



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea Magistrale in
MANAGEMENT PUBBLICO E DEI SISTEMI SOCIO-SANITARI

IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE
NEI PAESI A WELFARE MEDITERRANEO:
Un'analisi storico comparata e una ricerca empirica

THE NATIONAL HEALTH SYSTEM
IN MEDITERRANEAN WELFARE COUNTRIES:
A comparative historical analysis and an empirical research

Relatore: Chiar.mo
Prof. Elena Spina

Tesi di Laurea di: Paola Carrara

Anno Accademico 2020 – 2021

INDICE

INTRODUZIONE	6
PARTE PRIMA	
Capitolo 1: Storia delle politiche sanitarie in Italia	
1.1 Da fine '800 agli anni del fascismo	10
1.2 Il periodo fascista	13
1.3 Gli anni della Repubblica	17
1.4 Dall'istituzione del SSN ai giorni nostri	21
Capitolo 2: Storia delle politiche sanitarie in Spagna	
2.1 La sanità liberale nel XIX secolo	37
2.2 Nascita e consolidamento della sanità pubblica in Spagna	39
2.3 La sanità spagnola durante gli anni del franchismo	46
2.4 Rinascimento della sanità pubblica nella Spagna democratica	53
2.5 La sanità spagnola nel nuovo millennio	60
Capitolo 3: Storia delle politiche sanitarie in Portogallo	
3.1 La fine della monarchia e la Prima Repubblica	67
3.2 Il Portogallo di Salazar	72

3.3 Dagli anni Settanta ai giorni nostri	87
Capitolo 4: Storia delle politiche sanitarie in Grecia	
4.1 Le guerre balcaniche e la Prima guerra mondiale	99
4.2 La Seconda guerra mondiale e gli anni della Giunta	109
4.3 Quadro sociosanitario sino agli ultimi anni del XX secolo	114
4.4 Dalla Nuova Democrazia ai giorni nostri	119
Capitolo 5: I paesi a welfare mediterraneo: politiche sanitarie a confronto	136
PARTE SECONDA	
Capitolo 6: Disegno della ricerca	
6.1 Dati sull'accesso ai servizi	157
6.2 Obiettivi e ipotesi di ricerca	160
6.3 Metodologia	161
Capitolo 7: Risultati	
7.1 Analisi delle interviste	
7.1.1 Accessibilità	165
7.1.2 Disponibilità e cordialità degli operatori all'accesso	167

7.1.3	Appropriatezza, competenza e professionalità degli operatori	169
7.1.4	Paragone con l'esperienza vissuta nel paese d'origine e particolarità emerse	174
7.1.5	Grado di soddisfazione generale	177
	CONCLUSIONI	180
	RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	189
	APPENDICE	197

INTRODUZIONE

Nella letteratura diversi autori si sono cimentati nella difficile impresa di riuscire a classificare e categorizzare i differenti Servizi Sanitari Nazionali in Europa, sforzandosi di trovare determinati parametri comuni che potessero essere utilizzati come fonte di paragone tra i differenti sistemi e nelle diverse realtà sociali. Nella realtà la complicata evoluzione storica e politica dell'ambiente europeo non ha reso l'impresa facile e tutt'ora molti argomenti sono ancora fonte di discussione e di continue revisioni degli studi. Nel presente lavoro si ha voluto fare riferimento ad una classificazione proposta da un famoso studioso danese, Gøsta Esping-Andersen (1990) che suddivide l'Europa sociale in tre Regimi di Welfare (Liberale, Conservatore, Social-democratico), e alla revisione di tali Regimi effettuata da Maurizio Ferrera (2006). Esping-Andersen riesce a raggruppare e classificare il sistema sociale degli Stati europei, mentre Ferrera apporta in seguito una importante modifica alla classificazione per poter introdurre il concetto di *Quarta Europa sociale*, ovvero l'aggiunta di una nuova tipologia di Welfare, denominato Mediterraneo, che comprende Italia, Spagna, Portogallo e Grecia.

Le caratteristiche principali dei paesi a Welfare mediterraneo si riscontrano:

- nella marcata differenza tra prestazioni generose offerte dallo Stato alle categorie centrali del mercato del lavoro (dipendenti pubblici e lavoratori dipendenti di grandi imprese) e quelle più modeste erogate alle categorie

più deboli e periferiche (lavoratori precari e stagionali, autonomi, dipendenti di piccole imprese);

- nell'ulteriore differenziazione nelle prestazioni, generata dalla presenza di manipolazioni clientelari e frodi, accompagnate da evasioni contributive su larga scala;
- nella coesistenza di mercati del lavoro caratterizzati da profonde divisioni settoriali e territoriali e che presentano una vasta economia sommersa;
- nell'industrializzazione tardiva, presenza di grandi regimi estremamente polarizzati, rilevante ruolo della famiglia che genera a sua volta lo svilupparsi di un particolare sistema di relazioni formali e informali in cui vengono inclusi lo Stato, il mercato e la famiglia stessa (Ferrera, 2006).

Inoltre, tra gli anni Settanta e Ottanta, ciascuna di queste nazioni ha istituito un proprio Servizio Sanitario Nazionale di tipo universalistico.

È proprio sulla base di questa classificazione proposta da Ferrera (2006) che è stato possibile sviluppare il presente studio: Italia, Spagna, Portogallo e Grecia sono accomunate da una evoluzione storica e sociale molto simile che permette più facilmente di individuare similitudini e differenze utili per un paragone tra i SSN.

Nella prima parte della tesi viene analizzata l'evoluzione storica e sociale di ciascun paese, dalla fine dell'Ottocento ai giorni nostri, rivolgendo particolare attenzione alle politiche sanitarie attuate in ciascun periodo storico. Per poter offrire un quadro completo ed esauriente al lettore, le informazioni utilizzate per stilare il presente

lavoro sono state reperite da testi ed articoli in lingua originale e mediante la consultazione di pagine web ufficiali aggiornate dal Ministero della salute di ciascuno Stato.

Il capitolo che chiude la prima parte della tesi è improntato a costruire un paragone tra l'evoluzione del SSN di ciascuno Stato e a presentare un quadro riassuntivo delle nuove e più recenti normative riguardanti la sanità emanate dai governi.

Nella seconda parte della tesi vengono presentati, invece, gli esiti di una ricerca empirica effettuata tramite interviste in profondità rivolte a cittadini di paesi a Welfare mediterraneo che hanno avuto esperienza di accesso in urgenza presso il SSN di un altro paese che presenta la medesima tipologia di Welfare. L'obiettivo è quello di offrire un punto di vista nuovo, basato sulle percezioni soggettive degli intervistati rispetto all'esperienza vissuta, e provare a valutare se da tali vissuti emergono differenze e/o analogie che possano fornire informazioni utili sui sistemi sanitari di ciascun paese.

Vanno considerati, infine, i limiti della ricerca. Nella prima parte essi riguardano la continua evoluzione del panorama storico e sociale di ciascun paese e la conseguente difficoltà di riuscire a presentare un quadro completo della reale situazione sanitaria di un paese. Nella seconda parte, la tipologia di intervista qualitativa, il limitato numero di soggetti intervistati, nonché la scarsa disponibilità di ulteriori dati empirici non permettono di arrivare a delle conclusioni generalizzabili.

Il lavoro si conclude con alcune riflessioni che guardano, da un lato, alla difficoltà di fornire un quadro chiaro delle diverse situazioni nazionali che sono dinamiche e in costante trasformazione; dall'altro, si focalizzano sulla possibilità che le differenze emerse dall'indagine empirica non siano relative a questioni organizzative e di architettura istituzionale, quanto alla percezione della professionalità degli operatori sanitari e al loro diverso modo di agire la professione.

CAPITOLO 1

Storia delle politiche sanitarie in Italia

1.1 Da fine '800 agli anni del fascismo

Per quanto riguarda l'evoluzione del welfare italiano ed in particolare le politiche sanitarie possiamo identificare alcune fasi e distinguerle come tratti salienti utili per poter sviluppare la ricerca in chiave comparata.

A tal proposito verrà utilizzata una suddivisione in configurazioni (Vicarelli, 2010) che prevede il susseguirsi di modelli differenti di mercato, di Stato e di comunità a seconda del momento storico considerato.

La prima configurazione descrive un periodo di tempo che va dall'Unità di Italia alla Prima guerra mondiale e all'avvento del fascismo (1860-1920) e viene rappresentata da un modello di welfare di tipo residuale che presenta caratteristiche liberali.

Con il termine *residuale* si intende appunto sottolineare come l'intervento dello Stato risulti complementare a quello della famiglia e della Chiesa che, forte della autorità delle Opere Pie risalenti al tempo del diritto romano e affiancata da una radicata classe di burocrati interni agli istituti di sanità, ha detenuto il controllo esclusivo sulla questione sanitaria attraverso la regolazione degli ospedali, dei ricoveri e delle cure a domicilio.

Per intervenire a favore della laicizzazione e ricalibratura del controllo sugli Istituti

di sanità a discapito del potere della Chiesa e la società conservatrice dell'epoca, nell'anno 1890 Francesco Crispi (allora presidente del consiglio del Regno d'Italia) emana una Legge che sancisce la nascita degli Istituti di Benevolenza, riuscendo così ad affidare ad una giunta amministrativa comunale gli aspetti relativi al bilancio e alla razionalizzazione della spesa sanitaria, e ad introdurre un sistema parallelo di tipo statale (rappresentato dai medici e dalle ostetriche condotti) affiancato al sistema esistente che vedeva la compartecipazione del privato (medici libero-professionisti) e di quello che oggi definiremmo no-profit (società di mutuo soccorso).

Nei primi anni del '900 Giolitti avvia un processo di coordinamento del settore dell'assistenza con l'intenzione di avere più controllo sull'aspetto contabile delle Opere pie, inserendo la possibilità di elezione, negli organi di controllo provinciali, di esperti nominati dal governo.

Per quanto riguarda l'evolversi della situazione economica e sociale, in una cornice storica impregnata dalla ideologia del sistema liberale del *laissez faire*, gli ultimi anni dell'800 e i primi del '900 hanno rappresentato un periodo di svolta nel mercato soprattutto per quanto riguarda il processo di industrializzazione.

L'aumento dell'impiego in fabbrica nel Nord Italia porta inevitabilmente ad una crescita drastica delle malattie correlate al lavoro, mentre il Meridione, che deve fare i conti con l'insufficiente rifornimento idrico e la cattiva qualità dell'acqua, si trova ad affrontare epidemie di febbre tifoide e un aumento di infezioni gastro-

enteriche, il tutto associato alle scarse condizioni igieniche riscontrate nelle abitazioni dei contadini.

Risultano di fondamentale importanza quindi le norme emanate a favore della profilassi per la malaria nel Sud (da parte di Angelo Celli, 1892), e quelle per la prevenzione e la cura della pellagra nel Nord. La medicina, in quest'epoca, prevale ancora nella forma di prevenzione e di educazione sanitaria, e questo nonostante le nuove scoperte scientifiche, la concessione ottenuta dalle donne per il diritto allo studio in ambito medico, il tentativo del governo a più riprese di riuscire a risolvere le problematiche sanitarie.

