

# AVIMMO PERZ' 'A SALUTE!



Storia, Analisi e Prospettive del Sistema  
Sanitario

<b>I. Sistema Sanitario Nazionale Italiano</b>	<b>1</b>
I-1)Breve storia del Sistema Sanitario Nazionale	1
I-2)Un Sistema Sanitario Universalistico	3
I-3)L'organizzazione attuale: la selective medicine	5
<b>II. Conseguenze dell'aziendalizzazione</b>	<b>8</b>
<b>III. Panoramica sui vari sistemi sanitari</b>	<b>14</b>
III-1)Il Sistema Sanitario Nazionale USA	14
III-2) Il Sistema Sanitario Nazionale Inglese	19
III-3) Il Sistema Sanitario Nazionale Spagnolo	23
III-4) Il Sistema Sanitario Nazionale Tedesco	16
III-5) Il Sistema Sanitario Nazionale Svedese	28
<b>IV. Medicina e prevenzione</b>	<b>30</b>
IV-1)Cuba: un buon esempio di medicina preventiva	35
<b>V. Conclusioni</b>	<b>37</b>

## I.) Il Sistema Sanitario Nazionale Italiano

### I-1) Breve storia del Sistema Sanitario Nazionale

I **provvedimenti in ambito** sanitario, declinati nei vari Paesi in modo diverso, hanno mutato il carattere del mondo sanitario diverse volte. Il bisogno di salute, che non ha questa mutevole natura in quanto da sempre accompagna l'uomo, si è scontrato e si scontra tutt'oggi con l'organizzazione sanitaria. Quest'ultima è sempre stata in strettissimo legame con il tipo di sistema economico e con lo stato di avanzamento delle conoscenze scientifiche.

Se nel **medioevo** gli ospedali erano per lo più carceri e i medici per lo più gli stregoni degli aristocratici, le prime vere prestazioni sanitarie furono elargite dalle **associazioni di mutuo soccorso nell'800**. Esse erano essenzialmente associazioni di lavoratori che si autotassavano al fine di avere assistenza in caso di malattia. Furono istituzionalizzate a fine '800 sotto il nome di **INAM (Istituto Nazionale per L'assicurazione contro le Malattie)** e successivamente passarono sotto l'amministrazione del Ministero della salute, istituito nel 1958. **Fino al 1968** l'assistenza sanitaria era assicurata dalla presenza sul territorio delle fondazioni religiose, delle opere pie e di altre organizzazioni caritatevoli strutturate in enti mutualistici a carattere assicurativo, beneficiando anche di contributi statali.

Questo tipo di assistenza era riservata unicamente ai lavoratori che per usufruirne dovevano accertare l'evento morboso tramite l'Ente assicuratore, dimostrando la propria posizione categoriale e il versamento dei contributi. In tal modo era scoperta da ogni tipo di assistenza una fetta grandissima della popolazione: circa 1/3. **A partire dagli anni '60** inizia ad essere presente tra le tante parole d'ordine dei movimenti operai e studenteschi anche quella dell'assistenza sanitaria gratuita e universalistica. Le lotte di rivendicazione di migliori condizioni di vita per la classe proletaria si inseriscono appieno nell'analisi del sistema

economico borghese che per estrarre profitto sfrutta il proletariato. Questo sfruttamento passa anche per la mancanza di salario indiretto, rappresentato dalla mancanza di servizi (scuola, università, trasporti, etc.) e quindi dalla impossibilità di accesso alle cure.

**TAGLI ALLA SANITÀ**  
**PRONTI A OGNI SACRIFICIO**



Alla  
rivendicazione  
di una sanità  
accessibile a  
tutti si  
accompagna  
una forte  
critica alla  
medicina  
borghese in  
quanto  
scienza di  
classe che,  
concentrata

sulla cura della singola patologia e sulla causa che l'ha prodotta, cerca di nascondere la reale relazione che c'è tra salute e contesto socio culturale del soggetto e che, quindi, i problemi riguardanti la salute sono in primo luogo sociali e politici e determinati dall'oppressione di classe che è alla base del sistema capitalistico

## I-2) Un sistema sanitario universalistico



Se nel 1968 con la Legge Mariotti n.132<sup>1</sup> gli enti di assistenza e beneficenza vengono resi pubblici e con una organizzazione di tipo regionale, è nel 1978 che viene istituito il Servizio con al **legge n.833** 2

Il Sistema Sanitario Nazionale così conquistato è un sistema universalistico e concepito come "complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi destinati alla promozione, al

*mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio"*

Con la Riforma Sanitaria vengono liquidate le Mutue e viene istituito il Fondo Sanitario che, prima delle manovre di aziendalizzazione e privatizzazione, era completamente a carico dello Stato e ripartito localmente dalle regioni alle varie **USL** (Unità Sanitarie Locali):

*"il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni e delle comunità montane, i quali in un determinato ambito territoriale assolvono ai compiti del Servizio sanitario nazionale"*

Tre furono i criteri introdotti:

- **Unitarietà:** tutti i cittadini alla stesso modo
- **Globalità:** prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
- **Territorialità:** coordinamento tra ospedale e territorio con i servizi sociali

L'impianto generale della riforma sanitaria così redatto assicurava (almeno sulla carta) un uguale trattamento tra i cittadini, un distribuzione capillare dell'offerta ed anche (sempre sulla carta) l'incarico alle Usl di partecipare in prima persona nell'organizzazione delle misure preventive sanitarie e su una corretta informazione ed educazione sanitaria.

Vi erano però sicuramente delle enormi falle nella riforma del '78, essendo nata in ogni caso come compromesso tra le richieste delle masse lavoratrici e gli interessi del potere delle classi dirigenti.

Infatti si verificarono da una parte l'esclusione completa delle masse popolari dall'organizzazione e dall'altra si lasciarono prosperare clientele e baronie che videro accrescere paradossalmente il proprio potere, in quanto, oltre ai classici ruoli di dirigenza ospedaliera, acquisirono anche quelli extra-ospedalieri (educazione e prevenzione) ma soprattutto la supervisione dei costi.

### **I-3) L'organizzazione attuale: la selective medicine**

Con l'inizio degli **anni '80** si verificò, sia per l'avanzare delle crisi sistemiche dell'impianto economico capitalista, sia per l'arretrare delle istanze dei movimenti, lo smantellamento del SSN così come di altre grandissime fette di welfare.

Le intense campagne mediatiche del periodo, del tutto sovrapponibili a quelle odierne, iniziano ad inculcare il culto dell'austerità. Comincia a passare il messaggio che le crisi periodiche di questo infame sistema non siano frutto del sistema stesso ma di un fantomatico abuso di risorse da parte della popolazione e dei lavoratori e viene coniato l'ormai famoso slogan del "vivere oltre le proprie possibilità".

La ristrutturazione dei poli capitalisti e del polo imperialista europeo, con il processo di integrazione degli Stati del vecchio mondo, porta alla firma del trattato di Maastricht e ai famosi vincoli di bilancio che faranno da volano per tutta una serie di manovre di destrutturazione dei diritti acquisiti con le lotte ed il sangue dei lavoratori.

Su questa stregua il SSN con il governo Amato(1992) subisce una profonda trasformazione. La strategia che fu adottata fa perno su 3 elementi strutturali:

- **Regionalizzazione della sanità (federalismo)**
- **L' aziendalizzazione delle Usl (che diventando ASL: aziende sanitarie locali)**
- **Finanziamento pubblico alle strutture private (tramite le convenzioni)**

All'organizzazione ospedaliera e alla pratica della salute vengono quindi applicate quelle che sono le regole di gestione di una azienda, trasformando anche il concetto di salute in un prodotto da cui trarne profitto: da struttura pubblica, universalistica e gratuita si passa ad una struttura aziendale e regionale, ovvero riprogrammata sul principio di economicità tipico delle aziende di diritto privato<sup>3</sup>, tutto giustificato per diminuire gli "sprechi", le lungaggini della burocrazia, il malaffare.

