

MODELLI DI POLITICA SANITARIA

(Prospettiva Marxista – gennaio 2021)

La sanità costituisce, storicamente, un elemento di interesse generale per la borghesia. Nei confronti della forza lavoro può essere paragonata al ruolo svolto dall'istruzione, con la sostanziale differenza che quest'ultima assolve anche un importante compito di trasmissione dell'ideologia della classe dominante. In entrambi i casi però un livello minimo generalizzato, e storicamente determinato, è necessario e funzionale alla efficace produzione e alla riproduzione del modo di produzione capitalistico.

Se le competenze e conoscenze della classe operaia specializzata devono con una certa regolarità aggiornarsi per stare al passo delle novità produttive e tecnologiche, la salute richiede una costante attenzione nell'arco della vita, non solo durante la crescita e la formazione come adulti: fondamentalmente, nell'ottica borghese, le cure mediche basilari e la prevenzione devono infatti garantire la continuità della prestazione lavorativa delle maestranze, oltre alla tutela dell'igiene pubblica. Infatti una patologia o un morbo, specie quando diventano pandemici o endemici, possono pregiudicare anche la salute della stessa classe dominante e quindi della società intera.

La sanità pubblica, oltre a quella privata che tratta direttamente ed unicamente i lati di questi problemi come pure e semplici merci, è dunque un aspetto sociale di così grande importanza che perfino gli Stati pre unitari in Italia se ne sono occupati. Ma come concretamente una specifica formazione economico-sociale, nel corso della storia delle lotte di classe, abbia fornito una sua risposta è un qualcosa che merita di essere indagato e compreso.

Oggi poi, che il capitalismo è giunto alla sua fase ultima della putrescenza imperialista, la spesa pubblica per la sanità, specie in quegli Stati che sono attori nella spartizione internazionale del plusvalore mondiale prodotto dal proletariato internazionale, rientra anche a pieno titolo nella battaglia per contenere quelle spese parassitarie dal punto di vista del capitale. Sulla bilancia del Welfare le voci inerenti la sanità sono infatti anche un aspetto sempre più importante della competitività e della concorrenza inter-imperialistica.

Premessa alla classificazione tripartita standard

Le forme di sanità sviluppatesi nel contraddittorio sviluppo capitalistico si possono essenzialmente sintetizzare in tre modelli classici: quello mutualistico bismarckiano, quello pubblico universalistico e quello a prevalenza privatistico su base volontaria¹.

Va puntualizzato tuttavia che l'evincere uno schema, un particolare modello organizzativo, è però un'operazione di astrazione che richiede cautele. Non solo perché, come vedremo per l'Italia, l'organizzazione del modello sanitario muta nel tempo, ma anche perché poi, all'interno di un singolo Paese, possono più o meno sovrapporsi, convivere e intrecciarsi soluzioni diverse in dosaggi differenti. Ciò non inficia l'utilità di utilizzare *cum grano salis* delle schematizzazioni, per quanto siano implicitamente delle semplificazioni, a patto poi di condurre anche un'analisi storica o specifica di una realtà.

Il modello Bismarck

Sull'onda della rivoluzione industriale e politica borghese furono gli Stati di Francia e Inghilterra che, a cavallo tra Settecento e Ottocento, si posero il problema di garantire una maggiore copertura sanitaria della popolazione. Il primo vero e proprio modello in Europa di sanità è, però, storicamente, quello tedesco, definito come mutualistico o bismarckiano. Su iniziativa del cancelliere Bismarck nel 1883, sull'impulso di un forte processo di industrializzazione, la Germania fu il primo Paese al mondo a sviluppare un sistema di assicurazioni sociali obbligatorie, legate alle professioni e alle loro casse mutue settoriali. La *Gesetzliche Krankenversicherung*, ovvero l'assicurazione obbligatoria di malattia, arriva a fornire nel 1885 protezione medica al 26 per cento della forza lavoro a basso reddito. Successivamente, il suo raggio d'azione si allarga: nel 1901 sono coperti i lavoratori dei

trasporti e gli impiegati d'ufficio, nel 1911 i lavoratori agricoli, forestali e domestici, nel 1914 i funzionari pubblici, nel 1918 i disoccupati, nel 1927 i marittimi e finalmente tutti i dipendenti nel 1930. Interessante è come, a dimostrazione della centralità della classe operaia produttrice di plusvalore, vera spina dorsale della società, solo successivamente l'assicurazione sanitaria sia giunta a coprire altri strati sociali e classi: i pensionati nel 1941, i venditori nel 1966, i lavoratori autonomi e agricoli nel 1972 e, infine, nel 1975 gli studenti ed i disabili.

