

**La salute e la protezione sociale non
sono in vendita...**



**Manifesto della Rete Europea contro
la Privatizzazione e la Commercializzazione
della Salute, del Lavoro Sociale
e della Protezione Sociale**

Bruxelles, 7 febbraio 2014

Indice

La salute degli europei è in pericolo!	3
La protezione sociale funziona	5
Dal 1945 all'inizio degli anni '70: ampliamento e costruzione dei servizi sanitari pubblici e dello stato sociale	
La privatizzazione avanza a grandi passi	7
Prima dell'Europa, i Paesi del Sud hanno fatto da cavie	7
I Paesi dell'Europa dell'Est alla ricerca di un modello	8
Sotto-investimento pubblico... e globalizzazione finanziaria	9
La svolta di Maastricht: l'Europa si occupa di sanità!	11
Crisi, austerità e salute... ..	14
La povertà nuoce gravemente alla salute!	14
L'austerità nuoce gravemente ai sistemi sanitari!	16
L'austerità rafforza il finanziamento privato dei sistemi sanitari	18
Il personale sanitario paga la crisi	19
Donne e salute	20
Austerità, salute e immigrazione	21
Il grande mercato transatlantico contro i popoli, contro la salute e la protezione sociale!	23
Per la sanità in Europa, noi rivendichiamo:	25
Riferimenti e note di basso di pagina.	27





La salute degli europei è in pericolo!

Le misure di austerità, risposta dell'Unione Europea alla crisi (il cui un impatto negativo sull'economia è ormai acclarato), rappresentano una minaccia per i malati, per la salute della popolazione e per il personale sanitario, così come per i sistemi di protezione sociale degli Stati e in particolare per i meccanismi di finanziamento dei servizi sanitari.

La Rete Europea contro la Privatizzazione e la Commercializzazione della Salute, del Lavoro Sociale e della Protezione Sociale è da anni impegnata contro lo smantellamento dei sistemi sanitari e di protezione sociale, e opera per contrastarne le pericolose conseguenze.

I dispositivi di protezione sociale hanno giocato un ruolo fondamentale per il benessere degli europei dalla seconda guerra mondiale in poi. Oggi, il progressivo degrado della salute di una parte importante della popolazione europea, variabile nei diversi Paesi, è stato e continua a essere oggetto di mobilitazioni importanti, particolarmente nell'Europa del Sud.

La situazione attuale è caratterizzata da un rapido sviluppo dell'offerta privata, che progressivamente sostituisce i servizi pubblici. La crescita del settore commerciale è stata vertiginosa dall'inizio della crisi finanziaria, come dimostrano da due esempi recenti.

Nel settembre 2013, la società tedesca Fresenius ha acquistato 43 ospedali dalla compagnia Rhon - Klinikum AG divenendo, con 175.000 dipendenti in tutto il mondo, leader europeo incontrastato delle cliniche private. La Germania ha vissuto una delle più grandi ondate di privatizzazione di ospedali in Europa: secondo l'Ufficio federale di statistica Destatis, tra il 1965 e il 2010 la proporzione degli ospedali privati è raddoppiata fino a raggiungere il 33% del totale, mentre nello stesso tempo il numero complessivo degli ospedali è diminuito dell'11%.

Sempre nel settembre 2013 il Gruppo francese Korian, specializzato in case di riposo private, si è fuso con il gruppo Medica ed è divenuto leader europeo incontrastato del cosiddetto 'oro grigio'. Anche se in Paesi come la Francia il settore sanitario privato è da tempo rilevante, le compagnie multinazionali tedesche e francesi sembrano essere passate a una velocità di sviluppo superiore, poiché i dirigenti dei trust industriali della sanità sognano profitti ancora maggiori.

La salute, che era un bene comune di tutta la popolazione, è già diventata in Europa oggetto di un mercato concorrenziale.

Ecco dunque l'oggetto di questo 'Manifesto': mettere in allerta i popoli d'Europa e i professionisti della sanità sulle conseguenze delle politiche di privatizzazione/commercializzazione, al fine di interpellare i governi e i candidati alle elezioni europee del 25 maggio 2014.

Questo 'Manifesto' è il risultato di un lavoro di diversi mesi condotto all'interno della Rete, a partire da un questionario diffuso in oltre 15 Paesi e finalizzato a raccogliere informazioni concrete e verificabili che permettessero di mettere in luce tanto i meccanismi comuni nei differenti contesti quanto le specificità locali. Informazioni riguardo lo stato di salute della popolazione, lo smantella-

mento dei sistemi di protezione sociale, i processi di privatizzazione e di commercializzazione del finanziamento dei servizi e delle cure.

Ma si trattava anche di identificare e coinvolgere, in ciascun Paese, soggetti attivi nel settore della salute, capaci di analizzare la situazione e di mettere in evidenza i processi di resistenza e le alleanze possibili, al fine di agire in sinergia per la difesa di un modello solidaristico e universale di assistenza sanitaria e protezione sociale. In un secondo momento, tutti i soggetti coinvolti saranno chiamati a collaborare per diffondere il più ampiamente possibile questa griglia d'analisi, e a farla propria a livello locale e nazionale. Questo non solo per chiedere ai candidati nazionali alle elezioni europee del maggio 2014 "Quale modello di sanità difendete, e nel contesto di quale Europa?", ma soprattutto per sensibilizzare le cittadine e i cittadini, le elettrici e gli elettori sulla posta in gioco sociale delle scelte in materia di salute e sanità.

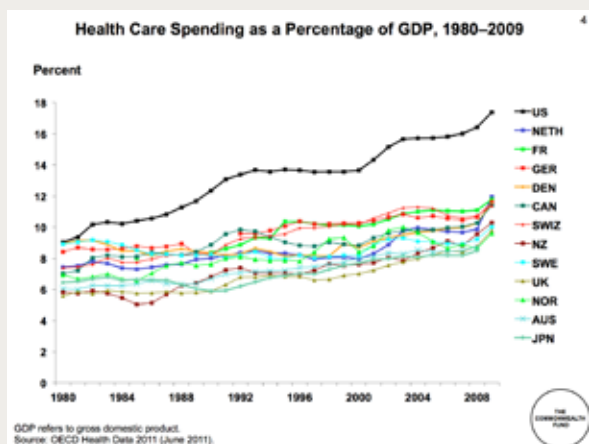
Abbiamo scelto la salute come punto di ingresso di questo lavoro di analisi, informazione e mobilitazione per tre ragioni.

La sanità ci riguarda tutte e tutti: sia che siamo professionisti o beneficiari, i nostri interessi sono convergenti.

I meccanismi di distorsione del sistema producono conseguenze concrete per tutte e tutti, facilmente identificabili. Ma sono anche generalizzabili al modello di società in cui viviamo.

Infine, è scientificamente ed economicamente dimostrato che il sistema che difendiamo, non commerciale, solidaristico e universale, è di gran lunga più efficiente di un sistema privato commerciale.

I dogmi dell'economia liberale non si applicano alla sanità, perché la salute non è una merce!



Confronto USA-altri Paesi:

evoluzione della spesa sanitaria negli USA e negli altri Paesi, 1980-2009 (percentuale sul PIL). Fonte OCSE.



1. La protezione sociale funziona

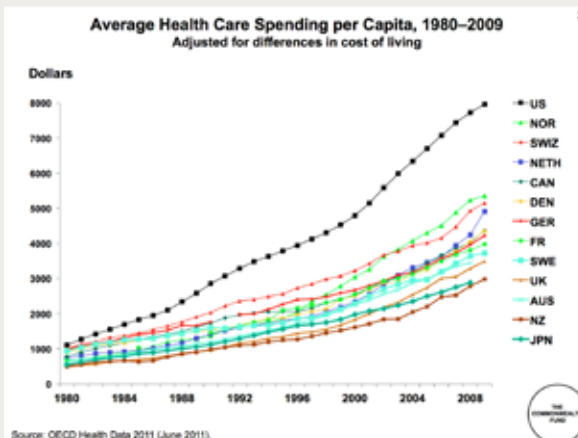
Dal 1945 all'inizio degli anni '70: ampliamento e costruzione dei servizi sanitari pubblici e dello stato sociale

Subito dopo la seconda guerra mondiale, i Paesi dell'Unione Europea (UE) si sono progressivamente dotati di sistemi di protezione della salute le cui garanzie non hanno cessato di estendersi fino a includere, recentemente, l'insieme di tutti residenti sul territorio.

Il finanziamento collettivo delle spese sanitarie, sia tramite gli Stati (nei sistemi di tipo Beveridge) sia tramite la sicurezza sociale, ha permesso un finanziamento di tipo solidaristico, accessibile a tutti, e un'evoluzione globale e notevole in senso migliorativo della salute della popolazione europea.

