



Gavino Maciocco

In Inghilterra e in Italia, nel volgere di una stagione politica, si è passati da sistemi sanitari equi e rassicuranti a sistemi sanitari sempre più iniqui e insicuri. Si è passati cioè da una sanità “solida” a una sanità “liquida”, mutuando il concetto di *società liquida* di Zygmunt Bauman. Oggi, privazioni e sofferenze sono frammentate, disperse e diffuse; e così il dissenso che producono. La dispersione del dissenso, la difficoltà di concentrarlo e ancorarlo a una causa comune, per poi dirigerlo contro un colpevole comune, rende le pene solo un po’ più aspre.

Il giorno in cui - nel luglio 1948 - entrò in vigore nel Regno Unito la legge che istituiva In Servizio Sanitario Nazionale (*National Health Service* - NHS) il governo fece circolare nel paese un volantino che spiegava in poche righe le finalità della riforma:

“Il tuo NHS inizia il 5 luglio 1948. Cosa è? Cosa ti darà?”

“Ti fornirà ogni tipo di assistenza medica, odontoiatrica e infermieristica. Ognuno - ricco o povero, uomo, donna o bambino - potrà usufruirne. Non c’è nulla da pagare, eccetto che per poche prestazioni speciali. Non si tratta di un’assicurazione. E neppure di una forma di carità. Tu stai già pagando per questo, soprattutto come contribuente, e ciò allevierà le tue preoccupazioni finanziarie nel momento della malattia”.

In quelle poche righe è riassunta, in modo estremamente efficace, l'intera filosofia della riforma, nei seguenti punti:

- a) l'universalità e l'equità di accesso,
- b) la onnicomprensività e la gratuità delle prestazioni,
- c) il finanziamento attraverso la fiscalità generale e poi la assicurazione finale,
- d) nessuno andrà in rovina a causa di una malattia, nessuno dovrà rinunciare alle cure a causa del loro costo.

La nascita del NHS faceva parte di un pacchetto di riforme, tutte ad impronta universalistica - che riguardava oltre la sanità, anche l'istruzione e la previdenza - **elaborate e proposte (nel 1942) dall'economista William Beveridge** su indicazione di un governo bipartisan, presieduto dal conservatore Winston Churchill. **L'obiettivo fondamentale era quello di rafforzare la coesione sociale**, dimostrando ai cittadini che il governo si preoccupava della loro protezione di fronte ai colpi della sorte, di far crescere la sicurezza sociale e di annullare le differenze tra le classi sociali nei campi della sanità e dell'istruzione. È vero che tutto ciò avveniva nel pieno della seconda guerra mondiale e che in quei drammatici frangenti per la sopravvivenza della nazione la coesione sociale era preziosa come il pane (che veniva razionato), ma è altrettanto vero che quelle riforme rimasero in vita per decenni - sia sotto governi laburisti che conservatori - e rappresentarono un solido e efficace modello di welfare state, a cui ha attinto a larghe mani anche l'Italia.

Contro quel solido e efficace modello di welfare state si sono accanite le politiche liberiste a partire dagli anni ottanta, da Margaret Thatcher in poi. Anche qui - invertita la rotta - con modalità bipartisan: dopo la Thatcher, il laburista Blair, e infine i conservatori Cameron e May. Le politiche liberiste hanno distrutto il NHS, fino a ridurlo nelle condizioni che abbiamo descritto nel post a corredo di questa [newsletter](#). **All'elenco degli orrori c'è da aggiungere un'altra nota agghiacciante:** in un terzo dell'Inghilterra **ai fumatori e agli obesi è negato l'accesso agli interventi chirurgici programmati**, secondo la denuncia del *Royal College of Surgeons*. I motivi sono diversi, ma la ragione fondamentale è di tipo economico: risparmiare (*Our worry is that smokers and overweight patients are becoming soft targets for NHS saving*)[1]. E poiché fumatori e obesi appartengono in prevalenza ai gruppi più svantaggiati della popolazione ciò sarà causa di un'ulteriore dilatazione le disuguaglianze nella salute.

In Italia le cose non vanno meglio (vedi [L'anno che verrà](#)). Da noi nessuno ha avuto il coraggio politico di esporsi (vedi [La parabola della rana bollita](#), di realizzare come in Inghilterra riforme liberiste del sistema sanitario, ma la sostanza cambia di poco perché gli ingredienti alla fine sono gli stessi: sottofinanziamento del sistema pubblico, emorragia di personale, privatizzazioni e commercializzazione della salute. E molto simili sono anche gli effetti: liste di attesa infinite, milioni di persone che rinunciano a curarsi, centinaia di migliaia di persone a cui viene negato l'accesso a un farmaco salvavita (parliamo, i lettori lo sanno, di epatite C).

Così in Italia come in Inghilterra, nel volgere di una stagione politica, si è passati da sistemi sanitari equi e rassicuranti a sistemi sanitari sempre più iniqui e insicuri. **Si è passati cioè da una sanità "solida" a una sanità "liquida"**, mutuando il concetto di **società liquida** di Zygmunt Bauman.