Il costo dell'assicurazione obbligatoria viene di regola finanziato mensilmente per il 50% con il prelievo diretto in busta paga del lavoratore dipendente, mentre il restante 50% è di spettanza del capitalista che in questa triangolazione risulta, attraverso il gioco di specchi borghese, come compartecipe dell'operazione, quando in realtà la fonte è sempre e soltanto il lavoro salariato.

Questo modello ha influenzato direttamente il Giappone il cui sistema sanitario, varato nel 1929, coincide anche con l'emanazione del primo piano assicurativo per i lavoratori, ma è parzialmente rintracciabile anche in Sud Corea ed in Francia, sebbene in quest'ultima la presenza dello Stato sia più marcata che in Germania².

Il modello Beveridge

Il secondo modello che citiamo è quello Beveridge o da sistema pubblico, a cui si è ispirato il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano. In questo caso è stato il Regno Unito, con il suo National Health Service nato nel secondo dopoguerra, nel 1948 per la precisione, ad aver fatto scuola per quanto riguarda la sanità universalistica. Esso era stato preceduto dal noto rapporto del 1942 dell'economista William Henry Beveridge, che proponeva soluzioni assistenzialistiche di sicurezza sociale "dalla culla alla tomba" e che trovò consenso trasversale, non solo tra i laburisti ma anche tra i conservatori³.

L'NHS vede una centralizzazione fiscale da parte dello Stato, attraverso il cui gettito si sostiene un apparato pubblico sanitario che copre la quasi totalità delle prestazioni mediche ricevute dai residenti sul suolo nazionale, non necessariamente cittadini. Oltre a Regno Unito e Italia, questo approccio statalista è presente anche in Svezia e Canada, ma accomunava ovviamente, e ancor prima, società a capitalismo di Stato come i Paesi della galassia sovietica e successivamente Cuba⁴. Questo è un modello assistenzialista legato al ciclo politico del capitalismo di Stato, e infatti messo sotto attacco a partire dagli anni della Thatcher e, più in generale, con l'avvio del ciclo liberista imperialista.

Se da un lato, un sistema sanitario pubblico copre gli strati sociali a basso reddito e disoccupati offrendo loro un'assicurazione di base generalizzata, dall'altro, essendo sostenuto in base a criteri di aliquote fiscali dipendenti dal reddito dichiarato, e soprattutto stante la divisione in classi della società, significa che ancora una volta, come per l'istruzione, la classe operaia paga, non solo per tutte le classi che già mantiene, ma anche in particolare per tutti quegli strati più o meno ampi di piccola borghesia che dell'evasione fanno sistematica prassi.

Il modello privatistico

Un terzo approccio è quello che vede come prevalente un finanziamento volontario del sistema sanitario, una marcata presenza di attori privati e un minoritario peso del Welfare State. Gli Stati Uniti sono solitamente presi a riferimento e rispondono sostanzialmente a questi criteri, almeno fino all'Obamacare per l'ultimo punto. Esprimono anche su questo fronte un loro eccezionalismo rispetto ad altri Paesi capitalistamente avanzati, sebbene non siano un caso isolato a livello internazionale (è il caso di Cile, Messico e di altre nazioni in Asia). Ma in questa casistica rientra anche a pieno titolo l'India, la cui qualità dei servizi pubblici è notoriamente scarsa e in cui la spesa nella sanità privata rappresenta il 72% del totale e l'80% delle attività ambulatoriali ed il 60% delle attività ospedaliere sono gestite da ditte private⁵.

Questo terzo modello, essendo di fatto misto, è nondimeno forse quello che rispecchia meno fedelmente un concreto caso storico odierno ed è piuttosto tipico delle fasi di ascesa della borghesia.

Infatti, per quel che concerne il primo imperialismo al mondo, solo un'immagine molto semplificata farebbe esaurire la sanità statunitense all'interno di questo paradigma, cui sfugge totalmente la complessità di una realtà in cui convivono molteplici sotto sistemi ed in cui l'intervento pubblico è, in percentuale sul Pil, non molto dissimile da quello dei principali Paesi europei, addirittura superiore di oltre un punto rispetto alla media dell'area euro. Anche da questa prospettiva contano i valori assoluti ed i dosaggi del peso di una sanità e di un mercato delle assicurazioni private, magari mediate dal capitalista industriale che le usa come leva per legare a sé la forza lavoro, rispetto a quelle in quota agli apparati pubblici, siano essi i comuni, le contee, gli Stati o il Governo federale⁶.

Nel caso statunitense, non c'è dunque una profonda debolezza o assenza di Welfare State, come può essere per molti Paesi africani, ma piuttosto la manifesta conseguenza della fortissima concentrazione di gruppi chimico-farmaceutici, medicali e assicurativi che fanno lievitare la spesa sanitaria complessiva. L'inefficienza può quindi essere generata, non solo dalla spinta al parassitismo ma anche dalla tendenza al monopolio, e perciò dall'elevarsi artificialmente dei prezzi di determinati merci e servizi. Ecco perché il costo di un'appendicectomia può arrivare a costare anche 17 mila dollari.