Le politiche pubbliche, nel contesto della ricostruzione di un'Europa distrutta dalla guerra, hanno permesso non solo di creare sistemi sanitari tra i più performanti al mondo, accessibili a tutti, ma soprattutto di migliorare i principali **determinanti della salute**: accesso all'abitazione, al cibo, all'educazione, all'impiego, alla cultura, sviluppo dei trasporti, dell'agricoltura, ecc. Poiché lo stato di salute di una popolazione dipende per almeno il 75% da questi determinanti, è chiara l'importanza di promuovere una visione globale della salute e dei sistemi di assistenza sanitaria e sociale. **Le politiche preventive** appaiono come investimenti a lungo termine indispensabili per migliorare la salute e il benessere della popolazione (igiene, lotta contro l'alcolismo, assistenza neonatale e pediatrica, ecc.).

Lo 'spirito del '45', per citare il regista Ken Loach, è stato alla base di un considerevole miglioramento delle condizioni di vita, grazie al ruolo preponderante accordato ai servizi pubblici non commerciali.



Confronto USA-altri Paesi:

evoluzione della spesa sanitaria negli USA e negli altri Paesi, 1980-2009 (spesa pro capite). Fonte OCSE.

Al di là delle differenze dei modelli organizzativi nei diversi Paesi, tra i servizi istituiti si ritrovano una serie di caratteristiche comuni.

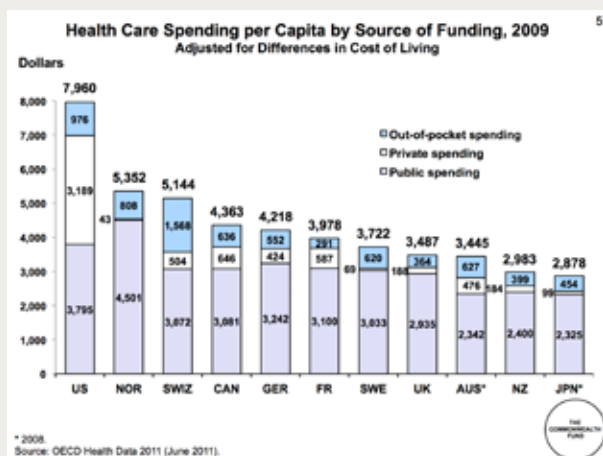
La **finalità** del servizio è senza ombra di dubbio un elemento di primo piano, ed essa riguarda il benessere della popolazione. Non può in nessun caso essere subordinata alla retribuzione degli azionisti, per esempio.

Questa finalità non può essere ottenuta se non si garantisce l'**accessibilità** a tutti, e dunque una copertura universale. L'accessibilità deve essere garantita a livello finanziario, culturale, geografico, amministrativo, e con tempistiche adeguate. Una copertura universale non è possibile se non si separa totalmente il finanziamento dall'erogazione del servizio: tutte le persone devono poter ricevere una presa in carico di qualità.

Questa tipologia di servizi viene **finanziata** in modo solidaristico, sia attraverso un dispositivo di assicurazione sociale (più spesso legato al lavoro), sia tramite lo Stato (con le tasse): è un meccanismo di finanziamento collettivo basato sulla solidarietà, e non legato al rischio. Che si goda di buona salute oppure no, che si sia giovani o vecchi, che si abbia o meno una vita a rischio... tutto questo non influenza la quota di partecipazione al finanziamento né il servizio a cui si ha diritto.

Si tratta di servizi operati da soggetti **non commerciali**¹, più spesso di tipo pubblico sotto il controllo di autorità locali o regionali (Comuni, Regioni, ecc.), talora tramite un dispositivo centrale di finanziamento (l'NHS inglese, per esempio), talora anche da operatori privati non profit che agiscono su delega del pubblico, in convenzione e dietro finanziamento dell'autorità pubblica (per esempio il settore sanitario non commerciale in Belgio).

Tutti questi operatori sono soggetti a un **controllo democratico** reale, messo in atto dall'autorità pubblica da cui dipendono. Vi sono numerose varianti nei sistemi di controllo esterno tra i diversi Paesi, ma in genere esistono regole sia di 'input' (norme architettoniche, di personale, organizzative, di qualifica...), sia di 'output' (qualità del servizio, stato di salute della popolazione servita...). Il



Confronto USA-altri Paesi:

spesa sanitaria per abitante, per fonte di finanziamento. In blu: la quota a carico del paziente. In bianco: il finanziamento privato. In viola: il finanziamento pubblico.



controllo esterno è associato, in molti Paesi, a meccanismi volontari di partecipazione e controllo interni, per esempio mediante il coinvolgimento dei beneficiari e/o dei professionisti sanitari. Svariati meccanismi di trasparenza completano questi dispositivi.

È in questo spirito che si è potuta sviluppare una **specificità tipologia di gestione**, orientata a coinvolgere le risorse umane e finanziarie così come quelle materiali e organizzative verso l'obiettivo prefissato – il benessere della popolazione – e a garantire buone condizioni di lavoro. Attraverso investimenti adeguati, le organizzazioni devono puntare alla **qualità** del servizio offerto. In uno scenario di risorse limitate, vi sono molti meccanismi nei diversi Paesi che promuovono una reale **efficienza**. In ambito sanitario, questa passa soprattutto per una buona armonia tra l'offerta di cura e i bisogni della popolazione, e in particolare tramite lo sviluppo del settore delle cure primarie, così come tramite una pianificazione e programmazione guidata dalle autorità pubbliche. E, non da ultimo, tramite le norme sociali.

È grazie a questo modello che beneficiamo oggi, nell'UE, di una speranza di vita tra le più alte al mondo, di un livello di salute invidiabile con un costo per la società relativamente modesto.

Tutto questo, però, prima della crisi...

2. La privatizzazione avanza a grandi passi

Prima dell'Europa, i Paesi del Sud hanno fatto da cavie

La progressiva privatizzazione dei sistemi sanitari e di protezione sociale non è un fenomeno da ascrivere all'attuale crisi economica (2007-2013).

In seguito ai processi di finanziarizzazione dell'economia mondiale, dalla metà degli anni '80, i Paesi del Sud del mondo sono stati obbligati, nella maggior parte dei casi, a rimborsare il debito sovrano e sono stati loro imposti piani di aggiustamento strutturale da parte del Fondo Monetario Internazionale (FMI), della Banca Mondiale (BM) e delle potenze del Nord. In modo quasi sistematico, sono stati avviati piani di privatizzazione della sanità e della protezione sociale. Questo ha portato a situazioni disastrose soprattutto nell'Africa Sub Sahariana, ma anche in America del Sud. Gli stretti legami tra FMI, BM – senza escludere l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) – e le politiche neoliberiste si sono resi evidenti in numerosi Paesi. Inoltre, dove governi democraticamente eletti volevano realizzare sistemi di protezione sociale universale sono state sistematicamente messe in atto manovre di destabilizzazione e di pressione².

I Paesi dell'Europa dell'Est alla ricerca di un modello

Con lo smantellamento dell'URSS e del modello sovietico, abbiamo assistito alla destrutturazione dei sistemi sanitari nell'Est Europa in nome del concetto di 'meno Stato'. Le drastiche restrizioni finanziarie di cui sono stati vittime i sistemi sanitari, così come i dispositivi di protezione sociale (pensioni, disoccupazione, ecc.), hanno comportato un peggioramento importante dello stato di salute della popolazione. L'ingresso nell'UE di questi Paesi, con la conseguente concorrenza sul mercato europeo e con la regola d'oro della liberalizzazione da applicare a tutti i settori della società, ha portato a un'esclusione massiva della popolazione da sistemi di protezione sociale degni di tal nome. Lo Stato garantisce nient'altro che una 'rete di sicurezza' di taglio minimalista, il valore dei benefici erogati si riduce in rapporto al costo della vita, che cresce allineato agli standard europei. I nuovi 'capitalisti molto ricchi', non contenti delle poche cure offerte in patria, possono comunque permettersi di farsi curare all'estero.

