

## SSN. Solo un cambio di paradigma lo salverà *NHS. Only a paradigm change will save him*

Gavino Maciocco

*Comitato Scientifico Centro Salute Globale, Regione Toscana*

*Parole chiave:* SSN, malattie croniche, multimorbidità, cambio di paradigma

### RIASSUNTO

Il SSN non può essere ridotto a una fabbrica di prestazioni. Il SSN deve tutelare e promuovere la salute delle persone e attrezzarsi per affrontare adeguatamente l'epidemia delle malattie croniche (e la sub-epidemia della multimorbidità). "Nonostante si viva in un mondo dominato dalle patologie croniche, nei luoghi di cura si pratica una medicina quasi esclusivamente per acuti: all'alba del XXI secolo persistono i modelli del XIX secolo", scrivono R. Rozzini e M. Trabucchi. È necessario per questo un profondo «cambiamento». Un cambio di paradigma basato sulla sanità d'iniziativa: prevenzione e lotta alle disuguaglianze socio-economiche (di malattie croniche si ammalano e ne muoiono molto di più le fasce più disagiate della popolazione), supporto all'auto-cura, presa in carico a lungo termine dei pazienti da parte di team multiprofessionali e multidisciplinari composti da medici di famiglia, infermieri e specialisti, continuità delle cure e più tempo dedicato alla relazione tra professionisti e pazienti, integrazione socio-sanitaria. Il cambio di paradigma richiede un forte rilancio delle cure primarie e dei servizi territoriali.

*Key words:* NHS, chronic diseases, multimorbidity, paradigm shift

### SUMMARY

The NHS can not be reduced to a health provision factory. The NHS must protect and promote people's health and equip itself to adequately address the epidemic of chronic diseases (and the multimorbidity sub-epidemic). "Although we live in a world dominated by chronic diseases, in the places of care we practice medicine almost exclusively for the acute: at the dawn of the 21st century, the models of the nineteenth century persist", write R. Rozzini and M. Trabucchi. A profound "change" is necessary for this. A change of paradigm based on the anticipatory healthcare: prevention and fight against socio-economic inequalities (of chronic illnesses get sick and die more the more disadvantaged sections of the population), support to self-care, taken care of long-term patients by multiprofessional and multidisciplinary teams consisting of family doctors, nurses and specialists, continuity of care and more time dedicated to the relationship between professionals and patients, social-health integration. The paradigm shift requires a strengthening of primary care and community services.

---

Autore per corrispondenza: [gavino.maciocco@gmail.com](mailto:gavino.maciocco@gmail.com)

40 anni orsono, il 23 dicembre 1978, il Parlamento approvò a larghissima maggioranza la legge N. 833 che trasformava radicalmente - in senso universalistico - il sistema sanitario italiano. Oggi si parla molto di «cambiamento», ma quell'anno, il 1978, fu un tempo di autentico «cambiamento» per la sanità e la salute della popolazione italiana. Oltre alla Legge 833 nello stesso anno furono approvate la Legge 180 («legge Basaglia») e la Legge 194 (sull'interruzione volontaria di gravidanza). Tutte e tre le leggi portarono la firma di Tina Anselmi, prima donna ministro nella storia della Repubblica italiana, una figura politica straordinaria, rievocata così dal presidente Mattarella: «Tina Anselmi: partigiana, parlamentare, ministro di grande prestigio, ne ricordo il limpido impegno per la legalità e il bene comune».

L'anno 1978, così denso di date significative per la salute a livello nazionale e internazionale, rappresenta una sorta di spartiacque della storia (anche nel capo della sanità), con un «prima» e un «dopo». Il «prima» è il periodo che parte dalla fine della seconda guerra mondiale in cui si registra l'espansione del welfare universalistico - tratto comune dei governi liberaldemocratici e socialdemocratici europei - e si afferma il principio che alcuni servizi fondamentali, come l'istruzione e la sanità, debbano essere sottratti ai meccanismi di mercato e quindi essere garantiti dallo Stato, per offrire pari opportunità a tutti e per ridurre il rischio della dilatazione delle disuguaglianze all'interno della società (provocate per l'appunto dal mercato).