Puntualizzazioni

In realtà ogni formazione economico-sociale nazionale vede al suo interno un ruolo più o meno ancillare della sanità privata e in nessun caso lo Stato può disinteressarsi del tutto delle questioni inerenti la sanità e l'igiene pubblica. Anche in Italia le cure odontoiatriche, le visite ginecologiche e dietologiche (o in Inghilterra le prescrizioni e l'optometria), sono a pagamento diretto dell'utente e non elargite come servizio pubblico, quindi pagate indirettamente. Va sempre ricordato inoltre che quando la sanità è pubblica non viene affatto *ipso facto* espulsa dal mercato, semplicemente lo Stato, o un sottopotere al suo interno, diventa il compratore unico, l'acquirente unificato e conseguentemente il mercato di sbocco di merci – si pensi solo ai farmaci o alle attrezzature medicali – prodotte e vendute, peraltro nella quasi totalità, da gruppi capitalistici privati.

Ma si pensi anche ai vaccini che stanno entrando ed entreranno in commercio contro il Covid-19 promettendo un giro d'affari miliardario, che, secondo una stima di Morgan Stanley, potrebbe arrivare alla notevole cifra di 30 miliardi di dollari nella stagione pandemica 2020-22⁷. Per multinazionali come Pfizer, BioNTech, Moderna e AstraZeneca si tratta di una vera boccata d'ossigeno, con il non indifferente vantaggio commerciale di poter vendere in un sol colpo enormi quantità direttamente agli Stati o ad alleanze di Stati. E se anche, come in Cina, il vaccino è stato realizzato da imprese a proprietà statale questo viene venduto come merce al pari di quelle prodotte da aziende private, col beneficio aggiuntivo semmai di poter svolgere un'azione di diretta pressione politica estera perché più strettamente connesso con le leve politiche dello Stato.

Rapido excursus dell'evoluzione italiana

Nel ripercorrere brevemente il processo di sviluppo della sanità in Italia si può osservare come, per certi versi, i tre modelli sinteticamente esposti sopra siano stati quelli che hanno scandito i principali passaggi della concreta successione storica.

In una prima fase, dall'Unità fino ad oltre la Prima guerra mondiale, si assiste ad un Welfare statale sanitario definibile come residuale, con un'assistenza dei ricoverati appannaggio principalmente di enti privati-religiosi, ovvero le Opere Pie della Chiesa cattolica. Pur fornendo un servizio gratuito queste strutture erano una potenza finanziaria grazie ai cospicui lasciti, che venivano poi principalmente reinvestiti nel settore immobiliare.

Dagli anni Venti fino al 1978, quindi senza soluzione di continuità tra fascismo e repubblica, la tutela sanitaria è praticamente in mano alle corporazioni prima e alle mutue poi, inizialmente su base categoriale volontaristica e poi dal 1943 obbligatoria, secondo un canovaccio chiaramente tedesco.

Infine si impone il SSN, con un trentennio di ritardo rispetto al Regno Unito, tanto che già dagli anni Novanta subisce significative riorganizzazioni. Esemplificativo che, proprio

quando soffiava il vento delle liberalizzazioni ed il capitalismo di Stato italiano andava a diminuire il suo peso nella società, la USL, Unità Sanitaria Locale, divenisse ASL, Azienda Sanitaria Locale. Inoltre, nel 1993, pochi anni dopo l'introduzione dei primi ticket, viene anche riclassificata l'assistenza farmaceutica in questi termini: i salvavita sono gratuiti, i farmaci di sostegno sono venduti a metà prezzo e quelli di conforto interamente a pagamento⁸.

In conclusione osserviamo che, a fronte anche di pressioni da parte della classe operaia sul tema della sanità, la borghesia ha teso a trovare nel tempo differenti risposte, che non si limitassero alla trattativa sul salario con cui poi il proletario potesse acquistare merci inerenti la sua salute: siano esse mutualistiche o mediate dall'intervento dello Stato che elargisce servizi, si tratta di modalità con cui vengono mediati, sempre in chiave interclassista, degli opposti interessi che risiedono alle fondamenta della società.

Engels, ne *L'Origine della famiglia, della proprietà privata e dello Stato*, sottolinea come proprio perché la società è scissa in antagonismi inconciliabili, di classi con interessi economici in conflitto, sorge la necessità di «una potenza che sia in apparenza al di sopra della società, che attenui il conflitto, lo mantenga nei limiti dell' "ordine"». Questa potenza che attenua il conflitto, evidente anche sul tema della sanità quando non è lasciato campo libero al *laissez-faire*, è lo Stato.

