riconosciuta era Taiwan).

“Se l’esperienza cubana fosse estesa agli altri paesi poveri la salute umana sarebbe trasformata. A causa degli attuali schieramenti politici, tuttavia, i maggiori successi in sanità pubblica e le strategie che li hanno guidati sono stati sistematicamente ignorati.” affermano Cooper et al. su *International Journal of Epidemiology*.¹³⁷

Ora ci sono molte buone ragioni per dissentire con le politiche di Cuba, particolarmente nel campo della libertà politica e di espressione, ma aggiungere all’embargo economico imposto dagli USA fin dal 1961 (definito da un editoriale del *New England Journal of Medicine* come una guerra contro la salute pubblica con alti costi umani¹³⁸), anche quello scientifico e culturale è un’operazione intellettualmente disonesta.

Con un Prodotto Interno Lordo (PIL) pro capite (**3.506 US\$**) pari alla metà di quello del Messico (**7.310 US\$**), i cubani godono di una speranza di vita media superiore di tre anni (75 vs 72), una mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni quasi 4 volte minore (7 vs 27 per mille nati vivi). Il confronto con gli stessi indicatori registrati negli USA (PIL pro-capite di **43.740 US\$**) è sorprendente perché i dati sono quasi sovrapponibili: speranza di vita alla nascita di 75 anni per gli uomini sia a Cuba che negli USA, e di 79 e 80 anni per le donne, rispettivamente a Cuba e negli USA e 7 e 8 per 1000 nati vivi nella mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni a Cuba e negli USA

“Cuba ha raggiunto – afferma A. Stefanini - un risultato che pochi paesi industrializzati hanno ottenuto: **l’equità nell’accesso ai servizi sanitari e nella salute**. Come è riuscita in un’impresa così difficile? Innanzitutto il governo è consapevole che la responsabilità della salute della popolazione risiede nello stato. La salute viene vista come un problema sociale che non è limitato al bisogno di servizi sanitari: il governo quindi si ritiene responsabile non soltanto di rendere l’assistenza sanitaria accessibile a tutti, ma anche di garantire la realizzazione degli altri determinanti (sociali) della salute come istruzione, nutrizione e posto di lavoro. La salute, inoltre, viene considerata come un vero e proprio “progetto nazionale” che si fonda sulla partecipazione popolare. Comitati e organizzazioni di massa partecipano attivamente alle campagne di igiene, vaccinazioni ed educazione

¹³⁶ W. Hsiao, P.S. Heller, *ibidem*

¹³⁷ Cooper RS, Kennelly JF, Ordunez-Garcia P. Health in Cuba. *International Journal of Epidemiology* 2006 35(4):817-824.

¹³⁸ Eisemberg L. The sleep of reason produces monsters_human costs of economic sanctions [Editorial]. *New England Journal of Medicine* 1997;336:1248-1250

sanitaria. Tutti i quadri del personale sanitario, dagli operatori della comunità ai professionisti, partecipano alla supervisione degli ambulatori rurali, alla diagnosi dei problemi di salute della comunità, alla promozione della salute nelle scuole e alla elaborazione delle strategie future”¹³⁹.

Cuba è anche un **produttore “globale” di medici**: il 23,5% dei laureati escono dalla facoltà di medicina, in quantità nettamente superiore al proprio fabbisogno. Il surplus viene inviato all'estero. Dal 1963 al 1999 41.400 tra medici e infermieri sono partiti per altri paesi dell'America Latina e per l'Africa sub-Sahariana. Attualmente sono in vigore cinque accordi bilaterali riguardanti l'invio di medici cubani, con Sudafrica, Zimbabwe, Chad, Jamaica e Venezuela. Con quest'ultimo paese – anche per motivi di affinità politica tra i due presidenti – i rapporti in campo sanitario sono particolarmente stretti: professori di medicina cubani insegnano nelle università venezuelane, oltre 3.400 studenti venezuelani studiano gratuitamente presso l'università cubana di Elam, e inoltre 20.000 operatori sanitari cubani (medici, dentisti, infermieri) sono presenti nelle aree più povere del Venezuela. La generosità di Cuba è ben ripagata perché in cambio Fidel Castro ha ottenuto un rifornimento di energia pari a 90 mila barili di petrolio al giorno¹⁴⁰.

4.3. Paesi emergenti

Questo paragrafo descrive in forma necessariamente sintetica lo stato dei sistemi sanitari, e le loro trasformazioni, di quattro paesi: Cina, India, Brasile e Messico. Quattro realtà che condividono alcune caratteristiche: **a)** essere grandi paesi in una fase di **accelerato sviluppo economico**, ma con società sempre più divise e ineguali in termini di reddito, di crescita sociale e di salute; **b)** di condividere una situazione epidemiologica caratterizzata dal **doppio burden of disease**: la contemporanea presenza delle malattie della povertà e dell'affluenza; **c)** di avere **sistemi sanitari “segmentati”** dal punto di vista dell'accessibilità ai servizi, in relazione alle classi sociali.

Paesi emergenti, con molte affinità. E con una buona notizia che viene dal Messico.

Cina¹⁴¹.

La sanità di Mao Tsetung. Come già accennato nel Capitolo 2 (punto 2.2.) in Cina – dopo la fondazione della Repubblica Popolare Cinese nel 1949 – la politica sanitaria fu orientata verso il raggiungimento di un'assistenza sanitaria di qualità per tutti. Tutte le strutture sanitarie divennero di proprietà governativa, e quindi finanziate e gestite dal governo. L'organizzazione sanitaria fu strutturata su tre livelli:

- a) Nelle aree rurali in ogni villaggio vennero istituiti centri di salute dove gli operatori sanitari di base (quasi sempre part-time) fornivano i servizi essenziali e organizzavano campagne di sanità pubblica, come i programmi di vaccinazione;
- b) Nelle città si trovavano centri sanitari più grandi con la presenza di medici a tempo pieno che erogavano l'assistenza sanitaria di base e svolgevano un'attività di supervisione nei confronti dei centri sanitari rurali;
- c) A livello gerarchico più alto c'era l'ospedale di contea dotato di attività specialistiche.

Le attività di prevenzione erano promosse e supervisionate da una struttura centrale, l'Accademia di Medicina Preventiva tra i cui compiti c'era quello della eradicazione delle

¹³⁹ A. Stefanini, Salute e Sanità a Cuba, Chi ha paura del buon esempio? Salute e Sviluppo, N. 1, 2006, 13-18.

¹⁴⁰ R. Labonte, T. Schrecker, Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution, Global Knowledge Network final report, 29 June 2007, pag. 145-6

¹⁴¹ P. Agnelli, G. Maciocco, Cina, in “Oisg, A caro prezzo, Le diseguaglianze nella salute. 2° Rapporto sulla Salute Globale, 2006, ETS, Pisa”.

malattie infettive. A livello provinciale e di contea furono istituite in tutta la Cina 3.600 stazioni anti-epidemiche per il controllo delle malattie infettive, a cui se ne aggiunsero altre 1.800 specializzate nella lotta a malattie specifiche, come la tubercolosi e la schistosomiasi¹⁴².

L'assistenza sanitaria era gratuita per tutti, ma i meccanismi di finanziamento e di organizzazione del sistema erano molto diversi tra città e campagna. Nelle aree rurali il pilastro del sistema sanitario era la Comune (*Gongshe*). Le Comuni erano proprietarie della terra, organizzavano la sua coltivazione, distribuivano i raccolti, erogavano i servizi sociali a tutti i suoi membri, tra cui l'assistenza sanitaria attraverso il Sistema Medico Cooperativo. Nelle città i cittadini era coperti da due categorie di assicurazioni sociali: quella che faceva capo alle industrie di stato e quella dei dipendenti dei servizi pubblici.

I risultati di una simile politica furono straordinari: in trent'anni (dal '50 all' '80) la speranza di vita alla nascita della popolazione cinese passò da 35 a 68 anni, la mortalità infantile dal 300 al 35 per mille nati vivi^{143 144}.

L'organizzazione della sanità rurale cinese divenne il modello per i giovani sistemi sanitari dei paesi in via di sviluppo ed ispirò la proposta politica della Primary Health Care lanciata dalla Conferenza di Alma Ata del settembre 1978 (vedi punto 2.4.).

Per uno **scherzo della storia** proprio mentre ad Alma Ata il rappresentante del governo cinese apponeva la sua firma sulla omonima dichiarazione, il governo cinese – morto Mao Tsetung nel 1976 – si apprestava a mettere fine a quel modello.

Le riforme di Deng Xiaoping. Il nuovo presidente Deng Xiaoping introdusse profonde riforme economiche basate sul mercato, smantellò le Comuni (e d'un tratto centinaia di milioni di contadini si trovarono senza copertura assistenziale) e aprì le porte agli investimenti stranieri. Da allora l'economia cinese ha cominciato a galoppare al ritmo di crescita di circa il 10% all'anno.

Il nuovo corso politico-economico ha avuto drammatiche conseguenze sul sistema sanitario. Tra queste la più importante è stata la drastica riduzione della spesa sanitaria statale e il conseguente trasferimento alle province e alle autorità locali della responsabilità finanziaria sui servizi sanitari, attraverso la tassazione locale. Ciò ha avuto l'immediato effetto di favorire le province più ricche della costa rispetto a quelle rurali più povere e di porre le basi per una crescente disparità tra sanità urbana e sanità rurale. Il governo centrale, con questa scelta, ha drasticamente ridotto la sua capacità di redistribuire le risorse dalle aree più ricche a quelle più povere, in un immenso paese dove la grande maggioranza della popolazione vive nelle povere regioni rurali.

La riduzione del finanziamento statale ha provocato di fatto la privatizzazione del sistema sanitario cinese; i finanziamenti locali infatti coprono solo una piccola parte (10-30%) delle spese dei servizi e dei presidi sanitari, che sono così costretti a vendere le prestazioni in un regime di mercato. Ospedali e centri sanitari, dotati di una forte autonomia, impongono tariffe e possono generare profitti, da cui dipendono gli stipendi del personale medico¹⁴⁵. Il risultato è l'esplosione della vendita di farmaci molto costosi (il 50% della spesa sanitaria in Cina è assorbita dai farmaci) e di servizi di alta tecnologia. Il taglio dei finanziamenti pubblici ha colpito pesantemente anche i servizi di sanità pubblica che sono stati autorizzati a erogare prestazioni a pagamento (controlli su ristoranti e alberghi, ispezioni degli impianti industriali), incamerando gli introiti per auto-finanziarsi. Tutto ciò ha distratto

¹⁴² T. J.B. Dummer, I.G. Cook, Exploring China's rural health crisis: Processes and policy implications, *Health Policy* 83 (2007) 1-16.

¹⁴³ D. Blumental e W. Hsiao, Privatization and Its Discontent – The Evolving Chinese Health Care System, *N Engl J Med* 2005; 353: 1165-70.

¹⁴⁴ T. J.B. Dummer, I.G. Cook, Changing health in China: re-evaluating the epidemiological transition model, *Health Policy* 67 (2004) 329-43.

¹⁴⁵ T. Hesketh, W. Xing Zhu, The healthcare market, *BMJ* 1997; 314: 1616-8.

i servizi dall'occuparsi di questioni meno redditizie come l'educazione sanitaria, la salute materno-infantile e il controllo delle epidemie.

La copertura assicurativa. La copertura assicurativa si è **ridotta al minimo nelle zone rurali**, mentre – sia pure in costante diminuzione – è presente nelle città grazie alle assicurazioni sociali che coprono i dipendenti delle imprese pubbliche e private. I dati sul livello di copertura assicurativa della popolazione cinese non sono univoci: una ricerca commissionata dal Ministero della Sanità a OMS e UNDP (*United Nations Development Programme*) ha rivelato che il 71% del campione intervistato non godeva di alcuna forma di copertura assicurativa (il 90% nelle aree rurali e il 51% in quelle urbane)¹⁴⁶; secondo un'altra fonte (*China Household Health Survey 2003*) il 44,8% di popolazione urbana (che si eleva al 76% nel 20% più povero delle famiglie) e il 79,1% della popolazione rurale sarebbe senza assicurazione⁸. Nella migliore delle ipotesi almeno due terzi della popolazione cinese è priva di qualsiasi forma di protezione assicurativa in campo sanitario. La prevalenza di coloro che non possono permettersi l'assistenza medica è cresciuta dal 32 al 39% nelle aree rurali e dal 32 al 36% nelle aree urbane, nel periodo tra il 1993 al 2003¹⁴⁷. Secondo uno studio della Banca Mondiale le spese mediche rappresentano mediamente il 7% delle spese di una famiglia, ma le spese sanitarie "catastrofiche" interessano ogni anno il 12% delle famiglie cinesi; nel 2003 il 30% delle famiglie povere ha attribuito la propria povertà ai costi eccessivi dell'assistenza sanitaria¹⁴⁸.

Secondo i dati del Ministero della Sanità è in continua crescita il numero delle persone che si curano da sé rivolgendosi ai venditori (talvolta abusivi) di farmaci: il 28% di tutte le malattie sono trattate con questa modalità.

Lo stato di salute. In Cina le malattie da affluenza convivono con quelle della povertà e del sottosviluppo. Su 1 miliardo e 300 milioni di abitanti, 300 milioni di uomini sono fumatori e 160 milioni di adulti sono ipertesi. L'**obesità** nei bambini è ormai considerata un'epidemia: obesità più sovrappeso interessano il 25% dei maschi e il 17% delle femmine (nel 1985 il fenomeno interessava l'1-2% dei bambini)¹⁴⁹. Molto elevata è anche la mortalità per **malattie respiratorie** croniche attribuita largamente all'inquinamento atmosferico delle città e all'inquinamento domestico nelle aree rurali (provocato dai combustibili per riscaldamento). Le miniere di carbone sono la causa dell'85% delle malattie occupazionali: nel 2003 sono stati denunciati 558 mila casi di pneumoconiosi con un tasso di letalità del 32%. Le morti per infortuni sul lavoro sono state nel 2003 15,4 x 100.000 lavoratori, un livello molto superiore agli standard internazionali.

Preoccupante è l'andamento della **tubercolosi**, con un'incidenza in continua crescita negli ultimi anni: 39 nuovi casi x 100.000 abitanti nel 1999, 44 x 100.000 nel 2001 e 72 x 100.000 nel 2004. L'80% dei quali si verificano in aree rurali. Complessivamente i soggetti affetti da tubercolosi sono 4 milioni e mezzo, l'80% dei quali vive nelle aree rurali. La malaria è presente in due province (Yunnan e Hainan) con 300 mila nuovi casi all'anno. La schistosomiasi è presente in sette province con oltre 800 mila nuovi casi all'anno. L'epidemia di **Hiv/Aids** è ufficialmente sotto controllo: nel 2005 – secondo le stime dell'OMS – erano 650 mila le persone che vivevano con l'infezione, 190 mila casi in meno rispetto alla rilevazione del 2003. Gli esperti sono scettici su questa diminuzione e prospettano una stima di almeno 1 milione e mezzo di casi.

¹⁴⁶ M. Lim et AA, Public Perception Of Private Health Care in Socialist China, Health Affairs 2004; Vol. 23, Number 6, pp. 222-234

¹⁴⁷ Center for Health Statistics and Information. An analysis report of China National Health Services Survey in 2003. Beijing: Ministry of Health of People's Republic of China, 2004.

¹⁴⁸ Rural health in China: briefing note n. 3. China health sector – why reform is needed. Beijing World Bank Office, 2005.

¹⁴⁹ Wang et AA, Preventing chronic disease in China, www.thelancet.com published online October 5, 2005.

Mortalità infantile, malnutrizione e mortalità materna presentano **indici molto diversi tra città e campagna**, da una parte livelli abbastanza vicini (ma ancora lontani) dai paesi più sviluppati, dall'altra situazioni simili ai paesi più poveri: il tasso di mortalità infantile è del 15 per 1000 nati vivi nelle città e del 40 per mille nelle campagne; l'11% dei bambini è malnutrito, ma la prevalenza della malnutrizione nelle zone rurali è da 2 a 3 volte maggiore che nelle aree urbane; più del 40% dei bambini nati nelle province occidentali della Cina sono lievemente o moderatamente malnutriti; la mortalità materna è su scala nazionale di 43 x 100.000 nati vivi, ma con abissali differenze tra diverse aree del paese: 9 x 100.000 a Shanghai e 399 x 100.000 nel Tibet¹⁵⁰.

La Banca Mondiale sta supportando il governo cinese nel trovare una risposta alla situazione di estremo disagio in cui versa **la popolazione rurale**, dato che – si legge in una pubblicazione della Banca – “le alte e rapidamente crescenti spese sanitarie stanno causando una diffusa povertà e scoraggiano le famiglie – soprattutto le più povere - a ricorrere all'assistenza sanitaria”¹⁵¹. Il governo si è impegnato a istituire **un fondo assicurativo “ad hoc”** per coprire almeno parte dei bisogni sanitari, attraverso l'erogazione di un contributo da parte del governo centrale di 20 Yuan all'anno a persona, un analogo contributo da parte delle autorità locali e un contributo di 10 Yuan da parte dei beneficiari. Data l'esiguità dei contributi – poco più di 5 US\$ per assicurato all'anno – il programma copre soltanto l'assistenza ospedaliera (con alti livelli di franchigia) e non si occupa dell'assistenza primaria. La partecipazione al programma, avviato nel 2002, è volontaria e nel 2006 il progetto pilota interessava la metà delle contee rurali per un totale di circa 406 milioni di persone.

La stessa Banca Mondiale ha effettuato una valutazione sull'impatto della sperimentazione arrivando alla conclusione che questa ha prodotto una maggiore utilizzazione dei servizi ospedalieri (+ 20-30%), ma solo per i gruppi più benestanti, mentre non ha influito sull'utilizzazione dei servizi da parte dei poveri, né sulle loro spese *out-of-pocket*.¹⁵²

A proposito di sanità cinese, va segnalato un **secondo scherzo della storia**, oltre quello segnalato in precedenza: mentre la Cina comunista smantellava il suo tradizionale sistema sanitario collettivista, **Taiwan** - la ex-Cina nazionalista (Formosa), alleata degli Occidentali e nemica giurata di Pechino - costruiva un sistema sanitario nazionale universalistico, comprensivo di assistenza odontoiatrica, medicina tradizionale cinese e assistenza domiciliare¹⁵³.

India¹⁵⁴

L'India ha in comune con la Cina un impetuoso sviluppo economico e la prospettiva di diventare insieme “**il nuovo centro del mondo**, dove si decide il futuro dell'umanità” (vedi: Federico Rampini, L'impero di Cindia¹⁵⁵), ma anche un sistema sanitario quasi completamente privatizzato (se possibile, ancora di più), con reti di protezione debolissime e con gigantesche diseguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria.

Nel 1947 il settore privato rappresentava solo il 5-10% dell'assistenza sanitaria del paese, ma con gli anni la sua presenza si è progressivamente allargata, e oggi l'India è tra i paesi con il più alto livello di sanità privatizzata. La percentuale della spesa sanitaria pubblica

¹⁵⁰ United Nation Health Partners Group in China, A Health Situation Assessment of the People's Republic of China, July 2005, Beijing. p. 33

¹⁵¹ A. Wagstaff et al., Extending health insurance to the rural population: an impact evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme, World Bank Policy Research Working Paper 4150, March 2007.

¹⁵² A. Wagstaff et al., ibidem.

¹⁵³ A. Mills, Strategie to achieve universal coverage: are there lessons from middle income countries? Health Systems Knowledge Network, 30 March 2007.

¹⁵⁴ M. Shiva, S. Deepak, India, in “Oisg, A caro prezzo, Le diseguaglianze nella salute. 2° Rapporto sulla Salute Globale, 2006, ETS, Pisa”.

¹⁵⁵ F. Rampini, L'impero di Cindia, Mondadori, 2006.

rispetto al PIL è progressivamente diminuita nel tempo: era oltre il 3% negli anni 50, intorno al 2% negli anni 80; era dell'1,3% nel 1991 ed è attualmente dello 0,9%. La spesa sanitaria totale pro-capite è di 31 dollari, di cui la spesa pubblica è meno del 20%, 5 miseri dollari all'anno per abitante. Tutto ciò comporta due conseguenze:

1. **Una pressoché totale privatizzazione dei servizi sanitari.** La qualità dei servizi pubblici è generalmente di infimo livello, le strutture pubbliche sono abbandonate a se stesse, prive di attrezzature e di farmaci, inutilmente affollate con interminabili liste di attesa, con medici che invitano sistematicamente i pazienti a rivolgersi ai loro studi privati (ma nella maggior parte delle aree rurali le strutture sanitarie pubbliche sono prive di medici, a causa dei bassissimi stipendi e delle pessime condizioni di lavoro).

2. **Gran parte della popolazione non ha alcuna forma di copertura assicurativa** ed è costretta a pagare di tasca propria le prestazioni (la spesa out-of-pocket rappresenta l'84,6% della spesa sanitaria). A causa di ciò più del 40% di tutti i pazienti ammessi in ospedale ha dovuto indebitarsi o ha venduto il proprio patrimonio per coprire le spese per il ricovero, mentre si stima che il 25% dei contadini siano trascinati al di sotto della soglia di povertà a causa dei costi dell'assistenza medica¹⁵⁶. Inoltre, un quarto della popolazione più povera rinuncia tout-court a curarsi in caso di malattia¹⁵⁷. Un'organizzazione femminile che gestisce il microcredito (SEWA, Self-Employed Women Organization) ha rilevato che la grande maggioranza delle donne che ha ottenuto dei prestiti dalla SEWA Bank li ha poi rimborsati. Chi ha avuto le maggiori difficoltà a ripagarli sono le donne che li hanno richiesti per pagare le spese mediche, generalmente non per loro ma per i mariti e i figli.

Il boom del turismo sanitario. Se la sanità indiana è avara e disastrosa per la grande maggioranza dei cittadini del secondo paese più popoloso al mondo, essa – in alcune sue nicchie – è particolarmente attraente per pazienti provenienti dall'estero, particolarmente da Stati Uniti e Gran Bretagna. Numerosi ospedali privati infatti si stanno specializzando nel turismo sanitario offrendo prestazioni a prezzi concorrenziali con minimi tempi di attesa. Un intervento di bypass cardiaco (+ il viaggio aereo) viene offerto in India a 6.000 dollari, quando in un ospedale privato in Gran Bretagna costa 23.000 dollari o 30.000 dollari negli USA. L'industria del turismo sanitario sta funzionando a pieno regime. Lo Stato Indiano del Maharashtra ha istituito un apposito comitato (*Council for Medical Tourism*) per promuovere all'estero questo tipo di attività, che potrà generare - secondo le stime della *Confederation of Indian Industry* – fino a 2 miliardi di dollari di reddito all'anno¹⁵⁸.

“L'enfasi sul turismo sanitario distorce le prospettive dei produttori sanitari, promuovendo una medicina di stampo puramente commerciale e creando standard di qualità assolutamente insostenibili per la maggioranza dei cittadini indiani”, sostiene Ritu Priya del Centro di Medicina Sociale e Salute Comunitaria dell'Università di New Delhi. “Che logica è quella del governo che spende energie e sforzi per attrarre pazienti stranieri nel settore privato quando la stragrande maggioranza dei pazienti indiani ha difficoltà ad accedere all'assistenza sanitaria?”, si chiede Amit Sen Gupta, esperto di politica sanitaria, che aggiunge: “Gli incentivi finanziari specificamente diretti agli ospedali che trattano i pazienti esteri stanno a significare che il governo sussidia indirettamente i pazienti esteri”.

Prima di passare alla descrizione dei due sistemi latino-americani un brevissimo cenno ai paesi asiatici emergenti per definizione - Corea del Sud, Malesia, Taiwan e Singapore – denominati negli anni Novanta “**Tigri asiatiche**” per la velocità ferina del loro sviluppo economico. **Corea del Sud**, come vedremo più avanti, ha istituito un sistema sanitario

¹⁵⁶ A. Sengupta, S. Nundy, The private health sector in India, BMJ 2005; 331:1157-8.

¹⁵⁷ Report of the National Commission on Macro-economics and Health, Ministry of Health and Family Welfare, Government India, Aug 2005.

¹⁵⁸ G. Mudur, Hospitals In India woo foreign patients, BMJ 2004; 328: 1338.

universalistico modello Bismarck; **Malesia** e **Taiwan** sono importanti esempi di sistemi sanitari equi e accessibili, finanziati con un mix di prelievo fiscale e contributi lavorativi (Malesia più sul primo, Taiwan più sul secondo); **Singapore**, infine, basa il suo sistema sanitario su una forma del tutto originale di finanziamento, denominata **Medisave**; si tratta di un risparmio obbligatorio per le famiglie, sotto forma di un conto corrente utilizzabile unicamente per le spese sanitarie, associato a un'assicurazione con alti livelli di franchigia per la copertura delle spese catastrofiche. Maggiori dettagli su ciò sono forniti nella parte finale del paragrafo dedicato agli **USA**, dato che recentemente il Presidente Bush ha proposto tale modello agli americani, con il nome di **Health Savings Account**.

La **Tailandia** ha raggiunto la copertura assicurativa universale nel 2001 attraverso un originale sistema di iscrizione volontaria a un progetto denominato “**30 baht** (equivalenti a 0.60 €) curano tutte le malattie”. L'iniziativa – finanziata con la tassazione generale - si è rivolta ai 47 milioni di cittadini thailandesi che nel 2001 erano privi di assicurazione (il 75% della popolazione, la restante parte è coperta dalle assicurazioni sociali); essi, iscrivendosi e pagando un ticket di 30 baht per ogni prestazione, hanno diritto di accesso alle cure ambulatoriali e ospedaliere nell'unità sanitaria di residenza¹⁵⁹.

Brasile^{160 161}

La riforma costituzionale nel 1988 introdusse il principio della salute come diritto fondamentale per tutti i cittadini ed dovere dello stato, da attuarsi attraverso adeguate politiche pubbliche, economiche e sociali e con l'istituzione del **Sistema Unico di Salute (SUS)**, finalizzato a raggiungere universalità ed equità nell'erogazione dei servizi. Giuridicamente si trattò di una grande conquista perché 60 milioni di brasiliani poveri, condannati alla carità delle istituzioni di beneficenza diventarono titolari del diritto alla salute. Una delle più importanti iniziative in direzione di una maggiore tutela delle fasce più deboli della popolazione è stato il Programma di Salute della Famiglia – PSS (che oggi prende il nome di Strategia di Salute della Famiglia - SSF), avviato nel 1994 per sviluppare l'assistenza sanitaria di base e rafforzare le attività di prevenzione e promozione della salute. Attualmente, nell'ambito di questo programma, che si concentra in maniera prioritaria nelle aree di maggior rischio sociale, operano 22.683 equipe di salute che coprono una popolazione di 73,6 milioni di abitanti, pari al 40% della popolazione brasiliana. L'equipe di salute della famiglia è composta come minimo da un medico, un infermiere professionale, un tecnico infermiere e da 4-6 agenti di salute della comunità, con la responsabilità sanitaria di un'area predefinita e con una popolazione di circa 750 famiglie. Il programma è ancora in fase di consolidamento, ma già sono noti alcuni risultati conseguiti, quali l'incremento degli indici di vaccinazione, di allattamento materno, di assistenza alla partoriente e alla puerpera.

Contemporaneamente però – negli anni novanta – si faceva strada la politica di liberalizzazione e di apertura agli investimenti esteri, anche in sanità. Il parlamento brasiliano approvò una legge che consentiva ai capitali esteri di acquistare ospedali e a organizzazioni e assicurazioni sanitarie di erogare servizi che fino ad allora erano stati riservati al settore pubblico e a aziende brasiliane. Dopo il passaggio della legge si verificò un ingresso massiccio di organizzazioni e assicurazioni statunitensi che cominciarono ad offrire servizi alla classe media e alta del paese¹⁶².

¹⁵⁹ D. Hughes, S. Leethongdee, Universal coverage in the land of smiles: lessons from Thailand's 30 baht health reforms, *Health Affairs* 2007, Vol. 26, No. 4, 999-1008.

¹⁶⁰ M. Serapioni, A. Silva de Miranda, *Brasile, 15 anni di riforme sanitarie*, *Salute e Sviluppo*, N. 3, 2006.

¹⁶¹ G. H. Falbo, P.G. Frias, P.M. Pereira, *Brasile*, in “Oisg, A caro prezzo, Le diseguaglianze nella salute. 2° Rapporto sulla Salute Globale, 2006, ETS, Pisa”.

¹⁶² N. Homedes, A. Ugalde, Why neoliberal health reforms have failed in Latin America, *Health Policy*, 71 (2005) 83-96.

Tale ingresso ha provocato la privatizzazione di larga parte del sistema sanitario brasiliano e l'impoverimento progressivo del Sistema Unico di Salute.

La spesa sanitaria pubblica brasiliana è infatti meno della metà della spesa sanitaria totale; la spesa sanitaria privata raggiunge il 56% alla spesa sanitaria totale, di cui il 64 % è rappresentato dalle spese out-of-pocket delle famiglie (soprattutto medicine), ed il 36 % dai costi sostenuti per la stipulazione di polizze di assicurazione volontaria.