La figura attiva nel campo medico più riconosciuta tra la popolazione è senza dubbio quella del medico condotto che, rivestendo le veci di ufficiale sanitario, diventa una sorta di rappresentante del ceto medio intellettuale. Egli fornisce assistenza gratuita ai poveri identificati dallo Stato, mentre per gli altri richiedenti dispone di un tariffario prestabilito.

L'ospedale intanto inizia la sua lenta trasformazione da luogo di custodia e di lungodegenza per malati terminali, cronici o infettivi (i numerosi tubercolotici dell'epoca), a luogo sempre più attivo nella formazione e nell'attività medica, soprattutto nelle aree più industrializzate del paese, grazie all'intervento di importanti benefattori della nuova borghesia industriale, creditizia e urbana.

L'avvento della Grande Guerra contribuisce alla diffusione delle malattie non solo nell'esercito ma anche nella popolazione civile: le condizioni igienico-alimentari

scarse, il freddo e la presenza in trincea di malattie prevalentemente infettive (come la tubercolosi polmonare ed altre patologie respiratorie), unito all'avvento della Spagnola nelle città, danno luogo ad uno scenario epidemiologico molto vasto e incontrollato.

Per la prima volta si inizia anche a considerare la dimensione psicologica, messa in risalto dai frastorni psicologici dei soldati tornati dalla guerra.

Lo Stato nel periodo bellico attua una politica interventista, spinto dalle richieste della popolazione e della borghesia. Queste ultime esigono un garante per le spese di guerra nell'appoggiare l'industria, una nuova attenzione verso la forza operaia, l'assistenza ai reduci con il rafforzamento delle assicurazioni e delle provvidenze sociali (Vicarelli, 2010).

Nonostante i tentativi di istituzionalizzazione (servizi sanatori, pensioni per malati di tubercolosi, nuovi reparti ortopedici, modernizzazione degli ospedali) le politiche attuate dallo Stato in periodo di guerra e nell'immediato post-bellico non risultano sufficienti né per l'emanazione di una assicurazione sanitaria obbligatoria, né per una completa regolamentazione del sistema di cure.

1.2 Il periodo fascista

Il passaggio dalla configurazione da *welfare residuale* a quella di *welfare categoriale* può essere individuato con l'avvento del fascismo e si ritiene perdurare durante il ventennio fascista, dal 1922 al 1943 (Vicarelli, 2010).

Pur identificandosi in un primo momento in un modello di Stato liberale, dal '29 in poi lo Stato Fascista è riuscito ad intervenire in ogni settore della società, includendo tutta la popolazione nei propri schemi regolativi e di condizionamento dei modi di vivere e di agire.

Fino al 1929 infatti la politica fascista si caratterizza per un apparente ritorno all'individualismo e al liberismo, seguito poi da un ingente intervento dello Stato in opere pubbliche quali ad esempio la bonifica integrale, l'ampliamento di strutture amministrative e burocratiche, la “battaglia per il grano”.

Questa ultima opera interventistica fu particolarmente cara a Mussolini, il quale auspicava che la nuova Italia fascista si affermasse come una nazione prevalentemente agricola e fondata sulla piccola proprietà, in uno scenario distante dalla modernizzazione delle industrie cittadine, ritenute da egli luoghi difficilmente governabili a causa della presenza del proletariato. Il fallimento del sogno di Mussolini è correlato alla forte dominanza latifondista ed al continuo migrare della popolazione verso i centri cittadini dove, a funzione di coordinamento tra i vari organismi associativi tra operai ed imprenditori, prendono vita le prime Corporazioni (Legge n 563 / 1926).

Dalle corporazioni stesse deriva il termine *corporativismo*, che assieme al termine *categoriale* definisce il modello di welfare così chiamato.

Il documento emanato nel 1927, la *Carta del Lavoro*, rappresenta il risultato del primo tentativo di attuazione della politica di corporativismo in epoca fascista, ed è

composto da trenta dichiarazioni disciplinanti i rapporti tra datori di lavoro e lavoratori.

Si tratta della più grande forma di tutela categoriale utilizzata dal fascismo per ottenere il controllo amministrativo, e trova importante espressione nella definizione delle *Casse Mutue*.

Esse sono enti assicurativi che garantiscono accesso alle cure: i lavoratori salariati iniziano ad associarsi e a mettere in comune risorse per assicurarsi dai rischi quali malattia, disoccupazione, infortunio, vecchiaia, generando così un esteso e capillare tessuto di società mutualistiche (Vicarelli, 2010).

Nel frattempo, nel sempre più mutato scenario della comunità e della società italiana, alle ingenti migrazioni verso la città segue un miglioramento dello stile di vita dei ceti medi e professionali, contrapposto ad un peggioramento delle condizioni della classe operaia a causa dell'aumento delle patologie legate al lavoro nelle fabbriche.

Nel 1929 viene emanata la prima Legge di assicurazione contro le malattie professionali, preceduta nel 1927 dalla assicurazione obbligatoria relativa alla tubercolosi e alla disciplina riguardante i consorzi antitubercolari, divenuti così inderogabili in ogni capoluogo di provincia.

Oltre agli interventi per la lotta contro la tubercolosi, il fascismo si impegna nella battaglia contro la malaria. Le grandi opere di bonifica attuate fin dal 1923 vengono affiancate dalla distribuzione del *chinino* da parte dei Comuni e dalla impresa

sanatoria di delarvizzazione dell'acqua stagnante (Acquarone, 1995).

Per quanto riguarda le politiche sanitarie nell'assetto territoriale, il fascismo si impegna ad introdurre e promuovere la figura del medico fascista: tra il 1920 e il 1928 si registrano corrispondenze di poteri tra rappresentanti degli ordini dei medici e dirigenti del sindacato fascista in quasi tutte le province italiane, fino a che nel 1926 la Legge n. 563 concede la personalità giuridica ai sindacati stabilendone la subordinazione allo Stato.

Il medico della mutua diviene perciò uno strumento nelle mani del fascismo, che ha poteri gestionali e di controllo nei vari territori e che promuove l'ideologia dell'Eugenetica (promossa da Francis Galton, 1883) e della perfetta forma fisica predicata allo stesso modo negli Istituti e nelle scuole (Vicarelli, 2010).

Ad affiancare la figura del medico della muta rimane quella del medico condotto.

Questa figura in epoca fascista rappresenta per lo più l'esistenza di una classe di dottori che scelgono di operare gratuitamente per i poveri e con tariffe onerose per i ricchi, mantenendo inoltre la carica di ufficiali sanitari nei piccoli comuni.

La grande varietà dell'epoca tra le differenti figure mediche viene ulteriormente accentuata dalla esistenza di una terza categoria, quella dei medici ospedalieri.

L'ospedale, dopo il concordato del 1929 (patti Lateranensi), torna di fatto ad essere regolamentato dalle associazioni cattoliche, e quindi torna ad essere denominato IPAB (Istituto Pubblico di Assistenza e Beneficenza).

Ma i nuovi istituti nascenti, soprattutto nel Settentrione, vengono amministrati da

diverse realtà giuridiche quali lo Stato, il Comune, la Provincia, la Santa Sede, enti privati o altre associazioni nazionali. È in questi nuovi istituti, che presentano disparità amministrativa e confusione governativa, che la nuova classe medica riesce a sfruttare a proprio favore la presenza di ricoverati non convenzionali, e far riconoscere loro un pagamento extra, intendendo la prestazione come lavoro non ordinario. Ne risulta che tra le varie categorie mediche esistenti in epoca fascista quella dei medici ospedalieri diviene la più retribuita e di conseguenza la più criticata dal relativo Ordine e dalla federazione nazionale fascista degli istituti privati di cura.

La situazione rimarrà tale fino al 1938, anno in cui il regime fascista promulgherà la unica Legge relativa al sistema ospedaliero (Legge 1631) determinando finalmente i criteri di identificazione dell'ente ospedaliero e gli estremi per il suo funzionamento interno.

1.3 Gli anni della Repubblica

La configurazione del *welfare categoriale* rimarrà tale dagli anni del dopoguerra fino all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978, ma si può distinguere un periodo della prima Repubblica, dal 1945 ai primi anni 70, e un periodo della seconda Repubblica, che comprende anche il passaggio a configurazione di *welfare universalistico ed istituzionale* fino ai giorni nostri (Vicarelli, 2010).

L'Italia esce dalla guerra completamente lacerata e rappresentata da partiti

ricostruenti differenti quali la Democrazia Cristiana, il Partito Socialista e il Partito Comunista.

L'economia è in ginocchio in tutta la nazione ma, nonostante permangano le grandi differenze tra città e campagna, si saprà risollevarsi tra il 1958 e il 1963 nei cosiddetti “anni del miracolo economico”. Sono questi anni in cui soprattutto l'industria trova sviluppo, e genera il fenomeno della diffusione dei beni di consumo quali automobili, televisioni, radio ed elettrodomestici. La ricostruzione economica avviene anche grazie agli aiuti dell'ONU e al piano Marshall (ideato ad Harvard, 1947), un piano di aiuti economici e finanziari messi in atto dagli Stati Uniti per sostenere la ripresa europea.

Le indicazioni americane orientano l'Italia anche dal punto di vista sociosanitario, proponendo per la nazione un sistema sanitario mutualistico e privato.

A tal proposito, dopo una serie di trattative a riguardo, De Gasperi e Togliatti (rispettivamente rappresentanti di Democrazia Cristiana e del Partito Comunista) decidono per il momento di non distaccarsi dal modello mutualistico fascista, dando vita ad un compromesso che prevede la possibilità, in un futuro economicamente e politicamente più stabile, di attivare un sistema pubblico ed universale. A rafforzare l'idea di un sistema sanitario universale, nella Costituzione della Repubblica italiana entrata in vigore il primo gennaio 1948, spicca l'articolo 32 (redatto da Aldo Moro), che recita:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse

della collettività, e garantisce cure gratuite agli ingenti [...]”.

Il percorso verso il sistema sanitario pubblico è stato quindi avviato.

La popolazione dimostra in quegli anni un elevato bisogno di salute. Dopo la guerra, si è ritrovata a combattere contro la tubercolosi e la malaria, ma soprattutto contro ingenti epidemie di Tifo (a Napoli specialmente, nel 1947), per le quali vi sono testimonianze di tentativi di contenimento mediante cospicuo spargimento di DDT sulla popolazione (Russel, 1999).

La pesante eredità della Seconda guerra mondiale aveva quindi provato tutta la popolazione, non si era fermata ai feriti in trincea o alle problematiche relative alla riabilitazione psicologica dei reduci.

Fortunatamente, se da un lato la popolazione è stata vittima di nuovi problemi di salute ed è stata fonte di sperimentazione per nuovi tentativi di risoluzione delle epidemie, dall'altro ha potuto contare su un notevole sviluppo delle tecnologie e delle conoscenze scientifiche in tutto il mondo e da un timido ma graduale passaggio da una medicina di tipo preventivo ad una di tipo curativo.