L'assenza di una classe media ampia e in grado di pagare le cure spiega in parte come mai, per molti anni, l'offerta privata – totalmente inesistente nel 1990 – è rimasta poco importante rispetto a quella pubblica. La Repubblica Ceca è senza dubbio il Paese europeo dove il settore ospedaliero privato si è sviluppato più rapidamente. Nel 2006 era privato quasi il 30% dei letti, fenomeno del tutto assente prima del 1990. Questa progressione è stata ottenuta grazie alla privatizzazione volontaria delle infrastrutture ospedaliere dello Stato, consentita dalla legge di riforma dell'ammi-

Un'altra politica è possibile

Le evoluzioni negative descritte non costituiscono assolutamente una fatalità. La sanità è e resta una scelta politica, al Sud come al Nord. Se è vero che il Sud è servito da cavia per le misure di austerità, è possibile anche trovare esempi edificanti. In soli dieci anni, la Thailandia ha messo in atto una riforma impressionante del sistema sanitario. Dando priorità alla salute pubblica rispetto agli interessi finanziari dei giganti del settore farmaceutico, il Paese ha sfruttato con successo tutti i mezzi legali per forzare le posizioni di monopolio delle multinazionali, riuscendo sia a importare farmaci a basso costo, sia a produrli localmente.

In Costa Rica, un Paese povero dell'America Centrale che ha scelto di abolire il proprio esercito, la situazione sanitaria è migliorata in modo sorprendente. Con la realizzazione progressiva di un sistema di protezione sociale e di un forte settore di cure primarie, la popolazione più vulnerabile ha avuto accesso a servizi adeguati.

Prima della guerra, il governo del Mali aveva stabilito

la gratuità di alcuni interventi medici, in particolare a favore delle donne in gravidanza: dal 2005 al 2009, il tasso di parti cesarei è raddoppiato. La percentuale di parti assistiti è passata dal 53 al 64%.

Altri Paesi africani, come Burkina Faso, Sierra Leone, Niger, Benin e Senegal, hanno seguito strade simili. In un anno, l'abolizione dei ticket per i minatori e le donne in gravidanza in Sierra Leone ha aumentato l'accesso alle cure dei bambini del 214%, e ridotto la mortalità materna del 61%.

Nel 2006, il 47% degli abitanti di El Salvador non aveva accesso alle cure. Dal 2009, il governo del Paese ha scommesso sulla sanità, portando il budget del Ministero della Salute Pubblica dall'1,7 al 2,5% del PIL. In seguito, la mortalità infantile si è ridotta e il Paese ha raggiunto l'Obiettivo del Millennio per quanto riguarda la riduzione della mortalità materna.

Nel primo decennio di questo secolo, anche il Venezuela ha aumentato le spese sociali del 60,6%, per un totale di 772 miliardi di dollari. Le politiche realizzate hanno ridotto le disuguaglianze del 54%, mentre



nistrazione territoriale del 1 gennaio 2003. Oggi tutti i Paesi dell'Europa Centrale e dell'Est sono sede di politiche concertate di privatizzazione e di commercializzazione.

Sotto-investimento pubblico... e globalizzazione finanziaria

L'inizio degli anni '90 segna un riorientamento delle politiche pubbliche in numerosi Paesi europei, verso una riduzione del finanziamento pubbliche e della parte di tasse o quote destinate alla sicurezza sociale.

È l'inizio di un processo di sotto-investimento, di un'offerta di servizi insufficiente e di una riduzione della qualità. La Germania, i Paesi Bassi e la Svizzera riformano, in quest'epoca, i propri sistemi di assicurazione sanitaria e introducono un sistema di concorrenza a livello di tariffe e di 'libera scelta' degli assicuratori.

Nello stesso periodo, l'invecchiamento della popolazione fa aumentare in modo significativo i bisogni, senza che tale aumento trovi risposte sufficienti a livello dei servizi pubblici. Per quanto riguarda l'accessibilità, le conseguenze negative sono enormi. A livello geografico: chiusura delle strutture territoriali di prossimità, fusioni, ecc. allontanano i servizi dai beneficiari. A livello finanziario, le quote di compartecipazione alla spesa dei pazienti aumentano significativamente: là dove la gratuità delle cure era un dato acquisito, viene rimessa in causa con l'introduzione di ticket, ovvero di una quota a carico del beneficiario. Al tempo stesso, l'insufficienza dell'offerta pubblica

la povertà è passata dal 70,8% nel 1996 al 21% nel 2010, e la povertà estrema dal 40% nel 1996 al 7,3% nel 2010. In dieci anni, tramite le tasse, il governo ha raccolto 251,7 miliardi di dollari, una ricchezza che ha scelto di ridistribuire. La sicurezza sociale è così riuscita a coprire il doppio dei cittadini rispetto a 10 anni fa. Nello stesso tempo, il debito pubblico si è ridotto passando dal 20,7 al 14,3% del PIL. La crescita economica si è mantenuta intorno al 4,3% annuo. Ricerche comparate su Argentina, Cuba, Perù, Indonesia e Russia mostrano che, anche in un periodo di crisi, opporsi a una commercializzazione della sanità consente di proteggere, o addirittura promuovere, la salute della popolazione. Alla metà degli anni '90, questi Paesi perdevano tra il 14 e il 42% del PIL. In tali circostanze, solo la scelta politica di rafforzare i sistemi sanitari non commerciali, con un'enfasi sulle cure primarie, ha potuto evitare un crollo dei principali indicatori di salute quali la mortalità infantile e la speranza di vita.

J. Akazili & C. Soulayr, «Un défi pour les pays du Sud», *Le Monde diplomatique*, janvier 2014. <http://www.monde-diplomatique.fr/2014/01/AKAZILI/50021>
Amanda Bloom, *Universal Health Care in El Salvador (Les soins de santé pour tous au Salvador)*, *Global Health Check*, 2013 : <http://www.globalhealthcheck.org/?p=1318>
The Achievements of Hugo Chavez. An Update on the Social Determinants of Health in Venezuela, *Counterpunch*, 2012 : <http://www.counterpunch.org/2012/12/14/the-achievements-of-hugo-chavez/>
De Vos, Pol, Anai García-Fariñas, Adolfo Álvarez-Pérez, Armando Rodríguez-Salvó, Mariano Bonet-Gorbea, and Patrick Van Der Stuyft. 2012. "Public Health Services, an Essential Determinant of Health During Crisis: Lessons from Cuba, 1989-2000." *Tropical Medicine & International Health* 17 (4): 469-479.

si traduce in un allungamento delle liste d'attesa, che talora favoriscono processi di corruzione. Gli investimenti a lungo termine, quali l'educazione, la prevenzione e l'azione sui determinanti sociali della salute, sono i primi a essere tagliati da queste politiche.

Già a partire da quegli anni, il settore commerciale è alle porte dei servizi sanitari. Le industrie farmaceutiche, i produttori di materiali e strumentazione medica sottraggono una parte non trascurabile dei mezzi che dovrebbero essere messi a disposizione del benessere della popolazione, a favore del profitto dei propri azionisti. Le autorità restano passive di fronte a un marketing sanitario che, in alcuni Paesi, assomiglia sempre più alla corruzione.

È in questo contesto che, in tutti i Paesi d'Europa, vengono modificati i sistemi di gestione e funzionamento degli ospedali, verso un'industrializzazione del processo di cura. L'introduzione del meccanismo di finanziamento per attività permette di finanziare l'ospedale in funzione del numero di prestazioni e visite effettuate. Ora, i pazienti non scelgono le proprie malattie, e la perversione di questo sistema ha portato pazienti con patologie non remunerative a incontrare difficoltà crescenti nella presa in carico, a causa di una mancanza di strutture sanitarie adeguate.

L'insufficienza dei finanziamenti pubblici fa sì che numerosi gestori, anche del pubblico, subappaltino una serie di attività, come per esempio la logistica (cucina, accoglienza, lavanderia...) ma anche attività diagnostiche (radiologia, laboratorio...).

Compare una nuova tendenza, che punta alla 'responsabilizzazione' dei pazienti, in primis a livello delle assicurazioni private. Così i premi vengono adattati in funzione dei rischi, per esempio legati alle abitudini di vita (fumo, alcol, sedentarietà, obesità...). Si cominciano a vedere dispositivi pubblici che integrano i medesimi principi e penalizzano, a livello di compartecipazione alla spesa, i pazienti che fumano o che fanno sport violenti.

Nei Paesi in cui esiste, la popolazione in grado di pagare (classe media e alta), non accontentandosi più delle cure fornite dal servizio pubblico, richiede servizi di alta qualità, se necessario a prezzo di costo. È così che si sviluppa, in un primo tempo, un'offerta sanitaria di tipo commerciale





che non beneficia delle prestazioni della copertura sociale.

In alcuni Paesi, gli operatori commerciali ottengono anche la possibilità di accedere al finanziamento pubblico. Il finanziamento per attività, che remunera sulla base di un costo stabilito per ogni patologia, ingenera una selezione delle patologie più redditizie e porta alla specializzazione dei gruppi commerciali e delle multinazionali sanitarie verso le condizioni che garantiscono maggiori profitti, lasciando agli operatori pubblici le condizioni e i pazienti meno redditizi.