Il «dopo» prende le mosse agli inizi degli anni Ottanta, con l'elezione di leader ultra-conservatori - Margaret Thatcher in Gran Bretagna (1979) e di Ronald Reagan negli USA (1980) - e con l'affermazione del neoliberismo, i cui principali argomenti 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 e consumatori), motivati principalmente o esclusivamente da considerazioni economiche e materiali;
3. il welfare state - di stampo liberaldemocratico o socialdemocratico, tendente a mitigare le disuguaglianze nella società - interferisce con il normale funzionamento del mercato e dev'essere, dove esiste, eliminato. Secondo l'ideologia liberista, infatti, le disuguaglianze sono il necessario sottoprodotto del buon funzionamento dell'economia e sono anche «giuste», perché rispondono al principio 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; e infatti il motto di Reagan era: «Il governo non è mai la soluzione, il governo è il problema».

Le politiche neo-liberiste si applicano anche alla sanità, che diventa terreno di conquista del mercato a livello globale, come si legge in un articolo di Lancet del 2001: «Negli ultimi due decenni, la spinta verso riforme dei sistemi sanitari basate sul mercato si è diffusa in tutto il mondo, da nord verso sud, dall'occidente all'oriente. Il «modello globale» di

sistema sanitario è stato sostenuto dalla Banca Mondiale per promuovere la privatizzazione dei servizi e aumentare il finanziamento privato, attraverso il pagamento diretto delle prestazioni (*user fees*). Questi tentativi di minare alla base i servizi pubblici da una parte rappresentano una chiara minaccia all'equità nei paesi con solidi sistemi di welfare in Europa e Canada, dall'altra costituiscono un pericolo imminente per i fragili sistemi per i paesi con medio e basso reddito (1).”

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(2). Una potente motivazione alla ristrutturazione dei sistemi sanitari va ricercata nella necessità di far fronte ai costi derivanti dai crescenti consumi, alimentati dall'estensione del diritto di accesso ai servizi, dall'invecchiamento della popolazione e dall'introduzione di nuove bio-tecnologie. Nel periodo intercorso tra il 1960 e il 1990 nei 29 paesi più industrializzati (appartenenti all'OCSE - Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) la spesa sanitaria mediana pro-capite era passata da 66 a 1.286\$, mentre la mediana della percentuale della spesa sanitaria sul PIL passava nello stesso periodo dal 3.8 al 7.2%. L'esigenza di contenere i costi, eliminando le spese inappropriate o inutili e dando più efficienza al sistema, si accompagnò ad un altro tipo di spinta, di ordine politico/ideologico: la tendenza alla privatizzazione e all'introduzione del mercato, secondo le linee di politica neo-liberista. La coincidenza cronologica dei due tipi di pressione (“più efficienza” e “più mercato”) ebbe l'effetto di dare più forza e giustificazione al secondo, attraverso il seguente ragionamento: solo applicando le regole del mercato, iniettando cioè potenti dosi di competizione e privatizzazione, il sistema può diventare efficiente.

### **Dalle leggi di riordino del SSN all'assalto all'universalismo**

Nel dicembre del 1992 - sotto il governo di Giuliano Amato - viene approvata la prima legge di riordino del Servizio sanitario nazionale (Decreto legislativo 502/92, del 30.12.1992). Si tratta di un provvedimento che riforma profondamente la legge istitutiva del SSN, la L. 833 del 1978. Il punto decisivo del cambiamento lo si trova all'articolo 1 della L. 502, dove si legge: “L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico finanziaria”.

Viene per questo radicalmente modificato il meccanismo di finanziamento del sistema sanitario: i fondi alle Regioni vengono erogati in relazione al numero degli abitanti (quota capitaria) e non più sulla “spesa storica” e il “piè di lista”. La responsabilità del pareggio di bilancio viene attribuita alle Regioni e i Comuni vengono privati di ogni competenza

e responsabilità in campo sanitario.

Il secondo punto fondamentale del riordino è la trasformazione delle Usl in aziende (Art. 3. 1-bis. In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale). Anche qui, rispetto alla L. 833/78, si assiste a un cambiamento radicale: l'organo collegiale di governo (Comitato di gestione) viene sostituito da una figura monocratica (Direttore generale); è prevista la separazione dalle Asl degli ospedali maggiori, che si costituiscono in aziende autonome che vengono remunerate a prestazione; si stimola l'ingresso del mercato nel settore sanitario, lo sviluppo della competizione tra pubblico e privato e anche all'interno dello stesso settore pubblico.