Con la scusa di rendere la medicina più efficiente ed efficace e di limitare i costi, vengono introdotti i LEA e i DRG.

I **LEA** sono i Livelli Essenziali di Assistenza, nati nel 29 novembre del 2001<sup>4</sup>. Secondo le normative nazionali ci devono

essere alcune prestazioni che sono garantite per legge a tutti coloro che si trovano sul territorio italiano in maniera gratuita, per l'appunto i LEA. Le regioni però, data la loro autonomia sulla gestione delle risorse economiche del sistema sanitario, hanno la possibilità di aumentare i loro LEA (ad es. la Toscana), in quanto regioni "virtuose", perché il bilancio delle proprie ASL è in attivo; oppure mettere dei ticket sulle prestazioni anche obbligatorie (ad es. Campania e Lazio) se al contrario l'azienda è in deficit.

I **DRG** (Diagnosis-Related Group o Gruppi Omogenei di Diagnosi)<sup>4</sup> sono gruppi di diagnosi che si basano sulle schede di dimissione ospedaliera (SDO) che servono per determinare il rimborso che lo Stato deve a quella determinata struttura ospedaliera per quella determinata prestazione. Questo metodo è lo stesso sia per le strutture pubbliche sia per quelle private convenzionate. Spesso e non a caso capita che le prestazioni erogate dalle strutture private abbiano DRG a più alto costo e che quindi abbiano rimborsi alquanto elevati. Ciò accade perché queste ultime hanno maggiore libertà nell'eleggere pazienti da trattare, scelti proprio in base alla loro patologia, oppure perché ai pazienti vengono prescritti trattamenti esagerati rispetto a quelli realmente richiesti (ad esempio scelta di un parto cesareo invece che di uno naturale perché maggiormente remunerato).

Tutte queste manovre, associate ai continui tagli (30 miliardi di euro negli ultimi 5 anni e 10 miliardi di euro solo durante il governo Monti), stanno dirigendo la sanità italiana sempre più verso una **Selective Medicine**: *L'accesso al servizio sanitario è garantito a tutti ma l'offerta è limitata e di qualità per le classi che possono permetterselo.*



*Bibliografia*

- <sup>1</sup>Legge 12 febbraio 1968, n. 132. Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera**  
<http://www.normattiva.it/urires/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1968;132>
  
- <sup>2</sup>Legge 833/1978: "Istituzione del Servizio sanitario nazionale"**
  
- <sup>3</sup>Chi ha detto che il SSN non è sostenibile?** Di Manuela Perrone, "Il Sole 24 Ore" 5 Febbraio 2013:  
[http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/dibattiti-e-idee/2013-02-05/SE\\_NON\\_ORA\\_QUANDO-162447.php](http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/dibattiti-e-idee/2013-02-05/SE_NON_ORA_QUANDO-162447.php)
  
- <sup>4</sup>D.P.M.C. 29 novembre 2001. Definizione dei livelli essenziali di assistenza.**  
[http://www.camera.it/temiap/dpcm29\\_novembre\\_2001.pdf](http://www.camera.it/temiap/dpcm29_novembre_2001.pdf).

## II. Conseguenze dell'aziendalizzazione

Il rimodellamento del SSN e i tagli susseguitesesi negli anni sono il frutto evidente della linea guida che l'Europa si è data in materia di Welfare, con le varie specifiche declinazioni in tutti i Paesi costituenti: abbattere la spesa pubblica per entrare in pareggio di bilancio, cercando inoltre di trarre il massimo profitto possibile da ogni ambito necessario per una vita dignitosa (come la Sanità, la Scuola e Università, i Trasporti, etc.). La necessità di apportare cambiamenti in ambito sanitario ha dato luogo, nei primi anni '90, ad un ripensamento della normativa regolante l'organizzazione ed il funzionamento del Sistema Sanitario Nazionale, ma anche della stessa struttura del sistema predisposto a tutela della salute, che si è concretizzato nel disegno di riforma introdotto dalla Legge 502/92 e successive modifiche nel decreto legislativo n.517/93<sup>1</sup>

Gli aspetti "innovativi" introdotti dalla legge furono essenzialmente due: regionalizzazione ed aziendalizzazione.

Per quanto riguarda la **regionalizzazione**, essa ha spostato la gestione delle USL dal Comune alla Regione, a cui compete il potere di guida e controllo delle strutture sanitarie pubbliche, essendole riconosciuta la funzione di riprogrammazione (attraverso l'adozione del Piano Sanitario Regionale il quale deve uniformarsi al Piano nazionale, vedi LEA e SDO), di organizzazione, di indirizzo gestionale e di controllo.

L'**aziendalizzazione**, invece, ha attribuito alle strutture sanitarie un'organizzazione ed una economicità basata sul diritto aziendale, fatto comprovato dalla tenuta di strumenti contabili quali budget, preventivi, consuntivi, etc.

In che modo tale legislazione sta cambiando l'accesso alle cure e l'effettivo soddisfacimento del bisogno di salute?

L'unico e reale effetto è stato l'**aumento dei centri di costo**<sup>2</sup>, che in ambito economico vuole semplicemente dire aumento delle spese dato che, nel momento in cui il numero di "prestazioni" erogate rimane costante ma aumenta il numero di *centri decisionali* (e quindi di costo), "l'azienda" non può far altro che andare in perdita.

A questo punto i *centri di servizio* (ospedali e ASL) devono essere accorpati per diminuire i costi e rientrare nel budget che hanno a disposizione<sup>3</sup>, così come molti servizi ritenuti superflui (come ad esempio le prestazioni ospedaliere H24 o i pronto soccorso) vengono cancellati e riconvertiti provocando ulteriori disservizi, sovraccarichi di lavoro e mancata assistenza.

La razionalizzazione dei servizi incide, inoltre, anche sulla razionalizzazione dei posti di lavoro, con manovre come il blocco dei turnover (4 vanno in pensione e 1 viene assunto), contratti a tempo determinato, l'utilizzo di cooperative che sfruttano i lavoratori e non ne permettono neanche l'assunzione nel pubblico, etc<sup>4</sup>.

Conseguenza di tutto questo è che le "entrate" delle varie AO e ASL sono diminuite ulteriormente, costringendo le singole Aziende Sanitarie, le Regioni e lo Stato ad imporre **ticket sanitari**, che in alcune Regioni hanno raggiunto cifre astronomiche (ad es. in Campania si è arrivati al costo di 50 euro per la prima visita e 25 per le successive), per cercare di rientrare nei budget<sup>5</sup>.



Questo sistema, come un cane che si morde la coda, ha come unico risultato: diminuzione di posti letto "improduttivi", strutture e servizi, aumento delle liste di attesa e dei costi e perdita di posti di lavoro. Eppure viene spacciato per l'esatto opposto.

Quindi la regionalizzazione del SSN sembra essere stata fatta per perdere soldi, andando solo a distribuire incarichi e poltrone. In realtà questa visione frettolosa non tiene conto del fatto che se questi sprechi non venissero ai capitali sarebbero eliminati.