La svolta di Maastricht: l'Europa si occupa di sanità!

Il trattato di Maastricht riafferma con forza i principi alla base dell'UE, che sono la libera concorrenza e la libertà di stabilimento.

Quando l'Europa si difende dicendo che non ha competenze in ambito di sanità³, e quando afferma che il Trattato di Lisbona non impone la privatizzazione e la commercializzazione della salute, ha in parte ragione, almeno in teoria. Ma nei fatti l'Europa influenza in maniera massiva il quadro nel quale gli Stati possono realizzare politiche sanitarie e di protezione sociale. La Corte di Giustizia, in mancanza di un quadro di protezione sufficiente, prende i due principi fondatori come base dei propri giudizi. Con quale diritto uno Stato può impedire a un fornitore di servizi di stabilirsi sul proprio territorio? Come giustificare un trattamento differenziato per operatori che erogano le medesime prestazioni?

In seguito alla liberalizzazione dei servizi nel 2006 (direttiva Bolkestein), l'Europa ha tentato di definire i Servizi di Interesse Generale che potevano essere esclusi dai principi generali di libera concorrenza e libertà di stabilimento: si parlava di servizi di interesse generale non economici, escludendo esplicitamente il settore sanitario, alcuni servizi sociali, gli asili, il sostegno alle famiglie... Questa lista limitata lasciava al tempo stesso numerose attività in un'incertezza giuridica.

Fresenius & Co.

È così che la multinazionale Fresenius ha potuto, all'inizio, divenire leader commerciale incontrastata del settore dialisi all'interno di Fresenius Medicare, prima di divenire oggi il leader europeo degli ospedali privati tramite la propria filiale Helios. Parallelamente, in Francia, i 50 gruppi di patologie meno 'pesanti' sono prese in carico al 70% dalle cliniche private. I 50 gruppi più 'pesanti' (trapianti, chirurgia cardio-toracica, leucemie acute, ecc.), al contrario, sono presi in carico al 70% dal servizio pubblico.

Qualità del mercato?

Nei Paesi Bassi, l'Indagine sulle Cure è giunta a conclusioni molto critiche sulla qualità delle cure all'interno delle cliniche private.

Gioventù senza speranza

In Spagna, il tasso di disoccupazione ha raggiunto il record di 25,1% nell'agosto 2012. Più di un giovane ogni due è disoccupato e ha pochissime probabilità di trovare lavoro.

Avete detto “Aiuti di Stato?”

Approfittando di questo quadro, gli operatori a scopo di lucro hanno cominciato a denunciare i sussidi in quanto ‘aiuti di Stato’ dannosi alla libera concorrenza.

Hanno fatto causa agli Stati, esigendo quote maggiori di mercato.

Dietro ciò c'è il desiderio di appropriarsi della manna finanziaria colossale rappresentata dalla protezione sociale e dai servizi sanitari, settori ancora oggi finanziati per la maggior parte dal sistema pubblico o tramite meccanismi di sicurezza sociale.

Le norme sociali di protezione, le convenzioni collettive, gli statuti dei funzionari, i diritti dei lavoratori, il salario minimo, sono stati denunciati come ostacoli alla libertà di stabilimento.

È stata richiesta l'applicazione dei trattati europei, allo scopo di “rimuovere ogni ostacolo al mercato libero e non condizionato” verso un “allargamento della direttiva sugli appalti pubblici”, e preparando il terreno per un “grande mercato transatlantico integrato” in cui le multinazionali saranno liberate da ogni ostacolo alla concorrenza.

Ora, da una parte sono gli stessi Stati che hanno definito le modalità di costruzione dell'Europa, e dall'altra è la Commissione stessa che mette in atto molteplici programmi europei di salute – piano d'azione 2007/2013, da cui è stato redatto un Libro Bianco della Commissione Europea, ma anche il nuovo piano 2014-2020 “per lottare contro le disuguaglianze e promuovere l'innovazione nel settore della salute”⁴.

Il Libro Bianco definisce un quadro strategico per l'azione della UE nel campo della salute nel corso dei prossimi anni. L'approccio strategico per l'UE 2008-2013, “Insieme per la salute”, vuole fornire un quadro generale fondato su principi e obiettivi strategici di miglioramento della salute in Europa.

Un rimedio tossico

I popoli di Grecia, Spagna, Portogallo, Polonia o Lituania conoscono questi rimedi. Il Libro Bianco li dettaglia così: “La globalizzazione fa sì che sia i problemi sia le soluzioni in materia di salute superino le frontiere e abbiano spesso cause e conseguenze intersettoriali”; “Un quadro comunitario preciso contribuirà anche a favorire il dinamismo e la sostenibilità dei sistemi sanitari, fornendo dettagli sull'applicazione del diritto comunitario ai servizi sanitari e dando agli Stati membri un aiuto nei settori dove le economie di scala provenienti da azioni coordinate possono costituire un valore aggiunto per i servizi sanitari nazionali”. Su queste basi, pur riaffermando l'autonomia dei Paesi a realizzare o mantenere modelli di protezione sociale specifici, l'Europa ha potuto imporre a tutti, ma soprattutto ai Paesi più toccati dalla crisi, dei rimedi tarati sul mercato unico dei servizi.



Quando l'Europa si intromette

L'Europa non si è fermata su questa strada. Vi sono altri dispositivi che influenzano grandemente il modello di protezione sociale. Così, il Commissario Europeo Lazlo Andor ha proposto nel febbraio 2013 di risolvere il problema del finanziamento dei servizi sociali creando delle "Obbligazioni a impatto sociale": un sistema mediante il quale un fondo privato investe in un progetto sociale. E nel quale, se certi risultati vengono raggiunti, lo Stato versa un ritorno sull'investimento al fondo privato. Secondo la Commissione, questo meccanismo "favorisce la partecipazione dei capitali privati al finanziamento dei programmi sociali, in cambio di vantaggi finanziari ottenuti tramite il settore pubblico se il programma è efficace". Le obbligazioni a impatto sociale permettono dunque ad attori finanziari di accaparrarsi dei soldi che dovrebbero servire a rispondere ai bisogni della popolazione, sotto l'impulso della Commissione Europea.

L'Europa persevera in questa direzione: secondo il Patto per l'Euro Plus, la "sostenibilità delle pensioni, delle cure sanitarie e delle prestazioni sociali" deve essere collegata "al livello di indebitamento".

Per di più, il patto di bilancio o Trattato sulla Stabilità, sul Coordinamento e sulla Governance (TSCG) esige il ritorno allo 0,5% dei deficit pubblici così come al 60% del debito sul PIL in 20 anni. In nome della "competitività" e della riduzione del costo del lavoro, l'UE vuole ridurre i costi delle spese sanitarie e di protezione sociale.

L'UE interviene così indirettamente nelle politiche sanitarie dei Paesi. Questo intervento si trasforma anche in ingiunzione diretta, come nel caso della Grecia dove la Troika (Banca Centrale Europea, FMI e UE) ha preteso che la spesa sanitaria non superi il 6% del PIL, e del Portogallo con 670 milioni di Euro di tagli sul servizio sanitario nazionale (benché la salute sia considerata un ambito di governance interno agli Stati).

Sotto forma di libera concorrenza e di libertà di stabilimento, si assiste di fatto alla realizzazione



di una rete di captazione di pazienti con patologie lucrative, in cui la 'libera scelta del paziente' (per altro presentata come dogma per favorire la liberalizzazione) ha fatto cilecca. E, in virtù della nozione di responsabilizzazione, i pazienti meno 'redditizi' subiscono una vera e propria tassazione sulla propria patologia a vantaggio di maggiori profitti per le multinazionali.

Crisi, austerità e salute...

La povertà nuoce gravemente alla salute!

Una delle principali conseguenze della crisi è l'aumento della disoccupazione, della povertà e della precarietà, che impattano fortemente sullo stato di salute della popolazione.

Secondo l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), in Grecia il reddito a disposizione delle famiglie si è ridotto ogni anno tra il 2008 e il 2012⁵: -2,3% nel 2008, -0,4% nel 2009, -11,4% nel 2011, -10,8% nel 2012. La disoccupazione nell'UE è arrivata a 26,5 milioni di persone (19,2 milioni nella zona Euro), ovvero il 10,9% della popolazione attiva (12,1% nella zona Euro). Questa evoluzione europea è ancora più preoccupante poiché si accompagna a una crescita della differenza nel tasso di disoccupazione tra il Sud e la periferia dell'Unione, da una parte, e il Nord della zona Euro dall'altra. Lo scarto tra le due zone ha raggiunto nel 2012 i 10 punti percentuali, un livello senza precedenti⁶. L'UE rappresenta anche 124,5 milioni di poveri, ovvero 1/4 della popolazione. Nel 2012, un quarto (24,8%) della popolazione era a rischio di povertà o di esclusione sociale, pari a 124,5 milioni di persone (contro il 24,3% nel 2011 e il 23,7% nel 2008)⁷.