E' per questa ragione che alcuni studiosi preferiscono definire il modello sanitario brasiliano come **un sistema "segmentato" in tre distinti sotto-sistemi**:

a) il SUS, ovvero il servizio sanitario pubblico, diventato di fatto il servizio per i gruppi di popolazione a basso reddito;

b) il sistema di assistenza sanitaria supplementare, finanziato attraverso contratti di assicurazione privati, utilizzato "universalmente" dai gruppi di popolazione a medio e alto reddito; e

c) il sistema di pagamento diretto delle famiglie (out-of-pocket), anch'esso privato ma finanziato dai pazienti al momento dell'acquisto delle prestazioni e prodotti sanitari.

Questa tendenza alla segmentazione del sistema sanitario è ulteriormente rafforzata dalla politica fiscale praticata dallo stato federale brasiliano, soprattutto a partire dagli anni '90. Il governo, difatti, sostiene la rete privata dei servizi sanitari, sia attraverso la concessione di sussidi fiscali e sia con la stipulazione di polizze assicurative private per i dipendenti degli enti pubblici. Le deduzioni fiscali per le spese sanitarie private, senza limiti, sulla dichiarazione dei redditi delle persone fisiche e giuridiche rappresenta una significativa rinuncia per lo stato: oltre un miliardo di dollari nel 2004, più del 2% del PIL.

Secondo alcune stime, circa il **25% della popolazione**, che è coperta da un'assicurazione sanitaria volontaria, dispone del **71% delle attività di diagnosi e terapia**, e spende circa 819 *reais* pro-capite (364 dollari). Per contro, il 75% della popolazione coperta dal servizio sanitario pubblico (SUS), dispone del 29% delle attività di diagnosi e terapia e spende circa 264 *reais* pro-capite (117 dollari).

La segmentazione per classi sociali del sistema sanitario è una delle peculiarità delle riforme neoliberiste in America Latina. E' avvenuto, ad esempio, anche in **Cile** dove fino al colpo di stato militare che depose il **Presidente Allende (1973)** vigeva un sistema universalistico finanziato dal governo centrale. Agli inizi degli anni 80 iniziarono le riforme basate sul decentramento e sull'ingresso delle assicurazioni private (importate dagli USA). Il meccanismo della segmentazione è diverso da quello praticato in Brasile. Ai cileni è consentita la scelta tra versare i contributi assicurativi obbligatori (7% del salario) o nella mutua pubblica o nelle assicurazioni sanitarie private (**Instituciones de Salud Previsional – ISAPREs**). Nel secondo caso il contributo obbligatorio è integrato con ulteriori versamenti in relazione ai benefici supplementari che l'assicurazione privata si impegna a erogare, oltre al pacchetto di prestazioni essenziali obbligatorie. I gruppi a medio-alto reddito si iscrivono alle ISAPREs, che sono quindi avvantaggiate anche dal fatto che il 7% degli stipendi di quei gruppi ha un valore finanziario molto elevato.

Oggi in Cile il 22% della popolazione è iscritta alle ISAPREs, ma questi consumano il 43% della spesa sanitaria totale. In altre parole, la maggior parte dei cileni non possono permettersi di iscriversi a una ISAPRE e quelli che possono permetterselo consumano il doppio del resto della popolazione, nonostante siano più giovani, più sani, più istruiti e con famiglie più piccole rispetto a coloro che sono coperti dal settore sanitario pubblico.¹⁶³

Il nuovo governo a guida socialista della presidente Bachelet – con l'approvazione di cinque leggi di riforma - sta cercando di correggere le più pesanti distorsioni del sistema

¹⁶³ N. Homedes, A. Ugalde, *ibidem*.

e di ridurre le diseguaglianze nella salute. La più discussa di queste leggi è quella che determina l'elenco delle patologie per le quali deve essere garantito l'accesso ai servizi.¹⁶⁴

Messico (la buona notizia).

Anche il Messico presentava, fino al 2004, un sistema sanitario segmentato, anzi diviso proprio a metà: su circa 100 milioni di abitanti, 50 milioni godevano di una copertura assicurativa, gli altri 50 ne erano privi.

“L'assicurazione sociale è stata introdotta in Messico nel 1943, ma questa è stata limitata al personale dipendente delle imprese private e delle amministrazioni pubbliche, e ai loro familiari. Sono rimasti esclusi i lavoratori autonomi, i disoccupati, e tutti coloro che erano fuori dal mercato del lavoro o quelli che lavoravano nel settore “sommerso” dell' economia. Il risultato di ciò è che nel 2000, metà delle famiglie messicane, gran parte delle quali povere, era priva di protezione sociale contro le conseguenze finanziarie della malattia.

Situazioni simili che si registrano nei paesi in via di sviluppo evidenziano un paradosso inaccettabile: sebbene una salute migliore sia la strada più efficace per combattere la povertà, l'assistenza medica può diventare essa stessa un fattore di impoverimento delle famiglie quando un paese non ha un meccanismo sociale che garantisce un finanziamento equo che protegge l'intera popolazione.

La riforma del sistema sanitario messicano è stata disegnata per correggere questo paradosso”.¹⁶⁵

Questo brano è stato tratto dal primo di una serie di ben 7 articoli pubblicati su Lancet nell'autunno del 2006, dedicati alla riforma del sistema sanitario messicano, entrata in vigore il 1° gennaio 2004. L'autore di questo articolo, e coautore di altri, è il **ministro della sanità del Messico** in persona, un medico, il dr. Julio Frenk.

La riforma nasce – come afferma il ministro – per correggere un paradosso, per sanare un'evidente ingiustizia: ogni anno tra 2 e 4 milioni di famiglie subiscono una catastrofe economica o sono stati trascinate al di sotto della linea di povertà a causa delle spese mediche pagate direttamente, *out-of-pocket*. La riforma è stata redatta seguendo rigorosamente – come recita il titolo dell'articolo - il criterio della *evidence-based health policy*, adattando le soluzioni migliori, in termini di efficacia, efficienza e appropriatezza, le innovazioni introdotte in altri paesi, alla realtà messicana.

Lo strumento per fornire ai 50 milioni di messicani non assicurati la copertura sanitaria è l'istituzione di un'assicurazione pubblica, volontaria, chiamata Assicurazione Popolare (**Seguro Popular**). Il meccanismo di arruolamento è graduale e la copertura totale di 12 milioni di famiglie si dovrebbe realizzare nel 2010, al ritmo di 1 milione e 700 mila famiglie l'anno. Alla fine del 2006, il terzo anno di implementazione della riforma (che sembra aver riscosso un'entusiastica risposta da parte della popolazione), sono già state arruolate 5 milioni e 100 mila famiglie (pari a circa 22 milioni di persone). Nel 2010 è prevista una spesa sanitaria pubblica per famiglia arruolata nel *Seguro Popular* pari a 677US\$. Nello stesso anno la spesa sanitaria pubblica, come % del PIL, risulterà aumentata di 1 punto percentuale, finanziata attraverso tasse federali e contributi statali. Le famiglie sono chiamate a dare un contributo che viene calcolato in base al loro reddito, al netto delle spese per il cibo, con un limite massimo del 5%. Le famiglie più povere sono esentate, ma il loro arruolamento è condizionato alla partecipazione a iniziative di prevenzione e promozione della salute¹⁶⁶.

Per l'erogazione dei servizi *Seguro Popular* adotta il sistema di contrattazione “committente-produttori” scegliendo generalmente – ma non esclusivamente – produttori

¹⁶⁴ L. M. Letelier, P. Bedregal, Health Reform in Chile, Lancet 2006, 368: 2197-8

¹⁶⁵ J. Frenk, Bridging the divide: global lesson from evidence-based health policy in Mexico, Lancet 2006; 368: 954-61.

¹⁶⁶ J. Frenk et al, Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico, Lancet 2006; 368: 1524-34.

pubblici. L'assicurazione copre un numero definito di prestazioni, esplicitato **in una lista di 249 interventi essenziali di base e 17 altamente specialistici**. La scelta delle prestazioni da includere nel pacchetto assicurativo pubblico è avvenuta attraverso un processo esplicito di definizione delle priorità. Si è tenuto conto del profilo epidemiologico (caratterizzato da un doppio carico di malattie, quelle della povertà – malattie infettive, mortalità infantile – e quelle dell'affluenza – cardiovascolari, diabete, obesità -), dell'analisi costo-efficacia degli interventi; sono state individuate alcune fondamentali priorità, come quella del trattamento con farmaci antiretrovirali a tutti i pazienti affetti da Hiv/Aids; sono stati adottati programmi di supporto a queste iniziative: la costruzione di infrastrutture e il potenziamento delle risorse umane; l'emanazione di linee guida e protocolli; la definizione di procedure per accreditamento e revisione di qualità¹⁶⁷.

Un'operazione molto meno ambiziosa si sta muovendo in **Marocco**, dove fino al 2005 l'assicurazione sanitaria volontaria – unica forma di pre-pagamento - copriva solo il 16% della popolazione. Nel 2005 è stata approvata una legge che istituisce l'assicurazione sanitaria obbligatoria per tutti i lavoratori con un impiego formale, con l'obiettivo di coprire il 30% della popolazione. Un'altra legge prevede l'istituzione di un fondo per l'assistenza sanitaria agli indigenti (famiglie con meno di 34US\$ mensili pro-capite di reddito)¹⁶⁸.

4.4. Paesi dell'ex-modello Semashko

Viene definita “transizione” la fase di passaggio dal comunismo al post-comunismo dell'Unione Sovietica e dei paesi dell'Europa centrale e orientale. Una transizione che ha provocato il completo disfacimento del precedente sistema politico, economico e sociale e l'acquisizione dell'indipendenza per le repubbliche che componevano l'Unione Sovietica. Anche i sistemi sanitari sono stati oggetto della transizione: dal modello Semashko (vedi punto 2.2.) a un modello confezionato ad hoc dalle istituzioni internazionali (in primo luogo Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale), nel ruolo di “advisor”, di suggeritori¹⁶⁹.

I cambiamenti imposti dalla “transizione” hanno riguardato tutti i componenti del sistema sanitario: dall'architettura istituzionale al finanziamento, dall'organizzazione dei servizi al ruolo dei professionisti¹⁷⁰.

- a) **Architettura istituzionale.** Lo Stato perde la funzione di attore “unico” del sistema: nella pianificazione, nel finanziamento, e nella gestione. Le funzioni di finanziamento vengono assegnate alle assicurazioni sociali e le funzioni gestionali pubbliche trasferite alle autorità periferiche: regionali, provinciali e comunali. Allo Stato rimangono le funzioni di regolazione e di controllo.
- b) **Finanziamento.** Il modello indicato è quello delle assicurazioni sociali obbligatorie, in un contesto competitivo, di mercato, con gli assistiti liberi di scegliere la propria assicurazione.
- c) **Organizzazione delle cure primarie.** Vengono aboliti i policlinici (strutture polispecialistiche ambulatoriali di base) su cui si basava il modello Semashko e introdotta la medicina di famiglia, praticata da medici generalisti, liberi

¹⁶⁷ E. Gonzales-Pier et al, Priorità setting for health intervention in Mexico's System of Social Protection in Health, *Lancet* 2006; 368: 1608-18.

¹⁶⁸ J. P. Ruger, D. Kress, Health financing and insurance reform in Morocco, *Health Affairs* 2007, Vol. 26, No. 4, p. 1009-16.

¹⁶⁹ W. Hsiao, P.S. Heller, What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy, IMF Working Paper, WP/07/13, January 2007 p. 78.

¹⁷⁰ D. Balabanova, Health sector reform and equity in transition, Health Systems Knowledge Network, WHO Commission on the social determinants of health, July 2007.

professionisti, con funzioni di *gate-keeping* (di filtro nei confronti delle cure secondarie) e pagati prevalentemente a quota capitaria.

- d) **Organizzazione dell'assistenza ospedaliera.** Riduzione della rete ospedaliera e dei posti letto; promozione del settore privato con apertura agli investimenti esteri.

Questa ricetta ha avuto impatti e applicazioni diverse nelle differenti realtà.

- a) **Per diversi paesi dell'Europa centrale e orientale** (dalla Repubblica Ceca alla Polonia, dall'Ungheria alle Repubbliche Baltiche), a cui era stato imposto il modello Semashko dopo la seconda guerra mondiale al momento dell'annessione al blocco comunista, è stato un mezzo ritorno alle origini, al modello di assicurazione sociale Bismarckiano in vigore in quei paesi fino alla metà degli anni quaranta. Ma la variante di mercato del modello Bismarck suggerita dalla Banca Mondiale, tranne il caso della Slovacchia, o non è stata applicata o si è rivelata fallimentare e quindi abolita. In alcuni paesi come Polonia, Ungheria e Slovenia il sistema si basa su un'unica assicurazione sociale nazionale.
- b) **Nei paesi dell'ex-Unione Sovietica** l'impatto è stato particolarmente traumatico perché la perdita del tradizionale ruolo dello stato nell'assistenza sanitaria (magari inefficiente, ma ovunque presente) si è accompagnata ad altri gravissimi shock: crisi economiche a ripetizione, instabilità politica, conflitti etnici. Alcune repubbliche dell'Asia centrale e del Caucaso (es: **Armenia, Azerbaijan, Georgia, Kyrgyzstan, Moldova**) hanno subito crolli del Prodotto Interno Lordo anche del 50%, con conseguente povertà diffusa, disoccupazione, emarginazione sociale di interi settori della società. In questi paesi, Russia compresa, la ricetta della Banca Mondiale ha voluto dire: a) perdita della rete di protezione nei confronti delle malattie, anche dal punto di vista previdenziale, garantita dallo Stato + b) dilagante privatizzazione dei servizi. Peraltro non si sono create – tranne che, parzialmente, in Russia - reti di protezione alternative, come le assicurazioni sociali obbligatorie, per la debolezza delle istituzioni pubbliche, per la diffusa corruzione, per la condizione di instabilità economica, e – soprattutto - per l'assoluta scarsità di risorse disponibili: la spesa sanitaria pubblica pro-capite dei paesi sopracitati è infatti di **17** (Armenia), **9** (Azerbaijan), **16** (Georgia) , **10** (Kyrgyzstan) e **26** (Moldova) dollari pro-capite (anno 2004).

Di seguito approfondiremo i due punti precedenti, trattando specificamente i casi della Repubblica Ceca e dell'Armenia. Dedicheremo infine un spazio alla situazione della Russia e degli effetti della "transizione" sullo stato di salute della sua popolazione.

A - Repubblica Ceca ^{171 172}

Repubblica Ceca e Slovacchia condividono una lunga e travagliata storia di fusioni e separazioni. Dopo il 1918, a seguito del crollo dell'Impero Austro-Ungarico, i due territori si riunirono per formare lo stato della Cecoslovacchia che continuò ad esistere fino al 1938, quando con il Trattato di Monaco si verificò lo smembramento del nuovo stato (con Boemia e Moravia annesse alla Germania). Nel 1948 si ricostituisce la Cecoslovacchia nell'orbita dell'Unione Sovietica. Dopo il crollo del muro di Berlino, nel 1992 i due paesi si separano e il 1° Gennaio 1993 Repubblica Ceca e Slovacchia si costituiscono come nazioni indipendenti.

¹⁷¹ G. Maciocco, L. Ombroni, L. Roti, La sanità nei nuovi Paesi dell'Unione Europea. Repubblica Ceca, Slovacchia. Toscana Medica, Ottobre 2006, 51-52.

¹⁷² M. Levi, Repubblica Ceca, in "Modello Bismarck o Beveridge?", a cura di G. Maciocco, Salute e Territorio, Maggio-Giugno 2007

I due Paesi condividono anche la stessa storia sanitaria: la Cecoslovacchia, sotto l'influenza dalla tradizione dell'Impero Austro-Ungarico, nel 1924 adottò il modello Bismarckiano di assicurazione sociale obbligatoria, che rimase in vigore fino al 1948 quando fu sostituito da un sistema sanitario completamente statalizzato. Nel 1968 – dopo la fallita primavera di Praga – il paese si trasforma in Federazione delle Repubbliche Ceca e Slovacchia, ciascuna delle quali si dota di un proprio Ministero della sanità.

Dagli inizi degli anni 90, di pari passo con i processi di democratizzazione e di separazione tra le due Repubbliche, si registra una profonda trasformazione dei sistemi sanitari, con caratteristiche abbastanza simili nei i due paesi.

Le principali caratteristiche del sistema sanitario della Repubblica Ceca sono:

- a) **assicurazione sanitaria obbligatoria con copertura universale**, finanziata attraverso i contributi degli individui, delle imprese e dello stato;
- b) **pluralità dei produttori** - quasi esclusivamente private le cure ambulatoriali e domiciliari, prevalentemente pubblici gli ospedali – che stabiliscono accordi contrattuali con i fondi assicurativi;
- c) **negoziazione congiunta** tra gli attori chiave (stato, fondi assicurativi, produttori) sui livelli di assistenza, sulle tariffe e sulle modalità di rimborso.

Il sistema assicurativo. L'idea iniziale fu quella di costruire un sistema con una molteplicità di attori in competizione tra loro. In breve tempo si costituirono ben 27 istituti assicurativi, molti dei quali con altrettanta rapidità fallirono lasciando a carico dello Stato un cumulo di debiti. Una legge del 1997 ha abolito di fatto la competizione tra assicurazioni. Attualmente sono 9 gli istituti assicurativi, di cui il principale - **Fondo Generale per l'Assicurazione Sanitaria**, istituto paragonato a quello dello Stato la cui solvibilità è garantita dallo Stato – copre il 68% della popolazione, inclusi tutti coloro che non hanno reddito, la gran parte dei bambini e dei pensionati. I contributi assicurativi sono definiti per legge: il 13,5% del salario (di cui il 9% a carico del datore di lavoro e il 4,5% a carico del lavoratore). I lavoratori autonomi devono versare la stessa percentuale, ma solo sul 35% dei loro profitti. E' stato fissato un contributo minimo di 905 corone (circa 23 €) al mese per persona. Poiché l'80% dei lavoratori autonomi dichiara di non avere profitti, essi pagano solo il contributo minimo. I disoccupati, gli invalidi, i pensionati, bambini e giovani fino a 26 anni, donne in gravidanza, militari e detenuti (complessivamente il 56% della popolazione) sono assicurati a spese dello Stato. Nessun istituto assicurativo può rifiutare l'iscrizione di una persona per evitare la selezione dei pazienti; contemporaneamente il 60% dei contributi viene assemblato in un unico pool e ridistribuito tra i vari istituti assicurativi in relazione ai livelli di rischio degli assistiti; attualmente l'unico aggiustamento viene fatto sulla quota degli over 60, anche se è in vista una riforma per estendere l'aggiustamento anche alla percentuale di portatori di malattie croniche.

Le prestazioni erogate dal sistema sono molto ampie includendo le cure dentarie per i bambini, cure dentarie standard per gli adulti, psicoterapia e cure termali. La spesa sanitaria privata è la più bassa nel mondo, rappresentando solo l'8,6% della spesa sanitaria totale (dati del 2003). Ma una legge del 2004 ha aumentato notevolmente il livello di compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti, per evitare una sovrautilizzazione dei servizi.

L'organizzazione sanitaria. Il sistema delle **cure primarie** è affidato a quattro tipologie di medici di base: a) i medici generalisti per adulti (1 x 1650 persone); b) pediatri (1 x 1050 soggetti di età 0-19 anni); c) ginecologi (1 x 4400 donne); d) odontoiatri (1 x 1700 persone). Si tratta di liberi professionisti remunerati dalle mutue con un sistema misto, quota capitaria e a prestazione (es: sono pagate a prestazione le attività preventive e le

visite domiciliari). I medici di base operano per lo più singolarmente, ma vi sono esperienze di attività di gruppo presso centri sanitari pubblici.

L'assistenza ospedaliera è erogata da 201 presidi (11 universitari, 168 ospedali per acuti, 22 strutture di cure intermedie) per un totale di 66.668 posti letto. Gli ospedali privati rappresentano il 32% dei presidi, ma solo il 10% dei posti letto. Nel 1990 c'erano 8,2 posti letto per acuti per 1000 abitanti, che sono passati nel 2002 a 6,3 per 1000. La durata media della degenza è passata da 14,2 giorni a 8,5 giorni. Un complesso sistema di remunerazione, basato ancora in parte sulla spesa storica e sulle giornate di degenza non facilita la riduzione della rete ospedaliera, considerata pletorica.

Un breve riferimento anche al **sistema sanitario slovacco**. Anche qui si partì con molte assicurazioni, che poi si sono ridotte a 5, di cui una paragonata che copre il 65% della popolazione. Cure primarie e assistenza ospedaliera hanno strutture, organizzazione e figure professionali molto simili a quelle della Repubblica Ceca (anche se la densità dei professionisti è decisamente minore, e il deficit accumulato dalle mutue molto maggiore). Negli ultimi anni, tuttavia, le prospettive delle politiche sanitarie dei due paesi stanno nettamente divergendo. Nel 2004 infatti il parlamento slovacco – anche a seguito delle forti pressioni della Banca Mondiale – ha approvato una legge di riforma che trasforma le assicurazioni sociali in imprese for-profit; secondo la stessa legge accanto all'assicurazione obbligatoria, che coprirà solo un pacchetto di prestazioni di base (definito "pacchetto di solidarietà) e gli interventi di emergenza, dovrà svilupparsi il mercato delle assicurazioni volontarie complementari per la copertura individuale dei rischi non coperti dal "pacchetto di solidarietà".

Impiantare un sistema di assicurazioni sociali obbligatorie è un'operazione particolarmente complessa che richiede competenze, organizzazione, adeguati strumenti di analisi e contabilità. I paesi dell'Europa centrale e orientale hanno dovuto compiere questa operazione a tappe forzate. Ciò ha comportato varie conseguenze e problemi, i più rilevanti dei quali sono **l'evasione contributiva e l'accumularsi dei debiti delle casse mutue** nei confronti dei fornitori, soprattutto gli ospedali. Alla fine è il governo, centrale o locale, che deve intervenire per ripianare i debiti, ma questa situazione di precarietà finanziaria influenza negativamente non solo la qualità, ma anche l'accessibilità alle strutture sanitarie; es: il personale sanitario è mal pagato e pretende sistematicamente pagamenti sottobanco.

B - Armenia¹⁷³

La Repubblica dell'Armenia è un paese di poco più di 3 milioni di abitanti, situato nel Caucaso meridionale, confinante con Georgia, Azerbaijan, Turchia e Iran. Ottenuta l'indipendenza nel 1991 a seguito dell'implosione dell'Unione Sovietica, ha subito, oltre allo **shock economico e sociale** del crollo del regime comunista, anche le **tensioni militari** dovute alla contesa territoriale con la repubblica confinante dell' Azerbaijan sull'area del Nogorni Karabach (1992). Oltre 400 mila persone si sono spostate in quel periodo dall' Azerbaijan all'Armenia, ma un numero molto maggiore di Armeni negli anni Novanta ha lasciato il paese, andando a ingrossare la diaspora di Armeni nel mondo.

Prima dell'indipendenza la sanità del paese era regolata dal modello Semashko: cure gratuite in un contesto pletorico di strutture sanitarie (183 ospedali, 5 ogni 100.000 abitanti) e di medici (3,9 medici per 1.000 abitanti). La nuova Costituzione del 1995 afferma che la salute è un diritto di tutti gli individui protetto dallo stato, e la Legge di riforma sanitaria approvata nel 1996 sancisce che "tutti hanno il diritto di ricevere

¹⁷³ European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition: Armenia, WHO, 2006.

l'assistenza medica gratuitamente". Diritti sulla carta e di carta. Uno studio condotto dall'OMS Europa sulle diseguaglianze socio-economiche nell'accesso ai servizi sanitari nei paesi dell'Europa centrale e orientale e nelle repubbliche dell'ex-Unione Sovietica ha messo in evidenza che **l'Armenia è in assoluto il paese con le maggiori barriere economiche all'accesso ai servizi sanitari**. Un'indagine di popolazione ha rilevato che il 78% delle persone se ammalate non si rivolgono ai servizi sanitari a causa dell'impossibilità di pagare (per lo più pagamenti informali, sottobanco), una percentuale che arriva al 92,5% nel gruppo di popolazione più povero, e che si mantiene elevata, 36,6%, nel gruppo più ricco¹⁷⁴.

L'Armenia si è rapidamente allineata alle direttive della Banca Mondiale, facendo della **devoluzione** e della **privatizzazione** gli elementi di fondo della politica sanitaria.

La gestione delle strutture e dei servizi sanitari viene trasferita alle amministrazioni periferiche: gli ospedali alle province, i servizi di cure primarie alle municipalità. Alle strutture pubbliche viene concessa ampia autonomia gestionale, anche di introdurre servizi a pagamento e di ottenere profitti.

La privatizzazione ha due diversi profili: a) la vendita ai privati delle strutture sanitarie pubbliche (l'acquisto ha spesso scopi speculativi in quanto il vincolo di destinazione ad uso sanitario degli immobili ha il periodo breve di 5 anni); b) l'introduzione massiva della richiesta di pagamenti – formali e/o sottobanco - sia nelle strutture private che pubbliche.

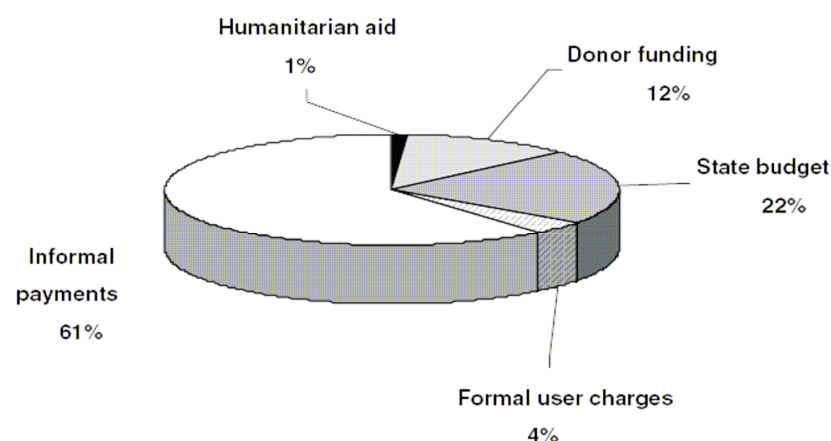
Il mix di devoluzione e privatizzazione ha avuto l'effetto di favorire la fuga degli operatori sanitari dalle aree rurali alle città, dove maggiori sono le opportunità di guadagno.

Il governo ha cercato di porre un qualche rimedio a questa situazione emanando nel 1997 una legge che stabilisce che un pacchetto di servizi essenziali debba essere erogato gratuitamente alla popolazione in generale, o ad alcuni specifici gruppi di popolazione. Una legge disattesa, anche perché neanche portata a conoscenza degli interessati.

La "torta" della **Figura 4** mostra chiaramente come viene finanziato il sistema sanitario (tenendo presente che la spesa sanitaria totale pro-capite è di 63US\$ e quella pubblica di 17US\$). **Il budget dello stato rappresenta solo il 22% del finanziamento complessivo del sistema**; spicca il 61% rappresentato dai pagamenti informali (2003).

Figura 4. Armenia. Finanziamento del sistema sanitario.

Fonte: Rif. Bibl. 173



Source: Aristakesyan, Margaryants & Makarova 2005.

¹⁷⁴ S. Walters, M. Suhrcke, Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of the recent literature, WHO European Office for Investment for Health and Development, Working Paper 2005/1.

I dati dell'OMS del 2004 riportano il dato del 26,2 come % della spesa sanitaria pubblica sulla spesa sanitaria totale: in tema di privatizzazione della sanità pochi altri paesi al mondo fanno "meglio" dell'Armenia: l'India in primo luogo (17,3%) e poi Afghanistan, Burundi, Costa d'Avorio, Birmania, Pakistan e Tajikistan.

Paradossalmente, in una situazione di tale scarsità di risorse, il sistema continua ad essere pletorico: il numero degli ospedali è diminuito, ma non di troppo: ne rimangono ben 140 per 3 milioni di abitanti, che risultano essere semi-vuoti (40-20% di tasso di occupazione dei posti letto), anche a causa delle già note barriere economiche all'accesso.

Quali siano le **conseguenze sulla salute** di questa situazione è difficile verificarlo perché le statistiche ufficiali sono inaffidabili e contraddette dalle stime di OMS e Unicef. Nel 2004 secondo le fonti ufficiali la speranza di vita alla nascita dei maschi era 70 anni, secondo le stime dell'OMS 65 anni; nel 2003 secondo le fonti ufficiali il tasso di mortalità infantile era di 11,8 per 1000 nati vivi, secondo le stime dell'Unicef quasi tre volte maggiore, 30 per 1000 nati vivi.

Devoluzione e privatizzazione sono una costante delle riforme attuate nelle repubbliche ex-sovietiche, e gli **effetti sull'accessibilità ai servizi** simili (anche se meno gravi) a quelli visti in Armenia, come dimostrano gli **studi condotti dall'Unicef** in Moldova e Kazakhstan¹⁷⁵.