Infatti, lo scopo reale di questa ristrutturazione della sanità, avvenuta nel tempo e che peggiora sempre di più, è stata creare inefficienze e disservizi così da costringere, in maniera indiretta, sempre più cittadini a rivolgersi ai centri privati, portandoli a diventare, da utenti quali erano, consumatori di servizi sanitari a tutti gli effetti<sup>4</sup>.

I privati riescono a mantenere prezzi bassi, garantendo quasi tutti gli stessi servizi del pubblico e tecnologie più avanzate, senza lunghe file e tempi di attesa. Si favorisce così un certo giudizio positivo nei confronti di tale sistema organizzativo nonché l'arricchimento dei proprietari delle cliniche private che diventano veri e propri speculatori sulla malattia: da un lato aumentando lo sfruttamento nei confronti dei lavoratori, tramite i contratti a tempo determinato, turni massacranti, abolizione o comunque deroghe alle norme di sicurezza sul lavoro, etc; e dall'altro accreditandosi col SSN e quindi facendosi rimborsare le proprie prestazioni, con un costo quasi nullo e un guadagno senza eguali.

Infatti l'**accreditamento**, altro caposaldo su cui si è basata la "razionalizzazione" della sanità, altro non è che un modo, non tanto sottile, di spostare sempre più servizi dal pubblico al privato. Il gioco che è stato fatto è molto semplice: delegare al privato e distrutturare il pubblico con la scusa della mancata possibilità di pagamento<sup>4</sup>.

Chiaramente, il trasferimento pubblico-privato dei servizi è iniziato con le prestazioni specialistiche più remunerative (come ad esempio i centri di analisi oppure la ginecologia) e man mano si è esteso a macchia d'olio comprendendo i più disparati servizi.

La corsa alla sanità ha portato con sé, per la legge del libero mercato, l'abbattimento dei prezzi con lo scopo di battere la concorrenza, rappresentata non solo dalle altre strutture accreditate, ma anche dalle aziende pubbliche che per loro natura non hanno possibilità di competere.



Questo gioco al ribasso che si sta perpetuando nel nome del mero guadagno, giustificato dalla propaganda di regionalizzazione e razionalizzazione, ha portato di fatto l'allontanamento del cittadino dai servizi (per accorpamenti, accreditamenti, ticket e lista d'attesa sempre più lunghe) e quindi il mancato accesso alle cure soprattutto per chi non può permetterselo.

Sorge quindi una domanda: **quale sarà il futuro del SSN?**

Guardando l'accelerazione impressa dalla crisi e i processi di omogeneizzazione legislativa in materia di lavoro, servizi e stato sociale, con la conseguente perdita di tali diritti in nome della creazione di un nuovo polo imperialista, non stupisce che le previsioni dell'Economist per il SSN italiano, inserito nel mondo "Europa Unita", descrivano 5 "modelli" diversi di papabile riorganizzazione, col risultato evidente che gli orientamenti più "opportuni" siano la privatizzazione completa della sanità (modello americano) o la riorganizzazione con le assicurazioni statali (modello tedesco)<sup>6</sup>.

Chiaramente la scelta ricadrà sul sistema in grado di avere il miglior rapporto costi-benefici per il capitale.

La prima riforma destinata a ricevere i dettami del capitale in materia sanitaria in Italia è la **legge Balduzzi n. 189 del 2012**. In base a tale normativa infatti, che è stata approvata 14/09/2012, è stata **disciplinato l'intero settore della sanità pubblica**



La normativa è in via di conversione da parte del comitato di settore Regione-Sanità e prevede molti cambiamenti tra cui:

*"nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire l'attività assistenziale per*

*l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale,*

*dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate: "aggregazioni funzionali territoriali", che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate: "unità complesse di cure primarie", che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria; prevedere che per le forme organizzative multiprofessionali le aziende sanitarie possano adottare forme di finanziamento a budget privato [...]”<sup>7</sup>*

Come si può evincere, la normativa è volta al riassetto completo del servizio di base e quindi dell'accesso reale alle cure per le fasce più deboli, che si vedranno diminuire vertiginosamente i servizi e si evidenzieranno ancora di più le differenze tra servizi sanitari per i poveri e i ricchi così come tra i servizi erogati dalle Regioni non in deficit rispetto a quelle in deficit (vedi altre riforme in ambito sanitario negli altri Paesi, cap. II).

IL SISTEMA SANITARIO  
IN FUTURO NON SARA'  
SOSTENIBILE...  
POTRANNO CURARSI SOLO  
I CITTADINI CHE AVRANNO  
LA POSSIBILITA' ECONOMICA  
PER FARLO.  
AGLI ALTRI FORNIREMO  
GLI INDIRIZZI DEI  
VARI SPECIALISTI.  
DIETRO PAGAMENTO  
DI UN TICKET.  
S'INTENDE



Come se non bastasse, vi sono da tempo spinte molto forti anche dal compartimento assicurativo finanziario per mettere le mani sul sistema sanitario, giocando su di un peggioramento della qualità delle prestazioni del servizio pubblico per aprire a tutto campo la vendita di prodotti assicurativi. Il disegno in

atto sarebbe quello di aprire le porte ad un sistema sanitario pubblico destinato ai poveri ed un sistema misto pubblico-privato di sanità integrativa finanziato con le polizze assicurative personali o di categoria. (vedi cap. II).

*Bibliografia*

**<sup>1</sup>Decreto legislativo 502/1992:** "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1, Legge n. 421/1992" ; <http://www.trovanorme.salute.gov.it/dettaglioAtto?id=12737&completo=false>

**<sup>2</sup>Decreto legislativo 229/1999:** "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1, Legge n. 419/1998"

**<sup>3</sup>Dgr. 213/2005:** "Introduzione del bilancio di missione nel Servizio sanitario regionale"

**<sup>4</sup>Decreto n. 49 del 27/9/2010:**  
[http://www.agenas.it/psn\\_op/Doc/NormativeReg/Campania/07\\_DCA\\_27.09.2010\\_n.49.pdf](http://www.agenas.it/psn_op/Doc/NormativeReg/Campania/07_DCA_27.09.2010_n.49.pdf)

**<sup>5</sup>Ticket sanitario nazionale: profili di illegittimità costituzionale** di Francesco Bianchini: <http://www.diritto.it/docs/35315-ticket-sanitario-nazionale-profili-di-illegittimit-costituzionale>

**<sup>6</sup>Sanità: scenari e prospettive. Il futuro del servizio sanitario in Europa e in Italia.** I report di Economist e Ceis Tor Vergata: ([http://www.jlive.it/SurveyScenari/img/futuro\\_servizio\\_sanitario\\_CEIS.pdf](http://www.jlive.it/SurveyScenari/img/futuro_servizio_sanitario_CEIS.pdf) )

**<sup>7</sup>legge Balduzzi n. 189 del 2012:**  
<http://www.normattiva.it/urires/N2Lsurn:nir:stato:decreto.legge:2012;158>

### III. Panoramica sui vari Sistemi Sanitari

#### III-1) Il Sistema Sanitario Nazionale USA

Il Sistema Sanitario USA è per definizione l'apparato atto alla cura e all'assistenza sanitaria della popolazione, prevalentemente in mano privata e basato su un sistema di copertura di tipo assicurativo. Questo sta a significare che per aver diritto alle cure mediche bisogna avere le possibilità economiche per poter pagare la polizza (come denunciato, tra gli altri, dal regista Michael Moore nel suo film-documentario "Sicko" del 2006).

Questa mancanza di copertura sanitaria, così come di ogni altra garanzia di sostegno da parte dello Stato, nasce dal presupposto culturale, tutto americano e poi largamente esportato, del mito del "self-made man" (l'uomo che si è fatto da solo) e sull'affermazione dei migliori.