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

Ma la novità più sconvolgente della L. 502/92 è anche quella meno nota: si trova all'articolo 9 dal titolo "Forme differenziate di assistenza", che prevedeva "l'affidamento a soggetti singoli o consortili, ivi comprese le mutue volontarie, della facoltà di negoziare, per conto della generalità degli aderenti o per soggetti appartenenti a categorie predefinite, con gli erogatori delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale modalità e condizioni allo scopo di assicurare qualità e costi ottimali. L'adesione dell'assistito comporta la rinuncia da parte dell'interessato alla fruizione delle corrispondenti prestazioni in forma diretta e ordinaria per il periodo della sperimentazione".

Articolo sconvolgente dicevamo, perché prevede la possibilità dei cittadini di uscire dal Servizio sanitario nazionale ("opting out") e prefigura la creazione di un sistema sanitario parallelo e alternativo al servizio sanitario nazionale, in mano alle assicurazioni e alle mutue volontarie, e che di fatto sancisce la fine del sistema sanitario unitario e universalistico introdotto con la L. 833/78.

Articolo sconvolgente, ma pochissimo noto, perché (fortunatamente) non è stato mai applicato. Infatti quell'articolo fece la fine del suo artefice, il Ministro della sanità del governo Amato, Francesco Di Lorenzo (Partito Liberale). Di Lorenzo fu spazzato via dallo scandalo di Tangentopoli, subendo una condanna definitiva (5 anni) per associazione a delinquere finalizzata al finanziamento illecito ai partiti e corruzione in relazione a tangenti per un valore complessivo di circa quattro miliardi di lire, in parte ottenute da industriali farmaceutici dal 1989 al 1992, durante il suo ministero.

Anche per questo, nell'aprile 1993 il governo Amato si dimise e fu sostituito dal governo presieduto da Azelio Ciampi (Ministro della sanità, Maria Pia Garavaglia). Il nuovo go-

verno decise di mettere subito mano alla L. 502/92, con lo scopo principale di eliminare l'art. 9. Per questo fu varato un nuovo decreto legislativo, N. 517/93, del 7 dicembre 1993, in cui quel nocivo articolo fu rimosso e sostituito con un altro dedicato a Forme integrative di assistenza sanitaria ("Fondi integrativi sanitari finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale").

L'idea del *opting out* in realtà non era mai stata abbandonata, pronta a essere ridestata alla prima occasione utile. Così la crisi economica ha offerto ai suoi sostenitori l'opportunità di rilanciarla in grande stile.

"La sostenibilità futura dei sistemi sanitari nazionali, compreso il nostro di cui andiamo fieri potrebbe non essere garantita se non si individueranno nuove modalità di finanziamento per servizi e prestazioni". Questa frase pronunciata nel 2012 da Mario Monti, allora Presidente del Consiglio, intervenendo in collegamento a Palermo durante l'inaugurazione di un centro biomedico, lasciava pochi dubbi sul suo reale significato: si trattava di trovare "nuove" modalità di finanziamento del sistema sanitario. E non stupì che intervenendo nel dibattito suscitato dalle dichiarazioni di Monti, Alberto Alesina e Francesco Giavazzi, in un articolo del *Corriere della Sera* (23 settembre 2012), affermassero, perfettamente in linea con il pensiero del *opting out*: "Dobbiamo ripensare più profondamente alla struttura del nostro Stato sociale. Per esempio, non è possibile fornire servizi sanitari gratuiti a tutti senza distinzione di reddito. Che senso ha tassare metà del reddito delle fasce più alte per poi restituire loro servizi gratuiti? Meglio che li paghino e contemporaneamente che le loro aliquote vengano ridotte. Aliquote alte scoraggiano il lavoro e l'investimento. Invece, se anziché essere tassato con un'aliquota del 50% dovessi pagare un premio assicurativo a una compagnia privata, lavorerei di più per non rischiare di mancare le rate".

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

### 1. Il definanziamento del servizio sanitario pubblico

In Italia gli effetti della crisi sulla sanità si sono fatti sentire a partire dal 2011. Il nostro paese entrava sotto il controllo della Bce che dettava le dure regole dell'austerità tra cui le "privatizzazioni su larga scala dei servizi pubblici locali" e la "riduzione significativa dei costi del pubblico impiego" (Lettera della Bce al Governo italiano del 5 agosto 2011). Da allora, il sistema sanitario - per ammissione della Ragioneria dello Stato - è stato uno dei settori pubblici maggiormente colpito dalle politiche di austerità, con una riduzione della spesa sanitaria dello 0,1% l'anno dal 2010 al 2016 (come certificato dalla stessa Ragioneria dello Stato (3)).