La crisi tocca tutti i sistemi sanitari

Nel Regno Unito*, il governo ha consentito alle imprese di entrare nel settore sanitario, attraverso l'attuazione progressiva di profondi cambiamenti giuridici volti a permettere l'ingresso di capitali. La giustificazione addotta è il bisogno di attrarre investimenti alternativi in seguito ai tagli del budget. Nel 2012, la legge sulla salute e la protezione sociale ha fissato per aprile 2013 la fine del famoso National Health System britannico, aprendo la strada a un sistema a finanziamento misto e all'offerta di cure sanitarie tarate sull'impresa.

In Portogallo*, le misure della Troika hanno provocato una diminuzione dei salari, delle pensioni e dei sussidi di disoccupazione, e un aumento generalizzato delle tasse. Come altre importanti componenti del settore pubblico che sono state privatizzate, anche il

servizio sanitario nazionale è attaccato da tutte le parti. Le quote di compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti sono aumentate considerevolmente, con un conseguente calo di 900.000 visite di primo livello.

In Italia*, già a partire dagli anni '90 sono state introdotte misure volte a favorire meccanismi di concorrenza; gli ospedali sono diventati 'aziende sanitarie', con un management di tipo commerciale. Oggi, i tagli del budget (oltre 20 miliardi di Euro dal 2010) hanno un grande impatto sul settore, e provocano come conseguenza un aumento della compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti e una riduzione dell'accessibilità, soprattutto per i gruppi socio-economici più vulnerabili. In un recente sondaggio, il 21% delle famiglie ha dichiarato una riduzione della spesa per le cure, il 10% ha rimandato trattamenti chirurgici per



Le misure di austerità danneggiano la salute della popolazione così come i servizi sanitari pubblici. La perdita del lavoro, e la paura di perdere il lavoro, hanno effetti devastanti sulla salute mentale delle persone coinvolte.

Le ricerche condotte in diversi Paesi mostrano la crescita del numero dei suicidi e dei tentativi di suicidio. Il numero di suicidi tra le persone con meno di 65 anni è aumentato, in seno all'UE, dal 2007 ad oggi. Nei Paesi membri che sono entrati nell'UE nel 2004 o negli anni successivi, i suicidi hanno raggiunto un picco nel 2009 e sono restati a livelli elevati nel 2010. Nei Paesi entrati prima del 2004, si è visto un aumento nel 2010. In Inghilterra, l'aumento dei suicidi tra il 2008 e il 2010 è associato in modo significativo all'aumento della disoccupazione, che ha portato a 1000 decessi supplementari.

Al tempo stesso, l'intensificazione e la precarizzazione del lavoro provocano gravi effetti sulla salute dei lavoratori. Una sofferenza sul lavoro generalizzata, che porta a esporre i lavoratori del settore dei servizi a situazioni pericolose, con aumento delle problematiche muscolo-scheletriche, degli infortuni sul lavoro e, nei casi più gravi, dei casi di suicidio o tentativo di suicidio.

La riduzione dei redditi e l'aumento del numero di persone che vivono sotto la soglia di povertà hanno un grande impatto anche sui determinanti della salute (cattiva alimentazione, cattive condizioni abitative, ecc.), così come sull'accessibilità alle cure (di tipo finanziario, legata agli spostamenti, ecc.).

ragioni finanziarie, il 26% ha dichiarato un aumento della spesa per le cure in urgenza legato all'aumento dei ticket.

*Dall'articolo in corso di pubblicazione: «Fiscal policies in Europe in the wake of economic crisis. Implications on health and healthcare access.», Elias Kondilis, Chiara Bodini, Pol De Vos, Alexis Benos, Angelo Stefanini.

In Catalogna, nel 2010, 50.705 pazienti erano in lista d'attesa per un intervento chirurgico. Ora sono 89.000 (nel 2011 erano 80.540). I pazienti ricoverati nei servizi di urgenza sono passati dal 64,9% al 67% nel 2011. L'accessibilità geografica è a rischio: con i tagli di bilancio, il trasporto sanitario 'non urgente' rischia di divenire un servizio del tutto a pagamento in seguito al Real Decreto del 16 aprile 2012, che ha sostituito un

sistema sanitario universalistico con un'assicurazione di salute pubblica. Per i farmaci, la quota di compartecipazione alla spesa per le persone dipendenti è passata dal 40 al 60%, ed è aumentata del 10% anche per i pensionati.

In Spagna, il budget del piano nazionale Droga è stato tagliato del 50% tra il 2009 e il 2013.

In Lituania, la ripartizione geografica delle cure specialistiche è molto diseguale, ed esse sono quasi inaccessibili in alcuni territori di provincia. Le liste d'attesa per le cure specialistiche e le operazioni in regime di elezione sono aumentate drammaticamente.

L'austerità nuoce gravemente ai sistemi sanitari!

Il gruppo DEXIA, la banca legata allo scandalo dei prestiti che hanno provocato l'indebitamento di molte comunità locali e ospedali in Europa, lo sa meglio di molti altri: "Ovunque, le riforme degli ospedali perseguono l'obiettivo di una razionalizzazione nell'offerta delle cure, agendo su tre meccanismi principali: la territorializzazione delle competenze ospedaliere, la modificazione dei sistemi di finanziamento degli ospedali e la rimodulazione dell'offerta ospedaliera. Ma le modalità di intervento sono differenti, perché esistono tante tipologie di ospedali quanti sono i Paesi"⁸. D'altronde, i partenariati pubblico-privato, messi in atto in tutto il mondo a partire dal 1995 sotto la spinta dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), si diffondono in Europa come conseguenza delle misure di controllo di bilancio e dell'interdizione del deficit pubblico.

Le politiche di austerità promosse dall'UE, e messe in atto dai governi, hanno come conseguenza una riduzione massiva dei finanziamenti pubblici e solidaristici dei sistemi sanitari e di protezione sociale. Ecco cosa dice l'OCSE: "Il calo della spesa sanitaria in tutti i Paesi europei si spiega in primo luogo con il crollo dell'incremento della spesa pubblica a partire dal 2009 – che è stato in media prossimo allo zero nel 2010 e nel 2011. Anche la spesa sanitaria privata ha rallentato in molti Paesi nel 2010-2011, quando i redditi delle famiglie sono rimasti stagnanti o si sono abbassati, ma la riduzione è stata più limitata".

In Grecia, la spesa sanitaria totale si è ridotta dell'11% nel 2010, e di nuovo nel 2011, dopo un tasso di incremento annuale di più del 5% in media tra il 2000 e il 2009. Queste riduzioni sono essenzialmente riconducibili a forti tagli nella spesa pubblica.

Anche Spagna, Islanda e Irlanda hanno vissuto due anni consecutivi di crescita negativa della spesa sanitaria. Alcuni Paesi, come l'Estonia e la Repubblica Ceca, hanno subito riduzioni drastiche della spesa nel 2010, seguite da una ripresa modesta nel 2011. Altri Paesi, come l'Italia e il Portogallo, hanno subito tagli di bilancio nel 2010, e hanno poi ridotto la spesa sanitaria pubblica





nel 2011. In Portogallo, la spesa pubblica si è abbassata dell'8% nel 2011, dopo essere rimasta stabile tra il 2009 e il 2010⁹.

A causa del livello molto debole di incremento della spesa sanitaria nell'insieme dei Paesi OCSE nel biennio 2010-11, la quota di PIL dedicata alla sanità si è leggermente ridotta nella maggior parte di essi. Nel 2011, la spesa sanitaria nei Paesi OCSE rappresentava in media il 9,3% del PIL, contro il 9,5% del 2010. Se si escludono le spese in investimenti, la spesa sanitaria corrente come percentuale del PIL è passata da una media del 9,1% nel 2010 al 9,0% nel 2011¹⁰.

I dati sulla mortalità neonatale indicati dall'autorità statistica ellenica (HELSTAT) mostrano che, dopo 42 anni di diminuzione costante della mortalità neonatale (dal 16,03/1000 nel 1966 al 3,31/1000 nel 2008), il biennio 2009-10 ha registrato un picco di 4,36/1000, che corrisponde a un aumento del 32% tra il 2008 e il 2010¹¹.