Infatti, nel trionfo del più duro darwinismo sociale, per gli Americani, qualunque intervento dello Stato nelle questioni private dei cittadini è concepito come un gesto autoritario, da combattere con ogni mezzo.

Non a caso il Presidente Reagan, fervente seguace dell'economista liberista Von Hayek<sup>1</sup>, sosteneva: "Il governo non è la soluzione del nostro problema, il governo E' il problema".

La prima legge in materia sanitaria fu la "Social Security Act", legge del 1935<sup>2</sup>, introdotta da Roosevelt, che includeva anche l'indennità di vecchiaia, di malattia e di disoccupazione.

Bisogna aspettare solo il 1965 per avere la prima riforma del "Social Security Act", avvenuta sotto il mandato di Lyndon Johnson, dove furono introdotti due programmi di assistenza sanitaria: il Medicare e il Medicaid.

**Il Medicare** è il programma nazionale di assistenza ai pensionati (ultrasessantacinquenni), universalistico, in quanto indipendente dal reddito, finanziato dal governo federale e dai datori di lavoro.



Il **Medicaid** è il programma gestito dai singoli Stati (con un contributo federale che copre il 60% delle spese) e rivolto ad alcune fasce di popolazione a basso reddito (famiglie con bambini, donne in gravidanza, anziani e disabili).

Dopo più di 40 anni, nel 2010, Barack Obama, dopo infinite trattative ed una selvaggia opposizione da parte del Partito Repubblicano, delle lobby farmaceutiche ed assicurative e del Tea Party, riesce a far passare la sua riforma sanitaria (detta **Obamacare**)<sup>3</sup>. La riforma è stata al centro di un contenzioso giuridico e costituzionale (nel giugno di quest'anno la Corte Suprema ha infatti decretato la costituzionalità della riforma contro il ricorso di ben 26 Stati federali) perché amplia notevolmente la quantità di cittadini coperti dal sistema sanitario.

Infatti i due cardini dell'**Obamacare** sono il divieto per le compagnie di assicurazione di negare la stipula di assicurazioni per alcuni tipi di malattia (prassi molto diffusa) ed una serie di incentivi e sanzioni per spingere i cittadini ad acquistare una polizza sanitaria.

Tuttavia è evidente come la mancanza del diritto alla salute come principio universale (similmente all'Europa) all'interno della Costituzione americana renda ancora difficoltosa la sfida della costruzione di un sistema di assistenza pubblico che garantisca il diritto alla cura per tutti.

Ancor più con la crisi si sono messi in luce i drammatici disequilibri e le contraddizioni profonde della società statunitense.

Un articolo molto interessante, del quale vi proporremo alcune parti, descrive chiaramente la contraddizione espressa sul tema sanitario nel paese a capitalismo più avanzato di tutti<sup>4</sup>:

*“ Gli Stati Uniti risultano di gran lunga il maggiore finanziatore netto della sanità, ma sono anche il Paese con i peggiori risultati in termini di mortalità e morbosità generali e specifiche, con un'attesa di vita significativamente più bassa degli altri Paesi e con una qualità generale di vita analogamente inferiore, confermandosi come un preoccupante paradosso nel panorama sanitario globale”.*

La prima parte del rapporto descrive e quantifica le situazioni di svantaggio degli Stati Uniti rispetto alla media OCSE e giunge alle seguenti conclusioni:

- Gli americani hanno un'aspettativa di vita inferiore di tre-cinque anni rispetto a quasi tutti gli altri Paesi OCSE con tassi di mortalità più elevati soprattutto nei primi 50 anni di vita, sia per patologie croniche sia per patologie acute trasmissibili
  - Questa differenza è andata peggiorando sistematicamente nel corso degli ultimi 30 anni, aggravandosi il divario relativo, soprattutto tra le donne. La differenza è pervasiva e si estende a tutti i gruppi di età, a entrambi i generi e si mantiene evidente anche disaggregando i dati disponibili per patologie specifiche e per tutti i fattori bio-comportamentali considerati.
  -
- La seconda parte considera e analizza diverse ipotesi e discute varie spiegazioni per la situazione descritta:
1. Il Sistema Sanitario americano è estremamente frammentato e particolarmente debole nelle componenti di sanità pubblica e sanità di base, con un'ampia proporzione della popolazione esclusa dai benefici assicurativi, con difficile e ritardato accesso ai servizi sanitari anche essenziali, troppo costosi per essere fruiti tempestivamente. Tale situazione è particolarmente seria per quanto riguarda i servizi ambulatoriali di base, che non erogano l'assistenza di qualità necessaria a prevenire il ricovero ospedaliero e a trattare compiutamente patologie inizialmente non gravi, arrestandone il decorso.
  2. Gli Stati Uniti hanno un tasso di povertà relativa e un tasso di disuguaglianza nella distribuzione del reddito più elevati rispetto a quasi tutti i Paesi OCSE: in particolare, il rischio di crescere in una condizione di povertà costante (e di non migliorare la condizione di base della famiglia di provenienza) per i bambini è significativamente più elevato, rimanendo essi intrappolati in una situazione di miseria intergenerazionale e familiare. Anche per questo i livelli educativi della nazione sono tra i più bassi e meno qualificati dell'intera area OCSE.

3. Ulteriori serie di disuguaglianze caratterizzano l'ambiente, l'utilizzazione della terra e l'accesso ai suoi prodotti (soprattutto per gli alimenti primari, all'inizio della catena produttiva e distributiva). In questo senso, esiste un'evidenza, sia pure non conclusiva, che anche l'isolamento residenziale per livello socio-economico è più elevato rispetto all'Europa. Mentre in Europa e in Giappone le reti sociali e familiari sono un sostanziale elemento di tutela individuale, la disintegrazione del nucleo familiare americano non garantisce analoghe protezioni in caso di turbolenze sociali ed economiche, di perdita del lavoro o di indebitamento.

Anche da un articolo del sole 24 ore possiamo evidenziare lo scarso interesse del sistema sanitario statunitense sulla prevenzione e soprattutto sul rapporto medico-paziente, punto fondamentale di altri sistemi sanitari come quello cubano (vedi cap. III-1).

“La letteratura americana degli ultimi 10 anni rifluisce di analisi critiche e proposte di revisione delle cure primarie, soprattutto alla luce dell'ormai ingombrante paradosso americano (ovvero il Paese in cui si spende di più in sanità, che genera molteplici innovazioni scientifiche e cliniche, ma che al contempo presenta risultati di salute pubblica mediocri)<sup>5</sup> .

Dopo questa breve descrizione del Sistema Sanitario americano emergono due importanti riflessioni: in un Paese così ricco economicamente, la salute, un bene oggettivamente imprescindibile per lo sviluppo della società, non è accessibile a tutta la popolazione e, tra quelli che vi accedono, ci sono delle enormi differenze tra le cure a cui viene sottoposto un paziente rispetto ad un altro solo ed esclusivamente in base al reddito.

La motivazione di tale situazione è molto semplice: un sistema economico di tipo capitalista, basato cioè sulle leggi di mercato, trasforma ogni ambito della vita in una merce e, come tale, può e deve essere venduta per trarre il maggior profitto possibile, a maggior ragione che, nel caso specifico della salute, essa per sua stessa natura non andrà mai in sovrapproduzione.