Si pensi, solo per citare alcune grandi invenzioni, alla scoperta della penicillina e quindi dell'antibiotico (1928-1945), a quella del modello a doppia elica del DNA (1953) e del vaccino contro la poliomielite (1955), ed infine all'introduzione della Ciclosporina (1978) che permise di effettuare trapianti senza rigetto.

In questo scenario di grandi bisogni e di nuove risposte il sistema mutualistico ha iniziato a risultare riduttivo, poiché escludeva gran parte della popolazione e di

conseguenza non permetteva ai nuovi medici formati nel dopoguerra di aumentare il proprio guadagno: risultava per quest'ultimi più proficuo lavorare negli ospedali, dove i nuovi macchinari permettevano reperti diagnostici più oggettivi e dove si poteva affiancare alla professione ospedaliera quella privata.

Inoltre non risultava chiaro a chi fosse affidata e in che modo venisse regolata la gestione del lavoro dei medici mutualisti dopo la caduta del fascismo, perciò nell'immediato dopoguerra vengono ricostituite tutte le associazioni sindacali dei medici, tra cui la FIMM (Federazione Italiana dei Medici Mutualisti) che perdurerà sino all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale con questo acronimo per poi trasformarsi in FIMMG (Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale).

Segue poi nel 1946 la nascita della CIMO (Confederazione Italiana dei medici ospedalieri) e quella della ANAAO nel 1959 (Associazione Nazionale Aiuti e Assistenti ospedalieri).

I numerosi sindacati sorti nel dopoguerra si sono impegnati sia nello scenario intraospedaliero che in quello extraospedaliero e privato in una lotta per il riconoscimento della loro professionalità, dei loro diritti e doveri in chiave deontologica, e nel tentativo di poter finalmente inquadrare la figura del medico della mutua come categoria compensata a quota capitaria (ovvero con compenso fisso per ogni mutuato iscritto all'elenco), quando fino ad allora veniva retribuito a cottimo (ovvero a prestazione).

All'interno delle strutture ospedaliere, ad affiancare la figura sempre più rilevante

del medico specialista, non più rare diventano le presenze femminili, che a partire dal dopoguerra iniziano ad occupare sempre più il posto di quei medici che hanno preferito la libera professione.

Esse sono spinte dalle possibilità economiche familiari e da sentimenti di impegno umanitario, ma sarà poi solo la ventata neo-femminista degli anni '70 a permettere alle donne di affiancarsi indistintamente agli uomini in qualsivoglia categoria medica professionale (Vicarelli, 2010).

1.4 Dall' istituzione del SSN ai giorni nostri

A partire dagli anni '70 si può iniziare già a parlare di Seconda Repubblica.

Il passaggio dalla Prima alla Seconda Repubblica avviene a causa di un insieme di fattori economici e sociali che portano ad uno scenario fortemente mutato rispetto al primo periodo post-bellico.

La crisi petrolifera ha generato inevitabilmente una seconda crisi di tipo economico, accompagnata dallo scaturire di un lungo e tuttora attuale periodo di guerra nelle terre arabo-israeliane.

In Italia una fase di grande trasformazione demografica ha portato a favorire il Partito Comunista a discapito della Democrazia Cristiana (Ferrera, 1996).

Questa svolta politica è correlata a quegli episodi che nel corso degli anni '60 e '70 hanno sconvolto e rivoluzionato lo scenario sociale italiano: la presa di posizione del movimento femminista, la nascita e lo sviluppo di numerosi movimenti operai

e del relativo statuto dei lavoratori (Legge 300/1970), la presenza sempre più prorompente dei giovani nello scenario collettivo. I movimenti fomentati da medici igienisti ed epidemiologici dapprima e in secondo luogo da ulteriori categorie di specialisti ospedalieri, seguiti dal corpo operaio e femminista a fine anni '60, richiedono più attenzione da parte dello Stato in merito alla redistribuzione delle cure e al far valere l'articolo 32 della costituzione.

Solo nel 1968 viene finalmente varata la cosiddetta Legge Mariotti riguardante la riforma ospedaliera, che sostanzialmente permette la resa al sistema pubblico e la regionalizzazione degli enti ospedalieri.

Con questo atto sia la CISL (Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori) che il Partito Comunista sperano di trarre vantaggio dal rinnovamento ospedaliero e specialmente dalla collocazione del proprio personale amministrativo nei vari territori. Le mutue a loro volta credono nella possibilità di vedere ripagato il proprio debito dai nosocomi, e i numerosi medici precari sperano di poter finalmente ottenere una buona posizione occupazionale (Vicarelli, 2010).

Con questa nuova riforma ogni cittadino può teoricamente richiedere diritto al ricovero in una struttura con una propria autonomia amministrativa e collegata organicamente al proprio territorio: questo significa che inevitabilmente deve esistere una sorta di programmazione regionale e nazionale che per il momento trova rappresentanza nel Ministero della sanità.

Paradossalmente proprio per questo motivo la riforma si rivela un fallimento e

delude poi tutte le aspettative: dato che il reale decentramento dei compiti e delle funzioni sanitarie alle regioni avviene solo nel 1972, le regioni stesse a quell'epoca non furono pronte al cambiamento.

Risulta ormai sempre più evidente che il sistema sanitario di quegli anni sta lentamente crollando, trascinato da un importante tracollo economico, causato non unicamente ma in larga parte dalla crisi della mutua, che in fondo continua a rappresentare null'altro che un istituto privato finanziato da fondi pubblici (Ferrera, 2006). Per questo motivo lo Stato decide con il Decreto-legge n.386 del 1974 intitolato "Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri" di accollarsi tutti i debiti delle mutue decretandone di fatto la fine. Lo scenario sociale e politico che fa da terreno preparatorio alla riforma sanitaria del 1978 è segnato dalla morte di Aldo Moro e di quella di due papi, dal varo della Legge sull'aborto, dall'accentuarsi della crisi petrolifera. In parlamento le opposizioni sostengono il governo pur di uscire dalla crescente instabilità istituzionale e la riforma viene perciò approvata con mozione di fiducia.

Il Servizio Sanitario Nazionale diviene universale e pubblico nel 1978 con la Legge numero 833, e di conseguenza il sistema mutualistico viene soppresso.

Questo importante episodio costituisce una svolta per l'apparato sanitario italiano e quindi sancisce l'inizio di un nuovo periodo, che viene identificato in un modello di *welfare universalistico ed istituzionale*.

Alla fine degli anni Settanta e durante gli anni Ottanta l'emergenza economica è accentuata dalla crisi del petrolio causata dalla rivoluzione irachena: il debito pubblico supera il 100% del PIL e la pressione fiscale aumenta vertiginosamente (Vicarelli, 2010). La gestione delle imprese pubbliche è lasciata a se stessa, in un periodo in cui la pressione politica e sociale risulta tale da giustificare il mancato pareggio del bilancio da parte delle istituzioni. In questo periodo la grande industria conosce una importante crisi dovuta alla ingente innovazione tecnologica e quindi alla diversificazione dell'area di business, alla quale non ha saputo rispondere con un efficiente decentramento delle sedi. La piccola impresa invece, che riesce a reinvestire in maniera più efficace, vive un periodo di sviluppo e rilancio, trovando risorse nella estesa economia sommersa.

In contrapposizione a questo scenario economico devastato dall'incremento del debito pubblico, negli anni '80 la società italiana riscopre un periodo di benessere diffuso, dovuto alla esplosione dei consumi e ad un rinnovato spirito alimentato dal sollievo della fine dagli anni del terrorismo. Nasce Internet, la scena musicale e sociale viene rivoluzionata, si riscopre la bellezza di un vivere borghese al di sopra dei propri mezzi (Vicarelli, 2010).

In ambito sanitario il medico della mutua viene sostituito dal medico di medicina generale. Quest'ultimo viene identificato come una nuova figura alla quale viene riconosciuto un dignitoso e legittimo sbocco occupazionale, ed è contraddistinto come una guida di fiducia per il paziente, poiché risulta capace di informare sulle

possibilità di scelta del percorso migliore all'interno delle molteplici istituzioni sanitarie.

Egli è inoltre un controllore della spesa pubblica dato che cerca di limitarne gli eccessi.

Il medico di medicina generale viene retribuito a compenso forfettario annuo calcolato per ciascun assistito, deve regolare egli stesso l'orario e l'organizzazione del lavoro indicando anche le disponibilità del medico di guardia (figura che lo sostituisce in giornate festive e prefestive o nei turni di notte), è suo onere tenersi costantemente aggiornato secondo le disposizioni del Ministero della Sanità e, secondo la sua volontà, può concordare forme di lavoro associato e di gruppo.

I primi anni Ottanta, quindi, segnano un punto di arrivo in un processo di “costruzione normativa della figura del medico di famiglia” (Vicarelli, 2010).

Nel frattempo, con la Legge 833/78, gli ospedali perdono la propria autonomia giuridica e funzionale per diventare presidi delle Unità Sanitarie Locali.

Con l'articolo 41 vengono resi presidio della regione gli ospedali religiosi mentre rimangono autonomi solo quelli di proprietà dei privati.

Le Unità Sanitarie Locali sono costituite da un'assemblea nominata dal comune di riferimento che svolge compiti di programmazione, indirizzo e controllo, e da un comitato di gestione per le scelte strategiche e di tutela della salute composto da responsabili amministrativi. A causa di un sottostante clientelismo non sono pochi i medici che divengono amministratori o assumono ruoli di responsabilità nelle

stesse unità sanitarie, né altrettanto pochi sono i funzionari senza competenze che occupano importanti posizioni di responsabilità (Della Porta, 1992).

Il nuovo Sistema sanitario si trova a dover affrontare, a pochi anni dalla sua istituzione, una politica di tagli e revisioni della spesa (1985), a cui seguono il blocco delle assunzioni e la limitazione di alcune prestazioni. Con l'introduzione del sistema del *ticket* nel 1982 lo Stato impone una prima forma di compartecipazione della spesa ai richiedenti accesso alle prestazioni sanitarie.

Data la costante situazione di instabilità economica lo Stato si trova a dover ripianare il debito del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) ogni anno, e a dover impiegare per il suo funzionamento sempre più risorse.

Nel corso degli anni Ottanta si assiste al crescere di un generale malcontento riguardo l'erogazione delle prestazioni sanitarie, insoddisfazione alla quale la popolazione cerca rimedio nella prevenzione della salute, attuando comportamenti che pongono attenzione all'alimentazione, allo sport, al benessere del corpo e della mente (Zincone, 1984).

Il concetto di salute subisce, quindi, una sorta di sdoppiamento nel proprio significato: da un lato i ceti medi lo intendono come assenza di malattia, e ciò li porta ad usufruire dei servizi pubblici solo in reali situazioni di bisogno e di necessità; dall'altro i ceti più abbienti intendono la salute come prodotto ed iniziano ad attuare comportamenti di critica alla società, mirando all'ottenimento di una migliore qualità dei servizi offerti (Zincone, 1984).

Risulta ormai chiaro a tutta la popolazione e allo Stato stesso che, alla fine degli anni '80, il SSN non può più essere considerato efficace, efficiente ed economicamente stabile (Ferrara, 2006).