In Francia, una persona su 4 afferma di rinunciare alle cure per ragioni finanziarie. In Grecia, il 40% della popolazione è privo di copertura sociale (disoccupati da oltre un anno, lavoratori indipendenti che non hanno più mezzi di pagare la propria cassa di assicurazione, piccoli imprenditori in fallimento, lavoratori informali, immigrati irregolari).

I tagli di bilancio toccano anche massicciamente le politiche di prevenzione della sanità pubblica, il che si traduce rapidamente in una recrudescenza delle patologie 'sociali', delle disuguaglianze in salute, ma anche in un eccesso di costo per la medicina curativa.

D'altronde, il fatto di rimandare le cure per mancanza di risorse economiche porta a un aggravarsi dei problemi di salute, con conseguenze talora drammatiche e irreversibili per le persone malate, e con un aumento dei costi per il sistema sanitario. In Polonia, le operazioni di protesi d'anca hanno tempi d'attesa che arrivano al 2020.

Quando il finanziamento diventa mercato...

In Spagna, nel 2012 il finanziamento privato è salito al 25%.

Nei Paesi Bassi, nuove leggi sulla sanità creano un finanziamento assicurativo privato complementare, che copre pacchetti di cure. Gli assicuratori selezionano i rischi, di conseguenza i premi sono molto bassi per i giovani, ma molto alti per gli anziani e i malati. Il rischio è di favorire le cure più redditizie e i pazienti più ricchi. Chi non può pagare deve attendere a lungo, e rischia di ricevere cure di minore qualità.

Epidemie di privatizzazione

In Spagna, su 550 ospedali per acuti, ci sono ora 236 ospedali privati.

In Lituania, gli ospedali privati stipulano contratti con i fondi di assicurazione malattia.

In Navarra, le strutture residenziali per anziani sono privatizzate per il 90%.

In Belgio, 14.000 anziani vivono in case di riposo. Le case di riposo di tipo commerciale sono passate dal 45% al 57% tra il 2009 e il 2010.

«La domanda aumenta, e le case di riposo spuntano come funghi poiché gli investitori hanno fiutato l'affare. In Vallonia, a fianco delle case di riposo pubbliche o non profit (che rappresentano ciascuna il 25% del mercato), vi sono quelle in mano a gruppi privati che sono ormai la metà, e si tratta di un dato in costante aumento. Affittare camere in case di riposo è un investimento ben più sicuro che affittare uffici. Il contratto è

La saturazione dei servizi d'urgenza è una conseguenza delle difficoltà di accesso a cure di prossimità gratuite. Inoltre, l'abbandono delle politiche di prevenzione porta alla riemergenza e alla rapida diffusione di patologie infettive (tubercolosi, HIV, malaria...).

Il settore ospedaliero pubblico, che garantisce a tutti l'accesso alle cure, è anch'esso vittima delle politiche di austerità. Le dotazioni diminuiscono, e la concorrenza con il settore privato commerciale costringe a sottomettersi alle medesime regole di redditività e produttività. La chiusura dei centri di salute, degli ospedali di prossimità, il taglio dei letti, i raggruppamenti di servizi e le ristrutturazioni hanno come conseguenza l'allontanamento geografico dei luoghi di cura, e l'allungamento delle liste d'attesa per le visite e la presa in carico.

L'austerità rafforza il finanziamento privato dei sistemi sanitari

Durante la crisi, e nei numerosi Paesi in cui le misure di austerità hanno toccato la spesa pubblica, la quota di bisogno non presa in carico dalla copertura sociale è considerevolmente aumentata. Le politiche di austerità fanno ricadere il finanziamento delle cure sugli utenti, sia mediante l'introduzione di assicurazioni complementari, sia tramite quote di contribuzione individuale alle cure (ticket di compartecipazione in Spagna e Portogallo). Il risultato è la difficoltà o l'impossibilità, per settori crescenti della popolazione, di accedere alle cure. I primi a essere coinvolti sono le persone socialmente più vulnerabili (disoccupati, immigrati in situazione di irregolarità, famiglie monoparentali...). La partecipazione personale dei beneficiari, in alcuni Paesi, è più che raddoppiata.

I fondi di investimento e altre holding hanno evidentemente capito bene le debolezze del sistema in caso di sotto-finanziamento pubblico. La selezione del rischio in un dispositivo assicurativo permette infatti agli investitori privati di accaparrarsi un mercato redditizio all'interno di un sistema in decelerazione, ovvero il mercato delle assicurazioni complementari. Maggiore è la quota di bisogno non coperta dal pubblico, più numerosa è la popolazione potenzialmente coinvolta nel

di 27 anni e la riserva di affittuari appare inesauribile. L'amministratore delegato di Sicafi Aedifica, Stefaan Gielens, conferma che il potenziale di investimento immobiliare nel settore è enorme. Precisa che è stato stimato che nei prossimi 40 anni saranno necessari 180.000 letti, ovvero un bisogno di investimenti di circa 15 miliardi di Euro. Questi investimenti sono inoltre rapidamente redditizi, perché le stanze vengono affittate a un prezzo di 40 Euro al giorno». (RTBF.be 8/08/2011)

Essere donne in Grecia

In Grecia, l'abbandono di qualunque politica di sanità pubblica, così come l'impoverimento di larghe fette della popolazione (peggioramento delle condizioni di vita e di igiene individuale e collettiva), hanno già prodotto come conseguenza la ricomparsa di casi di infezioni che erano scomparse, come la malaria, l'aumento della tubercolosi, ma anche un aumento del 200% dei sieropositivi.

In questo contesto, le donne sono colpite più duramente, in particolare a causa della scomparsa delle politiche di prevenzione e dell'inaccessibilità delle cure. E la salute riproduttiva delle donne non ha resistito all'impatto della crisi.

Conquiste come la garanzia di cure di qualità durante



mercato assicurativo complementare. I premi sono adattati al rischio individuale, il che garantisce la redditività del sistema.

Tale dispositivo è stato spinto al parossismo negli Stati Uniti, fino all'assurdo, perché sono ora le assicurazioni che gestiscono gli ospedali, sulla base dei medesimi principi di selezione del rischio. In Europa, alcune casse mutue hanno cercato di far fronte alla situazione istituendo assicurazioni complementari di tipo solidaristico (senza selezione). In altri Paesi, al contrario, non sono riuscite a resistere e contribuiscono all'indebolimento della copertura universale.

Il personale sanitario paga la crisi

Grecia, Irlanda, Italia, Spagna e Portogallo hanno diminuito di molto la spesa sanitaria. E poiché il costo della mano d'opera rappresenta in media circa il 70% della spesa sanitaria totale, molti Paesi hanno imposto dei tagli sui salari del personale sanitario (15% in Grecia, 10% in Repubblica Ceca, dal 5 al 10% in Irlanda, 5% in Spagna). Parallelamente, i Paesi più toccati dalla crisi hanno ridotto il numero di personale nel settore sanitario. In Spagna, per esempio, nel settore sanitario pubblico solo 1 pensionamento su 10 è sostituito.

In Polonia, per molti infermieri i cosiddetti 'contratti-spazzatura', libero-professionali, hanno sostituito i contratti di tipo dipendente. Gli infermieri sono costretti ad accumulare più contratti, arrivando ben oltre le 48 ore settimanali, per raggiungere un salario decente. La fuga delle giovani infermiere ha portato l'età media nel settore a superare i 45 anni.

Il passaggio a un posto di lavoro nel privato commerciale porta sempre a un aumento della pressione sul lavoro. Inoltre, la mancanza di norme minime che garantiscano al tempo stesso la qualità delle cure e condizioni di lavoro adeguate, e il finanziamento per dotazione o per patologia, rendono spesso il carico salariale una variabile di aggiustamento privilegiata, che porta o a una diminuzione dei salari, o a una diminuzione dei posti, o a entrambe le cose.



Donne e salute

Sempre più studi denunciano il fatto che le donne sono doppiamente vittime della crisi e delle misure di austerità.

“Il lavoro delle donne si svolge sempre più a tempo parziale o sotto forma di contratti a breve termine, con salari modesti. Nel settori come l'educazione e le cure, tradizionalmente femminili, nel Regno Unito e in Italia, per esempio, i salari sono stati ridotti così come le ore di lavoro e i benefici professionali”¹². La nozione di 'lavoratore povero' è particolarmente vera per le donne costrette ad accettare lavori che non consentono loro un reddito sufficiente per vivere. Le famiglie monoparentali hanno in grande maggioranza una donna come capo famiglia.