## 2. La promozione del “secondo pilastro” assicurativo

Il progressivo indebolimento del pilastro pubblico del Servizio sanitario nazionale porta acqua al mulino del “secondo pilastro”. Prospettato nel 2008 da Maurizio Sacconi, ministro del governo Berlusconi, il pilastro assicurativo privato oggi riscuote entusiastiche adesioni bipartisan. Intorno a questo disegno c'è una straordinaria e inedita convergenza d'interessi (4): dal mondo delle imprese sanitarie private for-profit (particolarmente florido in Lombardia e Lazio) a quello del cosiddetto terzo settore (un tempo no-profit, ma con la nuova legge destinato a cambiare rapidamente pelle), dal mondo della cooperazione a quello assicurativo. Tutti accomunati da un'idea: come poter lucrare sull'inefficienza del servizio sanitario pubblico. Intorno a questo disegno sembra esserci una convergenza d'interessi anche tra Confindustria e Sindacato visto che uno dei più noti esempi di welfare aziendale in campo sanitario è quello sottoscritto dal sindacato dei Metalmeccanici, dal nome evocativo “Fondo mètaSalute (5)”. Si tratta di un'assicurazione sanitaria privata che include gran parte di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale (quindi sostitutive rispetto a ciò che - secondo i Livelli essenziali d'assistenza - il servizio pubblico è tenuto a garantire), a cui si aggiunge l'offerta, senza prescrizione medica, di una serie di accertamenti qualificati come preventivi, tra cui - ad esempio - l'ecodoppler agli arti inferiori ogni 2 anni dai 30 ai 39 anni; Moc ogni 2 anni sopra i 50 anni, la visita cardiologia ogni 2 anni, PSA ogni 2 anni per gli over 50. Ci vuol ben poco a capire che in un'offerta del genere, che non richiede il filtro valutativo del medico, c'è poca prevenzione e molto, troppo, consumismo sanitario (6).

### L'assalto all'universalismo

“The assault on universalism”. L'articolo del BMJ (7-8) pubblicato alla fine del 2011, fu scritto da due tra i più noti e esperti analisti di politica internazionale, Martin McKee e David Stuckler. Secondo gli autori la riforma del NHS allora in gestazione, voluta dal governo conservatore, mirava a smontare dalle fondamenta il glorioso National Health Service: si trattava di un vero assalto all'universalismo. La loro tesi era che si utilizzava la crisi economico-finanziaria per distruggere i sistemi di welfare universalistici, come l'NHS e altri servizi sanitari nazionali: “La crisi economica ha offerto al governo l'opportunità che capita una sola volta nella vita. Come Naomi Klein ha descritto in molte differenti situazioni, quelli che si oppongono al welfare state non sprecano mai una buona crisi”. La temuta riforma del NHS è entrata in vigore nel 2013 producendo l'intera privatizzazione dei servizi sanitari (9). Analogo destino è toccato alla Spagna: anche qui un governo conservatore non ha perso l'occasione fornita dalla crisi di sbarazzarsi - con un semplice decreto reale (aprile 2012) - del sistema sanitario universalistico, per consegnare tutto nelle mani delle assicurazioni (10).

Anche in Italia è in atto l'assalto all'universalismo. Ma a differenza di quello che è avvenuto in Inghilterra e in Spagna, nel nostro paese l'assalto non ha trovato un percorso politico e legislativo trasparente. In Italia la formula ideata per mettere in crisi il SSN è semplice e a suo modo geniale. Si tratta del mix di interminabili tempi di attesa (conseguenza della scarsità dell'offerta pubblica) e di ticket particolarmente esosi (introdotti dal governo Monti e rafforzati dalle Regioni), spesso più costosi delle prestazioni private. L'obiettivo è quello di far migrare crescenti volumi di utenti dai servizi pubblici al settore privato a pagamento, l'effetto collaterale quello di costringere le fasce più deboli a rinunciare alle prestazioni, o a indebitarsi.