Le prime proposte di riforma dell'assetto delle Unità Sanitarie avvengono nel 1982 e poi a seguire nel 1985 (con la proposta del doppio binario pubblico/privato), ma solo nel 1992 con il decreto legislativo 502 (decreto Amato) si può parlare di un reale riordino della sanità italiana.

In questo modo le USL (Unità Sanitarie Locali) diventano ASL (Aziende Sanitarie Locali), ovvero assumono autonomia nella gestione ed entrano a far parte della sfera di controllo della regione: diventano perciò dimensioni governate dalla regione la quale ne nomina la dirigenza e in particolare la figura del direttore generale.

Con il decreto 502/92 si auspica che le aziende sanitarie entrino in una sorta di competizione, mentre lo Stato lascia la possibilità di scelta al cittadino di rivolgersi o meno al sistema pubblico: questa tipologia di mercato, ispirato al modello inglese, viene chiamato “concorrenza regolamentata o quasi mercato” (Marinò, 2014).

Agli inizi degli anni '90 però, ad aggravare la già precaria situazione politica ed economica è lo scoppio del caso Tangentopoli, che rivela agli occhi di tutta la popolazione la stagnante corruzione politica dei partiti e che coinvolge anche l'ambito della sanità.

Il sistema politico, e di conseguenza il SSN, entra in crisi perché perde i propri rappresentanti ed anche il governo Amato decade e viene sostituito da un governo

tecnico e provvisorio guidato da Ciampi.

Quest'ultimo rivede immediatamente il d. lgs 502/92 e nell'ottobre del '93 emana il decreto numero 517: il cambio sostanziale risiede nel fatto che con questa svolta legislativa il cittadino non si può più trovare in situazione di scegliere tra il SSN e il sistema privato se non attraverso assicurazioni private, e perciò in via integrativa e non sostitutiva (Marinò, 2014).

Gli anni che seguono al decreto emanato dal governo Ciampi sono ricchi di cambiamenti.

Le regioni procedono alla aziendalizzazione delle Usl introducendo direttori generali provenienti sia dalla sfera pubblica che dalla sfera privata. Soprattutto al Centro/Nord si assiste ad un generale indirizzamento al managerialismo privato che porta ad una aumentata differenziazione dell'assetto istituzionale delle Asl all'interno del territorio nazionale, valorizzando alcuni comuni e condannandone inevitabilmente altri. Inoltre, in tutta Italia, la competizione tra le Asl fa aumentare i costi relativi alla spesa sanitaria piuttosto che ridurli, generando un evidente bilancio negativo nelle casse dello Stato. Questo avviene perché, in assenza di comunicazione e di relativa cooperazione tra le aziende, accade spesso che due Asl limitrofe offrano gli stessi servizi.

Nel 1999 l'allora Ministro della sanità, Rosy Bindi, emana il decreto numero 229 con il quale si invitano le aziende alla cooperazione piuttosto che alla competizione, invitando a creare un sistema a rete che possa essere in grado di soddisfare i bisogni

dei cittadini in chiave unitaria e sotto il controllo di una univoca fonte amministrativa e governativa. Il decreto 229/99 ridefinisce i principi di tutela al diritto della salute e sostituisce il collegio dei revisori con il collegio sindacale. Il collegio sindacale è nominato da enti interessati al corretto andamento economico e funzionale, come il ministero, la regione ed il sindaco: esso, con una frequenza minima di tre mesi, si occupa di riferire a chi di competenza l'andamento della gestione dell'azienda e di denunciare prontamente situazioni che vadano contro la corretta gestione finanziaria. Viene definita inoltre la programmazione sanitaria attraverso il Piano Sanitario Nazionale (PSN) di durata triennale: le regioni elaborano proposte per la predisposizione del PSN tenendo in considerazione le proprie risorse e necessità, e adottano inoltre il Piano Sanitario Regionale, che rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute ed il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale (Art 3 e 4). Infine, viene evidenziata dal decreto la necessità di erogare servizi sanitari considerandone l'*appropriatezza*, ovvero l'efficacia dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili (Art 7).

Nel 2000 con il decreto legislativo numero 56 che titola "Disposizioni in Materia di Federalismo Fiscale" viene attuata la riforma del finanziamento del SSN.

Il D.lgs. 56/2000 prevede l'abolizione del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) lasciando alle regioni la libertà di allocazione delle risorse e l'onere di occuparsi del finanziamento diretto della sanità e di ripianare i propri disavanzi. Gli obiettivi

primari voluti dal D.lgs. 56/2000 possono essere riassunti in tre considerazioni (Bordignon, Giarda, 2004):

-la costruzione di un tale modello di finanziamento si propone di limitare i rischi di sfondamento del bilancio da parte del sistema regionale;

-vi è un tentativo di rimozione dei vincoli di destinazione sull'utilizzo delle risorse assegnate dallo Stato alle regioni;

-la distribuzione delle risorse tra le regioni viene indirizzata verso un modello basato su criteri più razionali.

Le riforme legislative sopra citate dimostrano che lo Stato nel decennio 1990-2000 ha deciso di porre interesse al ruolo assunto dalle regioni per poter impostare un ben preciso modello di rapporti tra il governo centrale e le regioni. Il governo centrale programma la politica sanitaria con il Piano Sanitario Nazionale, fissa gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione, fissa le linee di indirizzo del SSN e infine stabilisce i LEA, ovvero i Livelli Essenziali di Assistenza, introdotti con il D. lgs 502/92 e definiti con il Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 (Giarda, 2004).

Risulta ormai chiara ai partiti di centrodestra, allora al potere, la necessità di una riforma Costituzionale che legittimi in maniera definitiva gli interventi di ciascuna regione. Per questo motivo nel 2001 con la Legge costituzionale numero 3 si procede alla riforma del titolo V della Costituzione, introducendo il testo all'art 117 che classifica le materie di intervento pubblico in tre nuove classi di competenze: a

legislazione esclusiva dello Stato, a legislazione concorrente (le regioni possono legiferare all'interno di un quadro di riferimento stabilito dal livello di governo centrale) e a legislazione esclusiva delle regioni.

Con questa riforma il nuovo organo di comando della sanità diviene la regione stessa, che affida la responsabilità delle aziende sanitarie agli assessorati alla sanità (Pellegrino, 2005). Il ministero, quindi, lascia alla Conferenza Stato-regioni i compiti di funzione regolativa, decisionale strategica ed operativa del settore. Purtroppo, la regolamentazione dei bilanci regionali non segue nessun criterio di valutazione e di appropriatezza riguardo all'equità nell'erogazione dei servizi sanitari locali, e questo fatto genera nuovi meccanismi regolatori simili ad un libero mercato (Giarda, 2004).

Mentre da un lato i neonati sistemi regionali cercano di orientare le proprie politiche verso una razionalizzazione e moralizzazione del settore, cercando di risollevarsi dagli scandali di Tangentopoli e dalla pesante eredità fallimentare riscontrata nella erogazione delle politiche sanitarie che aveva caratterizzato il decennio precedente, dall'altro lato i partiti politici di centrosinistra al governo in quel periodo (2006-2008) cercano nuovamente di ottenere la possibilità di governare direttamente la sanità italiana (Vicarelli, 2010).

Quando nel 2008 prende potere nuovamente un governo di centrodestra, si assiste ad una pesante riduzione dell'entità del finanziamento statale alle regioni e questi tagli portano inevitabilmente ad un accentuato disavanzo sanitario riscontrato

specialmente nel Sud Italia.

L'anno 2008 è ricordato per essere stato caratterizzato da una pesante crisi finanziaria che ha distrutto un'enorme quantità di ricchezza colpendo i risparmi di centinaia di milioni di persone e mettendo in pericolo i sistemi pensionistici privati ed altre forme di risparmio gestito. Al crollo dei valori mobiliari segue la riduzione del rendimento familiare e la mancanza di liquidità, e tutti questi eventi portano nel 2009 ad una accentuata crisi economica diffusa in tutta Europa e non solo in Italia (Fattore, 2009). In questi anni il SSN conosce una nuova crisi che si protrae per lunghi anni in un continuo susseguirsi di tagli alla sanità ed introduzione di nuovi sistemi di compartecipazione della spesa da parte dei cittadini. Per cercare di razionalizzare ulteriormente le spese e l'erogazione delle prestazioni sanitarie, viene sancita l'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome nel *Patto sulla salute*. Si tratta di un accordo finanziario e programmatico di valenza triennale in merito alla spesa e alla programmazione del SSN finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e garantire l'unitarietà del sistema (Ministero della Salute, 2019). Tra i vari interventi del governo riguardanti il SSN nel decennio 2010-2020, è importante ricordare il Decreto-Legge n 158 del 2012, noto come Decreto Balduzzi (Ministro della Salute nel Governo Monti). Tale decreto si occupa di riorganizzare i servizi sanitari in Italia e di regolamentare l'attività medica e scientifica, ponendo particolare attenzione all'aspetto qualitativo ed integrativo dell'assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale e dei relativi servizi

sociali erogati nelle province e nelle regioni.

Particolare attenzione si pone alla ridefinizione dei seguenti concetti, già sviluppati nel precedente ventennio ma solo ora revisionati:

- lavoro in intramoenia: possibilità per i medici delle aziende sanitarie di operare in privato utilizzando gli spazi dell'azienda stessa;
- medicina preventiva: si riferisce al fenomeno, sempre più rilevante, delle prescrizioni effettuate dal medico al solo scopo di evitare responsabilità civili. Tale fenomeno porta a gravi conseguenze sulla salute dei cittadini e sull'aumento delle liste di attesa e dei costi a carico delle aziende sanitarie. Il nuovo decreto attua delle disposizioni volte a limitare il fenomeno;
- trasparenza sulla scelta dei Direttori generali e dei primari per evitare favoritismi;
- aggiornamento dei LEA con introduzione di nuove patologie emergenti e rare per andare incontro anche alle minoranze.

Nonostante gli sforzi del governo e delle regioni per il contenimento della spesa sanitaria, si può ritenere che quest'ultima sia rimasta più o meno costante dal 2013 fino almeno al 2019, prima dell'avvento della pandemia da Covid-19 (EURO WHO, 2020). Questo equilibrio si genera grazie ad un ingente piano di rientro finanziario attuato in alcune regioni, nelle quali sono state eliminate prestazioni ritenute inadeguate e introducendo pratiche di costo standard che hanno potuto correggere i

disavanzi senza creare un peggioramento delle condizioni di erogazione dei servizi (Bordignon, Coretti, Turati 2019), accompagnato da un rallentamento generale della crescita del Prodotto Interno Lordo che ha costretto il legislatore a ridurre costantemente i finanziamenti al SSN.

Si è però assistito ad un cambio della composizione della spesa sanitaria (Bordignon, Coretti, Turati 2019). Il congelamento degli stipendi e delle assunzioni nella pubblica amministrazione ha portato ad una diminuzione delle spese relative ai redditi e le pensioni spettanti ai lavoratori dipendenti. In parallelo l'aumentato utilizzo di farmaci innovativi e convenzionati con il SSN ha portato ad una rimodulazione in crescendo della spesa utilizzata per l'acquisto di prodotti farmaceutici (CPI su dati MEF, 2014).