Quindi, un particolare ciclo politico come quello del capitalismo di Stato ed anche specifiche fasi di avanzata del movimento operaio e di rivendicazioni riformistiche ad esse connesse, hanno contribuito a produrre soluzioni sanitarie assistenzialistiche che attenuano parzialmente anche le incertezze e i rovesci che colpiscono le classi sottomesse.

Dal nostro punto di vista la rivendicazione o la difesa di una sanità gratuita, completa e tempestiva per la classe salariata, sia essa in formazione, precaria, temporaneamente disoccupata o in pensione, e non genericamente per tutti, diventa l'unica posizione coerentemente classista.

Invece, il principale problema oggigiorno per le borghesie dei Paesi capitalistamente più maturi è d'altro canto quello di una spesa sanitaria pubblica incontrollata. La quota di spesa improduttiva e parassitaria propria di ogni Stato, di quella parte non più funzionale alla produzione e riproduzione del plusvalore, diventa un fardello nella contesa imperialista. Ecco dunque che si scatena una battaglia per tagliare la spesa pubblica, anche sanitaria, che, dotata di relativa autonomia, tende ad accrescersi oltre una sua potenzialmente necessaria dimensione, trasformandosi quindi in fattore disfunzionale.

Pesi relativi delle sanità pubbliche e private (Fonte: Banca Mondiale, dati al 2018)

	Incidenza della sanità pubblica sul rispettivo Pil	Incidenza della sanità privata sul rispettivo Pil	Quota sanità pubblica sul totale della rispettiva spesa pubblica nazionale	Spesa out-of-pocket procapite a parità di potere d'acquisto
ITALIA	6,4%	2,3%	13,2%	853 \$
FRANCIA	8,3%	3,0%	14,8%	486 \$
GERMANIA	8,9%	2,5%	20,0%	771 \$
REGNO UNITO	7,9%	2,1%	19,2%	772 \$
STATI UNITI	8,5%	8,4%	22,5%	1.148 \$
CANADA	7,9%	2,9%	19,5%	776 \$
MESSICO	2,7%	2,7%	10,5%	448 \$
BRASILE	4,0%	5,5%	10,3%	422 \$
GIAPPONE	9,2%	1,7%	23,6%	574 \$
CINA	3,0%	2,3%	8,8%	334 \$
INDIA	1,0%	2,5%	3,4%	172 \$
RUSSIA	3,2%	2,1%	9,8%	570 \$

NOTE:

¹ Da questi tre tronconi c'è chi ne fa derivare cinque o addirittura sette di modelli. Si veda anche Federico Toth, "Non solo Bismarck contro Beveridge: sette modelli di sistema sanitario", in *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, n. 2/2016, Il Mulino, Bologna.

² In Germania hanno più potere i Länder che lo Stato centrale in fatto di sanità, anche se quest'ultimo arroga a sé, comprensibilmente, la gestione diretta degli ospedali militari, centralizzati quindi a livello nazionale. Da segnalare che fino al 1996 l'iscrizione alle assicurazioni sociali obbligatorie era collegata al tipo di lavoro svolto e dopo di allora c'è stata una scelta di liberalizzazione.

³ Ancora a fine anni Ottanta un sondaggio tra gli elettori *tories* rileva che il 70% di questi non voleva rinunciare al NHS.

⁴ Nel capitalismo di Stato russo la nomenklatura - gli alti membri del partito, i dirigenti delle grandi aziende statali e le rispettive cerchie famigliari - disponevano del canale preferenziale della sanità militare.

⁵ In Gavino Maciocco, Francesca Santomauro, *La salute globale*, Carocci, Roma 2014. Gli autori colgono anche la contraddizione che la disastrosa situazione sanitaria in India convive con il fatto che questa emergente potenza capitalista è il terzo più grande produttore mondiale di farmaci, capace di esportarli in oltre duecento Paesi esteri.

⁶ Rimandiamo agli articoli sulla sanità statunitense comparsi sui numeri 31, 79, 80 ed 81 di *Prospettiva Marxista*, in cui si analizza l'efficienza comparata tra vari sistemi sanitari, il ruolo di Medicaid e Medicare, nonché l'aspro scontro intorno alla riforma Obama del 2010. Su quest'ultima riforma, a dimostrazione della sua divisività, nel dicembre del 2019 la corte d'appello federale di New Orleans ha stabilito che il mandato individuale che obbliga gli americani a siglare una copertura medica, pena una multa, è incostituzionale.

⁷ Rosanna Magnano, "Come funziona e quanto vale il business miliardario dei vaccini anti Covid-19", *Il Sole 24 Ore* (inserto 24+), 22 maggio 2020.

⁸ Cfr. Giorgio Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste nera ai giorni nostri*, Laterza, Bari 2016. Viene qui puntualizzato anche che gli ultrasessantenni erano allora esenti a prescindere dal reddito.