Questo (odioso) meccanismo riguarda quasi esclusivamente le prestazioni specialistiche e diagnostiche. Una scelta tutt'altro che casuale, per i seguenti motivi:

1. Infondere l'idea che il SSN altro non è che una macchina per la produzione di singole, episodiche prestazioni; se il SSN non le produce a sufficienza ci penserà qualche altra macchina. L'importante è averle, e presto, quelle prestazioni.
2. La domanda di prestazioni è facilmente manipolabile. È agevolmente misurabile in termini quantitativi e contabili, molto meno in termini di qualità e appropriatezza. "Noi ordiniamo sempre più test per cercare, spesso invano, di essere sicuri di ciò che vediamo", scrive Iona Heath, medico di famiglia inglese. "È siccome temiamo che coloro che si trovano nel regno dei sani si trovino forse nel regno dei malati, noi continuamente deviamo le risorse dai malati ai sani, cosicché la sovradiagnosi è inevitabilmente legata al sottotrattamento di quelli già malati. La sovradiagnosi dei sani e il sottotrattamento dei malati sono le due facce della moderna medicina. La paura dei pazienti alimenta la paura dei medici e viceversa; specialmente nei sistemi sanitari frammentati che non presidiano la continuità delle cure. È solo all'interno di relazioni di fiducia che queste paure possono essere contenute (11) ”.
3. Il mercato sanitario privato ha rapidamente intercettato questa tendenza gettandosi sulla produzione di prestazioni, da vendere anche al supermercato, in competizione con il SSN sia sul prezzo, che sui tempi di attesa. Il mercato assicurativo non è stato da meno, promuovendo «secondi pilastri» interamente basati sull'erogazione delle prestazioni di cui sopra, alimentando la sovradiagnosi anche con l'offerta di irrazionali "pacchetti prevenzione".

## Conclusioni

Il SSN non può essere ridotto a una fabbrica di prestazioni. Il SSN deve tutelare e promuovere la salute delle persone e attrezzarsi per affrontare adeguatamente l'epidemia delle malattie croniche (e la sub-epidemia della multimorbosità). "Nonostante si viva in un mondo dominato dalle patologie croniche, nei luoghi di cura si pratica una medicina

quasi esclusivamente per acuti: all'alba del XXI secolo persistono i modelli del XIX secolo", scrivono R. Rozzini e M. Trabucchi (12). È necessario per questo un profondo «cambiamento». Un cambio di paradigma basato sulla sanità d'iniziativa: prevenzione e lotta alle disuguaglianze socio-economiche (di malattie croniche si ammalano e ne muoiono molto di più le fasce più disagiate della popolazione), supporto all'auto-cura, presa in carico a lungo termine dei pazienti da parte di team multiprofessionali e multidisciplinari composti da medici di famiglia, infermieri e specialisti, continuità delle cure e più tempo dedicato alla relazione tra professionisti e pazienti, integrazione socio-sanitaria. Il cambio di paradigma richiede un forte rilancio delle cure primarie e dei servizi territoriali.

#### BIBLIOGRAFIA E LINKGRAFIA

1. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet* 2001; 358: 833-36.
2. Klein R. Big Bang Health Care Reform - Does It Work?: The Case of Britain's 1991 National Health Service Reform, *The Milbank Quarterly* 1995; 73(3):299-337.
3. <http://www.saluteinternazionale.info/2017/12/la-sanita-nella-legge-di-bilancio-la-strategia-del-nulla/>
4. <http://www.saluteinternazionale.info/2017/12/tutti-pazzi-per-il-secondo-pilastro/>
5. <http://www.fondometasalute.it/resource/piani-sanitari-2017>
6. Geddes da Filicaia M. *La salute sostenibile*. Roma: Pensiero Scientifico Editore; 2018.
7. McKee M, Stuckler D. The assault on universalism. *BMJ* 2011; 343:1314-17
8. <http://www.saluteinternazionale.info/2012/01/assalto-alluniversalismo/>
9. <http://www.saluteinternazionale.info/2013/04/il-big-bang-del-nhs/>
10. <http://www.saluteinternazionale.info/2012/10/controriforma-sanitaria-in-spagna-nel-mirino-anche-gli-immigrati/>
11. Heath I. Role of fear in overdiagnosis and overtreatment. *BMJ* 2014; 349: 19-21.
12. Rozzini R, Trabucchi M. Sanità e condizioni di salute delle persone affette da malattie croniche in tempo di crisi, in *Rapporto Sanità 2013*. Bologna: Il Mulino; Bologna 2013, pp. 197-212.

*Conflitti di interesse dichiarati:* nessuno