Ad oggi, secondo una ricerca effettuata nel 2019 dalla Fondazione GIMBE (ente che si occupa di stilare rapporti riguardanti il SSN basandosi sulle migliori evidenze scientifiche), il SSN nel decennio 2010-2020 ha conosciuto una detrazione di circa 37 miliardi di euro dovuti a tagli e definanziamenti. I nuovi LEA proposti nel 2001 e con la riforma del 2012 non sono mai stati attuati in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale e gli sprechi e le inefficienze continuano ad erodere le risorse. Le disuguaglianze riscontrate all'interno del territorio nazionale sono dovute a diverse modalità e tipologie di rapporti tra il Governo centrale e Regioni, e tra le Regioni stesse e le Aziende Sanitarie.

Nel 2017 la speranza di vita alla nascita in Italia ha raggiunto gli 83,1 anni, ponendo

il paese al secondo posto dell'Unione europea dopo la Spagna (State of Health in the EU, 2019). In proporzione ai restanti settori economici, nel 2017 la spesa sanitaria era pari all'8,9 % del PIL, quasi un punto percentuale in meno rispetto alla media dell'UE del 9,6 % (OECD Health Statistics, 2018). La spesa sanitaria è finanziata per circa tre quarti con fondi pubblici, mentre la parte restante è principalmente a carico dei pazienti (Eur PPA, 2019). Le principali cause di morte in Italia nel 2017 (Eurostat) vengono identificate in cardiopatie ischemiche, ictus e tumore ai polmoni. Secondo le ricerche Eurostat della European Quality of Life Survey (EQLS, 2016), la qualità percepita per i servizi offerti dal medico di famiglia e dalle ASL da parte dei cittadini italiani è pari a un punteggio di 7 su 10 (dove 0 è pessima qualità percepita e 10 ottima). Con la crisi generata dal Covid-19 lo scenario muta in maniera consistente. Il governo Conte Bis (5 settembre 2019) presenta un programma relativo alla sanità, il welfare e la ricerca improntato sui seguenti punti salienti:

- Incremento di dotazione delle risorse per famiglie in difficoltà e per i disabili.
- Realizzazione di un piano strategico di prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali.
- Sperimentazione di nuove forme di finanziamento e incentivazione di formule innovative di partenariato pubblico-privato.
- Definizione in maniera chiara ed univoca dei LEA a livello nazionale per

poter permettere una equa distribuzione dei servizi nel territorio, indipendentemente dalle risorse proprie delle regioni.

- Previsione di un piano di assunzioni straordinarie di medici e infermieri e potenziamento dei loro percorsi formativi adeguandoli alle attuali emergenze. Diviene inoltre necessario integrare i servizi sanitari e sociosanitari territoriali.
- Mirare in maniera efficiente ad alimentare il progetto di innovazione e digitalizzazione della pubblica amministrazione.

A conclusione di questo excursus storico riguardante l'evoluzione dello scenario politico, sociale e specialmente sanitario dell'Italia dall'Unità fino ai giorni nostri, mi sembra opportuno citare le parole del Ministro della Sanità Roberto Speranza (5 settembre 2019) che, a mio parere, sintetizzano in maniera esaustiva l'intenzionalità dell'esistenza del SSN italiano e la sua propria ragione d'essere:

“Le risorse messe nella sanità sono un investimento sulla vita delle persone, non possono essere banalmente considerate spesa pubblica. La qualità della sanità indica il livello di civiltà di una nazione. Dobbiamo garantire il diritto alla salute, indipendentemente dalla Regione in cui si vive e dalle condizioni economiche. Difenderò con tutte le energie l’universalità del sistema sanitario”.

CAPITOLO 2

Storia delle politiche sanitarie in Spagna

2.1 La sanità liberale nel XIX secolo

I primi anni dell'Ottocento sono segnati dalla guerra di indipendenza spagnola, che vede come protagonisti oltre la Spagna anche il Portogallo, il Regno Unito e il primo Impero francese. La guerra si conclude nel 1814 con la ritirata delle truppe francesi e lascia la situazione politica e sociale spagnola in un complicato ed incerto scenario. Per questo motivo nel XIX secolo la Spagna conosce ogni tipologia di regime (Cardona, 2005). Durante un arco di tempo compreso tra gli anni dell'assolutismo di Fernando VII (1823-1833: *Década Ominosa*) e la nascita del partito Repubblicano federale (1868), si riscontrano continui ed assidui assetti di battaglia: minacce di golpe militare, numerose guerre di indipendenza proclamate nelle colonie dell'America Latina, guerre carliste che rivendicano la monarchia tradizionale e il diritto ecclesiastico, ed infine combattimenti che riguardano la *Rebelión cantonal* (1873-1874) che vuole instaurare la Repubblica federale in Spagna. Mentre si rinforza l'ideologia liberale e si assiste all'instaurarsi del mercato capitalista, l'organizzazione sanitaria trova spazio nel terreno municipale, dove riesce ad espandersi con l'obbiettivo primario di assistere la popolazione povera, rappresentata in larga parte dai lavoratori provenienti dalle fabbriche. I numerosi interventi di tipo sanitario in quel periodo sono legati agli interessi della borghesia

dominante, che non potendo contare su una popolazione in condizioni sanitarie precarie, preferisce assicurarsi che la salute della classe più povera sia almeno accettabile (Castejón Bolea, 1997). Il sistema di giunte sanitarie viene introdotto con la *Ley General de Beneficiencia* nel 1845. Nel 1855 la *Ley de Sanidad* si occupa di regolamentare la diffusione dei primi sistemi sanitari nelle comunità: il medico del popolo interviene come inviato dalle istituzioni di beneficenza, per le quali opera con prestazioni ordinarie verso la popolazione più povera. Egli, inoltre, si occupa anche delle richieste private della classe più ricca, attraverso prestazioni straordinarie che presentano un tariffario indipendente.

Il panorama politico spagnolo conosce una svolta decisiva nel 1874 quando la *Restauración*, periodo che intercorre tra la fine della prima e l'inizio della seconda Repubblica (dal 1874 al 1931), sancisce l'inizio della alleanza tra liberali e conservatori. A fine secolo quindi, al passo con lo scenario europeo, anche la Spagna si impegna nell'interventismo sociale da parte dello Stato, con una prima manifestazione riscontrata nella fondazione della *Comisión de la Reforma Sociales* nel 1883. Nel 1900 viene emanato il primo *Seguro Social* rappresentato nella *Ley de accidentes de trabajo*, e nel 1908 il primo *Istituto nacional de previdencia social*, nel quale si associano le Casse (enti assicurativi composti da lavoratori salariati) che intendono assicurarsi (Instituto de Seguridad social, 2020).

La dottrina dell'igiene pubblica conosce una fase di vera e propria espansione, grazie alle numerose campagne promulgate contro la diffusione delle malattie

(soprattutto improntate al contenimento dell'epidemia di colera) e lo sviluppo della scienza sperimentale e della microbiologia. A partire dal 1875 la regolamentazione della prostituzione, che prevede visite periodiche alle prostitute ed il controllo delle malattie sessualmente trasmissibili, fa in modo che nasca e venga riconosciuta in maniera decisiva la figura del medico igienista (Castejón Bolea, 1997). Nel 1889 il governo spagnolo viene sollecitato dalla *Sociedad Española de Higiene* a predisporre un piano per la organizzazione dei servizi municipali di disinfezione, che avevano iniziato a diffondersi già nel 1885 per cercare di prevenire l'ondata di colera. Nel frattempo, la perdita del possesso delle colonie americane e filippine, avvenuto nel 1898, apre un nuovo scenario politico e sociale che permette il passaggio verso una nuova epoca.

2.2 Nascita e consolidamento della sanità pubblica in Spagna

Nella prima metà del XX secolo la microbiologia e la *Medicina Social* (quella che nel secolo precedente è nata con il nome di Igiene sociale) conoscono un prospero periodo di sviluppo e di diffusione. È invece l'epidemiologia ad influenzare per larga parte le scoperte mediche avvenute nella seconda metà del secolo, grazie alle basi statistiche da questa scienza utilizzate, rivelatesi utili nel campo della ricerca scientifica e che vengono applicate nell'ambito organizzativo relativo all'amministrazione sanitaria. Il XX secolo è caratterizzato altresì dall'importante fenomeno di transizione demografica, dovuto alla diminuzione della mortalità in

termini assoluti e all'aumento della speranza di vita media, cui segue una diminuzione del tasso di natalità e l'invecchiamento della popolazione.

Negli ultimi anni del XIX secolo e i primi del XX si sviluppa la corrente ideologica del *Regeneracionismo*, che mira alla modernizzazione dello Stato spagnolo, considerato dai rigenerazionisti “arretrato” rispetto al resto d'Europa (Santos, 1999). Il programma di modernizzazione consiste nel cercare di imitare le forme istituzionali e le soluzioni sanitarie adottate nei cosiddetti paesi “civilizzati” quali erano gli Stati occidentali europei: nel paese spagnolo le mancanze più rivelanti risultavano essere quelle relative al sistema di fognature e di distribuzione dell'acqua nei centri urbani, seguite dalla presenza di malattie infettive diffuse nelle campagne (Galiana, Bernabeu-Mestre, 2006). Mentre nel resto d'Europa inizia ad attivarsi una ingente campagna preventiva e di vaccinazione contro le malattie infettive, in Spagna si lamenta un ritardo dovuto alla disorganizzazione dell'amministrazione sanitaria, ritardo che porta ad un elevato tasso di mortalità soprattutto a causa del Vaiolo (Bernabeu, 2006). A peggiorare la situazione è lo scoppio della pandemia di influenza, la cosiddetta “spagnola” (1918-1919) che, a causa dell'elevato contingente di migranti transoceanici dovuti alle rotte di commercio europee conosce una diffusione in tre ondate nei territori spagnoli, europei, sudamericani e dell'Africa equatoriale (Echeverri, 1993).

Questo lungo periodo di instabilità sociale e sanitaria, caratterizzato da una scia di continua agitazione e preoccupazione riguardo alla salute e alle malattie infettive di

diverso tipo ed in diversi periodi temporali, porta a coniare il termine “malattie sociali” (Ocaña, 1998). Con questo concetto si intende analizzare la malattia come una condizione sociale non solo di interesse medico, e mirare ad indicare oltre all'aspetto puramente scientifico una correlazione tra gli ordini economici, politici e morali vigenti. La medicina d'igiene, quindi, attua una tipologia di intervento nel territorio destinato a diffondere all'interno della popolazione le informazioni e gli strumenti utili alla prevenzione ed al rispetto delle condizioni igieniche. L'obiettivo primario di tale intervento risulta essere quello di debellare le “malattie sociali” cercando di diminuire le differenze sociali e le diseguaglianze riscontrate negli stili di vita della popolazione. Gli igienisti trovano un forte appoggio da parte degli organismi statali e del capitalismo fiorente poiché risulta essere di loro interesse l'esistenza di un generale stato di benessere nella popolazione lavoratrice (Galiana, 2006). In Spagna, così come in Francia e in Gran Bretagna, l'intervento sanitario basato sul concetto della medicina sociale attuato dagli igienisti è caratterizzato dalla presenza di una economia mista, in cui le prestazioni sono in parte erogate da organizzazioni private benefiche e in parte dai servizi pubblici. Lo sviluppo del settore privato così come di quello pubblico avviene, in molte occasioni, in maniera separata seppur tangente: a volte risulta unificato in organizzazioni nazionali sorte sotto il controllo dell'amministrazione sanitaria statale (Galiana, 2006). Vengono quindi creati nuovi spazi dedicati alla sanità nelle comunità territoriali, quali ad esempio i consultori, i dispensari o i centri di igiene, sempre più presenti all'interno

delle città e nei quartieri più a rischio.