Liquida perché afflitta dall'insicurezza, frutto avvelenato della **globalizzazione**, dove il **capitale finanziario internazionale** - con la sua velocità di movimento - **ha imposto la sua egemonia e nei confronti del quale gli stati e le istituzioni politiche si rivelano impotenti.**



Zygmunt Bauman (1925-2017)

“Le più infauste e dolorose tra le angustie contemporanee - scrive Bauman in *La solitudine del cittadino globale*^[2] - sono rese perfettamente dal termine tedesco *Unsicherheit*, che designa il complesso delle esperienze nella lingua inglese *uncertainty* (incertezza), *insecurity* (insicurezza esistenziale) e *unsafety* (assenza di garanzie di sicurezza per la propria persona, precarietà). La cosa singolare è che queste affezioni costituiscono un enorme impedimento ai rimedi collettivi: le persone che si sentono insicure, che diffidano di ciò che il futuro potrebbe loro riservare e che temono per la propria sicurezza personale, non sono veramente libere di assumersi i rischi che l'azione collettiva comporta. Non trovano il coraggio di osare né il tempo di immaginare modi alternativi di vivere insieme; sono troppo assorbite da incombenze che non

possono condividere per pensare (e tanto meno per dedicare le loro energie) a quei compiti che possono essere svolti solo in comune. (...) Oggi, privazioni e sofferenze sono frammentate, disperse e diffuse; e così il dissenso che producono. La dispersione del dissenso, la difficoltà di concentrarlo e ancorarlo a una causa comune, per poi dirigerlo contro un colpevole comune, rende le pene solo un po' più aspre. Il mondo contemporaneo è un contenitore pieno fino all'orlo di una paura e di una disperazione erratiche, alla ricerca disperata di sfoghi". (...) L'arte di trasformare i problemi privati in questioni pubbliche corre il rischio di cadere in disuso e di essere dimenticata; il modo in cui si definiscono i problemi privati rende estremamente difficile la loro "agglomerazione", e quindi il loro cementarsi in una forza politica. Questo libro rappresenta uno sforzo (probabilmente vano, purtroppo) per rendere di nuovo possibile tale conversione."

Nell'altro post della Newsletter si parla della [nuova sanità lombarda](#). **Tra le novità recentemente introdotte spicca la nuova modalità di gestione delle [malattie croniche](#).** Questo blog si è ripetutamente occupato di questo tema e recentemente abbiamo pubblicato un aggiornamento su quanto accade in Toscana riguardo alla Sanità d'iniziativa e al [Chronic Care Model](#), il modello più diffuso e sperimentato al mondo e basato sulle cure primarie e sui team multidisciplinari, al cui interno il medico di famiglia (medico di medicina generale, MMG) rappresenta il garante dell'indispensabile continuità assistenziale. **La Lombardia ha scelto una strada completamente diversa:** la gestione delle malattie croniche sarà affidata a molteplici organizzazioni (pubbliche e private), in competizione tra loro, che garantiranno l'intero processo assistenziale. Anche i MMG in cooperativa potranno partecipare alla competizione, ma al pari degli altri *providers*. Il dado è tratto: le cure primarie (peraltro già debolissime in Lombardia) sono annullate, **il ruolo dei MMG è completamente marginalizzato, preludio, chissà, di un loro futuro annientamento** (e di ciò gli stessi MMG portano un'enorme responsabilità).

Nello stesso momento in Inghilterra nella fase più acuta della crisi, la premier Theresa May non trova di meglio che scaricare la responsabilità del *black alarm* degli ospedali sui medici di famiglia (General Practitioners - GPs), minacciando di togliere loro quanto di enorme gli era stato concesso con l'ultima riforma liberista del governo Cameron: la distribuzione delle [risorse del NHS](#). **Quella copertina del BMJ che vede il tacco della scarpa di Theresa May calpestare i GPs prelude a un loro futuro annientamento?**

Non ci sarebbe da meravigliarsi. Sistemi universalistici che affidano al medico di famiglia il ruolo di filtro nell'accesso alle cure secondarie, il rapporto di fiducia con i propri pazienti e di fedeltà col servizio pubblico sono assolutamente incompatibili con la salute di mercato che si basa sui consumi e sul profitto, e che non tollera alcun intermediario tra i pazienti consumatori e i produttori di servizi. Nella sanità di mercato i medici generalisti potranno continuare ad esserci, come negli USA, dove fanno da filtro, ma nell'interesse delle assicurazioni.

Questo pretende la sanità liquida.

È possibile consultare la traduzione in inglese di questo articolo a cura di *Salvatore Cognetti* alla pagina [Liquid healthcare](#).

Bibliografia

Iacobucci G. Smokers and overweight patients are denied surgery, royal college finds. BMJ 2016; 353:i2335 doi: 10.1136/bmj.i2335

Zygmunt Bauman. La solitudine del cittadino globale. Feltrinelli, Sesta edizione, maggio 2015 (Titolo dell'opera originale: In Search of Politics, Polity Press, 1999).

Facebook

Twitter

LinkedIn