## *Bibliografia*

**<sup>1</sup>Friedrich von Hayek:**

[http://it.wikipedia.org/wiki/Friedrich\\_von\\_Hayek](http://it.wikipedia.org/wiki/Friedrich_von_Hayek)

**<sup>2</sup>Social Security Act:**

[http://it.wikipedia.org/wiki/Social\\_Security\\_Act](http://it.wikipedia.org/wiki/Social_Security_Act)

**<sup>3</sup>If elected President, I will repeal Obamacare** di Gavino Maciocco:

<http://www.saluteinternazionale.info/2012/10/if-elected-president-i-will-repeal-obamacare/>

**<sup>4</sup>La (cattiva) salute degli Americani** di Ranieri Guerra:

<http://www.saluteinternazionale.info/2013/01/la-cattiva-salute-degli-americani/>

**<sup>5</sup>Il Servizio Sanitario Americano Spaccato** di J. Bradford DeLong:

<http://www.ilsole24ore.com/art/economia/2013-07-30/servizio-sanitario-americano-spaccato-174754.shtml?uuid=AbCjgpll>.

### III-2) Il Sistema Sanitario Inglese



Il Sistema Sanitario Anglosassone, il National Health Service (NHS), nacque nel 1948 e fu il primo sistema sanitario universalistico del mondo. Esso si

basava infatti su un modello di assistenza medica esteso a tutti i cittadini, senza discriminazione tra parti geografiche (chi risiede nel Galles può curarsi in Scozia, come anche un residente in Inghilterra può ricevere assistenza nell'Irlanda del Nord, e così via), includendo nell'assistenza il primo soccorso, la degenza ospedaliera a breve e lungo termine, i servizi specialistici come quelli oftalmologici e odontoiatrici (questi ultimi effettuati tramite dentisti convenzionati).

Successivamente, tuttavia, l'andamento economico e la ristrutturazione del capitale portarono ad un inversione di rotta e uno spostamento dell'asse sanitario sempre più verso il modello americano.

Difatti, con la crisi economica degli ultimi anni, diventa imperativo il motto "Nothing about me without me", motto coniato dall'associazione internazionale Gruppo di Salisburgo, tanto è vero che diventa il titolo di uno dei capitoli più significativi del **Libro bianco** pubblicato nel 2010 dal Ministero della sanità Inglese<sup>1</sup>.

Sempre nello stesso anno, durante il discorso di insediamento del nuovo governo Cameron, si delineano i punti fondamentali della riforma sanitaria inglese con le seguenti parole: *"Le stanze dei bottoni del National Health Service (NHS) non saranno nel Ministero della sanità o negli uffici amministrativi perché il potere sarà affidato agli operatori sanitari e ai pazienti [...]. Il governo libererà il NHS dall'eccessiva burocrazia e dal controllo politico, e renderà più facile per i professionisti fare le cose giuste per e con i pazienti, innovare e migliorare i risultati di salute. [...]"*<sup>2</sup>.

Sono passati 3 anni da quel momento e la riforma, approvata in via definitiva nel aprile 2013, risulta essere osteggiata non solo dalla classe dei lavoratori nell'ambito sanitario ma anche da buona parte dell'opinione pubblica<sup>3</sup>. Le linee della contestazione abbracciano diversi temi:

- La riduzione dei servizi offerti dall'NHS, solo parzialmente delegati alle "Local Authorities", porterebbe ad un incremento del ricorso al privato con pagamento "out of pocket".
- "Forti sono i sospetti" che vi sia una massiccia "commercializzazione" dei CCGs (*Clinical Commissioning Group*), ovvero grandi consorzi di medici di famiglia (*General Practitioners- GPs-*), destinati a entrare nell'orbita di multinazionali, ampiamente coinvolte già prima della riforma, nel "mercato" sanitario<sup>1</sup>.
- La nuova riforma mina uno dei meccanismi chiave attraverso cui il NHS riesce a garantire un pieno ventaglio di servizi, indipendentemente dal luogo di residenza dell'assistito. Infatti i CCG, contrariamente ai PCT (*Primary Care Trusts*), **organizzati su base geografica**, "non avranno una responsabilità territoriale ma potranno reclutare utenti ovunque lo desiderino e questi stessi utenti, sparsi ovunque, costituiranno il denominatore per i rapporti annuali dei CCG, e quindi anche per gli indicatori di salute. Verrà così meno la possibilità di programmare un'adeguata distribuzione geografica dei servizi per le comunità e le popolazioni locali"<sup>5</sup>.



- È contestata inoltre la presenza di incentivi finanziari legati al raggiungimento dei “risultati di salute”. Poiché è più facile ottenere questi risultati con popolazioni economicamente avvantaggiate, è prevedibile che i medici di famiglia e i vari provider focalizzeranno i loro sforzi nei confronti dei gruppi più benestanti e più sani, aumentando le possibilità di selezione dei pazienti e accentuando le disuguaglianze riguardanti la salute all'interno della popolazione.

L'analisi della riforma non si può fermare ai confini dell'isola britannica ma deve essere fatta confrontando l'esperienza britannica con quella di altri paesi europei. Se si analizza quindi questo dato, si evidenzia una strana coincidenza tra le sorti di altri Sistemi Sanitari.



## *Bibliografia*

**<sup>1</sup>Liberating the NHS. Svolta shock della sanità inglese** di Gavino Maciocco:

<http://www.saluteinternazionale.info/2010/09/liberating-the-nhs-svolta-shock-nella-sanita-inglese/>

**<sup>2</sup>NHS. La stagione dell'ansia** di Gavino Maciocco:

[http://www.saluteinternazionale.info/2013/09/nhs-la-stagione-dellansia/NHS reform is a 'slash-and-burn approach', says doctors' union di Denis Campbell. "The Guardian", 1 Ottobre 2010](http://www.saluteinternazionale.info/2013/09/nhs-la-stagione-dellansia/NHS%20reform%20is%20a%20'slash-and-burn%20approach'%2C%20says%20doctors'%20union%20di%20Denis%20Campbell.%20'The%20Guardian'%2C%201%20Ottobre%202010)

**<sup>3</sup>La (contro) riforma del NHS è legge** di Adriano Cattaneo:

<http://www.saluteinternazionale.info/2012/05/la-contro-riforma-del-nhs-e-legge/>

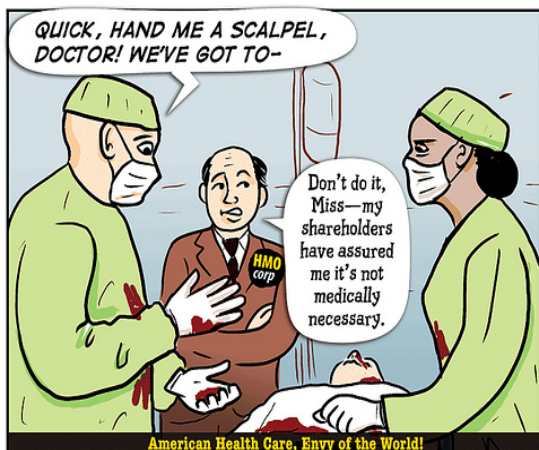


### III-3) Il Sistema Sanitario Spagnolo

Il Sistema Sanitario spagnolo, nato nel 1986, è stato fino ad ora caratterizzato da libero accesso per tutti i cittadini, finanziamento tramite il gettito fiscale e ruolo predominante del servizio pubblico. Nel panorama europeo, si è da sempre distinto per la marcata efficienza nel suo complesso e per le peculiarità organizzative dell'assistenza primaria.

La Spagna però, dovendo seguire i diktat imposti dalla Comunità Europea, ha completamente riformato in senso liberista il suo sistema sanitario.