La prima vera e propria istituzione sanitaria, conosciuta con il nome di *Instituto Nacional de Higiene Alfonso III*, nasce nel 1914 a Madrid con l'intento di formare un complesso unico dedicato all'insegnamento della dottrina sanitaria e rappresentare contemporaneamente un luogo di degenza per il trattamento delle malattie infettive. Qui inoltre trova sviluppo l'*Inspección General de Instituciones Sanitarias*, che entra in crisi già nel 1918 a causa della epidemia di influenza e di un periodo di crisi sociopolitico molto rilevante, chiamato "*Trienio Bolchevique*". Tale periodo è caratterizzato dalla presenza di importanti sommosse operaie, avvenute soprattutto nel Sud della Spagna, e dovute all'aggravamento della precarietà dei diritti e della salute dei lavoratori tanto nelle campagne quanto nelle fabbriche. Nel 1919 il governo finalmente risponde allo scontento sociale attraverso l'emanazione di alcuni provvedimenti quali l'introduzione del primo sistema pubblico di pensionamento (emanato attraverso il cosiddetto *Retiro Obrero*) e la introduzione nel mondo operaio della giornata lavorativa di otto ore, unita al perfezionamento della Legge sul riposo domenicale (già in vigore dal 1907). In risposta alla crisi, inoltre, viene creata nel 1922 la Direzione Generale di Sanità, un istituto con compiti direttivi relativi alle questioni sulle assicurazioni sociosanitarie (Huertas, 1995). Il governo spagnolo, inoltre, per cercare di stare al passo con le altre realtà europee durante gli anni dell'immediato dopoguerra, stipula nel 1926 accordi con la principale istituzione sanitaria allora vigente, la Fondazione Rockefeller. Tale

istituzione si impegna a stimolare i governi e le autorità sanitarie a creare strutture efficienti e li spinge alla adozione di interventi sanitari conformi agli standard vigenti. La fondazione americana, in un resoconto stilato nello stesso anno, definisce la sanità spagnola come “*a total disaster*” (Ocaña, 1998).

Con l'ascesa al potere del dittatore Primo de Rivera nel 1926 si apre un nuovo periodo storico, durato poi tutta la Repubblica e fino ai primi anni del Franchismo (sino al 1936), che viene riconosciuto come fondamentale tappa di consolidamento della sanità pubblica in Spagna. Caratteristica principale di questo periodo è la suddivisione del modello gerarchico-territoriale sanitario in quattro livelli: centrale, provinciale, di contea e locale. Viene posta maggiore attenzione alla salute nelle campagne ed al lavoro sociale, vengono create infrastrutture di docenza specializzata, come la fondazione della *Escuela Nacional de Sanidad* (1924) e la fondazione della *Enfermería de Salud Pública* (1933) finanziata in un primo momento dalla fondazione Rockefeller (Barona, 2008).

In questi anni la fondazione appoggia economicamente la campagna contro la anchilostomiasi (parassitosi diffusa nel Sud della Spagna, maggiormente contratta nelle miniere), rivolge l'attenzione alla equa distribuzione delle strutture sanitarie diffuse nel territorio, offre borse di studio in collaborazione con le università americane, destina fondi al servizio di statistica sanitaria, si impegna nel risanamento delle zone paludose e nell'attuazione della campagna per la

vaccinazione contro il vaiolo (Bernabeu-Mestre, 2006). L'intervento nordamericano, perciò, risulta essere fondamentale nello sviluppo del modello sanitario instauratosi durante il periodo repubblicano e tale modello perdura fino a dopo la guerra civile, ovvero fino al 1939.

Nel frattempo, la disposizione emanata dal Regolamento di Salute Provinciale del 1925 prevede la fusione di tutti gli organismi sanitari preesistenti in un unico istituto di Igiene, sotto la dipendenza funzionale ed amministrativa dell'ispettore provinciale. Il territorio spagnolo conoscerà una regionalizzazione solo con l'avvento della seconda repubblica (1931), e fino ad allora rimane suddiviso in diciassette stati e province autonome secondo un assetto imposto dal federalismo repubblicano (Barona, 2008). La figura del medico igienista in vece di ispettore municipale di sanità, quindi, rappresenta uno degli incarichi più rilevanti riscontrabili in ambito sanitario in ogni territorio autonomo: nel 1926 viene affiancato al medico un Corpo di Ispettori Municipali della Sanità, provenienti ognuno da ciascun territorio, con poteri gestionali e decisionali.

In ambito medico la figura più rilevante durante gli anni della prima Repubblica è senza dubbio quella di Marcelino Pasqua (1897-1977), medico specializzato in statistica grazie alla borsa di studio proposta dalla associazione Rockefeller.

Pasqua diviene il primo Direttore Generale referente della sanità repubblicana, qualificando il suo impegno nel raggiungimento della “utopia sanitaria” (Bernabeu-

Mestre, 2006), un progetto che ambisce ad una riforma radicale dell'intervento nelle campagne e introduce obbligatoriamente l'igiene pubblica e la medicina preventiva nella programmazione sanitaria del paese. Pasqua incorpora alla Direzione generale di sanità anche i distretti di Psichiatria, Igiene mentale, Igiene alimentare, Ingegneria e Architettura sanitaria. Si impegna inoltre in un ambizioso progetto di investigazione sanitaria tramite la meticolosa raccolta di dati nei vari distretti provinciali, collegati al controllo della diffusione delle malattie nelle zone rurali. L'intervento in zone al di fuori dei grandi centri cittadini ed il decentramento dei distretti sanitari nelle campagne è una idea importata dal Nord America e, dopo la sperimentazione introdotta da Pasqua, viene prevista anche in Danimarca, Polonia e Jugoslavia (Barona, 2008). Nel febbraio 1936, qualche mese prima dello scoppio della Guerra Civile, la Direzione generale di sanità impone l'integrazione di tutti i servizi sanitari statali. La struttura interna degli istituti provinciali si adegua quindi alla Direzione generale, configurandosi in sezioni tecniche (epidemiologia, statistica, analisi, reparto tubercolotici, igiene infantile, reparto lebbrosi e malattie veneree) comuni a tutte le province e regioni. Da ora in poi quindi si considera la Sanità come funzione pubblica, amministrata dallo Stato in collaborazione con i municipi e con le province. In questo sistema, in cui la Giunta direttiva viene presidiata dal Delegato di Finanza, si riesce a garantire la corretta erogazione degli stipendi e delle assicurazioni per tutti i funzionari sanitari ed il sostegno economico degli istituti di igiene. Rimangono fuori dalla legislazione diretta della direzione

generale solo gli ospedali e i servizi di sanità extra-ospedalieri, i quali comunque instaurano rapporti con lo Stato sotto forma di contratti privati o tramite convenzioni. Questa collaborazione genera un apparato multi-istituzionale espanso nel territorio, che risponde alla richiesta dell'intensificazione del piano delle campagne sanitarie voluto da Marcelino Pasqua (Bernabeu-Mestre, 2006).

2.3 La sanità spagnola durante gli anni del franchismo

Gli anni del franchismo, conosciuti come gli anni del *Régimen Franquista*, demarcano un periodo della storia contemporanea spagnola corrispondente all'esercizio di Capo dello Stato del generale Francisco Franco Bahamonde, dalla fine della guerra civile nel 1939 fino alla sua morte nel 1975. Alla fine della guerra il generale instaura una dittatura di stampo fascista, che risente chiaramente dell'influenza dei regimi totalitari contemporaneamente presenti in Italia e in Germania. Si tratta quindi di un periodo politico e sociale incentrato sul potere personale, caratterizzato dalle restrizioni della libertà individuale, politica e sindacale a causa dell'esistenza di un partito unico e del nazional-sindacalismo, ed improntato ad una politica sociale basata sulla dottrina democristiana e sul nazionalismo economico. Si possono distinguere due importanti fasi del periodo franchista (Santos, 1999).

La prima, identificata come periodo dell'*autarquía*, dura dalla fine della guerra civile all'ingresso nel governo della borghesia urbana ed industriale, avvenimento

che rende possibile il piano di stabilizzazione economica del 1959. La seconda, detta anche periodo del *desarrollismo franquista* (sviluppo franchista), va dal 1959 fino alla morte del dittatore avvenuta nel 1975, ed è caratterizzata da un importante sviluppo di tipo economico e industriale, con rilevanti cambiamenti strutturali ed organizzativi nelle istituzioni e nelle condizioni generali di vita.

Nel periodo *autarquico*, conclusa la guerra civile (1939), si assiste ad un generale diffondersi nelle classi operaie di malattie contagiose dovuto per lo più ad uno stile di vita caratterizzato da un basso livello di igiene e da alte carenze alimentari. La guerra civile aveva portato a produrre grandi movimenti di flussi di rifugiati e di milizie provenienti dalle terre limitrofe (Francia e Marocco) verso le zone repubblicane, causando un sovraffollamento nelle città e di conseguenza una carenza dei beni alimentari ed igienici, unita ad una diminuzione del potere di acquisto dei salari ed un incremento del costo degli alimenti (Tuñón de Lara, 1965). La crisi colpisce ancora una volta specialmente i quartieri operai delle grandi città, nei quali per altro si diffondono la pellagra e la tubercolosi. Il ritardo riscontrato nel proporre ai cittadini e soprattutto agli operai una nuova riorganizzazione della sanità che possa comprendere l'assicurazione sociale e sul lavoro è dovuto al fatto che durante il periodo successivo alla guerra civile si riscontra una profonda divergenza di opinioni tra il gruppo falangista (seguaci della falange spagnola, ovvero franchisti) e quello cattolico-militare. La questione viene risolta con una

suddivisione di poteri. Ai falangisti viene affidato il Ministero del lavoro e l'Istituto nazionale di previdenza sociale. Questo Istituto propone uno schema assicurativo con aspetti di continuità con il programma sociale riscontrato negli anni della repubblica, con l'aggiunta dell'assicurazione sulla malattia (SOE: *Seguro Obligatorio de Enfermedad*, 1942), sulla vecchiaia e l'invalidità (1947) e sulla disoccupazione (1961). Il sistema di assicurazione si unifica poi nel 1963.