Moldova. Lo studio è stato condotto nel 2000 su un campione di 10.370 famiglie. L'accessibilità geografica è risultata soddisfacente: il 97,1% della popolazione vive a meno di 5 km da una struttura sanitaria e il 93,5% impiega meno di un ora per raggiungerla. Ben diversa la situazione dal punto di vista delle barriere economiche, perché – a causa di questo motivo - più della metà della popolazione (55,4%) denuncia gravi difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari, con il 15,3% della popolazione che non riesce proprio ad accedervi. La percentuale di coloro che non riescono ad accedere ai servizi sanitari a causa del loro costo è più alta nelle zone rurali (18,1%) rispetto alle aree urbane (11,9%). La *survey* ha inoltre messo in evidenza che il 33,5% della popolazione è finanziariamente vulnerabile in caso di malattia: le famiglie più esposte sono quelle con quattro (56,6%) e con tre figli (42%), le famiglie con basso livello economico ((47,9%), le persone con basso livello d'istruzione (42,9%), la popolazione delle aree rurali (41,3%) rispetto a quella delle città (24,1%).

Le spese a carico delle famiglie in caso di malattia sono molto elevate, tenendo conto che il salario medio di una famiglia è di 40-45US\$ (500-570 Lei) al mese: 67US\$ (846 Lei) per un ricovero ospedaliero, 16US\$ (212 Lei) per una trattamento specialistico, 13US\$ (170 Lei) per un intervento di base. Oltre il 50% dei costi è dovuto alla spesa farmaceutica.

Kazakhstan. Abbastanza simile la situazione in Kazakhstan, dove lo studio condotto dall'Unicef ha interessato 1.925 famiglie in 5 regioni del paese. Anche qui il fattore economico rappresenta una barriera all'accesso ai servizi per una parte rilevante della popolazione: circa due terzi della popolazione hanno difficoltà nell'ottenere le prestazioni a causa della richiesta di pagamento (nel sud del paese si arriva all'84% delle famiglie). Per il 21% delle famiglie i costi delle cure ne precludono totalmente l'accesso. Anche in Kazakhstan il differenziale campagna/città si fa sentire: nelle aree rurali per il 77% della popolazione il dover pagare le prestazioni sanitarie rappresenta un deterrente all'accesso, mentre nelle città questa percentuale si abbassa al 59%.

¹⁷⁵ O. Bivol, Moldova e Kazakhstan, in "Oisg, A caro prezzo, Le diseguaglianze nella salute. 2° Rapporto sulla Salute Globale, 2006, ETS, Pisa".

Per circa l'80% degli intervistati a livello di cure primarie il costo medio di un episodio di cura (trasporto, visita medica, esami diagnostici, terapia) è di circa 10 dollari (1.567 KZT). Ciò vale sia nelle campagne che in città (ma il costo del trasporto è più alto per i residenti nelle aree rurali), sia tra i gruppi più poveri che tra quelli più ricchi. Ciò prova la natura regressiva dei pagamenti out-of-pocket.

Le barriere economiche agiscono maggiormente quando si tratta di assistenza specialistica e ospedaliera. Il 97% di coloro che si rivolgono all'ospedale sono tenuti a pagare: il costo medio di un ricovero è di 59 dollari (8.827 KZT). Ciò equivale al 120-140% del reddito mensile di una famiglia povera, e al 60-65% del reddito mensile di una famiglia benestante. I ricoverati in ospedale pagano per ogni singola prestazione: farmaci, visite, esami, pasti, etc. Molte persone hanno difficoltà a ottenere l'erogazione dei farmaci, per i quali viene richiesto il prezzo pieno; circa il 20% dei ricoverati non li può acquistare per mancanza di soldi.

Il pagamento diretto delle prestazioni interessa dal 75 al 90% della popolazione e ciò rappresenta un serio ostacolo all'accesso alle cure.

La “divergenza” nella longevità. Il caso Russia.

Negli ultimi due secoli, tranne che in tempi di guerre e gravi carestie (come in Cina negli anni 1959-61), era capitata solo una volta la regressione nel declino della mortalità: durante la fase iniziale della rivoluzione industriale in Europa e USA negli anni '30-'50 del secolo XIX. Negli anni '60-'70 del secolo XX, a seguito di un lungo, ininterrotto periodo di crescita della speranza di vita in tutti i paesi del mondo, i demografi prospettavano un ottimistico scenario di “*convergenza globale*” nella longevità. Ma come abbiamo visto nel precedente punto 3.8.6. questa favorevole tendenza si è infranta prima nell'Africa sub-Sahariana e poi in Russia e in altre repubbliche ex-sovietiche (come Ucraina, Bielorussia, Kazakistan, Azerbaijan, Tajikistan e Kirgizstan) – e a un esame attento anche in altri paesi, come Haiti e Corea del Nord. E di fronte a queste nuove tendenze oggi si parla di “*divergenza globale*”, tra paesi che mostrano una robusta crescita nella speranza di vita alla nascita e altri che viceversa, dopo una brusca inversione di rotta, non danno segnali di recupero¹⁷⁶.

In Russia, cancellato il modello Semashko, inizia dal 1993 – anno dell'approvazione della nuova Costituzione - una lunga e lenta fase di costruzione di un nuovo sistema. Nuovo sistema che si basa su **due diversi livelli di finanziamento**: a) **l'assicurazione sociale obbligatoria** gestita su base regionale da compagnie assicurative private (i disoccupati dovrebbero ricevere la copertura dai comuni); b) il **finanziamento statale** per la gestione di alcuni programmi governativi: salute materno-infantile, tumori, psichiatria, tubercolosi, geriatria. Un'operazione molto lenta e difficoltosa perché **solo nel 2000** si è giunti a un ampio livello di copertura assicurativa. Non si hanno al riguardo dati completi su scala nazionale, dato il decentramento del sistema in 89 diverse unità amministrative, ma uno studio longitudinale ad hoc rileva che **la copertura interessa l'88% della popolazione russa**, ma gli stessi autori ammettono che questo dato potrebbe essere in eccesso¹⁷⁷. La ricerca mette in evidenza una copertura molto disomogenea: alta nelle grandi città, molto minore alla periferia, più alta tra le fasce più ricche della popolazione e tra le persone impiegate; molto minore tra i lavoratori autonomi e i disoccupati, per non parlare dei 4 milioni di *homeless*, senza assicurazione oltre che senza casa. Un sistema “nuovo” che però mantiene molti difetti del “vecchio”, anche accentuati: i **pagamenti sottobanco** agli operatori sanitari sono la regola: vari studi rilevano che questi rappresentano da 1/5 a 1/3

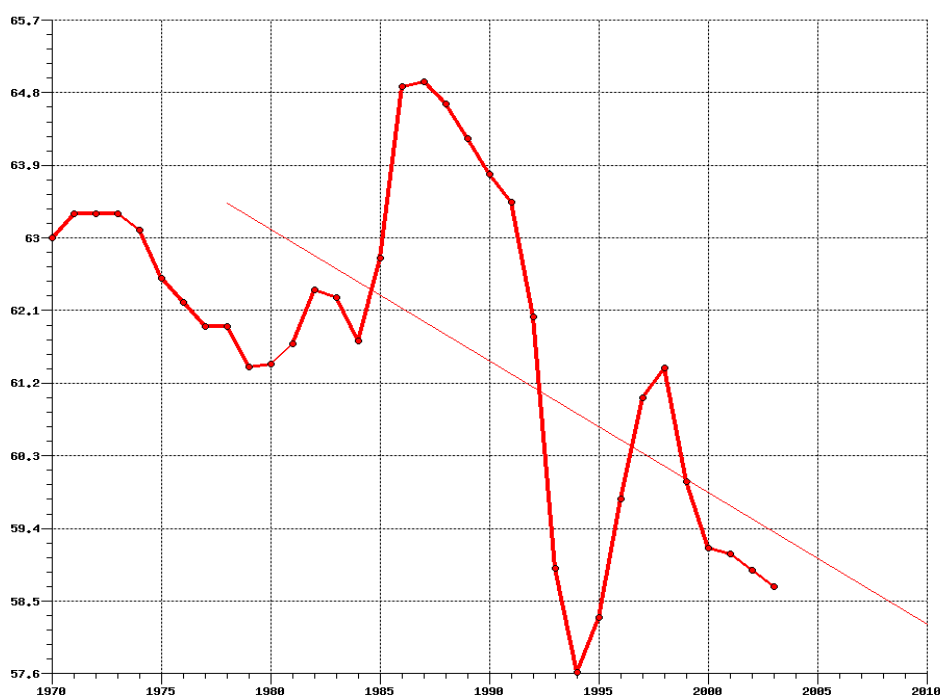
¹⁷⁶ A. J. McMichael et al., Mortality trends and setbacks: global convergence or divergence?, Lancet 2004; 363:1155-59.

¹⁷⁷ D. Balabanova, J. Falkingham, M. McKee, Winners and Losers: Expansion of Insurance Coverage in Russia in the 1990s, American Journal of Public Health 2003; Vol. 93, No. 12, 2124-30.

dell'intero budget sanitario¹⁷⁸ (dato confermato dal fatto che la spesa sanitaria privata – *3/4 out-of-pocket* – rappresenta circa il 40% della spesa sanitaria totale); il sistema è tuttora pletorico, poco efficiente e scarsamente permeabile alle acquisizioni/innovazioni scientifiche e alle linee-guida internazionali¹⁷⁹. Emblematica è la situazione dei **servizi per la tutela della maternità**, dove a fronte di un'elevata quantità di strutture e di operatori e di una alta medicalizzazione della gravidanza, i livelli di mortalità materna sono particolarmente elevati: 34 decessi per 100.000 nati vivi (rispetto ai 10 o meno decessi in Europa occidentale)^{180 181}.

La scarsa accessibilità ai servizi sanitari (particolarmente nella prima metà degli anni Novanta) e la mediocre qualità di questi servizi hanno solo in piccola parte contribuito al **repentino crollo della speranza di vita della popolazione russa** a partire dalla seconda metà degli anni 80, gli anni del collasso dell'Unione Sovietica (**Figura 5**). Nell'arco di pochi anni, la speranza di vita passa da 65 a 57 anni; dopo un periodo di miglioramento iniziato nel 1995, dal 1999 – in concomitanza con la grave crisi economica del 1998 – si registra una nuova rapida discesa della speranza di vita.

Figura 5. Russia. Speranza di vita alla nascita, maschi. Anni 1970-2003. Fonte: WHO/Europe, European HFA Database



L'entità del fenomeno è impressionante: nel periodo 1991-1994 l'aumento della mortalità fu equivalente a un eccesso di più di 2 milioni di morti, nel successivo periodo 2000-2003

¹⁷⁸ K. Danishevski, D. Balabanova, M. McKee, S. Atkinson, The fragmentary federation: experiences with the decentralized health system in Russia, *Health Policy and Planning* 2006b; 21 (3): 183-94.

¹⁷⁹ T. H. Tulchinski, E.A. Varavikova, Addressing the epidemiologic transition in the former Soviet Union: strategies for health system and public health reform in Russia, *American Journal of Public Health* 1996; Vol. 86, No. 3, 313-20.

¹⁸⁰ J. O. Parkhurst, K. Danishevski, D. Balabanova, International maternal health indicators and middle-income countries: Russia, *BMJ* 2005; 331: 510-13.

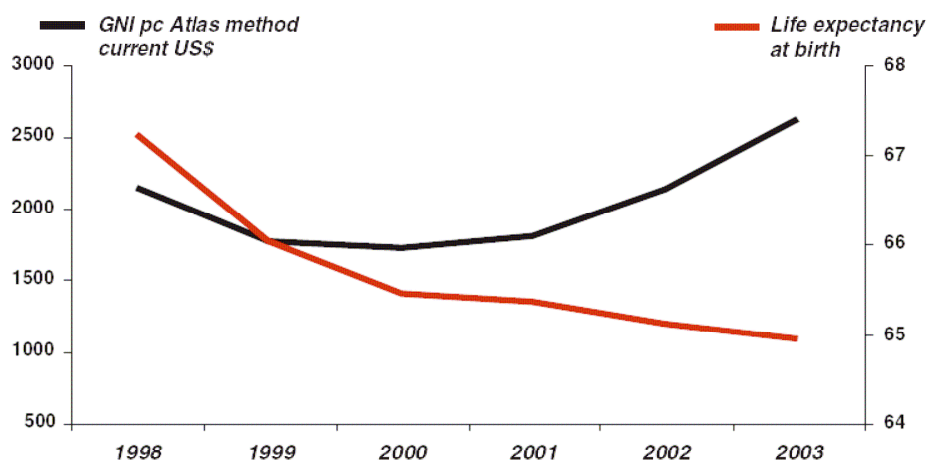
¹⁸¹ K. Danishevski, D. Balabanova, M. McKee, J. O. Parkhurst, Delivering babies in time of transition in Tula, Russia, *Health Policy and Planning* 2006a; 21 (3): 195-205.

fu di un eccesso 3 milioni di morti¹⁸². Un eccesso di mortalità che si concentra negli uomini in età lavorativa e riguarda le malattie cardiovascolari e le cause violente (suicidi, omicidi, avvelenamenti da alcol, incidenti stradali). La fascia di età maggiormente colpita è quella di 50-54 anni. Il confronto con la situazione dei cinquantenni dell'Europa occidentale è impressionante: questi **nell'età 50-54 anni** hanno un'aspettativa di **4,6 anni** di vita, con 0,4 anni persi a causa della mortalità; dei 4,6 anni, 4,3 anni sono spesi in buona salute. Gli uomini russi si attendono nello stesso periodo solo **3,6 anni** di vita a causa della maggiore mortalità; inoltre dei 3,6 anni spenderanno 0,5 anni in cattiva salute, 0,2 anni in più rispetto agli uomini dell'Europa occidentale. Le donne russe sono meno colpite dalla morte prematura e quindi molte più degli uomini sopravvivono fino alla vecchiaia, ma poche lo fanno in buona salute¹⁸³.

Con 994 morti per 100.000 abitanti la Russia detiene il primato mondiale del più alto tasso di mortalità per malattie cardiovascolari, il 56% di tutti i decessi nel paese; con 20,6 decessi da incidenti stradali per 100.000 abitanti la Russia ha un tasso di mortalità per questa causa doppio rispetto alla media europea¹⁸⁴. La crisi acuta che si è abbattuta sulle condizioni di salute della popolazione russa ha molteplici cause: a) lo stress (crollo psicologico e perdita di identità) determinato dalla transizione economica, cui è seguito un rapido peggioramento negli stili di vita della popolazione (con l'alcolismo il principale killer); b) l'aumento della disoccupazione, c) il collasso delle reti di protezione sociale¹⁸⁵.

La **Figura 6** descrive due curve: quella della speranza di vita alla nascita della popolazione russa dal 1998 al 2003, in netta discesa, e quella del Prodotto Nazionale Lordo, nello stesso periodo, in netta ascesa¹⁸⁶. Un dato a conferma della riflessione di S. Okuonzi: "Sviluppo economico da morire" (vedi punto 3.8.6).

Figura 6. Russia. Prodotto Nazionale Lordo e Speranza di Vita alla Nascita. Anni 1998-2003.



Source: World Bank World Development Indicators 2005/WHO/ERO HFA Database 2005.

¹⁸² T. Men, P. Brennan, P. Boffetta, D. Zaridze, Russian mortality trends for 1991-2001: analysis by cause and region, *BMJ* 2003; 327: 964-66.

¹⁸³ E. M. Andreev, M. McKee, V.M. Shkolnikov, Health expectancy in the Russian Federation: a new perspective on the health divide in Europe, *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81:778-788.

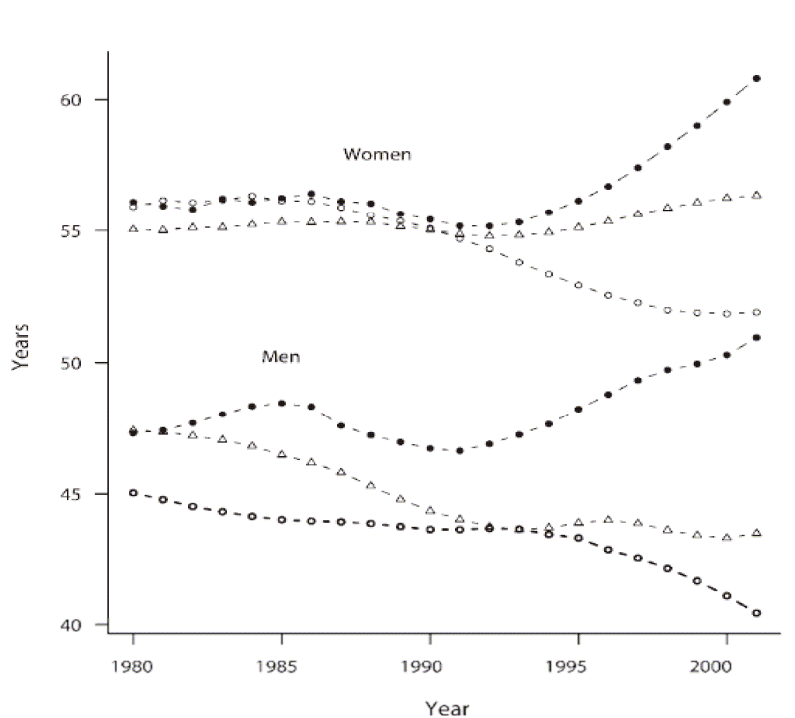
¹⁸⁴ R. A. Atun. The health crisis in Russia, *BMJ* 2005;331:1418-9

¹⁸⁵ S. L. Plavinski, S. I. Plavinskaya, A. N. Klimov, Social factors and increase in mortality in Russia in the 1990s: prospective cohort study, *BMJ* 2003;326:1240-2

¹⁸⁶ P. Marquez, M. Suhrcke, M. McKee, L. Rocco, Adult health in the Russian Federation: more than just a health problem, *Health Affairs* 2007; Vol. 26, No. 4, 1040-51.

Ma l'eccesso di mortalità ha colpito in maniera diseguale la popolazione russa: prevalentemente uomini e donne con basso livello di istruzione, mentre la mortalità delle persone con educazione universitaria nello stesso periodo è migliorata, accentuando così le disegualianze nella salute tra differenti gruppi socio-economici (**Figura 7**)¹⁸⁷.

Figura 7. Russia. Tendenze nella speranza di vita a 20 anni, per livello educativo tra uomini e donne. Fonte: Rif. Bibl. 187



Note. The figure shows values for educational levels: elementary (open circles), intermediate (triangles), and university (filled circles).

L'alta morbilità e mortalità della popolazione russa – concentrata nelle fasce in età lavorativa - ha pesanti conseguenze demografiche ed economiche. Dal 1990 al 2003 la popolazione è calata di 6 milioni (con una riduzione annua del -0,3%). Le Nazioni Unite stimano che dal 2000 al 2025 la riduzione della popolazione russa, anche a causa dei bassi livelli di fertilità, sarà dell'ordine di 18 milioni di persone¹⁸⁸. Sul piano economico i costi derivati dall'eccesso di morbilità, in termini di assistenza medica, assenteismo dal lavoro e indennità di malattia, equivalgono all'1,37% del PIL pro-capite¹⁸⁹, e secondo le stime dell'OMS raggiungeranno oltre il 5% del PIL nel 2015¹⁹⁰.

¹⁸⁷ M. Murphy, M. Bobak, A. Nicholson, R. Rose, M. Marmot, The widening gap in mortality by educational level in the Russian Federation, 1980-2001, *American Journal of Public Health* 2006; Vol.96, No.7, 1293-99.

¹⁸⁸ The World Bank, *Dying too young*, 2005.

¹⁸⁹ P. Marquez, M. Suhrcke, M. McKee, L. Rocco, *ibidem*.

¹⁹⁰ OMS, *Prevenire le malattie croniche, un investimento vitale*, Ministero della Salute, 2006.

4.5. USA^{191 192 193}

Mercato e sanità: la *managed care*. Dagli anni ottanta alla presidenza degli Stati Uniti si sono succeduti tre repubblicani (R. Reagan, 1980-88, G. Bush, 1988-1992, G.W. Bush, 2000-ad oggi), con l' interruzione del democratico B. Clinton (1992-2000) il quale tentò di far passare una riforma basata sull'assicurazione sanitaria universale; un tentativo miseramente fallito sul nascere, dato che la proposta non arrivò nemmeno alla discussione parlamentare.

Dagli anni ottanta ad oggi la sanità americana ha subito una forte deriva mercantile, e non poteva essere altrimenti visto il predominio repubblicano alla guida del paese e il contesto internazionale così favorevole all'irruzione del mercato in sanità.

La **terza grande riforma incrementale** avviene infatti all'insegna del mercato, per l'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 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 dollari¹⁹⁴. 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

¹⁹¹ G. Maciocco, F. Tediosi, Il sistema sanitario americano, Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 19, 1 novembre 2003.

¹⁹² G. Maciocco, F. Tediosi, USA, in “Oisg, A caro prezzo, Le disuguaglianze nella salute. 2° Rapporto sulla Salute Globale, 2006, ETS, Pisa”.

¹⁹³ G. Maciocco, S. Barsanti, USA, in “Modello Bismarck o Beveridge?”, a cura di G. Maciocco, Salute e Territorio, Maggio-Giugno 2007

¹⁹⁴ T. Bodenheimer, K. Sullivan, How large employers are shaping the health care marketplace, The New England Journal of Medicine, 1998, 338: p. 1004

costo e con la migliore qualità¹⁹⁵. 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 (tutt'ora le assicurazioni sanitarie americane registrano indici di borsa nettamente migliori rispetto alla media del mercato azionario¹⁹⁶). 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 fin'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 sono frequentemente ridotti a svolgere il ruolo di *cani da guardia* dei consumi dei loro assistiti per garantire i profitti delle organizzazioni da cui dipendono.

Vale la pena riportare quasi per intero un memorabile editoriale scritto nel 1995 dal direttore del *New England Journal of Medicine*, **Jerome P. Kassirer** che, a causa delle sue posizioni, qualche mese dopo sarà rimosso dall'incarico:

"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. Nel tradizionale sistema di pagamento a notula i medici non erano a rischio. Non costava loro niente richiedere consulenze, ordinare esami o tenere un paziente in ospedale. Ma oggi in molte organizzazioni sanitarie i pagamenti ai medici sono trattenuti finché non è definito il costo dei loro pazienti; in altre i salari dei medici possono essere tagliati se il costo dell'assistenza da loro erogata è troppo elevata. Questi medici sono a rischio finanziariamente, ma se giocano bene le loro carte larga parte del loro reddito può essere preservata. Nei mesi recenti tuttavia la posta in gioco è diventata più alta. Quando in una comunità gran parte degli utenti è assistita con la quota capitaria, molti medici sono costretti ad aderire a determinate organizzazioni sanitarie o a rimanere senza pazienti. Inoltre i medici sono spesso costretti a firmare contratti contenenti clausole capestro, per cui il loro rapporto professionale può essere interrotto senza motivazione alcuna. In queste condizioni i medici possono trovarsi improvvisamente disoccupati."

"La trasformazione del nostro sistema sanitario manifesta diversi effetti perversi. Esso sta producendo concentrazioni finanziarie, con bilanci di miliardi di dollari, che pagano i loro dirigenti come i campioni di pallacanestro. Queste concentrazioni stanno cercando di controllare i medici in diverse maniere e, poiché esse hanno soldi e potere monopolistico, spesso ci riescono. Per qualcuno fornire assistenza medica è semplicemente un costo, altri - come Wall Street - usano termini come "tasso di perdita medica" ("the medical loss ratio") per definire le spese per curare una persona ammalata. C'è una tale sensibilità per i prezzi che le compagnie possono cambiare prontamente i programmi, provocando l'interruzione della continuità assistenziale. Conseguenza di tutto ciò è il crescente numero

¹⁹⁵ 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.

¹⁹⁶ J. C. Robinson, The commercial health insurance industry in an era of eroding employer coverage, *Health Affairs* 2006, Vo. 25, No. 6, 1475-86.

di persone prive di copertura assistenziale. L'attuale trasformazione del sistema sanitario ha un altro effetto perverso: quello di spremere gli ospedali così duramente al punto che questi non saranno più in grado di sostenere adeguatamente la didattica e la ricerca, di finanziare gli investimenti in conto capitale, di fornire servizi comunitari, come l'assistenza alle persone prive di copertura assicurativa".

"L'impeto del cambiamento è provocato dalla potenza delle forze economiche coinvolte, tese al perseguimento del profitto, all'accumulazione di enormi capitali, alla competizione sulla base del prezzo per assicurarsi fette sempre più ampie di mercato. D'altro canto i datori di lavoro usano il loro importante potere di acquisto per costringere le compagnie a tenere bassi i loro costi. Infine, mentre nel passato i medici avevano un ruolo centrale nell'assunzione delle decisioni mediche, adesso tale ruolo è passato sotto la tutela delle compagnie di managed care".

"Naturalmente i sostenitori dei valori del mercato hanno opinioni differenti. Essi sostengono giustamente che il mercato funziona bene nella distribuzione di molti beni e servizi. Sostengono inoltre che il mercato produce una maggiore efficienza anche nel settore sanitario, dato che l'assistenza sanitaria va considerata come un bene di consumo. Molti dissentono decisamente dall'idea che l'assistenza sanitaria sia appunto un bene di consumo, sostenendo che da sempre i medici hanno una responsabilità professionale e morale nei confronti dei pazienti, che i pazienti sono vulnerabili e dipendenti quando sono malati e hanno bisogno di sapere che i loro medici sono non solo accanto a loro, ma anche al loro posto. Da parte dei pazienti c'è la convinzione che l'impegno del medico nei loro confronti vada oltre ogni considerazione finanziaria."¹⁹⁷

Qualche anno dopo la maggioranza dei medici americani - per decenni ostili a ogni forma di "medicina socializzata" (così veniva definita la copertura assicurativa universale) - si allineerà sulle posizioni di Kassirer e si può considerare un evento storico, anche se tardivo, la dichiarazione sottoscritta il 18 giugno 1999 dall'**AMA** e da sei società scientifiche americane **a favore della copertura sanitaria universale in America**¹⁹⁸. Nel documento tra l'altro si legge:

- 1) Tutti gli Americani devono avere la copertura sanitaria.
- 2) La copertura sanitaria deve contenere un pacchetto di servizi in grado di assicurare un'assistenza di qualità.
- 3) La determinazione delle prestazioni mediche contenute nel pacchetto di servizi deve basarsi su standard di pratica medica generalmente accettati, supportati da risultati basati sull'evidenza e da dati basati sull'evidenza circa l'appropriatezza clinica, ove disponibili. Si riconosce che questi standard sono in continua evoluzione.

Inoltre vi sono quattro valori fondamentali che devono essere incorporati in ogni futura politica finalizzata ad accrescere la copertura sanitaria e l'accesso ai servizi. Questi sono:

- 1) Noi mettiamo al centro l'interesse e il benessere dei nostri pazienti.
- 2) Noi sosteniamo la copertura universale come strumento per migliorare la salute individuale e collettiva della società.
- 3) Noi dobbiamo avere una struttura in grado di garantire la più alta qualità del servizio, la formazione, la ricerca e l'amministrazione dell'assistenza.
- 4) Noi crediamo che i pazienti, individualmente e in collaborazione con i propri medici, debbano avere la responsabilità del proprio benessere e della propria salute.

E' il segno che il livello di iniquità del sistema ha raggiunto una soglia non più tollerabile: perché il problema della mancata copertura assistenziale tocca non soltanto gli strati più poveri e derelitti della popolazione, ma interessa anche il ceto medio, il cuore della società americana. "La mancanza di copertura universale è una catastrofe - affermava il

¹⁹⁷ J.P. Kassirer, Managed Care and the Morality of the Marketplace, The New England Journal of Medicine, 1995: 333; 50-52.

¹⁹⁸ G. Maciocco, La sanità americana, Prospettive sociali e sanitarie, n. 17-18/99

presidente della Società Americana di Medicina Interna, W.W. Addington -. In termini di sanità pubblica, il non essere assicurato aumenta di rischio di malattia, di maggiore uso dei servizi di emergenza, e di morte. Il fenomeno interessa trasversalmente tutti gli strati socio-economici. I poveri e non assicurati sono più vulnerabili dei ricchi, ma anche questi sono a rischio"¹⁹⁹.

La spesa sanitaria americana. La *managed care* sembrava dare i frutti sperati: raffreddare la crescita della spesa sanitaria e – soprattutto – ridurre l'onere assicurativo a carico delle imprese. E infatti dalla fine degli anni 80 alla metà degli anni novanta si verifica un calo verticale degli incrementi annuali dei prezzi dei premi assicurativi: dal + 18% del 1989, al + 0,8% del 1996. Ma è un sollievo temporaneo: dal 1997 i prezzi riprendono a crescere e all'inizio del 2000 tornano a fare paura i valori a 2 cifre degli incrementi dei **prezzi: + 13,9% nel 2003**²⁰⁰.

Il rialzo dei prezzi dei premi assicurativi rispecchia (a un gradino superiore) l'inflazione sanitaria degli USA che è intorno al 7-8% l'anno, e che si riflette a sua volta negli elevatissimi livelli di spesa sanitaria pro-capite.