Infatti viene emanato un **Decreto Reale**, che come tale per entrare in vigore non ha bisogno dell'approvazione parlamentare, sostenuto fortemente dal nuovo governo conservatore di Mariano Rajoy, che riconduce allo stesso effetto deflagrante sul servizio sanitario nazionale di quella approvata in Inghilterra.<sup>1</sup>



Il provvedimento legislativo spagnolo, adottato con grande urgenza, sostituisce il classico modello universalistico, basato sulla fiscalità generale, con un modello basato sulle assicurazioni.

Come se non bastasse, dal momento di entrata in vigore del

Regio Decreto, cessa di avere validità la tessera sanitaria concessa agli immigrati senza documenti che non avranno più accesso all'assistenza sanitaria gratuita. Questa verrà garantita solo a coloro in possesso di una tessera sanitaria europea o nazionale se lo straniero è regolarmente presente sul territorio. Saranno garantite solamente le prestazioni in regime di urgenza ospedaliera e l'assistenza alle donne durante gravidanza, parto e puerperio e ai minori di 18 anni.

Quello che è altrettanto preoccupante è la controfferta delle assicurazioni private, che vedendo nei migranti irregolari i nuovi potenziali clienti, offrono loro pacchetti di prestazioni assistenziali "a buon mercato" e con costi minori di quelli del sistema sanitario pubblico.

Anche in Spagna è dunque oramai evidente come la crisi economica porti in dote la tendenza alla privatizzazione del sistema sanitario nazionale e l'apertura del "mercato della salute" al mondo del privato nelle sue diverse rappresentazioni.

*Bibliografia*

**<sup>1</sup>Regio Decreto Legge 16/2012**

**<sup>2</sup>New legislation transforms Spain's health system from universal access to one based on employment** di Aser Garcia Rada: [www.bmj.com/content/344/bmj.e3196](http://www.bmj.com/content/344/bmj.e3196)

**<sup>3</sup>Avanzar al pasado: la sanidad como mercancía** di Joan Benach, El Pais 16 agosto 2012:  
[http://elpais.com/elpais/2012/07/06/opinion/1341595001\\_910539.html](http://elpais.com/elpais/2012/07/06/opinion/1341595001_910539.html)

### III-4) Il Sistema Sanitario Tedesco

Il Sistema Sanitario tedesco è costituito dall'assicurazione sanitaria pubblica, GKV, istituita nel 1883 dal cancelliere Otto Bismark. La GKV oggi fornisce copertura sanitaria alla quasi totalità della popolazione (circa l'80%), obbligatoriamente iscritta alle casse malattia, finanziata con i contributi versati dagli stessi lavoratori e dai loro datori di lavoro al 50%. Accanto al sistema sanitario pubblico, ne esiste uno privato (Private Krankenversicherung-PKV), che copre circa il 10% della popolazione, impostato, a differenza delle assicurazioni pubbliche in cui premi vengono calcolati in base al salario, su premi assegnati in base all'età, al sesso, allo stato di salute e alle prestazioni richieste. E' inoltre possibile, per chi ne ha le possibilità economiche, rivolgersi ad assicurazioni private integrative che coprono alcuni servizi non coperti dall'assicurazione pubblica obbligatoria<sup>1</sup>.

L'iscrizione alle casse avviene in base all'appartenenza professionale:

ciascuna cassa è competente per una determinata categoria di lavoratori che obbligatoriamente devono iscriversi alla cassa e, solo in questo modo,

possono usufruire dell'assicurazione sanitaria. L'introduzione della concorrenza ha dato vita a numerose BKK, le casse di malattia aziendali, che oggi rappresentano le nuove casse malattia.



Come quindi si può intuire anche la "meta promessa" di molti europei presenta un sistema sanitario di tipo assicurativo. Difatti la sanità, basata sulle cosiddette Casse Mutue, diverse in base alla categoria lavorativa, esplica, come se ce ne fosse bisogno, le contraddizioni salariali tra la stessa classe lavoratrice e le contraddizioni con la classe dominante, distinguendo la copertura sanitaria in pubblica per i primi e privata per i secondi. Ciò si riflette nella discrepanza tra la copertura e, quindi, tra i servizi offerti alla classe sfruttata rispetto a quelli offerti alla classe sfruttatrice.

*Bibliografia*

<sup>1</sup>Il modello di sanità tedesca di Cinzia di Novi:

[http://www.coripe.unito.it/files/25\\_1\\_santed.pdf](http://www.coripe.unito.it/files/25_1_santed.pdf)

### III-5) Il Sistema Sanitario Svedese

Il Sistema Sanitario Svedese è organizzato in circoscrizioni provinciali dette Landsting, finanziate dallo Stato. Fin dagli anni '80 il Governo vi ha fortemente investito.

Le circoscrizioni provinciali continuano a sostenere il sistema sanitario per il 70% del fabbisogno attraverso la tassazione locale, e sono sempre responsabili della gestione e del finanziamento di ospedali e dei medici di base. Il finanziamento privato si accompagna a quello pubblico non tanto attraverso gli ospedali quanto a livello di medicina di base.

La coalizione conservatrice-liberale, salita al governo nel 2006, sta portando avanti da alcuni anni profonde modifiche alla legislazione di riferimento orientate a riformare i criteri di allocazione delle risorse a favore di una fortemente supportata apertura a investitori for profit. Dopo aver operato una simile apertura per quanto riguarda l'attività ospedaliera e aver abolito il monopolio di stato sulle farmacie, il Governo è passato a riformare i criteri di allocazione delle risorse nel settore delle cure primarie.

Con una legge del 2009, denominata Free Choice Act Law, si è infatti formalmente decretata la volontà di far competere i privati for profit con le strutture pubbliche nell'erogazione delle cure primarie e la conseguente compartecipazione dei nuovi entranti all'allocazione dei fondi pubblici disponibili.

Si è così avviata e consolidata nel tempo la costituzione di una rete di Primary Care Center (PCC), aggregazioni paragonabili a Case della Salute o ambulatori integrati di cure primarie, non più di esclusiva proprietà pubblica.

Una riforma volta dunque a modificare profondamente le relazioni tra gli attori del sistema sanitario svedese, completando la "virata" verso la competizione avviata nel 2007. Inoltre, per dare maggiore impulso a tale riassetto, è stata prevista una sorta di "principio di precedenza" all'accesso ai fondi in favore dei nuovi centri privati, rendendo possibile investire in nuovi PCC puramente pubblici solo in assenza di nuovi entranti di iniziativa privata.

Così, anche lo spauracchio della più grande social democrazia del mondo, basata, sulla carta, sul rispetto dei bisogni fondamentali dell'uomo tra cui la salute, ha manifestato tutto il suo carattere riformista. Di fatti per il profitto ha svenduto e sta svendendo pezzi di welfare, con in primis la sanità.

*Bibliografia:*

**<sup>1</sup>Sindrome di Stoccolma. La crisi sul sistema sanitario svedese**, di Tommaso Grillo Ruggieri:

<http://www.saluteinternazionale.info/2013/06/sindrome-di-stoccolma-la-crisi-sul-sistema-sanitario-svedese/>

**<sup>2</sup>Health Systems in Transition: Sweden. Health system review**, 2012:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/164096/e96455.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf)

**<sup>3</sup>Il sistema sanitario svedese** di Luca Valerio, Valerio Fabbrini:

<http://www.saluteinternazionale.info/2011/01/il-sistema-sanitario-svedese/>

**<sup>4</sup>Burström B. Will Swedish healthcare reforms affect equity?**, BMJ 2009: <http://www.bmj.com/content/339/bmj.b4566>



## IV. Medicina e prevenzione

La medicina dovrebbe avere tre compiti fondamentali:

- la prevenzione della malattia;
- la cura dei malati;
- la riabilitazione dei guariti.