Alla fazione cattolico-militare viene affidato il Ministero del Governo e la Direzione Generale di sanità. La amministrazione dei distretti sanitari nei territori spagnoli continua ad essere responsabilità degli Igienisti (dal 1925), anche dopo la regionalizzazione dei territori avvenuta nel 1931.

Di fatto, quando nel 1939 le forze insorte prendono il potere, esse vedono nell'amministrazione centralizzata la soluzione più comoda e diretta per il controllo delle varie regioni, e spingono per sopprimere le istituzioni regionali autonome neonate. Il risultato di tale ri-centralizzazione porta all'affermarsi di uno scenario del tutto simile a quello del 1925, dove le maggiori autorità distrettuali sono rappresentate dai medici igienisti e da una ristretta cerchia di burocrati, mentre i sanitari lavorano a tempo parziale e senza direttive tecniche (Navarro, 1977). La struttura di distribuzione territoriale suggerita dal modello repubblicano rimane vigente anche dopo la emanazione della Legge Base di sanità, nel 1944. I cambiamenti rilevanti si riscontrano nella soppressione dell'Istituto Nazionale di Sanità, assorbito dalla Scuola Nazionale di Sanità, istituzione indipendente nella

quale si riscontra la compartecipazione di doveri governativi e educazionali. La nuova ENS (*Escuela Nacional de Salud*) assume quindi anche compiti di insegnamento, investigazione e vigilanza.

Ancora una volta la fondazione Rockefeller collabora con il governo spagnolo, sia per la ricerca di una cura per il tifo, sia per lo studio sulle cause che portano alla diffusione della pellagra: la collaborazione però dura solo qualche anno, fino alla alleanza stipulata dalla Spagna con la Germania nel 1941.

Sempre nel 1941 lo Stato ordina l'obbligatorietà della vaccinazione antidifterite, e a seguire nel 1944 l'obbligo di vaccinazione contro il vaiolo e la febbre tifoidea.

In questo primo periodo Francisco Franco indirizza tutte le energie dell'industria verso la produzione, ma nonostante gli sforzi, rimangono imprescindibili le manovre di importazione. L'economia spagnola, infatti, affronta un forte collasso in tutti i settori, specialmente nel primario e secondario.

Tale fatto è dovuto all'abbandono delle terre contadine e alla distruzione dei raccolti causate dal lascito della guerra civile.

La Spagna non partecipa alla Seconda guerra mondiale anche perché esce dalla guerra civile devastata, in uno scenario politico, economico e sociale fortemente provato, inadeguato per poter affrontare un ulteriore conflitto. Inoltre, pur appoggiando militarmente e politicamente gli stati autoritari di Italia e Germania, il franchismo prende le distanze dalla reale attuazione dell'intero programma fascista e nazista. Questi ultimi infatti erano espressione di un capitalismo avanzato che a

Francisco Franco non conveniva attuare, perché avrebbe potuto minacciare i privilegi dell'aristocrazia e del clero. In tal senso si può affermare che il franchismo sia più simile ai movimenti dittatoriali militari dell'America Latina e al salazarismo portoghese, i quali difendevano la borghesia agraria, il sottosviluppo nazionale e l'imperialismo (Santos, 1999).

Alla fine della guerra gli Alleati, usciti vincitori dal conflitto mondiale, adottano la strategia dell'embargo (sequestro di navi mercantili, sospensione di fornitura di alcune merci e delle forniture belliche) verso i territori spagnoli. In questo periodo Franco promuove l'immagine di una Spagna democratica cercando di eliminare i segni del periodo di appoggio al fascismo, ovviamente con l'intento di ottenere l'assoluzione da parte dei vincitori e quindi la riapertura delle rotte commerciali (Bernabeu, 1998). Effettivamente l'assoluzione non tarda molto: in periodo di guerra fredda l'America del Nord trova un importante alleato nella Spagna ed un sicuro appoggio per le basi militari nel territorio iberico. In cambio gli Stati Uniti offrono aiuti economici e finanziari alla Spagna, che permettono allo Stato franchista il rilancio dell'economia a partire dal 1955. Nello stesso anno la Spagna entra a far parte delle Nazioni Unite e i rapporti con il resto dell'Europa finalmente si ravvivano.

I primi mesi del 1959 sono caratterizzati da una forte presenza di scioperi e di manifestazioni studentesche: nel 1953 era stata introdotta la contrattazione

collettiva ma i diritti degli operai tardavano nell'essere rispettati. L'inflazione in questi anni è ormai cronicizzata e risulta chiaro sia alla popolazione che al governo che c'è bisogno di un intervento definitivo. Ma questa volta prima di provvedere con l'attuazione di un ulteriore piano di aiuti economici, gli Stati Uniti richiedono al governo spagnolo di rinunciare al titolo autarchico. Ecco che nel 1959, con il “Piano di Stabilizzazione economica”, si può parlare di passaggio dal periodo autarchico a quello di *Desarollo* (Bernabeu,1998).

Durante gli anni del *desarollo*, oltre al successo economico, che porta la Spagna a rientrare tra le più fiorenti potenze europee a discapito di una diminuzione generale dei salari degli operai e ad una aberrazione dei loro diritti) si assiste ad una diminuzione della mortalità correlata ad un miglioramento delle condizioni di vita (Tuñon de Lara,1965). Le malattie generate da grandi ondate epidemiche lasciano il posto a nuovi tipi di patologie, come le problematiche cardiovascolari, metaboliche e tumorali. La campagna di risanamento delle zone paludose, avviata già prima della guerra civile, viene appoggiata economicamente dall'OMS nel novembre del 1959 per poter finalmente pervenire ai numerosi problemi legati alla insalubrità delle acque e alla diffusione della malaria. A partire dagli anni '50 anche la Spagna, come l'Italia, conosce la problematica relativa alla poliomielite e alla tubercolosi, ma le tre epidemie che affliggono maggiormente il territorio iberico in quegli anni sono la brucellosi, la epidemia da meningococco ed il colera (Navarro, 1977).

I primi grandi cambiamenti rispetto all'assetto dei distretti sanitari nel territorio spagnolo si possono riscontrare solo nell'epoca del *desarrollo*.

L'attività legislativa sanitaria si propone inizialmente di accompagnare in maniera efficiente la transizione da una società rurale ad una industriale, con obiettivi di riordino degli assetti sanitari e di garantire assistenza nell'intero territorio. Nel 1962 viene varata la Legge per definire gli organi necessari per il coordinamento ospedaliero e per garantire l'assistenza psichiatrica, oltre che per stabilire l'accesso da parte dei lavoratori all'assistenza medica attraverso il SOE (*Seguro Obligatorio de Enfermedad*). L'entità della crescita industriale rende obsoleto in breve tempo il radicato sistema distrettuale provinciale e si iniziano a creare le prime catene di distribuzioni dei servizi a livello multi-provinciale o addirittura nazionale (Echeverri, 1993). Dimostrazione ancora più radicale di un crescente sviluppo autonomo nelle regioni, distaccato perciò dal controllo centralizzato, è la nascita di iniziative sanitarie non proposte direttamente dal governo, quali la riabilitazione e la presa in carico dei malati mentali attraverso centri di orientamento e diagnostica terapeutica. L'organizzazione dei servizi sanitari diviene perciò via via più autonoma attraverso sistemi sempre più frequenti di *commonwealth*: questo perché lo Stato franchista non dimostra un rilevante interesse verso il tema dell'amministrazione e della gestione dei distretti. Inoltre, a differenza degli altri paesi Europei, in Spagna non viene introdotto in questi anni nessun obbligo di formazione per poter ricoprire le cariche di gestione sanitaria (Navarro, 1977).

Negli stessi anni si assiste allo sviluppo della ENS (*Escuela Nacional de Sanidad*): attraverso le *Escuelas Departamentales*, collocate nei capoluoghi provinciali, si impartiscono corsi per ottenere il diploma sanitario e altri corsi di formazione interna per i medici in specializzazione. L'attenzione del mondo accademico si sposta in questi anni dagli insegnamenti di igiene e medicina preventiva a quelli di microbiologia, batteriologia e virologia (Dirección General de Sanidad, 1959).

2.4 Rinascimento della sanità pubblica nella Spagna democratica

A seguito della morte di Francisco Franco, avvenuta nel 1975, si può parlare di passaggio ad un nuovo periodo storico per la Spagna, chiamato periodo di *Transición española*. Questo periodo è caratterizzato da un susseguirsi di politiche ed interventi di stampo democratico.

Nel 1977 le elezioni vedono la vittoria del partito di coalizione Centro-Democratica, il quale propone immediatamente la redazione di una nuova costituzione, ratificata ed entrata in vigore nel dicembre del 1978. Gli anni seguenti alla emanazione della costituzione sono caratterizzati da un susseguirsi di tensioni politiche e governative, che portano alla stabilizzazione del neonato partito dell'*Unión de Centro Democrático* (UCD) e alla modernizzazione del *Partido Socialista Obrero Español* (PSOE, fondato già nel 1879). Inoltre, durante la *Transición* prendono vita gruppi terroristi di estrema sinistra, quali il *Grupos de Resistencia Antifascista Primero de Octubre* (GRAPO) e la *Euskadi Ta Askatasuna* (ETA, Paese basco e libertà) che

causano la morte di centinaia di persone in tutto il territorio spagnolo e soprattutto nel Nord del paese. Il periodo di Transizione si conclude con l'elezione di Felipe González del PSOE nel 1982. La società spagnola sembra in quegli anni voler voltare completamente pagina: vengono organizzati i mondiali di calcio proprio nel 1982, viene siglata l'entrata nella Comunità Economica Europea nel 1986, e nello stesso anno si vara finalmente La Legge Generale di Sanità improntata alla riforma sanitaria. La *Ley General de Sanidad* (14/1986) viene formulata basandosi su due concetti essenziali (Suarez, 2020). In primo luogo, riconosce il diritto alle prestazioni sanitarie per tutti i cittadini e per gli stranieri residenti in Spagna (art 43 e 49 della Costituzione). In secondo luogo, conferisce alle comunità autonome un'ampia competenza in materia di salute e assistenza sanitaria, al fine di fornire un sistema sanitario sufficiente per le esigenze delle rispettive comunità, pur garantendo una base comune per i servizi sanitari su tutto il territorio spagnolo. Perciò il Sistema Sanitario Nazionale, in termini di amministrazione e gestione, trova rappresentanza nell'insieme dei servizi sanitari delle Comunità Autonome opportunamente coordinate: i servizi sanitari dislocati ricadono sotto la responsabilità delle rispettive comunità autonome ma anche sotto la direzione e il coordinamento di base dello Stato centrale. Una generica analisi dello sviluppo del *Sistema Nacional de Salud (SNS)* viene suggerita dalla professoressa e studiosa Roser Pérez Giménez (2000), che propone una suddivisione in quattro periodi caratterizzati da evoluzioni politiche e sociali differenti:

- un primo periodo (1982-1986) segnato dalla presenza del governo della UCD di Adolfo Suárez e del governo di Felipe González del PSOE nel quale viene proposto il primo disegno del SNS;
- un secondo periodo (1987-1991) con un successivo governo del PSOE nel quale viene sviluppata la *Ley General de Sanidad* (LGS, 1986);
- un terzo periodo (1992-1996) nel quale si succedono altri due governi del PSOE in cui viene varata la *Reforma* e si riscontra un aumento delle gestioni private;
- un quarto ed ultimo periodo (1996-2000) caratterizzato dall'avvento del *Partido Popular* (PP) di José María Aznar nel quale si cerca di rafforzare i rapporti tra le comunità autonome e lo Stato.