Gli ultimi dati disponibili (2004) ci dicono che la spesa sanitaria totale pro-capite USA - **6.410 US\$** (di cui 2.884 US\$ di spesa sanitaria pubblica) pari al **15,3%** del PIL - è di gran lunga superiore a quella di ogni altro paese (gli immediati "inseguitori" sono molto distanziati: Norvegia, 5.912 US\$ - di cui 4.941 US\$ di spesa sanitaria pubblica - pari al 9,1% del PIL; Svizzera 5.694 US\$ - di cui 3.398 US\$ di spesa sanitaria pubblica - pari al 11,6% del PIL). Una spesa destinata a crescere nei prossimi anni – secondo le stime del governo americano – ad un ritmo del 6-7% all'anno, per raggiungere nell'anno **2014** il livello di **11.045 US\$** pro-capite, e il **18,7%** come percentuale del PIL²⁰¹, da notare che l'incremento di spesa riguarderà anche e soprattutto la spesa sanitaria pubblica che nel 2014 raggiungerà lo stesso livello della spesa sanitaria privata.

Le ragioni dello sproporzionato costo della sanità americana sono riconducibili a due principali ordini di problemi: a) gli alti prezzi dei prodotti e dei servizi sanitari; b) l'estrema frammentazione del sistema sanitario.

I prezzi dei prodotti e dei servizi sanitari. Secondo l'indice comparativo dei prezzi nel settore sanitario prodotto dall'OCSE gli USA si collocano ad un livello di oltre il 30% superiore rispetto alla media (dato del 1999)²⁰²; inoltre, parecchi studi, condotti con approcci e metodologie diverse, hanno rilevato come nel sistema americano i prezzi siano notevolmente superiori a quelli degli altri paesi²⁰³. Anche gli stipendi dei medici sono molto più alti negli USA rispetto agli altri paesi dell'OCSE. Nel 1996 lo stipendio lordo medio di un medico americano era di US\$ 199.000, mentre la mediana OCSE era di US\$70.324; inoltre, il rapporto fra lo stipendio medio dei medici e quello della totalità dei lavoratori dipendenti americani era superiore a quello degli altri paesi (circa 5,5 volte, rispetto al 4,4 della Germania, al 3,2 del Canada, all'1,9 della Francia e all'1,4 del Regno Unito).

La frammentazione del sistema sanitario. Il sistema sanitario americano è estremamente complesso a causa della grande frammentazione dei livelli di finanziamento, di governo, di committenza e acquisto, di produzione ed erogazione dei servizi²⁰⁴. La maggioranza dei cittadini è assistita da assicurazioni private, vedi HMOs e altre tipologie simili di organizzazione che svolgono la doppia funzione di assicurare ed

¹⁹⁹ Reuter Medical News (by M. Kerr), Lack of Universal Health Insurance Called Catastrophe by ACP-ASIM President, August 5, 1999.

²⁰⁰ Employer Health Benefits 2006 Annual Survey.

²⁰¹ S. Heffler et AA. , U.S. Health Spending Projections for 2004-2014, Health Affairs 2005, Web Exclusive W5 – 74.

²⁰² OECD, OECD, Purchasing Power Parities and Real Expenditure, 2002.

²⁰³ G. F. Anderson et AA, It's The Prices, Stupid: Why The United States Is So Different From Other Countries, Health Affairs 2003; Vol. 22, N. 3, 89-105.

²⁰⁴ G. Maciocco, F. Tediosi, Il sistema sanitario americano, Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 19, 1 novembre 2003.

erogare prestazioni sanitarie agli assistiti e denominate complessivamente *Managed Care Organizations* (MCOs). Negli USA vi sono numerose MCOs (in media 5-10 per ogni stato) ma alcune di esse sono veri colossi industriali, presenti in quasi tutti gli stati, con potenti succursali all'estero (soprattutto in America Latina, ma anche in Asia).

Nel 2006

- il **67,9%** della popolazione USA era iscritta presso assicurazioni private (MCO): il **59,7%** tramite il proprio **datore di lavoro**, che finanzia in tutto o in parte la polizza, il **9,1%** vi era iscritta individualmente, pagando di **tasca propria**;
- il **27,0%** è coperta da assicurazioni sanitarie pubbliche: il **13,6%** è iscritta a **Medicare** (il programma federale che assiste tutti i cittadini ultra65enni), il **12,9%** è iscritta a **Medicaid** (il programma statale che assiste alcune – solo alcune – categorie di poveri), il **3,6%** è iscritta a enti che assistono i **militari** in servizio e in pensione (*Military health care*);
- il **15,8%** - **nessuna copertura assicurativa**.

La somma di tutte le varie opzioni assicurative + il numero dei non assicurati eccede il totale della popolazione americana; ciò si spiega col fatto che una stessa persona può essere titolare di più di una copertura assicurativa: è frequente, ad esempio, che una persona anziana acquisti una polizza privata per coprire le prestazioni non previste da Medicare, o che sia contemporaneamente assistito, se povero, anche da Medicaid ²⁰⁵.

Va notato che quando l'iscrizione ad un'assicurazione privata avviene tramite un datore di lavoro non vengono attuate da parte dell'assicurazione procedure di selezione degli assistiti, o richieste di aumento di premio, sulla base della presenza di fattori di rischio (obesità, fumo, etc), di malattie pregresse o attuali; questo invece si verifica in caso di iscrizione individuale o familiare, anche con possibilità di rescissione del contratto da parte dell'assicurazione in caso malattie sopraggiunte (es. tumori).

La così forte parcellizzazione degli attori sulla scena del sistema sanitario, la netta prevalenza del settore privato nel versante assicurativo, e – ancor più – in quello della produzione dei servizi, da una parte non consentono di attuare politiche pubbliche nazionali di programmazione e controllo sulla spesa (es: valutazione su costo-efficacia delle tecnologie ²⁰⁶, controllo sui prezzi dei farmaci), dall'altra determinano una crescente espansione della spesa per attività burocratico-amministrative

Essere non assicurati in America: la salute e la borsa. Assicurare contro le malattie una famiglia di quattro persone costa oggi in USA **oltre 10 mila dollari all'anno**²⁰⁷. Il costo equivalente a un salario minimo, la metà dello stipendio di un impiegato. Inevitabilmente, ciò produce una forte pressione a ridurre o a eliminare il benefit assicurativo. Cosa che sta regolarmente avvenendo, soprattutto presso le piccole e medie imprese: dal 2000 al 2006 la percentuale dei cittadini americani in possesso dell'assicurazione sanitaria basata sull'impiego è passata dal **63,4% al 59,7%**; una massa di lavoratori che è andata a ingrossare la fila dei non-assicurati, dato che nello stesso periodo è diminuita anche la percentuale di coloro che hanno acquistato individualmente l'assicurazione sanitaria (dal 9,5% al 9,1%)²⁰⁸.

²⁰⁵ US Census Bureau, Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2006, August 2007.

²⁰⁶ PJ Neumann, AB Rosen, MC Weinstein, Medicare and Cost-Effectiveness Analysis, New England Journal of Medicine - 353, 2005; 1516-1521

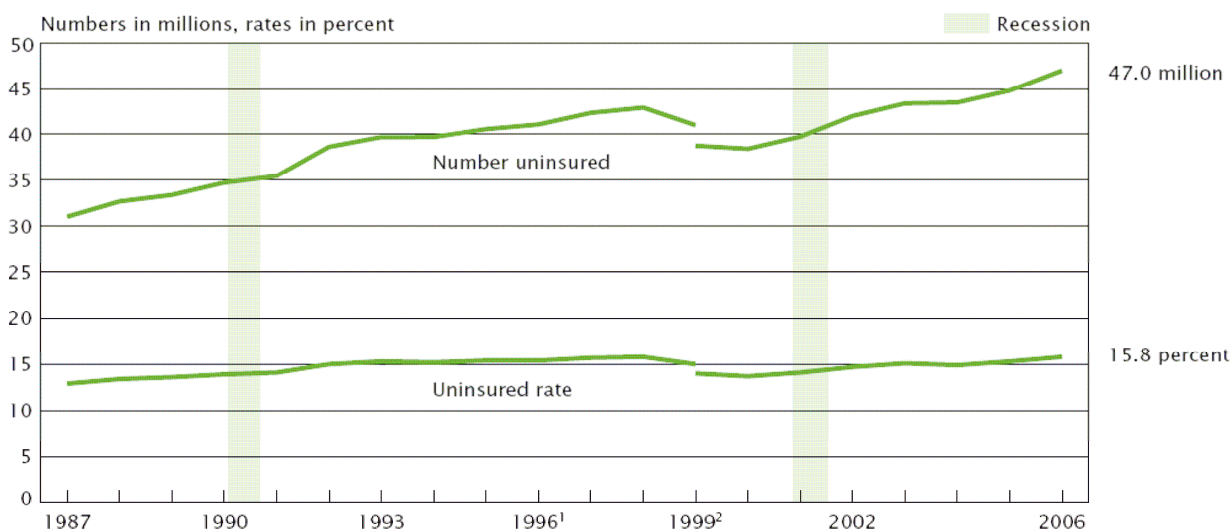
²⁰⁷ K. Davis, Uninsured in America: problem and possible solution, BMJ 2007; 334:346-48.

²⁰⁸ US Census Bureau, *ibidem*

Se molte compagnie hanno deciso di tagliare il benefit, quelle che lo continuano ad erogare hanno messo in atto varie strategie per contenere o ridurre anche drasticamente i costi. Tutto ciò avviene ovviamente a spese del dipendente. Un sistema molto diffuso è quello di far partecipare il dipendente alla spesa per l'acquisto della polizza: dal 1999 al 2005 il contributo medio mensile per l'assicurazione di una famiglia è quasi raddoppiato passando da 129 US\$ a 226 US\$. Un altro sistema è quello di offrire polizze assicurative con **elevati livelli di franchigia**, che possono arrivare fino a US\$5.000. Tra il 2003 e il 2005 la percentuale di imprese che ha offerto ai propri dipendenti piani assicurativi con alti livelli di franchigia (meno costosi per l'impresa e particolarmente onerosi per le famiglie con elevati bisogni sanitari) è passata dal 5 al 20% (al 33% tra le compagnie con più di 5.000 dipendenti).

Un problema di tutti gli americani. Negli USA dal 2000 al 2006 le persone completamente prive di copertura assicurativa sono cresciute di oltre 7 milioni (da 39.8 milioni a **47 milioni pari al 15,8% della popolazione – Figura 8**).

Figura 8. Numero e tasso di non assicurati. USA, 1987-2006.
Fonte: US Census Bureau, 2007



The Commonwealth Fund (istituzione che si occupa dei problemi delle assicurazioni sanitarie – www.cmwf.org) titola il suo rapporto (biennale) del 2006: *“Gaps in health insurance: an all-American problem”*²⁰⁹. Il vuoto nell’assistenza sanitaria è diventato un problema per tutti gli americani e non solo per i disoccupati e le famiglie a basso reddito; infatti sta aumentando il numero delle persone non assicurate tra le fasce medie di reddito. Lo studio in particolare segnala che: a) gli adulti con un reddito annuo inferiore ai 20 mila dollari sono i più esposti al rischio di non essere assicurati: più del 53% di loro nel 2005 ha trascorso del tempo senza assicurazione (37% per tutto l’anno, 16% per una parte); b) Il 41% degli americani con un reddito annuo tra i 20 mila e i 40 mila dollari sono stati privi di assicurazione per almeno una parte del 2005 (28% per tutto l’anno, 13% per una parte); un incremento rapido e drammatico se si pensa che nel 2001 la percentuale era stata del 28% (17% per tutto l’anno, 11% per una parte) ; c) la maggior parte della popolazione non assicurata (67%) si trova in famiglie in cui almeno una persona lavora con rapporto a tempo pieno.

²⁰⁹ S.R. Collins et AA, Gaps in health insurance: an all-American problem. Findings from the Commonwealth Fund biennial health insurance survey, April 2006.

Le conseguenze della condizione di non-assicurato (ma anche di sotto-assicurato) sono molto pesanti sia sul piano sanitario che su quello economico.

Le conseguenze sanitarie. Il rapporto del *Commonwealth Fund* rileva che tre adulti non-assicurati su cinque **non ricevono le cure necessarie** a causa del loro costo. Solo il 41% delle persone non-assicurate riferisce di avere un medico di famiglia o comunque un medico a cui potersi rivolgere regolarmente, rispetto all'86% delle persone assicurate.

Il 59% dei portatori di malattie croniche – come diabete, ipertensione e asma - non si approvvigiona dei farmaci prescritti, o ne salta l'assunzione, perchè non se li possono permettere; la condizione di non-assicurato molto spesso non consente un buon controllo della malattia e favorisce l'insorgere di situazioni di scompenso: ed infatti nel 2005 il 35% dei malati cronici non-assicurati si è rivolto ai dipartimenti di emergenza degli ospedali rispetto al 16% dei malati cronici assicurati.

Uno studio multicentrico su circa 2500 pazienti ospedalizzati per infarto miocardico ha rilevato che la barriera economica all'accesso ai servizi sanitari riguardava il 18,1% di essi, parte dei quali titolari di assicurazione sanitaria. Nel follow-up eseguito un anno dopo è risultato che quel 18,1% aveva registrato peggiori tassi di guarigione dopo l'infarto, più alti tassi di angina, un accresciuto rischio di riospedalizzazione e una peggiore qualità della vita.^{210 211}

Le persone non-assicurate ricorrono molto meno degli altri ad interventi preventivi: meno della metà (48%) delle donne non-assicurate di età 50-64 anni si è sottoposta a mammografia negli ultimi due anni, rispetto al 75% delle donne assicurate; solo il 18% degli adulti non-assicurati di età 50-64 anni si è sottoposto a screening del cancro del colon, rispetto al 56% degli assicurati. E' da notare che la differenza nell'accesso ad interventi preventivi tra assicurati e non-assicurati rimane elevata anche se quest'ultimi appartengono a fasce di reddito molto elevato²¹².

Le conseguenze economiche. Il 34% di degli adulti americani (età 19-64 anni) riferisce di aver avuto nel corso dell'ultimo anno problemi di pagamento di conti sanitari (non essere in grado di pagarli, essersi indebitati per pagarli, aver cambiato tenore di vita a causa delle spese mediche). Il problema riguarda molto di più le persone prive di assicurazione (53%), ma sorprendentemente interessa anche un'alta percentuale (26%) di persone assicurate.

Una conseguenza dell'indebitamento di una famiglia è la **bancarotta**. Il numero delle famiglie americane che richiedono di attivare le procedure fallimentari (*bankruptcy*) - anche al fine di difendersi dalla pressione dei creditori - è in continua crescita: nel 2001 sono state un milione e 458 mila (coinvolgendo 3,9 milioni di persone, appartenenti prevalentemente alle *middle and working classes*), con un incremento del 360% rispetto al 1980.

Per conoscere qual'è stato il contributo del fattore malattia al collasso dell'economia familiare D.U. Himmelstein et AA hanno studiato un campione di 1.771 di queste famiglie²¹³. In oltre la metà (54,5%) dei casi di richiesta di procedure fallimentari ricorre una causa medica (una malattia o un infortunio, un debito dovuto a spese mediche), che rappresenta la ragione specifica di collasso finanziario nel 28,3% dei casi.

La malattia è stata la causa dei problemi finanziari sia direttamente (a causa dei costi medici) che indirettamente (a causa del mancato guadagno): nel 59,9% dei casi i conti

²¹⁰ P. Fontanarosa et al, Access to care as a component of health system reform, JAMA 2007; 297: 1128-30

²¹¹ A.R. Rahimi et al, Financial barriers to health care and outcomes after acute myocardial infarction, JAMA 2007; 297:1073-1084

²¹² J.S. Ross, E. H. Bradley, S. H. Busch, Use of health care services by lower-income and higher-income uninsured adults, JAMA 2006; 295: 2027-36.

²¹³ D.U. Himmelstein, E.W. Warren, D. Thorne, S. Woolhandler, Illness and Injury as contributors to Bankruptcy, Health Affairs 2005 - Web Exclusive W5-63.

delle spese mediche hanno contribuito alla bancarotta (e nel 47,6% come prima voce di spesa c'erano i farmaci); nel 35,3% dei casi una malattia è stata la causa della perdita del lavoro (molto spesso – 52,8% - per assistere un membro della famiglia).

Il 75,7 dei debitori erano assicurati all'inizio del collasso finanziario dovuto alla malattia, ma il 38,4% di essi ha perso la copertura assicurativa successivamente.

Dallo studio emerge un forte intreccio tra problemi di **salute**, problemi di **lavoro** e costi delle **spese mediche**. Per esempio, un debitore fu sottoposto a un intervento chirurgico a un polmone ed ebbe un attacco cardiaco. Entrambi i ricoveri ospedalieri furono rimborsati dall'assicurazione fornita dall'impresa presso cui lavorava, ma il paziente non fu in grado di tornare presso quel posto di lavoro. Egli trovò un nuovo impiego, ma gli fu negata la copertura assicurativa a causa delle sue condizioni di salute che richiedevano il proseguimento di cure costose. Un altro caso: un'insegnante a causa di un attacco cardiaco non fu in grado di tornare al lavoro per molti mesi, perse l'impiego e anche l'assicurazione. L'ospedale presso cui si era stata ricoverata cancellò il suo debito di 20 mila dollari, dovette tuttavia ricorrere alle procedure fallimentari a causa dei conti dei medici e delle spese per i farmaci.

In un saggio dedicato alla crisi del sistema sanitario USA (pubblicato su *The New York Review of Books*²¹⁴), Paul Krugman e Robin Wells osservano come la questione delle assicurazioni sanitarie stia avendo un forte impatto anche sulla mobilità dei lavoratori e sulle politiche di ingaggio dei dipendenti da parte delle imprese. Così le persone con problemi di salute vanno alla ricerca di imprese che garantiscano l'assicurazione sanitaria, mentre le persone sane tendono a rinunciare al benefit sanitario in cambio di stipendi più elevati. Tutto ciò rischia di condizionare la distribuzione dei lavoratori nelle imprese – ed anche le scelte delle stesse imprese riguardo alle assunzioni - sulla base del criterio "salute". Per esempio – riferisce il New York Times – una circolare interna di Wal-Mart (catena di supermercati) suggerisce di introdurre nelle prove di selezione del personale degli esercizi fisici – che non hanno attinenza con gli effettivi compiti – per escludere persone con potenziali problemi di salute.

Le diseguaglianze nella salute . La nazione più ricca e potente del mondo non è tale per quanto riguarda la salute dei suoi cittadini. Riferendoci agli indicatori più comunemente usati per misurare lo stato di salute delle popolazioni si nota che gli USA sono superati da tutti i paesi industrialmente più avanzati: la speranza di vita alla nascita degli uomini americani è 75 anni, delle donne 80 (Canada 78/82, Giappone 78/85, Italia 78/84); la mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni è di 8 per 1000 nati vivi, quasi il doppio della media dei paesi dell'Europa occidentale (Svezia, Finlandia e Norvegia: 4 x 1000, Francia, Germania, Spagna e Italia: 5 x 1000). Generalmente si attribuisce la bassa performance in salute degli Stati Uniti agli alti livelli di mortalità registrati in alcuni gruppi di popolazione, in particolare nella minoranza nera. Effettivamente gli afro-americani hanno una speranza di vita mediamente inferiore di 5 anni rispetto alla popolazione bianca²¹⁵, tuttavia ciò non spiega interamente il differenziale di salute tra gli americani e le popolazioni di altri paesi industrializzati.

Un articolo pubblicato su JAMA ha analizzato la diffusione delle **malattie croniche in Inghilterra e Stati Uniti**, con uno studio dove sono stati arruolati solo soggetti bianchi non ispanici, di età 55-64 anni²¹⁶. La ricerca si è basata su interviste che riguardavano: a) la presenza di malattie croniche (diabete, ipertensione, ogni malattia cardiaca, infarto

²¹⁴ P. Krugman, R. Wells, The health care crisis and what to do about it, *The New York Review of Books*, Vol. 53, N. 5, March 23, 2006.

²¹⁵ S.J. Kunitz, I. Pesis-Katz, Mortality of white Americans, African Americans, and Canadians: the causes and consequences for health of welfare state institutions and policies, *The Milbank Quarterly* 2005, Vo. 83, N. 1.

²¹⁶ J. Banks, M. Marmot, Z. Oldfield, J.P. Smith, Disease and Disadvantage in the United States and in England, *JAMA* 2006; 295:2037-45.

miocardico, ictus, malattie polmonari e cancro); b) fattori di rischio legati agli stili di vita; c) il livello di educazione; d) il livello di reddito. Il risultato mette in evidenza che gli americani di “mezza età” stanno molto peggio in salute rispetto ai coetanei inglesi. In ognuna delle malattie croniche sopracitate gli americani presentano livelli di prevalenza nettamente superiori (es: Diabete: 12,5% tra gli americani, 6,1% tra gli inglesi; Cancro: 9,5% vs 5,5%). Sia tra gli americani che tra gli inglesi il differente stato socio-economico influenza fortemente la distribuzione delle malattie croniche, ma le diseguaglianze sono molto più marcate negli Stati Uniti (es: negli USA il diabete colpisce il 9,2% della popolazione ad alto reddito e il 16,8% di quella a basso reddito, in Inghilterra il divario è 6,0%-8,1%). Le differenze fra americani e inglesi sono eclatanti nelle fasce basse di reddito e per quasi tutte le patologie esaminate, ma sono ben presenti anche tra i soggetti appartenenti ad alte fasce di reddito, in particolare per quanto riguarda diabete, ipertensione, ogni malattia cardiaca e cancro.

Le diseguaglianze nella salute negli USA sono profonde: esse rispecchiano non solo le grandi diseguaglianze nello **stato socio-economico** (reddito ed educazione), ma anche le altrettanto profonde **differenze razziali**. Scrive a questo proposito M. Marmot: “Viaggiando in metro nella linea che dai sobborghi di Washington conduce a Montgomery County, una distanza di 12 miglia, la speranza di vita aumenta di un anno e mezzo per ogni miglio percorso: a un capo del viaggio troviamo neri poveri con una speranza di vita di 57 anni e all’altro capo bianchi ricchi con una speranza di vita di 76,7 anni”²¹⁷. Negli USA essere nero spesso significa essere anche povero, ma l’essere nero aggiunge un ulteriore fattore di rischio per la salute, a causa dei meccanismi di discriminazione ed emarginazione sociale²¹⁸. Infatti, la speranza di vita alla nascita degli afro-americani (entrambi i sessi) è 71,4 anni – aggiustando per condizione socio-economica 74,1 -, quella dei bianchi non ispanici 77,2. Ciò significa che la parità di reddito non annulla la differenza tra neri e bianchi nella speranza di vita alla nascita, rimanendo un differenziale di oltre 3 anni²¹⁹.

Il 24,7% degli afroamericani si trova al di sotto della soglia di povertà, il 19,7% è privo di assicurazione sanitaria. L’iscrizione a Medicare, obbligatoria per tutti gli anziani, dovrebbe teoricamente mettere al riparo da diseguaglianze a danno degli afro-americani nell’utilizzazione e nella qualità dei servizi; purtroppo ciò non accade come è ben documentato in un rapporto dell’*Institute of Medicine*²²⁰: gli anziani afro-americani hanno infatti minore probabilità dei loro coetanei bianchi di fruire di procedure ad alta tecnologia e di interventi preventivi, ma – viceversa – sono molto più esposti a interventi come l’amputazione degli arti, che sono generalmente la conseguenza della gestione poco accurata del diabete.

Health Savings Account. L’attuale amministrazione Bush ovviamente non si preoccupa né di ridurre il numero dei non assicurati, né tanto meno di affrontare la questione delle diseguaglianze nella salute. Anzi di fronte a una proposta parlamentare *bipartisan* tesa a risolvere con un’apposita legge una delle più palesi ingiustizie del sistema sanitario, ovvero la presenza di milioni di bambini privi di assicurazione sanitaria, il presidente Bush ha annunciato il suo veto, motivandolo con ragioni “filosofiche”. Il provvedimento favorirebbe “*the federalization of health care*” (*federalization* = governo federale) ovvero

²¹⁷ M. Marmot, Status Syndrome, JAMA 2006; 295:1304-07.

²¹⁸ I. Kawaki, N. Daniels, D.E. Robinson, Health disparities by race and class: why both matter, Health Affairs 2005; Vol. 24, N. 2, 343-352.

²¹⁹ P. Franks, P. Muennig, E. Lubetkin, H. Jia, The burden of disease associated with being African-American in the United States and the contribution of socio-economic status, Social Science & Medicine 62 (2006) 2469-2478

²²⁰ Institute of Medicine, Unequal Treatment. Confronting racial and ethnic disparities in health care, March 2002.

www.iom.edu

“la statalizzazione dell’assistenza sanitaria”. “Qui si va al cuore della filosofia di Mr. Bush - scrive P. Krugman in un suo editoriale del New York Times - . Egli vuole che il pubblico creda che il governo è sempre il problema e mai la soluzione. Ma è difficile convincere le persone che il governo è sempre cattivo quando sta facendo delle cose buone. Così la sua filosofia è che al governo deve essere impedito di fare cose buone, anche se può.”²²¹

L’amministrazione Bush ha invece una linea abbastanza chiara sullo sbocco da dare alla sanità americana, certamente non nella direzione di una copertura universale supportata dal governo, come voleva essere la riforma (fallita) di Bill e Hillary Clinton. L’idea è quella di allargare il mercato privato delle assicurazioni. Infatti, una nuova generazione di assicurazioni, fortemente promossa dall’amministrazione Bush con una legge del 2003, si sta affacciando sul mercato della sanità americana, ed ha il nome di *Health Savings Account* (HSA, **deposito bancario riservato alle spese sanitarie**). La condizione per accedere al nuovo programma è quella di essere in possesso di un’assicurazione con alta franchigia (almeno US\$ 1,000 per un singolo, almeno US\$ 2,000 per una famiglia; ma i prodotti di questo tipo prevedono livelli di franchigia molto più alti). L’HSA viene alimentato da versamenti annuali (anche a rate mensili), con un limite massimo di US\$ 2,790 per una persona singola e di US\$ 5,230 per le famiglie. In caso di malattia le persone attingono al HSA per sostenere i costi delle prestazioni; nel caso che le spese sanitarie prosciughino completamente il conto, si farà ricorso alle risorse personali fino al raggiungimento del tetto della franchigia, al punto cioè in cui interviene l’assicurazione. Nel caso in cui il conto sia non usato o parzialmente usato, il deposito si accumula di anno in anno e all’età di 65 anni (momento in cui gli americani usufruiscono del programma pubblico di assistenza sanitaria, Medicare) entra nella piena disponibilità dell’individuo o della famiglia. L’HSA gode di un trattamento fiscale di assoluto favore: i versamenti sul conto sono deducibili dalle tasse e gli interessi maturati sono esenti da tasse. Nel caso che si decida di ritirare il deposito per motivi non sanitari il conto viene tassato e applicata una penalità del 10%.

La **Tabella 6**, tratta da uno dei più noti siti commerciali specializzati in promozione di HSA, mette a confronto due diversi programmi assicurativi: uno tradizionale, erogato da una HMO, l’altro basato sul HSA. Si vede chiaramente che una famiglia di tre persone (sane), che consuma poche prestazioni sanitarie in un anno, ha tutto l’interesse ad adottare l’HSA. Da una parte infatti (assicurazione HMO) vale il principio del “*use it or lose it*” (“usi il servizio o perdi quanto hai versato”), dall’altra (HSA) il suo opposto: “*use it or save it*” (“usi il servizio o risparmi quanto hai versato”).

²²¹ P. Krugman, An Immoral Philosophy, New York Times, 30 July 2007.

Tabella 6 . Confronto tra Assicurazione HMO e Health Savings Account.

Fonte: msa (&hsa) info.net (accesso del 17.1.2006)

| | | | |
|--|------------------|--|---|
| Famiglia di un lavoratore autonomo, composta di tre persone, relativamente sana. Si assume che nell'anno in esame i consumi sanitari della famiglia siano consistiti in : 4 visite mediche, 3 esami RX, 1 visita presso un pronto soccorso, 1 esame del sangue. Nessun ricovero ospedaliero, nessun intervento chirurgico. | | | |
| Assicurazione HMO | | Health Savings Account (HAS) | |
| Premio assicurativo \$ 1,000 di franchigia per persona; copagamento del 20% per persona fino \$ 10,000 di spesa. | \$ 7,200 (annuo) | Premio assicurativo \$ 5,000 di franchigia per la famiglia. | \$ 2,880 |
| Spese per prestazioni | \$ 1,125 | Spese per prestazioni | \$ 929* |
| Totale al lordo delle tasse | = \$ 8,325 | Totale al lordo delle tasse | = \$ 3,809 |
| Deduzione fiscale * sul premio assicurativo | - \$ 1,736 | Deduzione fiscale * sul premio assicurativo * sul deposito HSA | - \$ 1,856 |
| Totale al netto delle tasse | \$ 6,589 | Totale al netto delle tasse | \$ 1,953 |
| | | Deposito HSA \$ 3,750 - \$929 (spese per prestazioni) | \$ 2,821 |
| Costo dell'assistenza medica per l'anno | \$ 6,589 | Costo dell'assistenza medica per l'anno - Guadagno | + \$ 868 Ovvero: 2,821 – 1,953 |

* Spesa ridotta per sconti praticati ai detentori di HSA

I principi su cui si fonda l'HSA sono assolutamente coerenti con la visione del Presidente Bush di **"ownership society"**, la "società dei proprietari". Proprietari delle proprie case, del proprio business, della propria pensione e anche della propria assicurazione sanitaria. "Oggi – scrive J.C. Robinson, professore di economia sanitaria all'Università della California – la più visibile incarnazione di tale visione nel settore dell'assistenza sanitaria è l'HSA, che riflette uno spostamento filosofico nell'enfasi dalla responsabilità collettiva a quella individuale nella gestione e nel finanziamento dell'assistenza sanitaria. (...) Il linguaggio della proprietà individuale – così si conclude l'articolo di Robinson – tanto indebolisce il senso di responsabilità collettiva nella società nei confronti dei membri più vulnerabili, quanto mette in risalto l'importanza dello sforzo individuale nel generare le risorse economiche necessarie a ogni sistema assistenziale. L'HSA fa compiere alla nazione un altro passo verso un sistema sanitario personalizzato e privatizzato"²²².
Il Presidente Bush nel discorso sullo Stato dell'Unione del 31 gennaio scorso ha confermato la volontà della sua amministrazione di promuovere questa nuova forma assicurativa. Questo il commento del New York Times: "Le proposte riguardanti l'assistenza sanitaria avanzate dal Presidente Bush nel suo discorso sullo Stato

²²² J. C. Robinson, Health Savings Accounts, The Ownership Society in Health Care, N Engl J Med 2005; 353: 1199-1202.

dell'Unione non scalfiranno in alcun modo i due principali problemi che affliggono la sanità della nazione: i costi crescenti e le sempre più affollate legioni di cittadini non assicurati. La sua proposta mostra semplicemente dove lui e molti conservatori vogliono che si indirizzi il finanziamento dell'assistenza sanitaria, verso un sistema dove i consumatori paghino di tasca propria la loro assistenza, nella speranza che ciò serva a ridurre i consumi. (...).