Di questi 3 compiti nel sistema sanitario attuale si presta attenzione soprattutto e quasi esclusivamente a quello curativo, articolato a sua volta nel momento della diagnosi e della terapia. Il presente della medicina invece, dal nostro punto di vista, dovrebbe dare più importanza al compito più arduo ma sicuramente più carico di responsabilità sociale: la prevenzione delle malattie.

Attualmente infatti si preferisce curare un sintomo, che è già la manifestazione della malattia, piuttosto che prestare attenzione alle cause che ne sono all'origine.

Nel momento in cui si sceglie di considerare la malattia come un dato naturale anziché un prodotto in parte sociale, si finisce per autolimitare la propria azione alla riparazione dei danni senza mai mettere in discussione le cause che producono sofferenza e malattia.

La medicina preventiva, che ha il compito di indagare ed intervenire sulle cause che potrebbero determinare lo stato di malattia, si prefigge di avere una visione più ampia della stessa ed un campo di azione più vasto; non considera la malattia come una condizione esistente a sé stante, scollegata dal contesto e dall'ambiente in cui l'uomo vive e lavora e cerca di intervenire direttamente sul contesto sociale, lavorativo ed ambientale, presupponendo una partecipazione diretta del paziente, come del medico.

Se prima si moriva principalmente di malattie infettive, malattie determinate dall'ambiente inteso come naturale, combattute oltre che con l'introduzione di antibiotico terapie, anche con un miglioramento del contesto sociale e lo stile di vita di comunità. Attualmente le patologie predominanti sono tutte patologie in cui non si riesce ad intervenire sulla causa scatenante.

Sono infatti oggi predominanti le cosiddette “malattie degenerative”, da usura, da lavoro, da contaminazione ambientale e stress ripetuti come le patologie cardiovascolari, disordini metabolici ed endocrini, diabete, tumori e patologia correlata al lavoro.

Questa fatto autorizza a cercare un legame tra queste nuove patologie e le nuove condizioni ambientali nelle quali oggi vive e lavora l'uomo moderno. Non bisogna trascurare la possibile importanza del ritmo non a misura d'uomo col quale l'ambiente sociale, tumultuoso e ricco di contraddizioni in cui viviamo, si modifica.

Perché è meglio un sistema preventivo?

Partendo da queste considerazioni è più semplice capire perché non accettiamo di confinare il ruolo della medicina alla sola riparazione dei danni riscontrabili nel singolo utente ma consideriamo la prevenzione come risposta necessaria ad un'urgenza sociale. Il target della medicina in questo senso non è più il “malato da guarire” da una patologia che va prevista e rimossa, ma individuo la cui “salute “ va tutelata e promossa. In questo senso la promozione e tutela della salute non può concludersi nell' ambito individuale ma deve muoversi e compiersi in quello sociale, cioè l'ambito di vita e di lavoro, e coglierne la dimensione collettiva.



Una conoscenza più approfondita delle cause, dei potenziali rischi e delle manovre per evitarli, collegati ad una specifica malattia, porta ad una maggiore consapevolezza collettiva che non può far altro che aumentare la partecipazione sociale.

Facciamo l'esempio di un lavoratore in fabbrica: conoscendo i rischi connessi a lavori usuranti o all'esposizione prolungata a sostanze tossiche utilizzate, il lavoratore avrebbe maggiori strumenti per opporsi alle condizioni a cui è sottoposto.

O facciamo l'esempio di una persona anziana con potenziale rischi cardiovascolare:

ben informato sulle misure di prevenzione per queste malattie (camminata gg di 10min, misurazione pressione, dieta iposodica, etc.), potrebbe da solo evitare la malattia e non graverebbe poi sul SSN.

Infatti nel momento attuale di crisi e tagli nel sistema sanitario, solo un modello sanitario che investe sull'evitare una patologia può realmente abbattere le spese sanitarie con un rapporto costo-beneficio favorevole.

Ma a chi non conviene?

I primi ad opporsi a questa concezione della medicina sarebbero le industrie farmaceutiche le quali per difendere i propri profitti fanno scelte contro la salute della collettività e a cui conviene il manifestarsi della patologia piuttosto che la sua prevenzione.

Non conviene all'attuale sistema liberale, che spinge ad un sistema privato e che fa della medicina una scelta classista che di fatto contribuisce alla perpetuazione dell'organizzazione produttiva capitalista esistente.

La medicina preventiva non trova infatti spazio in un sistema liberista, nel quale per una sua reale e completa attuazione sarebbe necessario rivedere gli interi sistemi di produzione a partire da:

- rimozione da tutte le lavorazioni e produzione di qualsiasi agente fisico o chimico già noto come potenziale cancerogeno;

- valutazione delle attività cancerogene di tutte le sostanze e le tecniche impiegate in qualsiasi produzione e lavorazione;
- chiusura impianti in cui queste siano state accertate;
- bonifiche di territori;
- riduzione di utilizzo di farmaci e alimenti nocivi etc.

Non in ultimo l'informazione e la conoscenza porterebbe ad una partecipazione consapevole che ribalterebbe il rapporto medico paziente e datore di lavoro- lavoratore, annullandone la subalternità, e restituirebbe integrità al malato e al medico portandoli finalmente ad essere dalla stessa parte, quella dell'uomo contro il potere e del lavoro contro il capitale.

*Bibliografia*

Ivar Oddone - **Medicina preventiva e partecipazione**-  
<http://www.mirafiori-accordielotte.org/wp-content/uploads/2012/10/1976-libro-Oddone-Medicina-preventiva-e-partecipazione.pdf>

	Assicurazioni private (% della spesa sanitaria totale)	Popolazione coperta dalle Ass. private (%)	Tipologia di copertura privata
Australia	7,3	44,9 40,3	Parallela, Complementare Supplementare
Austria	7,2	0,1 31,8	Primaria (sostitutiva) Complementare, Supplementare
Belgio	n.d.	57,5	Primaria (principale), Complemen
Supplementare			
Canada	11,4	65,0 (s)	Supplementare
Corea	n.d.	n.d.	Supplementare
Danimarca	1,6	28 (1998)	Complementare, Supplementare
Finlandia	2,6	10	Parallela, Complementare, Supplementare
Francia	12,7	92	Complementare, Supplementare
Germania	12,6	18,2 di cui: 9,1 9,1	Primaria (sostitutiva) Supplementare, Complementare
Giappone	0,3	n.d.	n.d.
Grecia	n.d.	10	Parallela, Supplementare
Islanda	0 (s)	trascurabile	Supplementare
Irlanda	7,6	43,8	Parallela, Complementare, Supplementare
Italia	0,9	15,6 (1999)	Parallela, Complementare, Supplementare
Lussemburgo	1,6	2,4	Complementare, Supplementare
Messico	2,5 (2001)	2,8	Parallela, Supplementare
Norvegia	0 (s)	trascurabile	n.d.
Nuova Zelanda	6,3	35	Parallela, Complementare, Supplementare
Paesi Bassi	15,2	92 di cui: 28,0 64	Primaria (principale) Supplementare
Polonia	n.d.	trascurabile	Supplementare
Portogallo	1,5 (1997)	14,8	Parallela, Complementare, Supplementare
Regno Unito	3,3 (1996)	10,0	Parallela, Supplementare
Repubblica Ceca	0 (s)	trascurabile	Supplementare
Repubblica Slovacca	0 (s)	trascurabile	Supplementare
Spagna	3,9	13 di cui: 2,7 10,3	Primaria (sostitutiva, principale) Parallela, Supplementare
Stati Uniti	35,1	71,9	Primaria (principale), Complemen
Supplementare			
Svezia	n.d.	trascurabile	Complementare, Supplementare
Svizzera	10,5	80	Supplementare
Turchia	0,7 (1994)	<2	Complementare, Supplementare
Ungheria	0,2	trascurabile	Supplementare

## IV-1)Cuba: un buon esempio di medicina preventiva



Il Sistema Sanitario cubano si fonda sul principio per cui la salute è un diritto sociale inalienabile e tutti i cubani hanno diritto all'assistenza sanitaria completa senza distinzioni. I servizi sono

finanziati quasi interamente tramite risorse pubbliche. Il forte orientamento alle cure primarie, sviluppato a partire dal 1986, è garantito dalla capillare presenza sul territorio di strutture di bassa e medio-bassa complessità.