D'altra parte, “L'analisi sociale ed economica consente di prevedere che le donne in Europa dovranno sempre più accollarsi responsabilità non remunerate, come la cura dei bambini, il lavoro domestico, il lavoro comunitario e la cura delle persone anziane, visto che il loro numero aumenta e i servizi loro destinati sono spesso poco accessibili e molto cari. La classe media in Europa ha l'abitudine di assumere donne migranti per trasferire loro le responsabilità e i compiti di cura. Al tempo stesso, con il ridursi dell'economia formale, queste modalità potranno cambiare, poiché se le donne attive perdono il proprio lavoro e riprendono le responsabilità domestiche non remunerate, potranno decidere che non è più necessario o semplicemente sostenibile assumere qualcun altro. Secondo un importante giornale italiano, le donne italiane accettano sempre più spesso lavori di servizi domestici e pulizie senza contratto, che fino ad ora erano stati riservati a lavoratori o lavoratrici migranti”¹³.

Il ritorno a casa per garantire la 'care' (attività un tempo assicurate all'interno della rete familiare e che, dopo la guerra, si sono professionalizzate, come curare, accudire i bambini, assistere le persone anziane o con handicap...) si verifica oggi in modo consistente in diversi Paesi dell'Europa del Sud.

la gravidanza e al parto, un'educazione sessuale per promuovere rapporti sessuali fondati sull'uguaglianza, la gioia e la libertà, senza violenza maschile, non ci sono più. La possibilità di scegliere liberamente se si vogliono avere dei figli e in quali condizioni è ormai un ricordo lontano, poiché l'accesso libero al parto e all'aborto gratuito e di qualità, così come a servizi di pianificazione familiare di alto livello e alla contraccezione, appartiene ora al mondo dei sogni. Il diritto delle donne di disporre del proprio corpo e scegliere se vogliono o no un figlio è continuamente rimesso in discussione, non per una revoca del diritto all'aborto, come in Spagna, ma a causa dell'impovertimento delle donne e della commercializzazione dei beni e dei servizi.

Inoltre, bisogna sapere che sono state adottate e applicate diverse misure, come l'abrogazione dei contratti collettivi, e la riduzione o l'abolizione di una serie di sovvenzioni previste dai contratti collettivi per facilitare la vita delle donne e l'educazione dei bambini. A titolo di esempio, si può citare l'abolizione dei sussidi di matrimonio, per gli asili, per le colonie di vacanza, per il parto e svariati esami prenatali, così come la riduzione del 22% dell'allocazione per l'assistenza sanitaria al bambino nei 6 mesi dopo il parto, che era pari al salario di base. La maternità stessa diviene una posta in gioco. Il diritto alla maternità libera è divenuto un lusso riservato solo ai ricchi. Si assiste così a una crescita del numero di aborti e del loro costo (350 Euro negli ospedali pubblici), che spinge un numero non



Inoltre, i programmi sanitari che puntavano al sostegno della genitorialità (MAITRISE DE PARENTALITÉ) sono tra le prime vittime dei tagli di bilancio, cosa che esclude una parte non trascurabile di giovani donne.

Austerità, salute e immigrazione

In diversi Paesi, i tagli al bilancio sanitario sono stati accompagnati da un'esclusione dalle cure dei residenti non aventi diritto alla protezione sociale. Le persone di origine immigrata, ma soprattutto i rifugiati e i residenti senza permesso di soggiorno, si vedono rifiutare le cure di base. Sono le associazioni umanitarie che devono farsene carico. In Spagna, per esempio, il Real Decreto 16/04/2012 esclude di fatto gli immigrati irregolari dall'accesso alle cure (tranne che in caso di pericolo di vita, maternità e cure pediatriche).

Mentre crescono le derive identitarie e i sentimenti xenofobi, queste popolazioni sono lasciate da parte e vedono il proprio stato di salute erodersi rapidamente e significativamente.

indifferente di donne a cercare soluzioni fuori degli ospedali, con rischi importanti per la salute. Al tempo stesso, sono in aumento gli abbandoni di bambini per cause legate alla povertà dei genitori.

Per la prima volta dopo la seconda guerra mondiale, è stato rilevato un aumento della mortalità perinatale. La riduzione delle vaccinazioni, quasi inesistente tra i bambini poveri, rappresenta una vera e propria bomba a orologeria sanitaria.

Per quanto concerne i parti, il costo per le donne è divenuto insostenibile. La situazione è ancora peggiore per le donne incinte sprovviste di sicurezza sociale, così come per le donne senza documenti, che devono coprire l'intero costo degli esami e del ricovero legati al parto. Se vogliono partorire (in una maternità pub-

blica, il costo di un parto normale è di 600 Euro, quello di un cesario è di 1200 Euro). Questo senza contare i prezzi delle visite mediche durante la gravidanza e degli esami prenatali. Per questa ragione molte donne arrivano alla maternità senza aver fatto alcun esame medico prima. Per «i cittadini non greci dell'UE e dei Paesi terzi», ovvero gli immigrati e i rifugiati senza documenti, così come per le donne senza sicurezza sociale, è previsto un raddoppio del costo del parto e delle cure mediche correlate (1200 Euro per un parto normale, 2400 per un cesareo).

Il risultato è che, per non pagare queste cifre, molte di loro fuggono dall'ospedale in piena notte con il loro neonato in braccio. Le amministrazioni degli ospedali minacciano allora di non rilasciare il certificato di nas-

Conclusione

Da una parte, la crisi ha effetti diretti sulla salute della popolazione, dall'altra le politiche di austerità messe in atto dai governi come risposta smantellano i sistemi sanitari e di protezione sociale, portando a un aggravarsi della crisi sanitaria e sociale. Ecco il circolo vizioso nel quale sono rinchiusi i popoli d'Europa. La crisi, per i danni sociali e sanitari che genera, aumenta i bisogni di salute e di protezione sociale, proprio quando le politiche di austerità deputate a risolverla riducono le possibilità di accedere ai servizi.

È ciò che viene confermato da uno studio apparso su Lancet: "...anche se le recessioni comportano dei rischi per la salute, è la combinazione di austerità fiscale, shock economici e protezione sociale debole che sembra in ultima istanza aggravare la crisi sanitaria e sociale in Europa"¹⁴.

L'impegno dell'OMS e dei Paesi membri sancito dalla risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità del 2009, dal titolo "Ridurre le disuguaglianze in salute tramite un'azione sui determinanti sociali della salute", è rimasto una pia intenzione.

Vediamo invece che la situazione in Europa si è molto aggravata. L'OMS constata i danni, ma i Paesi continuano con le politiche di austerità e l'aumento delle disuguaglianze sociali in salute: "È necessario, per lottare contro le disuguaglianze in salute determinate da fattori sociali, affrontare le 'cause delle cause'. Tra queste, citiamo la ripartizione iniqua di potere, risorse, beni e servizi, su scala mondiale e nazionale, che porta l'ingiustizia nelle circostanze immediate e visibili di vita delle persone – accesso alle cure, alla scuola e all'insegnamento, condizioni di lavoro e di piacere, abitazione, ambiente sociale, città in cui vivono – e nella loro probabilità di vivere una vita piena e in salute"¹⁵.

cita, o di rilasciarlo solo in caso di previsione di rimborso all'ospedale. È così che si hanno bambini indebitati fin dai primi giorni di vita, bambini fantasma, non dichiarati, che sono nati eppure non esistono.





Il grande mercato transatlantico contro i popoli, contro la salute e la protezione sociale!

La commercializzazione dei servizi pubblici è stata iniziata dall'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC) nel settembre 1986 a Punta del Este (Uruguay).

Nel 1994, l'Accordo Generale sul Commercio dei Servizi (GATS) ha obbligato i Paesi a creare un ambiente competitivo tra imprese pubbliche e private. In pratica, ciò si traduce sia in una riduzione dei sussidi alle prime, sia nell'introduzione di aiuti dedicati per le imprese private.

L'Accordo Multilaterale sugli Investimenti (MAI) del 1998, che ha tentato di aprire la possibilità per le multinazionali di far condannare i Paesi, ha provocato un'ampia mobilitazione internazionale. È stata la prima sconfitta inflitta alla logica 'tutto-liberista'. In modo simile, la lotta contro la 'direttiva Bolkestein' ha limitato la portata della direttiva del 12 dicembre 2006, escludendo i servizi di interesse generale tra cui la sanità e la sicurezza sociale, e i servizi di interesse economico generale, limitando la concorrenza all'interno degli Stati.