Non sorprende che l'HSA favorisca le persone sane e benestanti a spese dei poveri e dei malati cronici. Quelli che stanno relativamente bene ottengono notevoli vantaggi fiscali, investono più denari nel conto, non usano il deposito per le spese mediche e lo trasformano in un fondo pensione privilegiato. (...)

Il pericolo maggiore è che l'HSA possa accelerare l'erosione della forma tradizionale di assicurazione finanziata dai datori di lavoro, dal momento che le imprese cercano di ridurre le loro spese spostando una crescente parte dei costi sui dipendenti. Se da una parte i lavoratori più sani sceglieranno l'HSA, dall'altra i lavoratori più anziani e malati si rifugeranno nelle assicurazioni tradizionali, che saranno per forza costrette a rincarare le polizze, rendendole meno sostenibili e accessibili. (...) Questa nuova forma assicurativa necessita di essere studiata attentamente per essere sicuri che non provochi più danni che benefici.”²²³

Buone notizie. Gli Stati Uniti sono un grande paese, con una forte predilezione per la ricerca e l'innovazione. Le buone notizie per la salute e l'assistenza sanitaria dei cittadini americani (e – in tema di globalizzazione – non solo americani) vengono da questo versante.

La prima buona notizia è che – nonostante la ripugnanza del presidente Bush per tutto ciò che di buono può fare un governo – nel 2007 due Stati, il **Massachusetts**²²⁴ ²²⁵ e la **California**²²⁶, entrambi retti da amministrazioni repubblicane, hanno deciso di garantire ai propri cittadini la **copertura universale** nell'assistenza sanitaria, attraverso un mix di interventi pubblici e privati. Entrambi gli esperimenti sono ai primi passi, ma il segnale è importante, soprattutto in vista delle elezioni presidenziali del 2008.

La seconda buona notizia viene dalle innovazioni in campo assistenziale, in particolare nel campo delle cure primarie, un settore da noi notoriamente negletto.

Nel punto 1.4. abbiamo parlato di un'organizzazione sanitaria non ortodossa nata negli anni 30 del secolo scorso, la Kaiser Health Plan. Nonostante veti e ostracismi l'organizzazione crebbe, divenendo, col nome di Kaiser Permanente, una delle più importanti HMO *non-profit* americane

Kaiser Permanente (KP) assiste 8,6 milioni di persone in California e in altri 8 stati, impiega 11 mila medici e 130 mila altri dipendenti, possiede 30 ospedali e 431 centri sanitari, con un fatturato annuo di 35 miliardi di dollari.

Attenzione a questi dati: posti letto ospedalieri: 1 per 1000 abitanti; giornate di degenza per 1000 abitanti: 301; durata media della degenza: 3,2 giorni. Ciò significa che l'utilizzo del settore ospedaliero in KP è di due terzi inferiore rispetto alla media dei paesi europei più virtuosi (con 3-4 posti letto per 1000 abitanti, 1000 giornate di degenza per 1000 abitanti e una degenza media di 5-6 giorni).

²²³ Editorial, The Lopsided Bush Health Plan, The New York Times, February 3, 2006

²²⁴ A. Wright, Massachusetts' Health Care Law: model, miracle or momentum?, Discussion paper, Health Access Foundation, June 2006

²²⁵ R. Curtis, Promising elements of the Massachusetts approach: a health insurance pool, individual mandate and federal subsidies, Institute of Health Policy Solution, 2006

²²⁶ Smith M. "Health care reform 2007: defining the problems, examining the proposed solutions" California Health Care Foundation, Marzo 2007.

Dati clamorosi, ma non nuovi. Erano stati infatti pubblicati e ampiamente commentati in tre articoli del BMJ, dove si confrontavano le performance di KP con quelle del servizio sanitario britannico^{227 228 229}. A favore di KP una drastica deospedalizzazione, associata ad alti livelli di efficienza e di qualità dell'assistenza.

I motivi di questo successo si possono riassumere in alcuni fondamentali punti.

1. **Un sistema di cure primarie robusto ed efficiente.** Le strutture di cure primarie (*primary care facilities*) ospitano da 20 a 40 medici di famiglia, che lavorano in forma associata (in media gruppi di 6 medici), e sono coadiuvati da altri professionisti come i gli assistenti medici (*physician assistants*) e gli infermieri di famiglia (*nurse practitioners*). Le strutture di cure primarie includono i servizi specialistici e sono dotate di laboratorio, radiologia e farmacia.

2. **Medicina d'iniziativa e *population based management*.** Prevenzione e gestione proattiva delle patologie sono i pilastri strategici dell'organizzazione.

I ***clinical strategic goals*** sono i seguenti:

- a) Prevenzione primaria: Vaccinazioni, counselling per la cessazione del fumo
- b) Prevenzione secondaria: Screening oncologici (mammella, cervice uterina e colon-retto);
- c) Gestione delle malattie croniche: Diabete, ipertensione, dislipidemie e malattie coronariche, asma.

Un sistema di monitoraggio rileva per ogni medico (mediamente ogni medico assiste 2000 pazienti) e per gruppi di medici il tasso di copertura di quel determinato intervento (vaccinazione, screening, controlli per pazienti diabetici o ipertesi, etc.), specificando il denominatore (gli assistiti interessati a quell'intervento), il numeratore (il numero di assistiti che hanno eseguito quell'intervento), il numero di pazienti che mancano per raggiungere l'obiettivo (*members needed to reach benchmark*) e, infine, il posto in classifica in relazione al raggiungimento degli obiettivi (*your rank in your department*).

Tutte queste informazioni – grazie a un sistema informativo molto evoluto (KP – HealthConnect) - sono visibili in tempo reale da tutti gli operatori e si prevede in futuro anche dagli assistiti.

KP considera la buona assistenza ai pazienti con malattie croniche come l'elemento centrale per l'erogazione di un servizio efficace, adottando integralmente il **Chronic Care Model** e investendo in ciò notevoli risorse (personale, sistemi informativi con accurati registri di patologia e sistemi di allerta, programmi di *self-management* per i pazienti).

3. **Una forte integrazione tra cure primarie e assistenza ospedaliera (e cure intermedie).** Tutti i professionisti di KP sono coinvolti in un modello di cura che privilegia il trattamento delle malattie – finchè possibile – al di fuori dell'ospedale e che tende a ridurre al minimo la fase dell'ospedalizzazione. L'adozione di percorsi assistenziali è la regola (e viene rispettata); medici ad hoc – *Hospitalist* – lavorano per facilitare e coordinare le dimissioni ospedaliere, avvalendosi anche di strutture di cure intermedie (*skilled nursing facilities*), finalizzate al rapido recupero funzionale dei pazienti e al loro rientro a domicilio.

4. **Codice etico e fedeltà all'organizzazione.** “Un medico non può servire due padroni, soprattutto se il secondo padrone è il proprio portafoglio. I medici di KP lavorano solo per KP, ma allora KP compensa i suoi clinici con i prezzi di mercato”.

²²⁷ RGA Feachem, NK Sekhri, KL White, Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente, BMJ 2002; 324:135-43.

²²⁸ C. Ham, N. York, S. Sutch, R. Shaw, Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data, BMJ 2003; 327: 1257-62.

²²⁹ D. Light, M. Dixon, Making the NHS more like Kaiser Permanente, BMJ 2004; 328:763-5.

4.6. Sistemi universalistici modello Bismarck

Le **assicurazioni sociali obbligatorie** rappresentano oggi la forma assicurativa sanitaria più diffusa nel mondo, ma solo in una minoranza dei paesi questa copertura è diventata universalistica. L'universalità della copertura si è realizzata storicamente attraverso un **lungo processo incrementale** di progressiva aggregazione di fondi di diverse categorie occupazionali/professionali, con lo stato che provvedeva, con altri strumenti di welfare, alla protezione delle fasce non lavorative (disoccupati, invalidi): ciò è avvenuto oltre che in Germania (punto 1.2., Figura 2) in diversi paesi dell'Europa continentale e in Giappone. Alcuni paesi industrializzati - come Inghilterra e Nuova Zelanda e di seguito: Paesi scandinavi, Australia, Italia, Spagna e Portogallo (punto 2.2.) - a un punto del percorso hanno deciso di raggiungere l'universalità attraverso l'istituzione di Servizi sanitari nazionali e con una forma diversa di finanziamento, quella della fiscalità generale. Ricordiamo il caso particolare del Canada che ha adottato una forma di assicurazione sanitaria obbligatoria, operante attraverso un unico ente assicurativo nazionale, che la rende più simile al modello britannico che a quello tedesco.

Come abbiamo visto nel punto 4.4., la soluzione delle assicurazioni sociali obbligatorie è stata quella "suggerita" dalla Banca Mondiale per uscire dalla crisi del collasso dell'Unione Sovietica e dei regimi comunisti dell'Europa centrale e orientale. In alcuni paesi la proposta sta funzionando e si sono raggiunti, pur con molte difficoltà, livelli di copertura elevati, in altri paesi assai meno, infine nella gran parte delle repubbliche ex-sovietiche, quelle più povere, l'idea di istituire assicurazioni sociali obbligatorie è stata subito accantonata.

L'istituzione di un sistema sanitario basato sulle assicurazioni sociali obbligatorie richiede un **livello di sviluppo economico** almeno medio / medio-alto. Tra le nazioni considerate in questa fascia, una sola ha percorso interamente il cammino verso l'universalità della copertura attraverso questa politica, la **Corea del Sud**. Il processo prese il via nel 1977 ed iniziò *step by step* col reclutamento delle imprese private, cominciando da quelle più grandi per includere alla fine anche quelle più piccole. Poi fu la volta dei dipendenti pubblici e infine dei militari. Per raggiungere l'universalità sono stati necessari 26 anni (molto meno dei 90 richiesti in Germania); ciò si è realizzato anche grazie alla presenza di una crescita economica rapida e robusta e di un **settore lavorativo "informale"** molto contenuto²³⁰. Un limite del sistema coreano è l'alto livello di compartecipazione alla spesa richiesto agli assicurati, che si applica a tutti i servizi e che non prevede esenzioni per gruppi di popolazione ad alto rischio, come i poveri e i malati cronici²³¹. Recentemente la Corea del Sud ha optato per l'istituzione di un unico fondo assicurativo nazionale.

E' soprattutto la mancanza di un'ampia platea di lavoratori formalmente impiegati che impedisce ad altri paesi "in via di sviluppo" che hanno istituito le assicurazioni sociali obbligatorie di approdare alla copertura universale. Abbiamo visto il Messico, dove la copertura assicurativa tramite i fondi sociali interessa solo il 50% della popolazione, mentre l'altra metà è esclusa soprattutto a causa della presenza di uno sterminato settore lavorativo "sommerso", che interessa 12 milioni di famiglie (vedi punto 4.3.), o il Marocco, dove l'attuale copertura arriva al 16%. Nei paesi dell'America Latina dove le assicurazioni sociali obbligatorie sono molto diffuse, le percentuali di copertura vanno dal meno del 10% della Repubblica Dominicana all' oltre 80% del Costa Rica. Ma non si raggiunge mai la copertura assicurativa universale. Neanche a parlarne in Cina, dove le assicurazioni

²³⁰ Bärnighausen, R. Sauerborn, One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries?, *Social Science & Medicine* 54 (2002) 1559-87.

²³¹ J.P. Ruger, H.J. Kim, Out-of-pocket healthcare spending by the poor and chronically ill in the Republic of Korea, *American Journal of Public Health*, May 2007, Vol. 97, No. 5, 805-10.

sociali obbligatorie sono quasi inesistenti nelle campagne e coprono meno del 40% della popolazione nelle città.

Un sistema sanitario evoluto basato sul modello Bismarck è una **macchina molto complessa**, più complessa dei sistemi sanitari Beveridge. La complessità è cresciuta con le ultime riforme che in alcuni paesi, come la Germania e l'Olanda, hanno introdotto forme di liberalizzazione e competizione tra assicurazioni sociali, abolendo l'obbligo di adesione alla mutua di categoria e introducendo il principio della libertà di scelta. Tale soluzione, mirata a migliorare l'efficienza e la qualità del sistema, apre le porte alle ben note possibili distorsioni del sistema delle assicurazioni private, la selezione avversa e il *cream skimming*, ovvero la tendenza delle assicurazioni di "scremare" la clientela, andando alla caccia dei giovani e dei sani e tenendosi alla larga da anziani e malati cronici. Per evitare o ridurre al minimo i **rischi di discriminazioni e disegualianze nell'accesso ai servizi** è necessaria una robusta, attenta, competente azione regolatrice dello stato che ponga rigorosi limiti e condizioni, come il divieto di ricasazione degli iscritti o l'istituzione del cosiddetto "*risk structure equalization*", cioè la perequazione tra differenti livelli di rischio cui possono andare incontro le diverse assicurazioni sociali (ciò si realizza accantonando un fondo che viene poi distribuito tra le assicurazioni in relazione al differente peso assistenziale sostenuto, es: età degli assistiti, prevalenza di malattie croniche, etc.). Tutto ciò richiede, come ovvio, sistemi molto affinati di controllo e di *governance* del sistema.

Di seguito descriviamo – sinteticamente – le caratteristiche di tre sistemi sanitari europei basati sulle assicurazioni sociali, con caratteristiche e linee evolutive molto diverse l'uno dall'altro: Germania, Francia e Olanda.

Germania²³²

L'architettura del sistema. Il sistema sanitario tedesco è organizzato in casse mutue obbligatorie per tutta la popolazione che abbia un reddito lordo inferiore a 3.975 € mensili. Alle mutue obbligatorie risulta iscritto circa il 90% della popolazione, mentre il rimanente 10% è libero di decidere se aderire comunque, anche se non obbligato, ad una cassa mutua o se iscriversi ad assicurazioni private. Le casse mutue sono organizzazioni non profit disciplinate dal diritto pubblico. I contributi sono calcolati in base ad aliquote proporzionali al reddito.

Il complesso sistema di governo, istituzionale e professionale, opera a quattro livelli:

- lo Stato centrale definisce i principi e le regole;
- i *Länder* programmano le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche;
- le mutue definiscono la programmazione e la negoziazione per le attività sanitarie correnti (volumi e case mix);
- le associazioni regionali dei medici governano l'attività ambulatoriale e gli ospedali gestiscono la produzione.

Lo **Stato centrale** non è coinvolto nel sistema sanitario né come finanziatore, né come proprietario di aziende di produzione sanitarie (salvo eccezioni di dettaglio, come ad esempio gli ospedali militari). Esso però governa complessivamente il sistema, definendo le regole entro cui gli attori possono muoversi. Le mutue e le associazioni dei medici operano all'interno di regole amministrative modificabili solo dallo Stato centrale, così come sono regolate da leggi le relazioni tra i diversi attori del sistema.

Sebbene le politiche sanitarie generali per il paese siano decise dallo Stato Centrale, la gestione ed il finanziamento del sistema avvengono a livello regionale, dove operano tre

²³² M. Otto, Germania, in "Modello Bismarck o Beveridge?", a cura di G. Maciocco, Salute e Territorio, Maggio-Giugno 2007

istituzioni: il Land (attraverso il proprio ministero della sanità), le mutue e le associazioni dei medici convenzionati.

Ogni **Land** definisce per il proprio territorio la programmazione delle dotazioni infrastrutturali: numero dei posti letto per specialità per ospedale, presenza e distribuzione delle medie e grandi tecnologie, accesso regionale alle professioni mediche (in collaborazione con le associazioni dei medici), ecc. Nello svolgere questa attività ogni Land: (a) finanzia con risorse proprie gli investimenti infrastrutturali e tecnologici di tutti i produttori (ospedali e medici convenzionati); (b) accredita per il sistema le unità di produzione, definendo le quantità massime consentite ad ogni produttore. Nella programmazione infrastrutturale è coinvolto praticamente solo il Land, con un contributo consultivo dell'associazione regionale dei medici in merito all'ambito ambulatoriale e delle cure domiciliari. In particolare, il Land coopera istituzionalmente con la propria associazione regionale dei medici convenzionati quando occorre programmare gli accessi nelle varie specialità mediche convenzionate, dovendo assumere una decisione congiunta.

Le **mutue** programmano, negoziano e acquistano le prestazioni per i propri assistiti. Il meccanismo di finanziamento del sistema tedesco è pertanto di tipo duale: il Land definisce e finanzia gli investimenti, le mutue negoziano e finanziano le spese sanitarie correnti, negoziando sia con gli ospedali che con i medici convenzionati. Per le funzioni ospedaliere, l'associazione regionale delle mutue sottoscrive un contratto con ogni ospedale, mentre per le funzioni ambulatoriali negozia un accordo globale con l'associazione regionale dei medici. Le mutue sono chiamate a tutelare gli interessi dei propri iscritti, cercando di influenzare i volumi ed i case mix dei produttori e a rispettare i tetti di spesa assicurativi, implicitamente determinati dal Governo attraverso l'aliquota massima di contributi pagabile dagli iscritti. Le casse mutue obbligatorie rappresentano la fonte principale di finanziamento del sistema sanitario, sebbene abbiano visto diminuire nel tempo il proprio contributo al finanziamento - **Tabella 7**.

Tabella 7. Le fonti di finanziamento del sistema sanitario tedesco.

| FONTE | 1996 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Fonti pubbliche | 77,2 | 75,3 | 75,3 | 75,5 | 75,3 | 75,5 |
| - Tributi | 10,8 | 8,1 | 8,0 | 7,9 | 7,8 | 7,9 |
| - Assicurazione sanitaria obbligatoria | 57,4 | 56,7 | 56,8 | 56,9 | 57,0 | 56,9 |
| - Assicurazione pensionistica obbligatoria | 2,4 | 1,7 | 1,7 | 1,8 | 1,8 | 1,8 |
| - Assicurazione per incidenti obbligatoria | 1,7 | 1,7 | 1,8 | 1,7 | 1,7 | 1,7 |
| - Assicurazione per assistenza agli anziani obbligatoria | 4,9 | 7,0 | 7,1 | 7,2 | 7,0 | 7,2 |
| Fonti private | 22,8 | 24,7 | 24,7 | 24,5 | 24,5 | 24,5 |
| - Pagamenti 'out of pocket'/ONG | 11,3 | 12,6 | 12,3 | 12,2 | 12,3 | 12,2 |
| - Assicurazione privata | 7,3 | 7,8 | 8,3 | 8,2 | 8,2 | 8,2 |
| - Datore di lavoro | 4,2 | 4,2 | 4,1 | 4,1 | 4,1 | 4,1 |

Fonte: European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, p. 58 e Altenstetter, Busse, 2005, p. 124 .

I **produttori** sono articolati in due categorie: i medici convenzionati e gli ospedali. I primi operano prevalentemente in regime ambulatoriale (salvo i MMG che operano anche a domicilio e garantiscono la continuità assistenziale notturna e festiva) e sono liberi professionisti contrattati all'interno del sistema mutualistico, dotati delle necessarie tecnologie, acquistate in proprio (es. apparecchiature diagnostiche o di laboratorio)²³³.

²³³ Ai medici convenzionati è consentito svolgere attività a pagamento per i pazienti non mutuati o coloro che preferiscono ricevere prestazioni in regime libero professionale.

Attualmente è crescente la tendenza, da parte degli ospedali, ad esternalizzare parte delle funzioni diagnostiche ai medici convenzionati, che in questo caso agiscono in regime professionale libero. I medici sono obbligatoriamente raccolti in associazioni professionali regionali di diritto pubblico, che garantiscono tutto il supporto tecnico, giuridico ed amministrativo per il loro autocontrollo professionale. Le mutue negoziano con l'associazione regionale dei medici i volumi annuali di finanziamento per l'attività. La distribuzione delle risorse tra i medici viene invece gestita internamente dall'associazione medica, dovendo rispettare alcuni criteri generali dettati dalla legge.

La maggior parte degli ospedali appartiene a proprietari pubblici, quali Comuni, Province o Länder. Poiché anche la governance del sistema universitario è decentrata, gli ospedali universitari sono di proprietà dei singoli Länder. I Comuni gestiscono i propri ospedali o in economia o costituendo società controllate, di diritto pubblico o privato. Pertanto, pur in presenza di una diffusa proprietà pubblica, le forme giuridiche adottate per la gestione sono le più diverse. Molti ospedali appartengono ad istituzioni non profit, di norma di tipo clericale. Ancora marginale, ma crescente, la presenza del privato for profit. Ogni ospedale sottoscrive annualmente con il cartello regionale delle mutue un contratto di produzione di prestazioni sanitarie, che prevede volumi, case mix, tariffe all'interno di un budget finanziario complessivo, rispettando tendenzialmente le dotazioni infrastrutturali accreditate dal Land. Gli accordi contrattuali sono di diritto pubblico e pertanto sottoposti al controllo di legittimità del Land o del Governo centrale (Laaser, Schwalbe, 1999).

Ai **pazienti** è riconosciuta la libertà di scelta dei medici e degli ospedali. In Germania non esiste un sistema formalizzato di *gatekeeping* e i pazienti possono liberamente scegliere un medico di base e un medico specialista a cui rivolgersi, tra tutti quelli convenzionati con una mutua.

La “riunificazione” e l’avvio delle riforme. Nel 1989 la caduta del muro di Berlino segnò la riunificazione della Germania e fece definitivamente decadere il sistema sanitario della Germania Democratica, con l'imposizione a quest'ultima delle regole e norme del sistema federale. Ciò comportò cambiamenti di un certo peso. In primo luogo, il 91% dei medici, che sotto la Germania Democratica lavoravano in ambulatori pubblici, avviarono un proprio studio professionale. Solo pochi poliambulatori (a Berlino e nel Land di Brandenburg) continuarono ad operare come reti di medici o come cooperative. In secondo luogo, il sistema assicurativo della Germania Federale fu applicato anche ai nuovi Länder (istituiti nella zona orientale del Paese in seguito alla riunificazione) con una conseguente riduzione della percentuale dei cittadini dell'intera Germania assicurati privatamente. In terzo luogo, il governo federale supportò finanziariamente il processo di ammodernamento delle infrastrutture (in particolare di ospedali e case di cura) nelle regioni dell'Est.

Le riforme che seguirono alla riunificazione, tra il 1992 ed il 1998, riguardarono prevalentemente il **controllo della spesa** e la spinta alla **competitività** tra le mutue e tra i produttori, garantendo **libertà di scelta della mutua** alla popolazione assicurata.

Alle mutue non è naturalmente consentito selezionare i pazienti, ovvero rifiutare l'iscrizione per motivi di età o di salute, o per gli stessi motivi aumentare il prezzo della polizza. Lo stato inoltre stabilisce il livello standard delle prestazioni che devono essere garantite agli assistiti. Allo scopo di rimborsare le assicurazioni con livelli di rischio più elevati dovuti alle differenze di reddito e di morbilità degli assicurati, ed ai diversi livelli di spesa tra casse mutue è stato introdotto un fondo di **compensazione del rischio tra mutue** “*risk structure equalization*”.

L' introduzione della competizione tra le mutue ha determinato nei primi anni di applicazione alcuni rilevanti fenomeni: una discreta dinamica nel cambio della mutua da parte degli iscritti (dall'introduzione della libera scelta, annualmente si sposta circa il 2-3%

degli iscritti), un forte orientamento al marketing ed un massiccio processo di fusione delle mutue per categorie omogenee (che sono passate da oltre mille a poco più di 400).

Nel 1994, allo scopo di assicurare un ampliamento dei servizi agli anziani, fu introdotta **un'assicurazione obbligatoria per l'assistenza ai pazienti gravemente disabili** che, come si può notare dalla Tabella 7, rappresenta oltre il 7% del finanziamento generale del sistema sanitario. Tale fondo per l'assistenza a lungo termine è stato finanziato con un tributo ad hoc (imposto a dipendenti, imprese e pensionati) di un valore pari all'1% del PIL; attraverso di esso nel 2003 erano assistite 1,9 milioni di persone (il 2,3% della popolazione) di cui due terzi a domicilio e un terzo in istituzioni. I benefici erogati variano dai contributi monetari alle famiglie a servizi domiciliari alla persona, al pagamento delle rette in strutture residenziali²³⁴.

Nel 2004 è stata introdotta una **legge di modernizzazione**, che prevede lo sviluppo di un **sistema di assistenza integrata** volto a garantire un'assistenza trasversale e completa ai pazienti. In questo modo gli erogatori di diversi settori (sanitari e di carattere sociale) offrono, nell'ambito di un unico contratto negoziato con la mutua, un percorso assistenziale integrato. L'importanza attribuita allo sviluppo a questo tipo di assistenza è giustificata dalla struttura stessa del sistema sanitario tedesco: infatti, l'assistenza ambulatoriale e quella ospedaliera acuta sono sempre state fornite separatamente, così come la riabilitazione e l'assistenza alla non autosufficienza. Ciò ha generato in passato una duplicazione dei servizi, un incremento dei costi sanitari, nonché una limitazione nella qualità dell'assistenza.

A partire dal **1 aprile 2007** è entrata in vigore **un'ulteriore riforma** sulla competizione e sul rafforzamento dell'assicurazione obbligatoria, adottata dalla Grande Coalizione tedesca, al potere dal 2005. Gli obiettivi che il governo tedesco si propone di raggiungere con tale riforma sono: promuovere la competizione tra le assicurazioni ed i produttori del sistema sanitario, incrementare l'efficienza del sistema e migliorare il coordinamento dell'assistenza al paziente^{235 236}

Francia²³⁷

In un'epoca di riforme sanitarie all'insegna della privatizzazione e dell'arretramento dello Stato, ciò che è avvenuto in Francia dalla metà degli anni novanta ad oggi contrasta non solo con le tendenze del momento, ma anche con i tradizionali canoni che distinguono le politiche di "destra" da quelle di "sinistra".

Infatti le riforme che si sono succedute, dalla riforma Juppè del 1996 alla riforma Douste-Blazy del 2004 (tutti governi di "destra"), hanno accentuato il ruolo dello Stato nel finanziamento e nella programmazione della sanità francese e hanno rafforzato i livelli di copertura assicurativa alle famiglie con basso reddito.

Il ruolo dello Stato. Lo Stato, riducendo gli oneri mutualistici di imprese e soprattutto dei dipendenti, si è fatto carico, attraverso la fiscalità generale e le imposte indirette, di circa la

²³⁴ European Observatory on Health Systems and Policies, Health Care Systems in Transition, Germany, 2004. p.116.

²³⁵ Lisac M., Schlette S., Health care reform in Germany: is Bismarck going Beveridge?, Eurohealth, 2006, vol 12, no. 3, pp. 31-32.

²³⁶ Mosebach K., Institutional change or political stalemate? Health care financing reform in Germany, Eurohealth, 2006, vol 12, no. 4, pp. 11-14.

²³⁷ P. Tedeschi, Francia, in "Modello Bismarck o Beveridge?", a cura di G. Maciocco, Salute e Territorio, Maggio-Giugno 2007

metà della spesa sanitaria; attraverso questo provvedimento il governo esercita una più forte **influenza sul budget generale della sanità** e sull'organizzazione dei servizi.

Il Ministero della salute e degli affari sociali, previo mandato del Parlamento, ripartisce gli obiettivi di spesa per settore di cura, per regione e per ospedali pubblici e privati. Fissa il numero di studenti di medicina (numero chiuso dal 1970), il tipo di dispositivi medici in dotazione agli ospedali, approva le convenzioni firmate tra l'*Assurance maladie* e le Organizzazioni sindacali dei medici liberi professionisti; gestisce i prezzi dei farmaci. Inoltre fissa le norme di sicurezza ospedaliera e definisce le azioni prioritarie, sotto forma di programmi nazionali: lotta al cancro, al tabagismo, all'obesità, ecc..