Si tratta dei "consultori", strutture dove operano le Equipe Basica de Salud (EBS) e i policlinici, dove invece operano a supporto medici specialisti per la gestione del paziente sul territorio. In ogni consultorio lavora una Equipe Basica de Salud composta da un medico e un infermiere di famiglia; la EBS si occupa della gestione dell'assistenza primaria in un'area geografica ben delimitata, della quale periodicamente si studiano le caratteristiche geografiche, sociologiche e demografiche per individuare i principali fattori di rischio derivanti dal territorio

. L'EBS si fa anche carico dell'inclusione della popolazione a rischio all'interno dei numerosi programmi di prevenzione, dispensarizazion, codificati dal Ministero della salute attraverso campagne di sensibilizzazione.

Quindi il Sistema sanitario Cubano, come si evince facilmente dalla sua organizzazione, risulta realmente universale, gratuito e pubblico per tutti, che oltre ad usufruire dei migliori servizi oggi esistenti in materia di salute, partecipano attivamente al suo perfezionamento e alle proprie attività.

*Bibliografia*

**<sup>1</sup>Salute e sanità a Cuba (parte II):**

<http://www.saluteinternazionale.info/2013/02/salute-e-sanita-a-cuba-parte-ii/>

## V. Conclusioni

Avendo dunque una veduta d'insieme e congiungendo i tasselli, emerge un chiaro disegno economico e politico.

Infatti tutto l'asse europeo, e più in generale il cosiddetto mondo industrializzato, sta attuando tutta una serie di riforme liberiste volte allo smantellamento del sistema sanitario pubblico. Queste riforme non cadono in questi ultimi anni per un caso, bensì, con la scusa della crisi economica, stanno mascherando la necessità dei Paesi dell'unione di doversi uniformare all'interno del nuovo "Stato Federale Europeo", con lo scopo di competere nel mondo globalizzato con gli altri poli imperialisti del mondo.



La Sanità non a caso è stata la prima delle strutture sociali ad essere investita da quest' "aria di cambiamento". Infatti, occupando si di un bisogno

fondamentale, porterà sempre profitto e non entrerà mai in sovrapproduzione.



Questa sua peculiarità nasce proprio dal fatto che la domanda di salute è sempre in aumento in virtù delle mutate caratteristiche sociali, economiche, lavorative e più in generale dello stile di vita. Esse peggiorano di pari passo con l'avanzare dell'aggressività del sistema economico capitalista, di cui, peraltro, sono frutto.

Citiamo un'analisi molto esaustiva a riguardo: *“Ma, cosa prevista anch'essa da Marx, il capitale doveva tendere a sostituire lo sfruttamento estensivo con quello intensivo, il plusvalore assoluto con quello relativo: oggi il «logorio» dei proletari assume quindi aspetti meno direttamente fisici, la durata della vita ritorna ad aumentare, la statura media altrettanto, ma parallelamente si moltiplicano i disturbi circolatori, digestivi, ecc. e soprattutto gli squilibri nervosi con tutti i loro strascichi, che sono un effetto della tensione nervosa del lavoro non meno che della crescente ansietà sociale.*

*Ciò spiega l'aumento degli stati morbosi, di fronte ai quali la medicina finisce per stringersi nelle spalle perché – anche a prescindere dal suo condizionamento ad opera dell'industria farmaceutica – il capitalismo la condanna all'impotenza o meglio le impone un orientamento ed un obiettivo che rendono vane le sue più grandi conquiste.*

*Una medicina che si rispetti dovrebbe prefiggersi di mantenere l'uomo in buona salute, di conservargli o di fargli ritrovare un equilibrio soddisfacente. Era questo lo scopo, per esempio, dell'antica medicina cinese; diversamente da quanto accade oggi, il mandarino pagava il medico quando stava bene e gli tagliava gli onorari quando si ammalava. Questo capovolgimento, il fatto che nella nostra società è interesse del medico che noi ci ammaliamo, mostra il ruolo dettato alla medicina dal capitalismo: rabberciare l'uomo scassato dalla vita che è costretto a condurre.*

*Sarebbe un errore credere che ciò che impedisce alla medicina di prevenire i mali e la riduce a cercare di guarirli sia una «insufficienza scientifica» o una «incapacità tecnica». Il problema non è scientifico ma sociale: la medicina è incapace di prevenire perché*

*le condizioni di vita dei lavoratori sono già determinate dalle esigenze della produzione capitalistica, sulle quali la medicina non ha nessuna presa. Solo quando il tasso di morbidità minaccia la produzione di capitale, lo stesso capitale orienta la medicina nel senso della prevenzione (il caso delle malattie infettive a carattere epidemico). Ma in genere, la tendenza «naturale» della medicina (e dei giovani medici illusi) alla prevenzione, si infrange contro le ferree esigenze del capitale.»<sup>1</sup>*

Non a caso le patologie a maggiore incidenza del nostro tempo sono quelle croniche (es. diabete, malattie cardiovascolari, obesità, neoplasie, etc.), ovvero quelle che per essere curate necessitano di visite e controlli regolari e che invalidano e mutilano la vita della classe sfruttata.

Concludendo, ove ce ne fosse ancora bisogno, ribadiamo l'importanza di un sistema sanitario pubblico ed universale, basato sul concetto di prevenzione e non di cura, tenendo presente che la Sanità, una delle componenti del salario indiretto, venendo a mancare sempre più, oltre che ad una mera "carenza del servizio" si traduce, per definizione, in una contrazione del salario stesso<sup>2</sup>.

Consapevoli che il modello sanitario preventivo, per quanto il migliore possibile, non è compatibile con il capitale, "Oggi si può e si deve puntare su tutte le forme di appropriazione e di autogestione che possano mettere la classe a soggetto di una lotta per la salute che non cessi mai di essere, in quanto tale, una lotta contro il sistema"<sup>3</sup>.

*Bibliografia*

<sup>1</sup>Marxismo e scienza borghese da "Il programma comunista" n. 21-22/1968: <http://www.international-communist-party.org/Italiano/Conoscen/68SciBor.htm>

<sup>2</sup>Salario, prezzo e profitto, Karl Marx (1865): <http://www.marxists.org/italiano/marx-engels/1865/salpp.htm>

<sup>3</sup>Classe e Salute, Giulio A. Maccacaro (1973)



**FACEBOOK:** Collettivo Sun Napoli, Coordinamento Secondo Policlinico

**E-MAIL:** [coor2pol.noblogs.org](http://coor2pol.noblogs.org), [coor2pol@gmail.org](mailto:coor2pol@gmail.org)