Lo scorso 14 giugno, i ministri del commercio di 27 Stati dell'UE hanno accettato un mandato segreto di negoziazione da parte della Commissione Europea. Questo mandato riguarda la negoziazione di un Partenariato Transatlantico di Commercio e Investimento (TTIP) tra Stati Uniti e UE. Lo scopo è far coincidere le regole del commercio internazionale, i dazi doganali ma anche le norme non tariffarie (in particolare quelle riguardanti l'ambiente, la salute, gli aspetti sociali e la sicurezza).

Al contrario di quello che i nostri governanti vorrebbero farci credere, un accordo di 'libero scambio' non consiste nel ritirare 'gli ostacoli statalistici, sociali o ambientali' agli scambi, ma nel decidere dei cambiamenti politici radicali nel funzionamento dei mercati.

Per l'insieme dei settori sanitario e della protezione sociale, vi è il grave rischio di una riduzione delle norme europee al fine di farle coincidere con quelle degli Stati Uniti, che rappresentano una



delle zone al mondo in cui la privatizzazione del settore socio-sanitario e di protezione sociale è più avanzata.

L'armonizzazione delle norme sanitarie e di protezione sociale, come già sappiamo, si farà contro i sistemi di sicurezza sociale, contro la dimensione universalistica dei servizi sanitari. Gli Stati Uniti pagano il lusso di avere il sistema sanitario più caro al mondo, a cui dedicano il 16% del PIL, ma anche uno dei peggiori sistemi tra i Paesi OCSE, che esclude 50 milioni di americani dall'accesso alle cure.

Le discussioni in corso per una nuova direttiva europea sugli appalti dei servizi pubblici, e le negoziazioni del TTIP, non possono che accelerare i processi di commercializzazione e privatizzazione dei sistemi sanitari, e aggravare le crisi sanitarie e sociali.

La direttiva sugli appalti pubblici e il TTIP rischiano di infliggere un colpo fatale ai servizi di interesse generale. Con tale direttiva (complementare a quella del 2006) verrà raggiunta una nuova tappa, che estende la concorrenza in un primo tempo a livello europeo. Con l'apertura delle negoziazioni del TTIP (che punta a creare uno spazio di mercato tra l'America del Nord e l'UE), si apre anche lo spazio di concorrenza a livello mondiale.

Cosa diverranno allora i nostri modelli basati su una finalità di servizio alla popolazione, sull'accessibilità universale, sul finanziamento solidaristico, su gestori non commerciali, sul controllo democratico, sulla gestione partecipativa, su una ricerca di qualità ed efficienza all'interno di una pianificazione pubblica?¹⁶





Per la sanità in Europa, noi rivendichiamo:

Un accesso ugualitario alle cure, ovunque, per tutti, senza alcuna restrizione. Ciò presuppone che l'offerta universale delle cure, e dunque la loro accessibilità, sia indipendente dalla capacità individuale di pagare.

Poiché la salute è un bene comune, bisogna promuovere e ristabilire meccanismi di **finanziamento pubblico** e collettivo, come lo sono stati i principali sistemi di protezione sociale subito dopo la guerra. Per realizzare un finanziamento solidaristico e un accesso universale alle cure, è necessario preservare **la protezione sociale dagli appetiti delle assicurazioni private**. I sistemi sanitari devono essere finanziati esclusivamente da una **protezione sociale pubblica**, l'unica in grado di mettere in opera e perseguire politiche e pratiche che mirano al rispetto del diritto alla salute, consentendo a tutte e a tutti un uguale accesso alle cure.

Tutta la popolazione deve vigilare sulla gestione, la difesa e il miglioramento della salute. Bisogna stabilire forme di **partecipazione degli assicurati sociali** e degli utenti, **al fine di costruire servizi sanitari democratici**. **Bisogna valutare le performance in termini di salute** e non di risultati finanziari, e mettere a disposizione risorse sufficienti per raggiungere tale scopo.

Per curare meglio bisogna affrontare le cause delle cause delle malattie, come i **determinanti sociali** di salute. Rivendichiamo il beneficio per la salute legato all'esistenza di uno zoccolo di diritti reali garantiti a tutta la popolazione, come **il diritto a un impiego e a un reddito dignitoso, alla casa, all'acqua potabile e all'energia, all'uguaglianza tra uomo e donna, all'educazione, alla cultura...**

Esigiamo dai governi europei, dalla Commissione e dagli eletti al Parlamento Europeo che riformulino, mettano in atto e perseguano politiche e pratiche volte a rispettare il diritto alla salute, permettendo a tutte e a tutti un uguale accesso alle cure. Per questo, è indispensabile **investire massicciamente nella sanità pubblica, nella prevenzione e promozione della salute, nelle cure primarie**.

Per preservare il bene comune della salute, **neanche un Euro di soldi pubblici deve finanziare il privato commerciale, perché la salute non è una merce**. L'Europa non deve solo consentire a ogni Stato di continuare a proteggere i propri dispositivi di protezione sociale e sanitaria dalle regole del mercato, ma deve anche incoraggiare i Paesi a finanziare adeguatamente tali dispositivi. Deve altresì consentire agli operatori pubblici di **mantenere all'interno della sfera non commerciale l'insieme dei servizi** logistici, così come i prodotti, servizi e materiali essenziali a sistemi sanitari di qualità (farmaci, ricerca, presidi medici, protesivi...).

Porre fine alle disuguaglianze in salute significa porre fine alla miseria, alla disoccupazione, alla precarietà e all'esclusione per i 125 milioni di poveri che vivono in Europa, comprese le minoranze come i Rom, i lavoratori migranti extracomunitari oggi vittime di condizioni di esistenza miserevoli e di attentati alla dignità umana.

Le politiche di austerità in Europa nuocciono alla salute e aggravano la situazione delle popolazioni. La messa in atto di un programma europeo di difesa della salute, del lavoro sociale e della

protezione sociale presuppone la fine dei piani di austerità applicati ovunque in Europa. La salute e i diritti umani devono prevalere sulle logiche finanziarie e legate al profitto.

Ancora, si tratta di mettere in atto, su iniziativa dell'UE, un **programma di risarcimento dei danni alla salute per le popolazioni colpite da tali politiche**, di ripristinare l'accessibilità e la qualità delle cure, soprattutto nei Paesi che si sono visti imporre piani di tagli come condizione per ricevere dall'Europa un aiuto finanziario.

Tra la finanza e la salute bisogna scegliere. La popolazione europea non è responsabile del debito sovrano. Non è né la sanità, né la protezione sociale che bisogna ridurre, tagliare, amputare. La finanza e l'economia devono essere al servizio del benessere della popolazione, e non il contrario.

Esigiamo la cessazione immediata delle negoziazioni del TTIP. Le norme sociali e ambientali devono essere armonizzate verso l'alto e tendere costantemente a una migliore salute delle popolazioni.

I Paesi devono potere continuare a stabilire norme che regolano il settore sanitario, in particolare verso finalità non lucrative. La salute e la protezione sociale devono essere protette da ogni attacco. **La salute e la protezione sociale devono essere ritirate dalla direttiva sugli appalti pubblici.**





1. Nel resto del documento parleremo del servizio pubblico sia per gli operatori pubblici che per gli operatori non commerciali che assicurano servizi pubblici in appalto.
2. Vedi su questo argomento gli atti della conferenza di Anversa del dicembre 2013 <http://iahpe-conference2013.wordpress.com/>
3. Questa fu la risposta data durante l'incontro tra la Rete europea e i Commissari europei il 14 marzo 2013.
4. <http://www.eu2013.it/en/news/unions-program-to-reduce-health-inequalities-promote-innovation-in-health->
5. Fonte: Banca dati dell'OCSE sulla sanità 2013.
6. Fonte: Conti protezione sociale 2011 DREES 2013.
7. Comunicato Eurostat del 5 dicembre 2013.
8. Pubblicazione Dexia/Hope, novembre 2009.
9. Fonte: Banca dati dell'OCSE sulla sanità 2013.
10. Fonte: Banca dati dell'OCSE sulla sanità del 2013.
11. BONOVAS S & NIKOLOPOULOS G (2012). High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. J Prev Med Hyg, 53, 169-71.
12. L'impatto della crisi finanziaria sulle donne dell'Europa dell'Ovest. Windy Harcourt; AWID.
13. Corriere della sera, 9 maggio 2009.
14. Financial crisis, austerity, and health in Europe. The Lancet, 27 March 2013.
15. 60a Sessione dell'OMS Europa EUR/RC60/TD.3, Mosca, settembre 2010.
16. Cfr. supra p.6.



**La salute e la protezione sociale
non sono in vendita...**



Rete Europea contro la Privatizzazione e la Commercializzazione della Salute, del Lavoro Sociale e della Protezione Sociale.

Sebastian Franco - chaussée de Haecht, 53 1210 Bruxelles - Belgique – Febbraio 2014.