Sotto il diretto controllo del governo centrale operano le **22 Agenzie Regionali Ospedaliere** istituite con la riforma Juppè del 1996 (i direttori delle Agenzie sono nominati dal Governo e sono direttamente responsabili nei confronti del Ministero della salute); loro compito è quello di coordinare l'attività degli ospedali pubblici e privati di una regione pianificando i servizi, stabilendo le priorità e assegnando le loro risorse.

Le assicurazioni sociali. L'architettura del sistema assicurativo sanitario francese è articolata in:

- **un'assicurazione obbligatoria (AMO - Assurance Maladie Obligatoire):** universale ed uniforme, combinata ad un vasto dispositivo di agevolazione dell'accesso alle cure con esenzione dal pagamento in anticipo o compartecipazioni (es. ticket su visite o farmaci, forfait per ricoveri) a seconda della natura o costo delle prestazioni, di situazioni statutarie o personali degli assicurati;
- **un'assicurazione complementare (AMC - Assurance Maladie Complémentaire),** che dal 2002 interessa il 92% della popolazione ed ha il compito di coprire le compartecipazioni alla spesa (in genere piuttosto elevate) previste dall'assicurazione obbligatoria.

La combinazione tra i due livelli assicurativi, applicati alle medesime prestazioni, limita la reale compartecipazione alla spesa, salvo eccezioni per l'assistenza dentistica e ottica.

La gestione dei due meccanismi assicurativi, a seconda dell'inquadramento professionale degli assistiti, avviene attraverso diversi regimi, con proprie articolazioni a livello regionale e/o dipartimentale:

- a) un regime generale dei **lavoratori dipendenti del commercio e dell'industria** (denominato CNAMTS - *Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés*) che tutela anche i beneficiari della cosiddetta copertura universale contro le malattie (CMU - *Couverture maladie universelle*); attiva dal 2000, assicura le persone con redditi bassi e che non rientrano in uno dei regimi obbligatori, a condizione che siano residenti in Francia, in maniera stabile e regolare da più di tre mesi.
- b) un regime dei **professionisti indipendenti** non agricoli (definito CANAM - *Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes*);
- c) un regime per **lavoratori ed imprenditori agricoli** (chiamato MSA - *Mutualité Sociale Agricole*);
- d) alcuni **regimi speciali** (es. minatori, marinai, Banca di Francia, ecc.).

Per il singolo cittadino la **scelta della copertura sanitaria di base (AMO) non è libera** ma in funzione della professione. Per quanto concerne invece la determinazione dei contributi alle Casse mutue a carico dei cittadini e delle imprese, essi sono determinati annualmente dal Parlamento (per l'AMO), mentre le compartecipazioni alla spesa sono fissate dall'UNCAM, ovvero l'organismo che dal 2004 raggruppa tutti i regimi assicurativi di

base. In generale tutte le Casse sono organismi privati non a scopo di lucro, ad eccezione della CNAMTS, che è un ente pubblico.

La **riforma Douste-Blazy** del 2004 accentua i tratti centralistici della precedente e introduce nuove importanti novità. Una delle più rilevanti è ciò che viene denominato “*maîtrise médicalisée*”, una sorta di *managed care* alla francese²³⁸, i cui ingredienti sono un forte controllo sulle prescrizioni, sui percorsi di cura e sui costi, un vigoroso sviluppo delle tecnologie informatiche, la moltiplicazione dei protocolli di cura, l’enfasi posta sulla qualità delle prestazioni. Al riguardo la legge prevede:

L’istituzione del “**Dossier médical partagé - DMP**”. Dal 2007 – al fine di migliorare la qualità e il coordinamento delle cure – ogni beneficiario dell’Assicurazione malattie disporrà di un dossier informatizzato composto delle informazioni mediche essenziali. Il dossier permetterà di seguire il percorso del paziente nel sistema delle cure e di facilitare la condivisione delle informazioni tra il paziente e i professionisti della salute, nel rispetto del segreto professionale. Tutti gli atti medici – intra e extra-ospedalieri, preventivi, diagnostici o curativi – dovranno essere registrati nel dossier. Il paziente sarà il solo ad avere l’accesso automatico al proprio dossier e determinerà chi, oltre a lui, potrà accedervi; in primo luogo il proprio medico curante e gli altri medici di sua scelta. Potranno accedere al dossier, in accordo col paziente, tutti i medici e i servizi di urgenza. Avranno un accesso limitato altri professionisti della sanità (es: infermieri, farmacisti) e le Assicurazioni malattie, che nel quadro delle loro funzioni di controllo potranno ottenere copie di parte del dossier con il consenso del medico curante e del paziente. Non potranno accedere al dossier i medici delle assicurazioni private e la polizia. Secondo il ministero della sanità tutti guadagneranno qualcosa dalla messa in opera del dossier: “I medici per una migliore assistenza del proprio paziente grazie alle informazioni in tempo reale sugli esami del proprio paziente; il paziente a garanzia della qualità delle cure e attraverso l’accesso unificato alle informazioni che lo riguardano, troppo spesso disperse; gli altri professionisti per una migliore integrazione della loro attività nell’ambito di percorsi di cura; le Assicurazioni malattie per la limitazione delle cure ridondanti”.

L’istituzione del “**Medecin traitant**”. “Il medico curante (*traitant*), scelto liberamente dal paziente, avrà un ruolo centrale nell’orientare e seguire il paziente lungo il percorso di cura. Generalista o specialista, il medico curante coordinerà il dossier medico personale e indirizzerà il paziente – con il suo consenso – verso i professionisti più adatti a trattare la sua situazione specifica”. Si tratta di una vera rivoluzione per la sanità francese, dato che – in nome del principio del liberalismo – non vi doveva essere alcun vincolo o limitazione nella scelta del professionista da parte del paziente, anche per ogni episodio di cura. Il medico curante (inteso come medico responsabile del percorso di cura del paziente, indicato dall’organizzazione e scelto formalmente e stabilmente dal paziente) è una figura tipica dei servizi sanitari tipo Beveridge e, più recentemente, delle HMOs americane. La decisione del governo francese di introdurre questa figura nell’ambito della *maîtrise médicalisée* indica chiaramente una svolta: il *gatekeeping* fa la sua spettacolare entrata nella medicina liberale francese. Nel 2005 il 75% dei francesi aveva scelto il *medecin traitant*.

L’istituzione della “**Haute autorité de santé**”. Si tratta di un’autorità pubblica indipendente di carattere scientifico dotato di personalità morale. Diretta da un collegio di 12 membri,

²³⁸ VG Rodwin, C Le Pen, Health care reform in France – The birth of state-led managed care, N ENGL J MED 2004, 351: 2259-62.

avrà come principale missione quella di valutare “l'utilità medica degli atti e dei trattamenti ammessi al rimborso delle Assicurazioni”. Compiti dell'autorità sono anche quelli di promuovere e diffondere raccomandazioni e linee-guida. Il lavoro dell'autorità sarà articolato in tre gruppi di lavoro specializzati: a) Commissione per la trasparenza (farmaci); b) Commissione di valutazione dei prodotti e delle prestazioni (tecnologie mediche e altri prodotti sanitari); c) Alto comitato medico della sicurezza sociale (malattie croniche).

Infine la recente riforma ospedaliera (*Hôpital 2007*)²³⁹ ha modificato il finanziamento degli ospedali sia pubblici che privati, da un sistema di budget in base ai costi storici, ad un sistema prospettico chiamato T2A (*tarification à l'activité*) che prevede l'introduzione dei DRG per i ricoveri, mantenendo però dei nomenclatori tariffari per le visite mediche e la specialistica ambulatoriale. La riforma prevede, tra l'altro, l'introduzione di strumenti informativi come il **PMSI** - *Programme de Médicalisation du Système d'Information* – per il monitoraggio della produzione ospedaliera pubblica e privata, in grado di abbinare informazioni amministrative, cliniche e l'utilizzo di risorse, e quindi di classificare pazienti ed attività ospedaliera, in funzione anche del finanziamento per DRG.

Idealmente combinando il **DMP** e i dati del **PMSI**, il sistema francese potrebbe essere in grado di conoscere e confrontare lo stato di salute e malattia reale con l'attività ospedaliera, da cui evidenti implicazioni in termini di appropriatezza e programmazione sanitaria.

Olanda^{240 241}

Il sistema sanitario olandese, forse a causa della posizione geografica del paese, confinante con la Germania e dirimpettaio dell'Inghilterra, si può considerare un ibrido tra il modello tedesco e quello britannico; un sistema complesso, frutto della stratificazione di diverse riforme, che – prima dell'ultima, entrata in vigore l'1.1.2006 - era così congegnato:

- **Un'assicurazione universalistica** – finanziata attraverso la fiscalità generale – per la copertura delle spese sanitarie e socio-sanitarie “eccezionali” (es: ricoveri ospedalieri superiori a un anno, assistenza domiciliare e residenziale agli anziani non autosufficienti e ai disabili fisici e psichici);
- **Uno schema assicurativo obbligatorio** basato sulle casse mutue per tutti i lavoratori con un reddito inferiore ai 32.600 € annui (tale schema includeva anche disoccupati e pensionati e riguardava circa il 65% della popolazione olandese);
- **Uno schema assicurativo privato volontario** per la popolazione con un reddito superiore alla suddetta soglia;
- **Uno schema assicurativo integrativo**, rispetto a quello obbligatorio, per la copertura di prestazioni non incluse in quel pacchetto (es: odontoiatria conservativa per gli adulti, comfort alberghiero).

Con la riforma del 2006 viene mantenuta inalterata la prima componente del sistema (per la copertura delle spese eccezionali), mentre è stata radicalmente trasformata la restante parte, di cui di seguito parliamo.

Assicurazione obbligatoria + competizione tra assicurazioni

²³⁹ C. Cases, French health system reform: recent implementation and future challenger, Eurohealth 2006, Vol. 12, No. 3, p. 10-11.

²⁴⁰ G. Maciocco, L. Ombroni e L. Roti, Il sistema sanitario olandese, Toscana Medica, Aprile 2007.

²⁴¹ M. Romanelli, Olanda, in “Modello Bismarck o Beveridge?”, a cura di G. Maciocco, Salute e Territorio, Maggio-Giugno 2007

La nuova legge sulle assicurazioni prevede l'obbligo per tutti di iscriversi a un'assicurazione malattia (e non solo per coloro al di sotto di una determinata soglia di reddito). Tale assicurazione ha le seguenti caratteristiche:

- Garantire un pacchetto standard di prestazioni quali:
 - o Assistenza del medico di famiglia e dell'ostetrica
 - o Ricoveri ospedalieri e attività specialistiche
 - o Assistenza odontoiatrica (fino a 18 anni)
 - o Assistenza farmaceutica
 - o Presidi sanitari
 - o Trasporti in ambulanza
- Assistenza paramedica (limitata alla fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale e consulenza dietologica).
- Il premio assicurativo consiste in una quota fissa di € 1.100 all'anno + un contributo corrispondente al 6,5% del reddito da lavoro (fino alla soglia massima di € 30.000 di reddito tassabile). I minori di 18 anni sono esentati.
- Le assicurazioni possono offrire pacchetti assicurativi a prezzo più alto (+ €100-500), con prestazioni aggiuntive.
- L'assicurato può scegliere tra l'assistenza diretta (nel qual caso utilizzerà le strutture indicate dall'assicurazione) e l'assistenza indiretta (avrà più scelta ma pagherà le prestazioni, con successivo rimborso).
- Se un assistito in un anno non consuma servizi sanitari riceverà un rimborso di € 255 (sono escluse da tale valutazione le visite del medico di famiglia, le cure prenatali e il parto).
- Gli assistiti possono scegliere tra più assicurazioni in competizione tra loro. Alle assicurazioni non è consentito selezionare i pazienti, ovvero rifiutare l'iscrizione per motivi di età o di salute, o per gli stessi motivi aumentare il prezzo della polizza. Per consentire ciò è stato istituito un fondo di compensazione al fine di rimborsare le assicurazioni con livelli di rischio più elevati (*risk equalization scheme*).
- Le assicurazioni competono sul mercato non sul prezzo (stabilito per legge), né sulla tipologia delle prestazioni (definite dal pacchetto standard), ma sulla qualità dei servizi e sulla tempestività della risposta. Le assicurazioni possono, a differenza del passato, scegliere i *provider* e negoziare con essi le caratteristiche dell'assistenza.
- Le assicurazioni offrono anche l'assistenza integrativa; in questo caso le compagnie hanno piena libertà di mercato, anche quella di praticare la selezione dei pazienti sulla base del rischio. Un assicurato può scegliere compagnie differenti per l'assicurazione di base e quella integrativa.
- Gli assistiti possono fare contratti di gruppo con le assicurazioni. I gruppi possono essere per categoria professionale, per associazioni di consumatori, per associazioni di pazienti. Circa il 50% delle polizze sono sottoscritte da gruppi (tra questi i più rappresentati sono quelli per categoria, 85% del totale), con il vantaggio di avere riduzioni del prezzo della polizza e facilitazioni.

I risultati preliminari

Anche se è presto per valutare l'impatto della riforma, alcuni elementi di novità e di criticità già emergono:

- La competizione tra assicuratori ha prodotto una notevole mobilità degli assistiti (circa il 18% di essi ha cambiato assicurazione). Una compagnia assicurativa ha perso in pochi mesi un quarto dei suoi iscritti.
- Si sta assistendo a un rapido riposizionamento del mercato assicurativo con fusioni tra varie compagnie.

- Il nuovo sistema ha aumentato notevolmente il carico di lavoro amministrativo, accompagnato da molte disfunzioni di cui si sono lamentati i *provider*. Per esempio i medici di famiglia hanno difficoltà ad essere pagati quando un assistito passa da una compagnia all'altra.
- Il nuovo sistema – secondo alcuni analisti – remunera i produttori (medici, ospedali, residenze per anziani) più per obiettivi di efficienza, che di qualità²⁴².

4.7. Sistemi universalistici modello Beveridge

Se è vero – come afferma V. Fuchs – che i grandi cambiamenti in campo sanitario sono effetto della politica, questo principio, nei modelli “Beveridge”, vale anche per piccoli cambiamenti. Il modello “Beveridge” infatti è quello che più di ogni altro lascia spazio all'influenza della politica, sia nei momenti “alti” come la scelta delle strategie e la definizione delle priorità, la determinazione delle risorse da assegnare alla sanità e dei meccanismi di finanziamento attraverso la fiscalità generale, che in quelli più “bassi” come la gestione, l'organizzazione e l'erogazione dei servizi. Negli ultimi 20 anni i sistemi Beveridge, al pari di ogni altro tipo di sistema sanitario, sono andati incontro a profonde trasformazioni ma in questo caso ai tradizionali fattori di cambiamento già citati (invecchiamento della popolazione, introduzione di nuove bio-tecnologie, crescenti costi e consumi, pressioni del mercato) se n'è aggiunto uno specifico dei sistemi universalistici targati “Beveridge”: la scarsa *responsiveness*. Questo termine inglese è usato dall'OMS per definire una delle tre missioni dei sistemi sanitari, le altre due essendo, *better health* (migliore salute) e *fair financing* (finanziamento equo); *responsiveness*, non traducibile con una sola parola, è la capacità del sistema di venire *prontamente* incontro ai bisogni, non strettamente sanitari, dei pazienti: dalla tempestività della risposta alla libertà di scelta del luogo di cura, dal rispetto della dignità e della riservatezza alla tutela dell'autonomia.

L'approccio troppo burocratico nei confronti dei pazienti, le lunghe liste di attesa e la bassa qualità di alcuni servizi come strumenti di “razionamento implicito”, la mancanza di comfort nelle strutture sanitarie sono stati per anni (ed in parte ancora lo sono) il tallone d'Achille delle strutture pubbliche all'interno dei sistemi Beveridge. La domanda è: perché in un sistema fortemente permeato dalla politica c'è così poca attenzione ai bisogni immediati, quotidiani degli utenti, che oltretutto sono anche cittadini/elettori? La spiegazione (una delle spiegazioni) sta nei meccanismi della ricerca del consenso dei politici che tendono ad avere un contatto più diretto con una molteplicità di attori coinvolti nella sanità (dipendenti, sindacati, ordini e associazioni professionali, società scientifiche, imprese) che con i cittadini. E alla fine le scelte portano a soddisfare i “bisogni” di chi è “dentro” il sistema sanitario, piuttosto di chi ne dovrebbe usufruire.

C. Ham, uno dei più noti e autorevoli analisti di politica sanitaria, ha descritto i sistemi Beveridge (prima delle riforme) come delle strutture monolitiche divenute nel tempo burocratiche, autoreferenziali e inefficienti, rese asfittiche dalla politica e dominate dallo strapotere delle professioni²⁴³.

Le riforme che hanno coinvolto i sistemi Beveridge (in particolare Gran Bretagna, Svezia, Norvegia, Spagna, Nuova Zelanda e , in parte, anche l'Italia) hanno avuto la caratteristica di creare una netta separazione tra 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), con l'introduzione di dinamiche

²⁴² T. Custers, O.A. Arah, N. S. Klazinga, Is there a business case for quality in The Netherlands? A critical analysis of the recent reforms of health care system, *Health Policy* 82 (2007) 226-239.

²⁴³ C. Ham (Ed), *Health Care Reform, Learning from International Experience*, Open University Press, Norwich, 1998.

“contrattuali” tra il finanziatore/committente (*purchaser*) e il produttore/erogatore (*provider*)²⁴⁴.

Tale separazione ha avuto diversi significati e finalità:

- a) Creare una distanza tra il livello del finanziamento del sistema e della definizione degli obiettivi generali e delle priorità (l’area della politica) e il livello della gestione e della produzione di servizi (l’area del management);
- b) Accrescere le competenze all’interno del sistema attraverso la specializzazione dei ruoli: a) il finanziatore/committente si specializza nella valutazione dei bisogni della comunità e del fabbisogno di volumi di prestazioni necessarie per la soddisfazione di quei bisogni; b) il produttore/erogatore si specializza nella gestione dei servizi e nel raggiungimento di obiettivi di efficienza, appropriatezza e qualità;
- c) Iniettare all’interno del sistema dosi di mercato incentivando la competizione tra produttori, resi “autonomi”;
- d) Spostare il baricentro del “potere” all’interno del sistema dall’area dell’offerta (produttori) a quella della domanda (committenti).

Nella storia delle riforme che hanno interessato il **National Health Service (NHS)** britannico hanno trovato posto tutti e quattro i significati.

Le riforme del NHS

Dalla sua nascita (1948) agli inizi degli anni 90 la struttura del servizio sanitario britannico (*National Health Service – NHS*) è stata “monolitica”: un forte controllo centrale (Ministero della Sanità) sull’organizzazione periferica affidata alle *Health Authority*, che avevano il compito di amministrare ogni aspetto delle attività sanitarie locali, dalla programmazione sanitaria locale alla gestione diretta dei servizi territoriali (*Community care*) e dei medici di famiglia (*General Practitioner*, GP, medici convenzionati come in Italia), degli ospedali e delle residenze assistenziali per anziani (*Nursing Home*).

Alla fine degli anni ottanta in Gran Bretagna il premier conservatore Margaret Thatcher è intenzionato a riformare dalle fondamenta il NHS. Nel 1987 un gruppo d’esperti, guidato da A. Enthoven (teorico della *managed care*), arruolato per l’occasione dagli USA in veste di consulente, si mette al lavoro e confeziona per il Regno Unito un modello simile a quello americano. Ma la proposta non decolla per l’ostilità dello stesso partito conservatore (un sondaggio tra gli elettori *Tory* rileva che il 70% non vuole rinunciare al *National Health Service* e non accetta lo smantellamento del sistema di *welfare* che esso garantisce). M. Thatcher, pur dovendo fare a meno della consulenza dell’economista americano e del modello da lui proposto, non rinuncia tuttavia all’idea di introdurre nel sistema sanitario britannico elementi di mercato e realizza nel 1991 una riforma che - mantenendo inalterati i principi fondanti del modello Beveridge - separa nettamente le funzioni d’acquisto/committenza di servizi da quelle di produzione degli stessi. Le prime sono assegnate alle *Health Authority* che diventano acquirenti (*purchaser*), le seconde ai *Trusts* (ospedali, ma anche aziende che erogano servizi territoriali) che diventano produttori-erogatori (*provider*). Ai *Trusts* viene riconosciuta una completa autonomia gestionale. Il rationale della riforma è quello di creare la competizione tra i produttori, una competizione tutta interna al NHS, di qui il nome di *internal market* (o *quasi-market*), assegnato alla formula. Ma con la riforma del 1991 vengono gettati i semi per una competizione anche nel versante degli acquirenti: infatti, con l’istituzione del *fundholding*, una formula che consente anche ai medici di famiglia di acquistare prestazioni dai *Trusts*,

²⁴⁴ G. Maciocco, *Committenti e produttori di servizi in sanità*, Prospettive sociali e sanitarie, n.11, 2001, pp.1-8.

si vengono a creare due soggetti nel versante della committenza, potenzialmente in competizione²⁴⁵.

Fin dall'inizio la riforma Thatcher fu fortemente osteggiata dai laburisti: il timore principale era che ci fosse una *hidden agenda*²⁴⁶, un disegno nascosto per privatizzare progressivamente l'intero sistema e – in conclusione – per smantellare i principi su cui si basava il *National Health Service*. Nella campagna elettorale del 1997, per l'elezione del premier e il rinnovo del parlamento, la questione "sanità" rappresentò uno dei temi centrali del dibattito politico. Il *Labour* pubblicò un "libro bianco"²⁴⁷ in cui si criticava l'introduzione di meccanismi commerciali di mercato all'interno del servizio pubblico, l'exasperata competizione tra i vari attori del sistema, la perdita di una guida nazionale nel governo della sanità. Di tutto l'impianto scaturito dalla riforma del 1991 i laburisti salvano solo la separazione tra committenti e produttori, all'interno però di una cornice di programmazione e collaborazione. Dopo la vittoria elettorale dei laburisti, uno dei primi atti del governo Blair fu quello di riformare la riforma Thatcher. Nel programma di riassetto del sistema sanitario al capitolo "Mantenere ciò che ha funzionato" è compresa la distinzione tra committenti e produttori: *"Il governo manterrà la separazione tra la pianificazione dell'assistenza ospedaliera e la sua offerta. Questa è la via migliore nella direzione del miglioramento della salute e della risposta ai bisogni sanitari della comunità. Dando più potere ai medici locali, agli infermieri e alle Health Authority nella pianificazione dei servizi sarà possibile costruire un sistema sanitario locale più sensibile ai bisogni dei pazienti. Gli ospedali e le altre agenzie fornitrici di servizi avranno anch'essi un ruolo nella pianificazione, ma il loro compito principale sarà quello di soddisfare i bisogni dei pazienti attraverso l'organizzazione di servizi facilmente accessibili e di alta qualità"*²⁴⁸.

Il governo Blair, con la riforma entrata in vigore nel 1999, abolisce il *fundholding*, ma è deciso a recuperare di quell'esperienza gli aspetti più positivi ed in particolare il migliorato assetto organizzativo dei gruppi dei medici di famiglia e la loro capacità di contrattazione con gli ospedali. L'associazionismo medico viene quindi rafforzato con l'istituzione dei *Primary Care Group* (Gruppi per l'Assistenza Primaria), il nuovo modello di gestione dell'assistenza sanitaria di base e di rappresentanza/partecipazione dei medici di famiglia. La dimensione territoriale dei gruppi è di 100 mila abitanti. Ai gruppi partecipano obbligatoriamente tutti i medici di famiglia, il personale infermieristico e altro personale operante nel settore delle cure primarie. Ogni gruppo è dotato di un organo di gestione che risponde all' *Health Authority*; di esso fanno parte, oltre ai medici di famiglia, anche rappresentanti delle autorità locali e dei servizi sociali.

Nel 2001 si verifica un'ulteriore svolta nell'assetto del NHS, le cui principali caratteristiche sono le seguenti:

1. Le *Health Authority* vengono drasticamente ridotte di numero (da 95 a 28, con un bacino di utenza di popolazione intorno al milione e mezzo di abitanti). Il loro nome si arricchisce di un aggettivo: *Strategic (Health Authority)*, a significare il nuovo ruolo – "strategico" appunto – all'interno del NHS. Le funzioni della rinnovata struttura sono la programmazione strategica dell'area di competenza e la valutazione della *performance* dell'organizzazione sanitaria territoriale e ospedaliera.
2. I *Primary Care Group* si trasformano in *Primary Care Trust* (PCT). La loro funzione è quella di gestire, con un proprio budget, tutti i servizi territoriali (medici di famiglia, servizi infermieristici e di riabilitazione, attività odontoiatriche, etc.) e di svolgere attività di committenza e di acquisto nei confronti degli ospedali. Attraverso l'assegnazione

²⁴⁵ Maciocco G., Heywood P., Passerini G., Stefanini A., *La medicina generale in Europa*, in Geddes M., *Rapporto sulla salute in Europa*, Ediesse, Roma 1995, pagg. 137-174.

²⁴⁶ C. Ham, *Management and competition in the new NHS*, Radcliffe Medical Press, 1994, p. 9.

²⁴⁷ Labour, *Renewing the NHS, Labour's agenda for a healthier Britain*, 1996.

²⁴⁸ Secretary of State for Health, *The New NHS, Modern – Dependable*, HMSO, 1997.

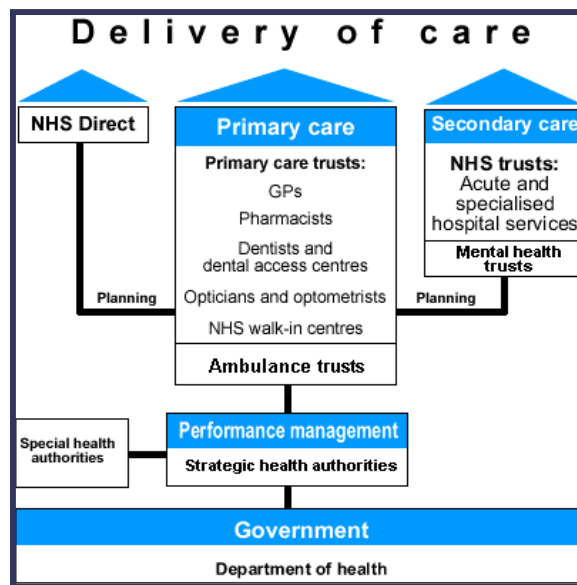
della quota capitaria gestiscono non meno del 75% dell'intero budget della sanità. La dimensione di popolazione del PCT è di 100.000-350.000 abitanti. E' previsto che i PCT possano gestire anche i servizi sociali delle municipalità; l'associazione tra autorità sanitarie e autorità locali nella gestione comune dei servizi è volontaria e dà vita a una forma evoluta di PCT (*Care Trust*).

3. Gli ospedali (*NHS Trust*) mantengono la loro autonomia, come produttori di servizi di assistenza secondaria e specialistica.

Il rationale di questa riforma, il cui titolo è "*Shifting the balance of the power*" ("Spostare gli equilibri del potere"), è quello di dare più forza e più potere alle strutture di cure primarie (*Primary Care Trust*) cui vengono assegnate quasi per intero le risorse per la gestione dei servizi sanitari e attribuita quindi la funzione di committenza nei confronti degli ospedali.

La nuova architettura del NHS è rappresentata dalla **Figura 9**.

Figura 9. L'architettura del NHS (Riforma del 2001)



Nei primi quattro anni di governo laburista la politica sanitaria si era basata su parole d'ordine come: **centralizzazione, pianificazione, collaborazione**. Non si trattava di un integrale ritorno al passato (qualche parte importante della riforma Thatcher del 1991 veniva mantenuta, come la separazione tra committenti e produttori), ma certamente si riaffermava con forza il primato del governo centrale e del settore pubblico.

Ma **dal 2002 la direzione di marcia del governo cambia radicalmente**. Due anni prima, nel febbraio del 2000, una banale epidemia influenzale aveva messo in ginocchio l'intero sistema sanitario inglese. I letti di terapia intensiva erano stati occupati da anziani con insufficienza respiratoria da polmonite influenzale e di conseguenza la chirurgia di elezione veniva sospesa, suscitando un'ondata di proteste in tutto il paese, amplificate da stampa e TV. Lo scandalo era che pazienti che avevano atteso 12-18 mesi vedevano rinviato un intervento di protesi d'anca, di cataratta e di prostata di altri *n* mesi. Blair interviene in prima persona, ammettendo che il NHS è da anni sottofinanziato, quasi il fanalino di coda dei paesi dell'Unione Europea, e prendendo l'impegno di portare la spesa sanitaria nazionale ai livelli della media europea nell'arco di pochi anni. La "modernizzazione" del NHS, il miglioramento della qualità dei servizi e la riduzione delle liste di attesa diventano gli obiettivi prioritari del governo britannico. E infatti negli anni

successivi il budget per la sanità registra incrementi mai visti (+ 43% dal 2002 al 2006²⁴⁹) e già nel 2004 la spesa sanitaria del NHS si allinea alla media dei paesi dell'EU. Blair si convince però che – come scriverà qualche anno dopo il BMJ ²⁵⁰ – solo in un contesto competitivo, di mercato, sul versante dell'offerta (confermando, ovviamente, il finanziamento del sistema basato sulla fiscalità generale) si possono raggiungere gli obiettivi di innovazione e di miglioramento e soprattutto di taglio delle liste di attesa. Dal 2002, dunque, le precedenti parole d'ordine lasciano il passo ad altre di segno opposto quali: **devoluzione, competizione, mercato**. Con ciò il governo britannico sembra intraprendere la strada che vedrà progressivamente il NHS diventare l'assicuratore che – sulla base dei fondi raccolti attraverso la fiscalità generale - fornisce le risorse necessarie per il funzionamento del sistema, ma dove ci sarà una gamma pluralistica di offerta in cui il settore privato potrebbe diventare predominante²⁵¹.

Nuove parole d'ordine che si traducono in alcune fondamentali riforme finalizzate a:

- a) Diversificare e aumentare l'offerta di servizi, con l'ingresso di soggetti privati sia nell'erogazione di prestazioni che nel governo degli ospedali;
- b) Espandere la libertà di scelta degli utenti, mettendo in competizione i produttori, anche attraverso nuovi sistemi di finanziamento delle strutture;
- c) Dare più forza ai servizi di cure primarie assegnandogli dirette funzioni di committenza nei confronti dei servizi specialistici e ospedalieri²⁵².

Riforme sintetizzabili nei seguenti punti:

1. **Istituzione delle Fondazioni Ospedaliere (*Foundation Trust*)**. Gli ospedali – già resi “autonomi” dalla riforma Thatcher, e rimasti tali anche successivamente – possono diventare Fondazioni, incorporando al proprio interno nuovi soggetti, quali i rappresentanti del governo locale, dell'università e dei dipendenti, ma anche soggetti privati. E infatti le Fondazioni possono acquisire fondi pubblici, ma anche capitali privati, possono fare utili e investirli. Alle Fondazioni viene assegnata una pressochè totale autonomia amministrativa e gestionale e riconosciuta una sostanziale indipendenza dal governo centrale. Attualmente sono circa 70 gli ospedali divenuti Fondazioni; ne sono previste 100 alla fine del 2007. Dal 2008 tendenzialmente tutte le strutture ospedaliere dovrebbero essere coinvolte in questo processo.
2. **Istituzione di strutture ad hoc per chirurgia di elezione e indagini diagnostiche (*Treatment Centres*)**. Sono strutture – pubbliche e private - nate per ridurre drasticamente le liste di attesa in alcuni settori della chirurgia di elezione (prevalentemente ortopedica e oculistica) e della diagnostica per immagini (soprattutto risonanza magnetica). Il settore privato – incentivato dal governo con tariffe vantaggiose - in breve tempo ha allestito circa 20 Independent Sector Treatment Centres. I Treatment Centres attualmente effettuano il 15% di tutta la chirurgia di elezione e il 5% dei servizi diagnostici.
3. **Libertà di scelta dei pazienti e riduzione delle liste di attesa**. Dal 2006 ai pazienti è garantita la libertà di scelta tra 4-5 ospedali locali, e tutti i Foundation Hospital e Treatment Centres. Dal 2008 non ci saranno limiti nella scelta della struttura pubblica o privata, purchè accreditata e alle tariffe del servizio sanitario nazionale. Il nuovo piano sanitario nazionale inoltre prevede un tempo di attesa

²⁴⁹ A. Green, D. Ross, T. Mirzoev, Primary Health Care and England: The coming of age of Alma Ata? Health Policy 80 (2007) 11-31.

²⁵⁰ P. Toynbee, NHS: the Blair years, BMJ 2007; 334:1030-31.

²⁵¹ C. Ham, Does the district general hospital have a future?, BMJ 2005; 331: 1331-3.

²⁵² NHS. The NHS in England: the operating framework for 2007/08. Department of Health. December 2006.

massimo di 18 settimane tra la richiesta del medico curante e l'inizio di un trattamento specialistico.

4. **Nuovo sistema di finanziamento: pagamento per risultato (*Payment by results – PBR*).** E' stato superato il tradizionale sistema di finanziamento degli ospedali basato sul "budget globale" con l'adozione dei DRGs, già in uso in molti paesi. Ciò dovrebbe stimolare la competizione tra ospedali in termini di qualità ed efficienza e dovrebbe facilitare la scelta degli utenti.
5. **L'attività di committenza affidata ai gruppi di medici di famiglia (*Practice Based Commissioning - PBC*).** L'85% del finanziamento a quota capitaria viene assegnato ai *Primary Care Trust* (PCT), le aziende territoriali che gestiscono direttamente cure primarie e servizi di base e pagano le prestazioni specialistiche (ambulatoriali e in regime di degenza) erogate dalle aziende ospedaliere. Con l'introduzione del PBC saranno i medici di famiglia associati (*practice*), in collaborazione con gli amministratori del PCT, a definire priorità e fabbisogno di prestazioni nei confronti del settore specialistico, ovvero degli ospedali (*commissioning*). I medici di famiglia saranno incentivati a gestire la domanda offrendo ai propri pazienti soluzioni alternative all'ospedale. Si prevede ad esempio che 15 milioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali all'anno, circa un terzo del totale, attualmente effettuate in ospedale possano essere erogate all'interno degli studi dei medici di famiglia. Altra soluzione alternativa sono gli ospedali di comunità (***community hospital***); attualmente ne esistono 350 e il nuovo piano sanitario prevede lo sviluppo di una nuova generazione di queste strutture, finalizzate a garantire un'assistenza integrata soprattutto ai pazienti anziani^{253 254}.

Le diseguaglianze nella salute. Gli inglesi dovrebbero essere i maggiori esperti di manutenzione del modello Beveridge. In effetti si deve a un gruppo di epidemiologi inglesi la scoperta che un sistema, come il NHS, nato per assicurare il massimo di equità nella salute e nell'accesso all'assistenza sanitaria, non era immune da situazioni di gravi diseguaglianze tra le diverse classi sociali, sia nei livelli di mortalità (per quasi tutte le cause di morte), che nella disponibilità e nell'uso di servizi sanitari e sociali. Era il 1980 e il **Black Report** (dal primo autore del rapporto, Sir Douglas Black), un documento dedicato alle **diseguaglianze nella salute** nel Regno Unito, suscitò un enorme interesse tra il pubblico, divenendo persino un *best seller*²⁵⁵, ma non altrettanta attenzione da parte del governo di allora (il governo conservatore della signora Thatcher, da poco insediato). Un secondo rapporto, questa volta commissionato dal governo laburista appena tornato al potere nel 1997, viene prodotto nel 1998 con lo stesso titolo, *Le diseguaglianze nella salute*²⁵⁶. Il rapporto – *Acheson Report* - rileva che le diseguaglianze nella salute tra i differenti gruppi sociali si sono ulteriormente dilatate ed enumera una serie di raccomandazioni per affrontare adeguatamente il problema.

Nel 2002 viene definito il programma nazionale di lotta contro le diseguaglianze nella salute che viene avviato nell'anno successivo col titolo: "***Tackling Health Inequalities: A programme for action***". Il programma si compone di una serie di obiettivi, con relativi indicatori che correlano la frequenza di un fenomeno (mortalità per malattie cardiovascolari e per tumori, mortalità infantile, gravidanze nelle adolescenti,

²⁵³ NHS. Practice based commissioning. Department of Health. November 2006.

²⁵⁴ NHS. Our health, our care, our community: investing in the future of community hospitals and services. Department of health. July 2006.

²⁵⁵ P. Townsend, N. Davidson (Ed.), *The Black Report, Inequalities in Health*, Penguin Books, London, 1982.

²⁵⁶ D. Acheson, *Inequalities in Health*, London, The Stationery Office, 1998.

incidenti stradali, consumo di frutta e verdure, attività fisica, etc.) con l'appartenenza a una classe sociale o a differenti aree geografiche. Nel 2005 è stato pubblicato il primo resoconto del programma²⁵⁷.

Quale posto in classifica per l'Italia?

La **Tabella 8** contiene una serie di indicatori di sistema sanitario riferiti a un gruppo di 17 paesi industrializzati (dati OCSE riferiti al 2005). Riguardo alla **spesa sanitaria totale** (come % del PIL) l'Italia occupa, con l'8,9%, una posizione medio-bassa, sopravanzata nettamente non solo dagli USA, ma anche dai più costosi sistemi Bismarck (Svizzera: 11,6%; Francia: 11,1%; Germania: 10,7%; Belgio: 10,3%; Austria: 10,2%; Olanda: 9,2%) e anche da Svezia, Danimarca, Grecia e Portogallo; più sotto dell'Italia stanno Regno Unito (8,3%), Giappone, Spagna, Irlanda e Finlandia. Riguardo alla **spesa sanitaria pubblica** (come % del PIL) l'Italia con il 6,8% scavalca la Grecia (4,3%), ma viene scavalcata dal Regno Unito (7,1%).

Tabella 8. Paesi selezionati dell'OCSE. Indicatori di spesa, struttura e processo.

| | Spesa sanitaria totale come % del PIL | Spesa sanitaria pubblica come % del PIL | Spesa sanitaria pubblica come % della spesa sanitaria totale | N. Posti letto per Acuti x 1.000 abitanti | N. giorni di durata media della degenza (cure x acuti) | N. interventi di trapianto di rene x 100.000 abitanti | Influenza. Copertura vaccinale % popol. 65+ | Appar. risonanza magnetica x 1 milione di abitanti | Medici x 1000 abitanti | Infer. x 1000 abitanti | N. pazienti assistiti a domicilio x 100 anziani residenti# |
|---------------|---------------------------------------|---|--|---|--|---|---|--|------------------------|------------------------|--|
| Austria | 10,2 | 7,7 | 75,7 | 6,1 | 5,9 | 5,0 | ND | 16,3 | 3,5 | 9,4 | 19,3 |
| Belgio | 10,3 | 7,4 | 72,3 | 4,4 | 7,1* | ND | 59,6 | 6,6 | 4,0 | 6,1 | 7,5 |
| Danimarca | 9,1 | 7,7 | 84,1 | 3,1* | 3,5 | 3,0 | 55,3 | 10,2* | 3,6* | 7,7* | 21,5 |
| Finlandia | 7,5 | 5,9 | 77,8 | 2,9 | 4,8 | 3,2 | 52,0 | 14,7 | 2,4 | 7,6* | 6,9 |
| Francia | 11,1 | 8,9 | 79,8 | 3,7 | 5,4 | 4,02 | 68,0 | 4,7 | 3,4 | 7,7 | 4,4 |
| Germania | 10,7 | 8,2 | 76,9 | 6,4 | 8,6 | 3,3 | 63,0 | 7,1 | 3,4 | 9,7 | 6,2 |
| Grecia | 10,1 | 4,3 | 42,8 | 3,8 | ND | 2,1 | ND | 13,2 | 4,9* | 3,8* | 0,5 |
| Irlanda | 7,5 | 5,7 | 78,0 | 2,8 | 6,6 | 3,7* | 63,0 | ND | 2,8 | 15,2 | ND |
| Italia | 8,9 | 6,8 | 76,6 | 3,3 | 6,8* | 2,9 | 68,3 | 15,2 | 3,8 | 7,0 | 4,1 |
| Olanda | 9,2* | ND | ND | 3,1 | 6,8 | 3,8* | 77,0 | 5,6 | 3,7 | 14,5 | ND |
| Portogallo | 10,2 | 7,4 | 72,7 | 3,0 | 7,1 | 3,6 | 41,6 | ND | 3,4 | 4,6 | ND |
| Spagna | 8,2 | 5,9 | 71,4 | 2,6* | 6,7* | 5,1 | 70,1 | 8,1 | 3,8 | 7,4 | 2,1 |
| Svezia | 9,1 | 7,7 | 84,6 | 2,2 | 4,6 | ND | ND | ND | 3,4* | 10,6* | 9,3 |
| Regno Unito | 8,3 | 7,2 | 87,1 | 3,1 | 6,1 | 3,1 | 75,0 | 5,4 | 2,4 | 9,1 | 6,9 |
| Svizzera | 11,6 | 6,9 | 59,7 | 2,7 | 8,5 | 3,4* | 54,0 | 14,4 | 3,8 | 14,1* | 9,4 |
| Giappone | 8,0* | 6,6* | 81,7* | 8,2 | 19,8 | 0,8 | 48,0* | 40,1 | 2,0* | 9,0 | 8,4 |
| Canada | 9,8 | 6,9 | 70,3 | 2,9* | 7,3* | 3,2 | 66,5 | 5,5 | 2,2 | 10,0 | ND |
| Stati Uniti | 15,3 | 6,9 | 45,1 | 2,7 | 5,6 | 5,6 | 64,6 | 26,6* | 2,4 | ND | ND |

Fonte: OECD Database 2007. Dati del 2005. * Dati del 2004; # Dati da fonti varie, vedi Rif. Bibl. 253.

Su una serie di **indicatori di struttura e di processo** (posti letto x 1000 abitanti; durata media della degenza; interventi per trapianto di rene x 100.000 ab.; copertura della vaccinazione anti-influenzale tra gli anziani) l'Italia occupa posizioni mediane. L'Italia è nelle prime posizioni per il numero di **medici per abitanti**, 3,8 x 1000; posizioni di vertice anche nella classifica degli **impianti di risonanza magnetica** per abitanti con 15, 2 impianti per 1 milione di abitanti, contro i 4,7, 7,1 e 5,4 per 1 milione di abitanti rispettivamente di Francia, Germania e Regno Unito.

L'Italia è invece in fondo alla graduatoria per il numero di **infermieri per abitanti**, 7 x 1000, rispetto ai 15,0 dell'Irlanda, 14,2 dell'Olanda, 10,3 di Svezia, 9,6 di Germania e

²⁵⁷ Department of Health, Tackling Health Inequalities: Status Report on the programme for action, August 2005.

9,2 di Regno Unito. Poiché determinati standard ospedalieri devono essere rispettati, va da sé che il deficit di personale infermieristico va in larga parte a detrimento dell'assistenza territoriale; ed infatti i livelli di **assistenza infermieristica domiciliare** erogata dal settore pubblico sono in Italia estremamente ridotti, coprendo solo il 2,9% della popolazione anziana (rispetto a un fabbisogno stimato dell'11-20%); livelli ridotti e assolutamente disomogenei tra diverse regioni, con una spesa pro-capite per residente per questo tipo di assistenza che varia dai 56,1 € del Friuli V.G. all' 1,5 € della Campania. Inoltre dal 2001 il numero di ore di assistenza domiciliare (Adi) per assistito è progressivamente diminuito. Il confronto internazionale, con un dato che include nell'assistenza domiciliare anche l'assistenza domestica, conferma la posizione di fondo dell'Italia²⁵⁸. Questi dati testimoniano della povertà di risorse e dell'arretratezza dei modelli assistenziali non solo nell'assistenza agli anziani, ma nel più complesso **sistema dei servizi territoriali e delle cure primarie**.

Nella **Tabella 9** sono riportati i dati relativi alla **sopravvivenza a 5 anni per tumori maligni** in paesi europei e USA. L'Italia sia riguardo ai tumori maligni più comuni, che complessivamente in tutti i tumori, presenta dati di sopravvivenza nettamente superiori alla media, e in alcuni casi (come la sopravvivenza delle donne, in tutti i tumori) si colloca nelle posizioni di testa²⁵⁹.

Tabella 9. Sopravvivenza a 5 anni dei più comuni tumori maligni (polmone, mammella e colon-retto) e di tutti i tumori maligni (uomini e donne). Paesi europei selezionati e USA. Anni 2000-02. Studio Eurocare-4. Fonte: Rif. Bibl. N. 259.

| | K. Polmone | K. Mammella | K. Colon-retto | Tutti i tumori maligni. Uomini | Tutti i tumori maligni. Donne |
|-----------------------|-------------|-------------|----------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Finlandia | 9,2 | 85,7 | 59,4 | 55,9 | 61,4 |
| Norvegia | 11,2 | 84,1 | 59,5 | 53,0 | 58,4 |
| Svezia | 13,9 | 86,3 | 59,8 | 60,3 | 61,7 |
| Inghilterra | 8,4 | 77,8 | 51,8 | 44,8 | 52,7 |
| Irlanda | 10,9 | 76,2 | 54,3 | 48,1 | 51,9 |
| Austria | 14,1 | 81,4 | 59,3 | 55,4 | 58,0 |
| Belgio | 16,3 | 79,9 | 60,7 | 53,2 | 61,6 |
| Francia | NA | NA | 59,9 | NA | NA |
| Germania | 14,7 | 78,2 | 61,2 | 50,0 | 58,8 |
| Olanda | 12,9 | 83,1 | 58,5 | 47,1 | 58,3 |
| Svizzera | 15,3 | 84,5 | 63,8 | 54,6 | 61,1 |
| Repubblica Ceca | NA | 68,9 | 45,2 | 37,3 | 49,3 |
| Polonia | 14,0 | 73,9 | 46,0 | 38,8 | 48,3 |
| Italia | 13,4 | 83,7 | 59,4 | 49,8 | 59,7 |
| Slovenia | 9,9 | 75,3 | 50,5 | 36,6 | 52,9 |
| Spagna | 12,2 | 82,8 | 61,5 | 49,5 | 59,0 |
| Media Eurocare | 10,9 | 79,0 | 56,2 | 47,3 | 55,8 |
| USA | 15,7 | 90,1 | 65,5 | 66,3 | 62,9 |

²⁵⁸ F. Pesaresi, Le cure domiciliari per anziani in Italia, Prospettive sociali e sanitarie 2007; N. 15, 1-6.

²⁵⁹ A. Verdecchia et al., Recent Cancer Survival in Europe: a 2000-2002 period analysis of EURO CARE-4 data, Lancet Oncology, Volume 8, Issue 9, September 2007, pages 784-796

Nella stagione delle grandi trasformazioni dei sistemi sanitari l'Italia ha avuto due riforme di segno molto diverso.

- a) **L'aziendalizzazione** (D. lgs. 502/92 e 517/93) ha avuto l'indubbio merito di aver mitigato (almeno nei primi anni) la pervasività della politica e di aver cercato di conseguire – con alterni risultati - una combinazione soddisfacente di finalità in parte contrastanti: efficacia e qualità, efficienza e contenimento dei costi, equità, libertà di scelta²⁶⁰.
- b) **La regionalizzazione** (introdotta con la legge di riforma del titolo V della Costituzione del 2001) ha invece avuto effetti deleteri, perché - perdendosi quell'equilibrio tra poteri centrali e poteri regionali cui era pervenuta la cosiddetta riforma ter (D. lgs 229/99) - ha favorito il ritorno in grande stile della politica nell'area della gestione e bloccato ogni disegno di rinnovamento generale del sistema (i due eventi non sono affatto scollegati). Inoltre, come rileva il Rapporto Osservasalute, "la progressiva devoluzione delle competenze del Servizio Sanitario Nazionale ha favorito lo sviluppo di modelli istituzionali o organizzativi molto differenti tra regioni italiane con soluzioni molto differenziate, tra realtà e realtà, che rendono sempre più difficoltoso un sistematico confronto tra i modelli e i loro conseguenti risultati"²⁶¹. Ed infatti se innovazione c'è stata essa ha riguardato l'architettura delle istituzioni regionali, con gli effetti di cui sopra, senza sostanzialmente incidere sull'adeguamento dei modelli organizzativi e assistenziali ai bisogni della popolazione, in altre parole ci si è interessati molto più dei "contenitori", che dei "contenuti".

Anche per questo motivo la popolazione italiana non ha la percezione di vivere nel secondo sistema sanitario migliore al mondo (dopo la Francia), secondo una (molto discussa²⁶²) **classifica pubblicata dall'OMS** nel *World Health Report* del 2000 (su dati del 1997)²⁶³. Infatti – secondo una recente ricerca dell'Istat²⁶⁴ - **solo un terzo** della popolazione italiana è **soddisfatto** del Servizio Sanitario Pubblico, il 43,4% dà una valutazione intermedia, il 17,2% esprime insoddisfazione. I soddisfatti sono coloro che hanno dato un punteggio da 7 a 10, mentre gli insoddisfatti un punteggio da 1 a 4. Tra coloro che hanno dato un punteggio intermedio, il 26,2% ha assegnato 6 e il 17,2% ha attribuito 5. La ricerca ha evidenziato grandi differenze tra regioni: Calabria, Puglia e Sicilia le aree con i giudizi più negativi; Bolzano, Valle d'Aosta, la provincia di Trento e Emilia-Romagna quelle con il maggiore livello di soddisfazione (**Figura 10**).

²⁶⁰ E. Anessi Pessina, E. Cantù, L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2002, Cergas, Egea.

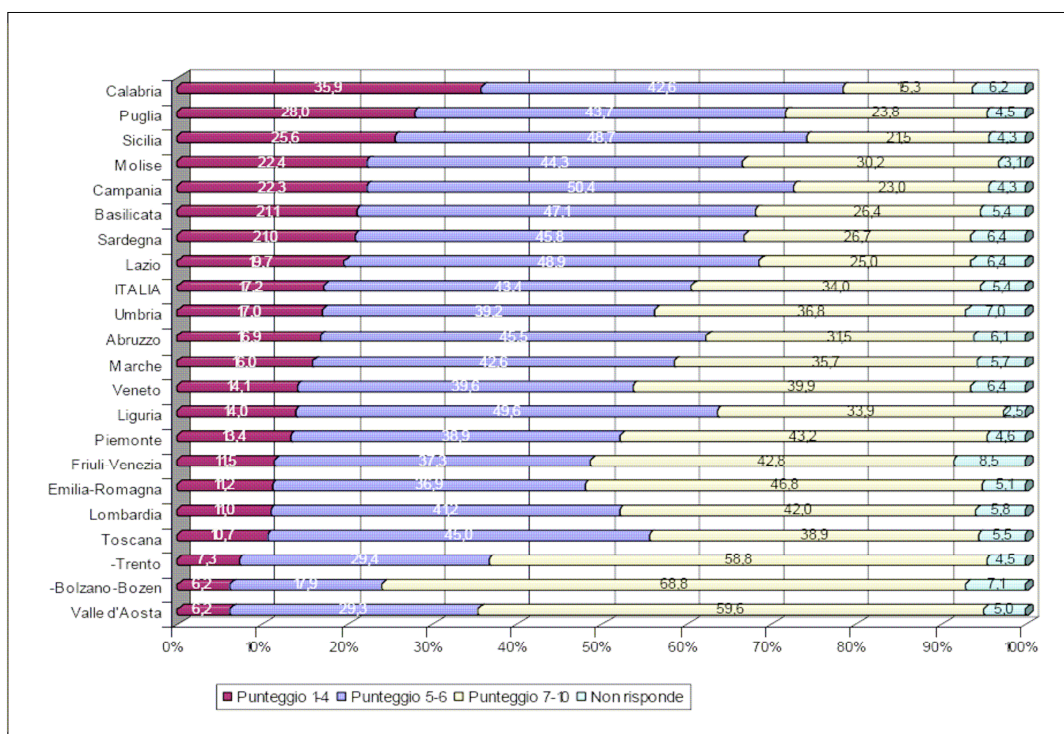
²⁶¹ Università Cattolica del Sacro Cuore, Rapporto Osservasalute 2006, Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane.

²⁶² R. J. Blendon, M. Kim, J.M. Benson, The public versus the World Health Organization on health system performance, *Health Affairs* 2001, Vol. 20, N. 3.

²⁶³ WHO, *World Health Report 2000*, Health Systems: Improving Performance, Geneva, 2000

²⁶⁴ ISTAT, Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari, Indagine Multiscopo 2005.

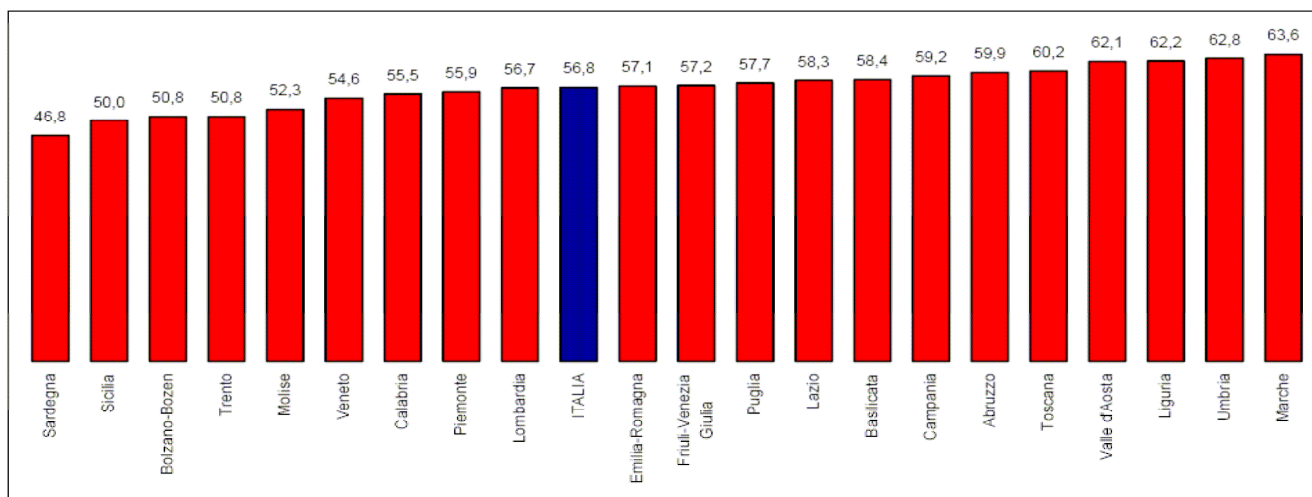
Figura 10. Giudizio sul Servizio Sanitario Regionale- anno 2005 (per 100 persone della stessa regione- tassi standardizzati) Fonte: Rif. Bibl.258



Alla richiesta se vi siano sostanziali cambiamenti nel Servizio Sanitario Pubblico è molto maggiore la quota di coloro che ritengono che questo stia peggiorando (28,0%) rispetto a coloro che ritengono che stia migliorando (11,6%).

La ricerca ha rilevato inoltre che il **57%** delle visite specialistiche è **pagato interamente** dalle famiglie. Se non si considerano le visite odontoiatriche si arriva al 48%. Marche e Umbria si distinguono per le quote più alte di visite a pagamento; le più basse percentuali si registrano in Sardegna e Sicilia (**Figura 11**).

Figura 11 Quota di visite specialistiche a pagamento intero effettuate nelle quattro settimane precedenti l'intervista per regione- Anno 2005 (tassi standardizzati) Fonte: Rif. Bibl. 258



E' elevata la quota di persone di status sociale basso (46,8%) che si fanno interamente carico della spesa. "Ciò indica – conclude il rapporto dell'Istat – una difficoltà da parte del Sistema sanitario di dare risposte adeguate ai cittadini". Ma l'elemento di persistente criticità del Sistema sanitario nazionale è la **responsiveness**, di cui abbiamo accennato all'inizio di questo capitolo. Una ricerca effettuata nel 2001 in 16 paesi dell'OCSE ha esplorato l'esperienza dei pazienti entrati in contatto con i servizi sanitari ed è stata pubblicata su un voluminoso rapporto dell'OMS, dedicato proprio all'analisi e alla discussione della citata classifica del 2000²⁶⁵. L'indagine è stata effettuata in ognuno dei 16 paesi su un campione di soggetti che negli ultimi dodici mesi erano entrati in contatto con i servizi sanitari sia come pazienti ambulatoriali che come pazienti ricoverati. La **responsiveness** è stata valutata nei seguenti molteplici aspetti: la tempestività nella risposta al bisogno (es: tempo di attesa, comportamento di medici e infermieri), il rispetto della dignità e della riservatezza, la comunicazione (es: le relazioni con persone di lingua diversa), il rispetto dell'autonomia (es: richiesta del consenso), libertà di scelta, comfort ambientale e supporto personale (es: orario dei pasti e scelta del cibo, libero accesso dei familiari, assistenza religiosa). Questa la conclusione dell'articolo: "I paesi che hanno registrato sistematicamente i risultati più bassi sono stati Grecia, Italia e Portogallo. I migliori risultati per le attività ambulatoriali sono stati ottenuti da Irlanda, Nuova Zelanda e USA. (...) e quelli per i ricoveri ospedalieri sono stati ottenuti da Lussemburgo, Nuova Zelanda, Svezia, Regno Unito e USA".

Il sistema sanitario italiano probabilmente non è il vice-campione nel mondo (ammesso che sia possibile compilare classifiche del genere), ma non è neppure – anche sulla base dei risultati di salute, ottimi in molti settori – un sistema decisamente mediocre o da zona retrocessione, come appare alla maggioranza degli italiani.

Il motivo di questa disaffezione trova le sue radici (a parte le condizioni di degrado che si ritrovano in alcune aree del Sud) in due fondamentali ragioni: a) il deficit di **responsiveness**, di attenzione ai bisogni personali e quotidiani dei pazienti, che spesso accompagna il loro contatto con i servizi sanitari; b) il fatto che alcune aree dell'assistenza sanitaria siano percepite (e in realtà lo sono davvero) come estranee all'interesse e alla gestione del servizio sanitario pubblico: non solo l'assistenza odontoiatrica, ma anche una larga parte dell'assistenza specialistica ambulatoriale e quasi tutta l'assistenza domiciliare (e in parte residenziale) agli anziani, che ricade alla fine sulle spalle delle famiglie.

CONCLUSIONI

Più di una volta abbiamo citato il documento del Fondo Monetario Internazionale, scritto da William Hsiao e Peter S. Heller, un *working paper* dal titolo "*What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy?*" ("Cosa dovrebbero sapere i macroeconomisti sulla politica sanitaria?")²⁶⁶. E' un documento denso di concetti e di informazioni (e qualche deformazione, come quella su Cuba), indubbiamente utile anche per chi non appartiene al club dei macroeconomisti. Alcune pagine sono dedicate a enunciare principi o a sfatare miti. Ad esempio, il primo mito che deve essere sfatato è

²⁶⁵ N.B. Valentine et al, Patient experiences with health services: population survey from 16 OECD countries, in C. J. Murray, D. B. Evans (eds), Health System Performance Assessment. Debates, Methods, and Empiricism. WHO. Geneva. 2003.

²⁶⁶ W. Hsiao, P.S. Heller, What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy, IMF Working Paper, WP/07/13, January 2007.

che i sistemi universalistici - Bismarck o Beveridge - restringano la libertà di scelta del paziente, mentre quelli basati sulle assicurazioni sanitarie private la dilatino: errore, basta confrontare il sistema tedesco (massima libertà) con quello americano (scelta molto limitata). Sono cinque i principi fondamentali che – secondo Hsiao e Heller - i macroeconomisti dovrebbero apprendere. Il primo è il seguente:

“L’equità diventa una fondamentale questione quando le persone hanno bisogno dell’assistenza sanitaria essenziale per preservare la vita o trovare sollievo dal dolore e dalla sofferenza. Senza assicurazione le spese sanitarie possono essere la causa primaria del precipitare nella povertà. Per questo motivo l’assistenza sanitaria essenziale e la protezione dal rischio devono essere equamente distribuiti e i prezzi non devono essere usati come mezzo per razionare l’assistenza. Tutto ciò comporta un *trade-off* – uno scambio, una concessione reciproca, un compromesso - tra equità ed efficienza. I valori sociali della società e la filosofia politica diranno come un paese affronta questo *trade-off*.”

Statisti conservatori come Bismarck e Churchill avevano appreso perfettamente (anche in senso utilitaristico) l’importanza del *trade-off* tra efficienza ed equità, tra mercato e protezione sociale. I neo-conservatori dagli anni Ottanta del secolo scorso hanno invece imposto su scala globale una “filosofia politica” che rinnega questo compromesso.

Questa “filosofia politica” è principalmente responsabile di due situazioni “globali”:

- a) La condizione di intrappolamento in cui si trovano le popolazioni di 43 paesi a basso reddito, cosiddetti “fragili” – pari a 871 milioni di abitanti - esposti praticamente senza difese agli shock delle malattie, delle privazioni materiali, dell’instabilità politica, o della guerra. Da queste sfortunate popolazioni originano in larghissima parte i 10 milioni di morti tra i bambini al di sotto dei 5 anni, i 550 mila decessi tra le donne a causa della gravidanza e del parto, i 3 milioni di morti per Aids. Per non parlare di malaria, di tubercolosi e altre malattie che solo in quei paesi raggiungono così alti livelli di morbilità e letalità;
- b) La rovina economica provocata dalla malattia, in particolare dalle spese sostenute per curare una malattia. Come già osservato, nel mondo più di 44 milioni di famiglie devono far fronte a catastrofi finanziarie provocate da spese mediche e – a causa di ciò – 24 milioni di famiglie sono trascinate nella povertà. Questa condizione si concentra maggiormente nei paesi più poveri dove il finanziamento del sistema sanitario si basa soprattutto sui pagamenti *out-of.pocket*, ma non risparmia i paesi che non garantiscono la copertura assicurativa universale, come gli USA dove, per es, un agente di borsa, ammalata di tumore della mammella è costretta a vendere la casa per pagarsi le cure, dato che nessuna HMO è disposta ad assicurarla.

Le due situazioni si aggravano vicendevolmente, perchè in larga parte insistono nelle stesse aree geografiche, ma la loro soluzione richiede strumenti concettuali e progettuali molto diversi. La prima situazione riguarda l’aiuto umanitario, la seconda il finanziamento dei sistemi sanitari.

L’aiuto umanitario ai paesi poveri in trappola. Su quale sia la dimensione del fenomeno della “trappola medica della povertà” e su quali siano gli strumenti e le risorse necessarie per affrontarlo si sa e si è scritto già tutto. Scritto e ampiamente documentato nella relazione finale della Commissione OMS “*Macroeconomics and health: investing in health for economic development*” (vedi punto 3.7.). Nonostante ci fosse un ampio consenso sulla linea indicata da J. Sachs, grandi e piccoli donatori si sono mossi in direzione contraria non solo quantitativamente, ma anche e soprattutto qualitativamente. I (già citati)

quattro consulenti della Banca Mondiale (le cui posizioni, si legge in calce all'articolo, non riflettono quelle dell'istituzione di appartenenza) affermano senza mezzi termini che il bilancio degli aiuti umanitari globali è fallimentare, che i finanziamenti sono insufficienti, imprevedibili, di durata troppo breve, con destinazioni eccessivamente vincolate (programmi verticali), con scarsa o nulla attenzione al contesto, al rafforzamento delle risorse umane e del sistema sanitario locale. L'altro elemento che ha giocato negativamente, nel rendere la missione degli aiuti umanitari "*Unaccomplished*" ("Incompiuta") - con un velato, ironico riferimento alla frase pronunciata da J.W. Bush sulla "fine" della guerra in Iraq, "*Mission accomplished*" - è la totale mancanza di coordinamento, di *governance* degli aiuti globali, causata dal proliferare di *new global health fund* (nuovi fondi sanitari globali), le GPPP di cui abbiamo parlato nel punto 3.6..

Di fronte al fallimento di questa politica degli aiuti, cominciano a levarsi - anche da fonti ufficiali - voci diverse. Assai autorevole quella del **Ministero britannico per la cooperazione internazionale** (*Department for International Development* - **DFID**) che ha recentemente prodotto un documento sulle linee politiche della cooperazione in campo sanitario ("*Working together for better health*"²⁶⁷). Alla presentazione della nuova strategia del governo britannico il Ministro per la cooperazione internazionale, Hilary Benn, oltre ad annunciare un consistente maggiore impegno finanziario in questo campo, ha delineato le priorità del governo britannico. "Per prima cosa **non dobbiamo fare danni**. Dobbiamo essere sicuri che interventi rivolti a singole malattie non compromettano il nostro impegno più ampio"²⁶⁸.

Le priorità della cooperazione sanitaria britannica. "Noi dobbiamo usare le risorse più efficacemente - sostiene il documento - supportando l'intero sistema sanitario, erogando servizi integrati e affrontando le ragioni di fondo che rendono le popolazioni così vulnerabili alle malattie".

La prima priorità è quindi **investire nel rafforzamento dei sistemi sanitari**, affinché siano in grado di erogare servizi sanitari essenziali.

Gli **obiettivi del DFID** su questo punto sono:

- a) Supportare un gruppo di paesi selezionati nel rafforzamento del loro sistema sanitario sia dal punto di vista economico che da quello gestionale e della governance, nonché nello sviluppo delle risorse umane;
- b) Fornire assistenza diretta ad alcuni paesi al fine di potenziare i servizi sanitari di base ed aiutare i paesi che intendono rimuovere le barriere economiche nell'accesso ai servizi essenziali rendendoli gratuiti. Questa posizione del governo inglese era già nota, presente nel documento *Commission for Africa*, dove si raccomandava che **l'eliminazione delle user fees** fosse resa possibile da un **impegno finanziario a lungo termine da parte dei donatori**²⁶⁹;
- c) Proseguire nella strategia di lotta contro l'HIV/AIDS al fine di raggiungere entro il 2010 l'obiettivo dell'accesso universale ai farmaci antiretrovirali;
- d) Assicurarci che gli investimenti in altri settori - acqua, nutrizione, istruzione, infrastrutture, ambiente - abbiano la massima ricaduta in termini di salute.

L'altra priorità è **migliorare l'efficacia del finanziamento internazionale della sanità**. L'affollamento non coordinato e governato di donatori provoca non solo un'incredibile frammentazione degli interventi (con relativi sprechi e duplicazioni), ma anche continue invasioni di campo nei confronti dei governi dei paesi "beneficiari", privati alla fine di ogni possibilità di controllo e di programmazione.

²⁶⁷ <http://www.dfid.gov.uk/pubs/files/health-strategy07.pdf>

²⁶⁸ Editorial, DFID's health strategy, Lancet 2007; 369:1963

²⁶⁹ Commission for Africa, Our common interest: report of the Commission for Africa, London, 2005.

Gli **obiettivi del DFID** su questo punto sono:

- a) Affidare alle Nazioni Unite il compito di coordinamento e di semplificazione dei meccanismi di finanziamento, in modo che a livello dei paesi beneficiari i fondi siano destinati non a una specifica malattia, ma al sistema sanitario nel suo complesso;
- b) Riformare il ruolo della Banca Mondiale che in futuro dovrà spostare il suo interesse dal finanziamento delle singole malattie al finanziamento dei servizi sanitari pubblici e al supporto a lungo termine dei bilanci nazionali;
- c) Esplorare nuove strade per rafforzare la responsabilità di tutte le maggiori istituzioni sanitarie internazionali nel supportare l'espansione dei servizi sanitari di base a livello di paese.

La presenza di un'autorità internazionale, mondiale che coordini, regoli, governi i molteplici aspetti della globalizzazione della salute è una necessità vitale, un'esigenza improcrastinabile soprattutto riguardo a due fondamentali questioni:

- a) La tutela dei **"beni pubblici globali in sanità"**, a questo tema l'OMS ha dedicato una pagina del suo sito, a cura di D. Woodward e R.D. Smith (*Global Public Goods and Health*), dove si specifica cos'è un bene pubblico globale in sanità: è un bene che il libero mercato non è in grado di fornire **i)** perché i benefici ricadono su tutti indistintamente (anche su coloro che non volessero/potessero comprarli), come il **controllo delle malattie infettive**, **ii)** perché il consumo da parte di una persona non impedisce o limita il consumo da parte di un'altra persona, come la disponibilità di **aria pulita**. R. Labonte e T. Schrecker, nel già citato lavoro su Globalizzazione e Salute, fanno notare come il bene pubblico per eccellenza sia **la conoscenza scientifica** e come questo sia spesso "recintato" da meccanismi come i diritti di proprietà intellettuale. Causa, e insieme conseguenza, di ciò è la crescente presenza del settore privato for-profit nella ricerca medica, con una presenza pubblica che tende progressivamente a contrarsi²⁷⁰. Gli effetti sono evidenti nella scelta delle priorità nella ricerca farmaceutica: tra il 1975 e il 1997 sono stati lanciati sul mercato 1.223 nuovi prodotti; di questi il 31% erano vere innovazioni terapeutiche, ma solo l'1% era utile per le malattie tropicali²⁷¹.
- b) La tutela del **diritto alla salute**. Molteplici fonti giuridiche internazionali indicano la salute come fondamentale diritto umano. Alcune di esse non hanno carattere vincolante, ma hanno la funzione di indicare una direzione, registrare degli obiettivi programmatici maturati all'interno della Comunità internazionale (la Dichiarazione universale dei diritti umani del 1948 (UDHR) all'art. 25; La Dichiarazione di Alma Ata del 1978; la Carta di Ottawa del 1986; la Dichiarazione dell'Unesco su bioetica e diritti umani del 2005 art. 14. Indirettamente risultano avere attinenza con il diritto alla salute anche la *United Nations Millennium Declaration* del 2000, art. 19. Altre, denominate fonti di **hard law**, hanno maggiore forza giuridica, vedi il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali del 1966 art. 12), la Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione femminile del 1979, art. 12, e la Convenzione sui diritti dell'infanzia del 1989 art. 24.2)²⁷². In particolare l'art. 12 del **Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali** del 1966 – firmato e ratificato da 147 Paesi – **obbliga** gli Stati a "garantire il

²⁷⁰ R. Labonte e T. Schrecker, Globalization and social determinants of health: Promoting health equity in global governance (part 3 of 3), *Globalization and Health* 2007, 3:7

²⁷¹ V. B. Kerry, K. Lee, TRIPS, the Doha declaration and paragraph 6 decision: what are the remaining steps for protecting access to medicines? *Globalization and Health* 2007, 3:3

²⁷² E. Pariotti, La salute come diritto umano, *Salute e Sviluppo* 2/06.

soddisfacimento di un livello minimo essenziale di ciascuno di questi diritti”, specificando cosa s’intende per livello minimo essenziale in campo sanitario: “diritto di accesso ai servizi sanitari senza discriminazioni di sorta, particolarmente per i gruppi più vulnerabili e marginalizzati” e...”l’obbligo di erogare farmaci essenziali, secondo le indicazioni e gli aggiornamenti dell’OMS”. Nel documento viene anche sottolineato l’obbligo da parte dei paesi ricchi di “fornire assistenza e cooperazione internazionale, specialmente economica e tecnica, per consentire ai paesi in via di sviluppo di realizzare tali obiettivi”. Più recentemente la **Commissione sui Diritti Umani delle Nazioni Unite**, in una serie di Rapporti pubblicati dal 2002 al 2006 riafferma il dovere di tutti gli Stati di tutelare tale diritto:“(Il sistema sanitario) deve essere accessibile a tutti, non solo ai ricchi ma anche a quelli che vivono in povertà; non solo alle maggioranze etniche, ma anche alle minoranze e alle popolazioni indigene; non solo a quelli che abitano nelle aree urbane, ma anche coloro che vivono in villaggi remoti; non solo agli uomini, ma anche alle donne. Un sistema sanitario deve essere accessibile a tutti gli individui e tutte le comunità svantaggiate”²⁷³.

Il finanziamento dei sistemi sanitari. L’affermazione che la salute è un diritto fondamentale dell’individuo, tutelato dallo Stato, e che il sistema sanitario deve essere accessibile a tutti, ha una conseguenza apparentemente banale: “Nessuno deve andare incontro a rovina economica a causa delle spese sostenute per una malattia”, altro principio affermato solennemente dall’OMS, in molteplici occasioni. Dal precedente excursus sui diversi sistemi sanitari nel mondo abbiamo visto che per gran parte dell’umanità questi diritti sono lettera morta, diritti, come si dice, non esigibili. Lo sono nei 43 paesi “intrappolati”, ma anche nei paesi in tumultuoso sviluppo economico come Cina e India, lo sono anche nel paese più ricco del mondo, gli USA.

Le strade per raggiungere la copertura universale sono ben note: si può preferire un modello basato sulle assicurazioni obbligatorie (Bismarck) o sulla tassazione generale (Beveridge), oppure anche su un mix tra i due. Non c’è che da scegliere tra i vari possibili menù, anche se il nome dei modelli ci aiuta sempre meno a capire la struttura e il funzionamento di un modello sanitario. Se per esempio utilizzassimo il criterio del ruolo dello stato per distinguere sistemi a modello Beveridge (tradizionalmente più forte) da quelli a modello Bismarck (tradizionalmente più debole), troveremmo che in Francia (Bismarck) questo si sta rafforzando, mentre specularmente in Italia (Beveridge) si sta indebolendo.

Registriamo inoltre situazioni ibride, come l’Olanda, dove i rischi catastrofici sono coperti da un’assicurazione nazionale finanziata attraverso la fiscalità generale e l’assistenza sanitaria “standard” (obbligatoria) è affidata a assicurazioni private.

Su un punto i sistemi “Beveridge” e “Bismarck” continuano a distinguersi nettamente. Nei primi l’assicuratore è unico e non vi è possibilità di opzione o scelta, nei secondi è multiplo e spesso oggetto di scelta da parte degli assistiti. Ma anche questo aspetto potrebbe essere superato. Un recente articolo del BMJ²⁷⁴ si chiede perché i cittadini inglesi debbano avere assegnato il committente (*Primary Care Trust*) su base geografica (in relazione alla residenza); non sarebbe meglio – afferma Joan Higgins, professore di sanità pubblica di Manchester – che i cittadini scegliessero il committente che rappresenta i loro interessi, in un contesto competitivo?

²⁷³ United Nations, Commission on Human Rights, E/CN4/2006/48, 3 March 2006.

www.ohchr.org/english/issues/health/right/annual.htm

²⁷⁴ J. Higgins, Health policy: a new look at NHS commissioning, BMJ 2007; 334:22-24.

La scelta dell'introdurre un sistema universalistico, e quale tipo, è – come tutte le grandi scelte – politica. Un cambiamento del clima politico internazionale, di segno opposto o almeno diverso da quello avvenuto negli anni Ottanta, probabilmente avrebbe effetti a catena nella diffusione di modelli universalistici.

Una nota di moderato ottimismo viene dai più recenti arruolamenti di nuovi soggetti nel “club” dei paesi con copertura universale, come il Messico e la Thailandia, e dal fatto che altri, sia pur a fatica, come la Turchia e la stessa Russia, si stanno muovendo nella giusta direzione, dal fatto che perfino la Cina ha preso coscienza che 800 milioni di contadini non possono impunemente essere abbandonati a sé stessi.

Rimane il problema dei 43 paesi “intrappolati” che non hanno al momento né risorse provenienti dal prelievo fiscale, né alte percentuali di lavoratori formalmente impiegati, da avviare un finanziamento del sistema sanitario basato sul pre-pagamento e sulla distribuzione del rischio, tipici dei modelli Bismarck e Beveridge. Né hanno dimostrato di funzionare in maniera efficace forme di assicurazione comunitaria su base volontaria²⁷⁵.

Per questi paesi l'indispensabile intervento umanitario immediato deve necessariamente proseguire con un sostegno a lungo termine da parte della comunità internazionale (es, la proposta di istituire una sorta di “assicurazione sanitaria mondiale” per garantire in questi paesi un livello minimo di spesa sanitaria e di accesso ai servizi sanitari essenziali²⁷⁶).

A conclusione delle “conclusioni” due considerazioni a proposito di politica e mercato in sanità

a) Una volta affermato il principio del diritto alla salute e stabilita la gerarchia dei valori e delle responsabilità (è lo stato che deve tutelare il diritto e renderlo esigibile, attraverso un sistema di finanziamento prevalentemente pubblico; sanità pubblica e conoscenza scientifica sono “beni pubblici globali”), una volta fissati questi paletti, **il mercato in sanità** può svolgere un ruolo importante, sia sul versante dell'innovazione tecnologica che nella produzione di servizi di qualità.

b) **La politica in sanità** deve occuparsi di ciò che le compete e ritrarsi da ciò che non le compete. Deve occuparsi degli obiettivi generali del sistema sanitario e delle strategie per conseguirli, deve dedicarsi alla *governance* e alla difficile arte di far quadrare i conti; dovrebbe inoltre occuparsi di manutenzione del sistema, cercando di avere a disposizione adeguati strumenti di valutazione della performance. Tra questi non vanno dimenticati quelli che misurano le diseguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria. Perché queste – lo abbiamo già accennato in precedenza – si stanno dilatando anche in paesi con robusti sistemi di welfare²⁷⁷. Paradossalmente – sostiene un rapporto canadese - i sistemi sanitari universalistici nella fase matura del loro sviluppo registrano un allargamento del gap nella salute tra differenti gruppi socio-economici (**Figura 12**), perché i gruppi più favoriti utilizzano meglio degli altri le opportunità offerte dal sistema (stili di vita, utilizzazione dei servizi), quindi manutenzione del sistema significa anche intervenire specificamente, “pro-attivamente” nei confronti dei gruppi a maggior rischio²⁷⁸.

Per ridurre le diseguaglianze nella salute, e per far crescere la salute complessiva della popolazione, la politica deve usare soprattutto la leva delle **politiche multisettoriali**: l'istruzione, il lavoro, la casa, l'ambiente, il reddito, l'equa distribuzione del reddito, perché – come dimostra uno studio recentemente pubblicato su Lancet – le politiche che mirano a

²⁷⁵ A. Mills, Strategies to achieve universal coverage: are there lessons from middle income countries? Health Systems Knowledge Network, March 2007.

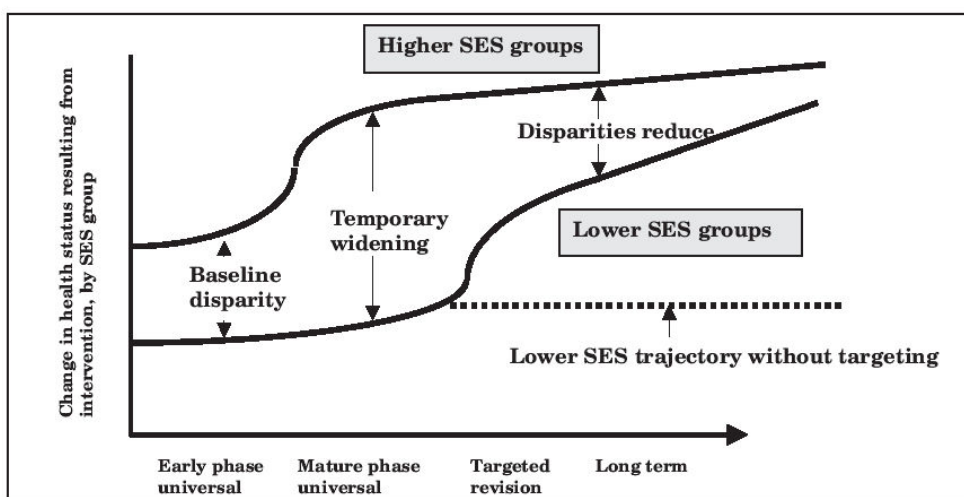
²⁷⁶ G. Ooms, K. Derderian e D. Melody, Do We Need a World Health Insurance to Realize the Right to Health?, PLOS Medicine, December 2006, Vol. 3, Issue 12, e530.

²⁷⁷ J. P. Mackembach et al, Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries, International Journal of Epidemiology 2003; 32:830-37.

²⁷⁸ Public Health Agency of Canada, Reducing Health Disparities – Roles of the Health Sector: Discussion Paper, December 2004.

ridurre le diseguaglianze sociali sembrano avere un effetto benefico su alcuni indicatori di salute come la mortalità infantile e la speranza di vita alla nascita²⁷⁹.

Figura 12. Modello concettuale dell'impatto della promozione della salute sulla salute e sulle diseguaglianze nella salute.
Fonte: Rif. Bibl. 277



“L’azione sui determinanti sociali della salute - afferma **Michael Marmot**, Presidente della **Commissione sui determinanti sociali della salute dell’OMS** - è necessaria non solo per migliorare la salute ma anche perché quei miglioramenti indicheranno che la società si è mossa per andare incontro ai bisogni delle persone. Oggi si discute molto - spesso dogmaticamente - su cosa è giusto o sbagliato nelle politiche economiche e sociali. La Commissione avrà un solo dogma: le politiche che danneggiano la salute umana vanno identificate e, dove possibile, cambiate. In questa prospettiva la globalizzazione e il mercato sono buoni o cattivi nella misura in cui – nel bene o nel male – influenzano la salute. Le diseguaglianze nella salute tra e all’interno dei paesi sono evitabili. Non esiste alcuna ragione biologica perché la speranza di vita debba essere di 48 anni più lunga in Giappone rispetto alla Sierra Leone o 20 anni più corta tra gli aborigeni rispetto agli altri australiani. Ridurre queste disuguaglianze sociali nella salute, venendo così incontro ai bisogni delle persone, è un problema di giustizia sociale”²⁸⁰.

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..

²⁷⁹ V. Navarro et al., Politics and health outcomes, Lancet 2006, 368: 1033-37.

²⁸⁰ M. Marmot. Social determinants of health inequalities. Lancet 2005; 365:1099-104.

| | Pop (000) | Reddito Pro-capite US\$ cambio corrente | | Speranza di vita alla nascita | | Mortalità Bambini <5 a per 1000 nati vivi | Mortalità Materna per 100.000 nascite | Prevalenza casi di TB per 100.000 ab. | Spesa sanitaria totale come % PIL | spesa sanitaria pubblica come % della spesa sanitaria totale | Spesa sanitaria pubblica come % spesa pubblica totale | Spesa sanitaria pro-capite US\$ cambio corrente | Spesa sanitaria pubblica pro-capite US\$ cambio corrente |
|---------------|-----------|---|----|-------------------------------|-------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|---|---|--|
| | | M | F | M | F | | | | | | | | |
| Etiopia | 77,431 | 50 | 53 | 164 | 850 | 546 | 51.5 | 5.3 | 9.4 | 6 | 3 | | |
| Mozambico | 19,792 | 46 | 45 | 145 | 1,000 | 579 | 68.4 | 4 | 9.1 | 12 | 8 | | |
| Nigeria | 131,530 | 47 | 48 | 194 | 800 | 536 | 30.4 | 4.6 | 3.5 | 23 | 7 | | |
| Senegal | 11,658 | 54 | 57 | 136 | 690 | 466 | 40.3 | 5.8 | 9.8 | 39 | 16 | | |
| Sierra Leone | 5,525 | 37 | 40 | 282 | 905 | 905 | 59 | 3.3 | 9.8 | 7 | 4 | | |
| Uganda | 28,816 | 48 | 51 | 136 | 880 | 559 | 32.7 | 7.6 | 10 | 19 | 6 | | |
| Bangladesh | 141,822 | 62 | 63 | 73 | 406 | 406 | 28.1 | 3.1 | 5.9 | 14 | 4 | | |
| Cambogia | 14,031 | 51 | 57 | 143 | 450 | 703 | 25.8 | 6.7 | 11.4 | 24 | 6 | | |
| Haiti | 8,528 | 53 | 56 | 120 | 680 | 405 | 38.5 | 7.6 | 23.9 | 33 | 13 | | |
| Cuba | 11,269 | 75 | 79 | 7 | 33 | 11 | 87.8 | 6.3 | 11.2 | 230 | 202 | | |
| Sri Lanka | 20,743 | 68 | 75 | 14 | 92 | 80 | 45.6 | 4.3 | 8.4 | 43 | 19 | | |
| Brasile | 186,405 | 68 | 75 | 33 | 260 | 76 | 54.1 | 8.8 | 14.2 | 290 | 157 | | |
| Cina | 1,323,345 | 71 | 74 | 27 | 56 | 208 | 38 | 4.7 | 10.1 | 70 | 27 | | |
| India | 1,103,371 | 62 | 64 | 74 | 540 | 299 | 17.3 | 5 | 2.9 | 31 | 5 | | |
| Messico | 107,029 | 72 | 77 | 27 | 83 | 27 | 46.4 | 6.5 | 12.9 | 424 | 197 | | |
| Armenia | 3,016 | 65 | 72 | 29 | 55 | 79 | 26.2 | 5.4 | 6.8 | 63 | 17 | | |
| Kazakhstan | 14,825 | 58 | 69 | 31 | 210 | 155 | 59.8 | 3.8 | 10.2 | 109 | 65 | | |
| Moldova | 4,206 | 65 | 72 | 16 | 36 | 149 | 56.8 | 7.4 | 12.1 | 46 | 26 | | |
| Russia | 143,202 | 59 | 72 | 14 | 65 | 150 | 61.3 | 6 | 9.8 | 245 | 150 | | |
| Polonia | 38,530 | 71 | 79 | 8 | 10 | 29 | 68.6 | 6.2 | 10 | 411 | 282 | | |
| Rep. Ceca | 10,220 | 73 | 79 | 4 | 9 | 11 | 89.2 | 7.3 | 14.6 | 771 | 687 | | |
| Ungheria | 10,098 | 69 | 77 | 8 | 11 | 25 | 71.6 | 7.9 | 11.6 | 800 | 573 | | |
| USA | 298,213 | 75 | 80 | 8 | 14 | 3 | 44.7 | 15.4 | 18.9 | 6,096 | 2,725 | | |
| Francia | 60,496 | 77 | 84 | 5 | 17 | 13 | 78.4 | 10.5 | 15.4 | 3,464 | 2,715 | | |
| Germania | 82,689 | 76 | 82 | 5 | 9 | 6 | 76.9 | 10.6 | 17.3 | 3,521 | 2,709 | | |
| Giappone | 128,085 | 79 | 86 | 4 | 10 | 38 | 81.3 | 7.8 | 17.2 | 2,823 | 2,295 | | |
| Olanda | 16,299 | 77 | 81 | 5 | 16 | 5 | 62.4 | 9.2 | 12.4 | 3,442 | 2,146 | | |
| Svizzera | 7,252 | 79 | 84 | 5 | 7 | 6 | 58.5 | 11.5 | 18.6 | 5,572 | 3,261 | | |
| Canada | 32,268 | 78 | 83 | 6 | 5 | 4 | 69.8 | 9.8 | 17.1 | 3,038 | 2,121 | | |
| Gran Bretagna | 56,668 | 77 | 81 | 6 | 11 | 11 | 86.3 | 8.1 | 15.1 | 2,900 | 2,502 | | |
| Italia | 58,093 | 78 | 84 | 5 | 5 | 5 | 75.1 | 8.7 | 13.7 | 2,580 | 1,936 | | |
| Spagna | 43,064 | 77 | 84 | 5 | 5 | 22 | 70.9 | 8.1 | 14.7 | 1,971 | 1,061,397 | | |
| Svezia | 9,041 | 79 | 83 | 4 | 8 | 5 | 84.9 | 9.1 | 13.6 | 3,532 | 3,000 | | |