Nonostante l'intenzione dei governi dell'UDC di procedere verso un radicale cambio amministrativo (riorganizzazione del settore primario, partecipazione comunitaria, intervento nella salute mediante politiche intersettoriali), durante i primi due periodi non sono state apportate soluzioni valide alla crisi sanitaria. Ciò a causa di una continua privatizzazione dei settori pubblici ed una stagnante “ideologia medicalizzata” radicata nella popolazione, che rende difficile l'accettazione di nuove proposte sanitarie da parte della *Sociedad Española de Epidemiología* (Tortella, 1998).

Inoltre, il collegio dei medici inizialmente si oppone al nuovo modello di organizzazione sanitaria, considerandolo un attacco alla professione: questo perché

la LGS definisce i limiti del mercato della salute, le caratteristiche essenziali della pratica medica, un modello di controllo sull'organizzazione del lavoro e dello stato professionale. La opposizione ad accettare i cambiamenti introdotti dalla LGS da parte del *sistema médico* rende l'attuazione degli obiettivi di salute pubblica molto difficoltosa.

Il periodo della *Reforma* Spagnola si sviluppa in un contesto internazionale impregnato di neoliberismo (Huertas, 1995), che vede al potere nel Regno Unito Margaret Thatcher e negli Stati Uniti Ronald Reagan. Il programma neoliberale punta alla demolizione del controllo statale (che si era sempre dimostrato inefficiente e rigido davanti alle difficoltà riscontrate) per poter introdurre il mercato libero in tutti i terreni del settore pubblico. In materia sanitaria, nel caso spagnolo, i frequenti tagli proposti nella negoziazione con la Comunità Europea ed il debito generato dalla spesa farmaceutica e dalle pensioni, uniti alle spinte neoliberali dei paesi circostanti, portano il ministro García Vargas (ministro della sanità dal 1986 al 1991) a ritoccare il modello del SNS. Il punto critico su cui verte la *Reforma* si riscontra nella modificazione della gestione degli enti pubblici e nell'introduzione del *copago*, ovvero di una quota fissa da condividere con il privato cittadino richiedente prestazioni. Questo sistema di *semimercado* pretende di introdurre i presupposti di un mercato libero nella gestione di un servizio pubblico mediante la creazione di condizioni di autonomia patrimoniale e finanziaria dei centri, generando competizione tra i providers e aumentando la capacità di scelta

dei consumatori. La Legge 15/1997 (*Ley de Habilitación de nuevas formas de gestión del sistema nacional de salud*) abilita in maniera definitiva le nuove forme di gestione del SNS, ed i governi autonomi applicano gli stessi principi e strategie ciascuno nei propri territori, attraverso le proprie politiche e secondo le proprie necessità in ambito sanitario (Suarez, 2020).

La integrazione della sanità pubblica dei diversi apparati territoriali desta nei sanitari il timore di poter perdere la propria professionalità ed autonomia: questo timore si acutizza soprattutto con lo sviluppo della nuova medicina di famiglia e comunitaria. La convivenza richiesta ai medici di famiglia con le altre professioni sanitarie apporta rilevanti cambiamenti nell'organizzazione dell'assetto istituzionale dei distretti nei territori: il nuovo assetto istituzionale introduce competenze di tipo gestionale, di pianificazione e di valutazione che non sono mai propriamente spettate alle categorie mediche fino ad allora esistenti (Perez, 2000).

Le scelte prese dal governo dello PSOE nel periodo della *Reforma* sono quindi incentrate su una logica di “razionalità economica” orientata ad esigenze di tipo manageriali, politiche e di gestione delle pubbliche finanze. Effettivamente i cambiamenti proposti in campo manageriale vengono raggiunti in alcune realtà autonome; non si può dire lo stesso, tuttavia, per gli obiettivi riguardanti la compartecipazione alle spese sanitarie, la tendenza ad adottare una visione multisetoriale, la ricerca di un miglioramento dei processi di coordinamento (Huertas, 1995).

I governi del PP (dal 1996 al 2004) lasciano da parte la questione del coordinamento tra i distretti per poter concentrarsi maggiormente sull'incremento di misure di stampo liberale. La liberalizzazione del mercato sanitario si manifesta in questo periodo con la creazione di numerose fondazioni e la introduzione di nuove forme di gestione attraverso la stipula di relazioni contrattuali di tipo privato con esperti in materie manageriali (Pérez, 2000). Numerose sono in questo periodo le osservazioni fatte dalle associazioni (quali ad esempio la *Federación para la Defensa de la Sanidad Pública*) e dai sindacati sull'orientamento prettamente economico delle scelte attuate dal governo sull'assetto sanitario del paese.

Insieme alla problematica riguardante il pubblico ed il privato, nel periodo di governo del PP si aggiunge una nuova preoccupazione relativa alle possibili disuguaglianze che la dispersione e la varietà delle autonomie può generare. Nel 1997 perciò vengono varate una serie di normative improntate all'eliminazione della struttura di delegazione ministeriale nelle province autonome, introducendo le nuove *Unidades Periféricas de Sanidad* sotto la dipendenza del Ministero pubblico della sanità. Questo ovviamente risulta essere un passo indietro rispetto alla primaria ideologia liberale. Secondo la prospettiva del Ministero però, la eccessiva autonomia e libertà di mercato nelle regioni autonome avrebbe portato ad un costante indebolimento del potere pubblico innanzi ai propri interlocutori impresari, nazionali od internazionali che fossero (industrie chimiche, alimentari, farmaceutiche) ed innanzi ai propri fornitori (Rey de Castillo, 1998). Avrebbe

portato inoltre ad un indebolimento generale del proprio sistema nei rapporti con la legislazione europea (Rey de Castillo, 1998).

La struttura sanitaria esige quindi una trasformazione, che viene impostata dal *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud* (CISNS). L'organismo collegiale è formato da 34 membri con composizione paritaria tra amministrazione generale dello Stato e amministrazione delle comunità autonome e si struttura in commissione delegata e tecnica. La LGS viene quindi integrata nel 2003 dalla *Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, che mantiene le linee fondamentali della precedente Legge, ma che ne modifica e ne amplia l'articolazione.

Entro il 2003 tutte le comunità autonome gradualmente assumono competenza in materia di salute e stabiliscono modelli di finanziamento stabili.

Nel frattempo, durante i 17 anni trascorsi dalla emanazione della LGS, la società spagnola sperimenta molti cambiamenti culturali, tecnologici e socioeconomici che influiscono sui modi di vivere delle persone e sulla concezione della malattia e della medicina. Inoltre, varia molto la percezione dei cittadini sul diritto alla salute (Tortella, 1998). Con la LGS viene fondato l'INSS (*Instituto Nacional de Seguridad Social*) il quale durante gli ultimi anni del XX secolo riesce ad offrire copertura assistenziale a più dell'80% della popolazione del paese, seguito dalla fondazione dell'INSERSO (*Instituto Nacional de Servicios Sociales*) e dall' INAS (*Instituto Nacional de Asistencia Social*). La Legge del 2003 ribadisce che un buon

coordinamento ed una giusta cooperazione tra le autorità sanitarie pubbliche è un fondamentale mezzo per garantire ai cittadini il diritto alla tutela della salute, e per poter raggiungere l'obiettivo comune di assicurare equità, qualità e partecipazione sociale al Sistema Sanitario Nazionale. La Legge apporta migliorie al nucleo amministrativo centrale e cerca di stabilire alcune salvaguardie fondamentali comuni in tutto il Paese, senza interferire con la diversità delle forme di organizzazione, gestione e servizi insiti nel sistema decentralizzato. Inoltre, la Legge tenta di far aumentare la collaborazione tra le farmacie, tra i professionisti della salute e nel campo della ricerca, mediante la diffusione di sistemi di informazione sanitaria, nel tentativo costante di provare ad aumentare la qualità complessiva del sistema sanitario. A tal fine conferisce poteri a diversi organi e agenzie specializzate, tutti aperti alla partecipazione delle comunità autonome, tra i quali organo fondamentale della coesione rimane il CISNS. Quest'ultimo dimostra grande flessibilità nel processo decisionale, nonché riesce ad attuare meccanismi per costruire il consenso e riunire le parti. Per garantire un buon controllo e una buona valutazione degli interventi attuati e dei risultati generati nei vari nuclei dei sistemi sanitari decentralizzati, viene istituito un organo di ispezione chiamato l'*Alta Inspection*.

2.5 La sanità spagnola nel nuovo millennio

Durante la decade 2000-2010 la Spagna presenta una evoluzione economica di

grandissima importanza. Con la vittoria dello PSOE alle elezioni del 2004 sale al potere José Luis Rodríguez Zapatero, il cui governo riapre il percorso politico della democrazia spagnola. In questi anni si costituisce il primo Organo Esecutivo paritario tra uomini e donne, si ritirano le truppe spagnole dall' Iraq (2004), si applica la Legge contro la violenza di genere e quella che rende possibile l'unione matrimoniale tra persone dello stesso sesso (2005).

Il secondo mandato di Zapatero coincide con la crisi economica del 2008.

Il processo di accelerazione economica si mantiene vitale fino ad allora, in un momento nel quale anche la Spagna, come le altre potenze del mercato mondiale, conosce un declino economico seguito da un altro di tipo politico e sociale. A causa della crisi le differenze sociali si accentuano, aumenta la disoccupazione, ed il governo si trova nuovamente ad affrontare episodi di tipo terroristico da parte dell'ETA (*Euskadi Ta Askatasuna, Paese basco e libertà*). Il tutto accade mentre si produce, in contrapposizione, una distribuzione massiva di Internet, della telefonia mobile e di nuove tecnologie: si arricchisce in generale il mondo della telecomunicazione.

Nel novembre del 2011 è il PP (Partido Popular) a vincere le elezioni.

Si propone alla guida del nuovo esecutivo Mariano Rajoy, il quale stabilisce un ambizioso programma di governo incentrato sull'obiettivo principale di far fronte alla crisi economica attraverso la lotta per la riduzione del debito pubblico e la creazione di nuovi posti di lavoro. Mariano Rajoy rimane al potere sette anni poiché

vince una seconda carica nel 2016, finché, nel 2018, una mozione di censura della Corte lo sostituisce con Pedro Sánchez dello PSOE, presidente attuale della penisola iberica.

Analizzare la situazione della sanità spagnola di oggi vuol dire prima di tutto individuarne i principi cardine, che dopo le leggi del 1986 e del 2003 vengono integrati dalla *Ley de garantías y uso racional del medicamento* (2006), *Ley General de Salud Pública* (2011) e dal Decreto-legge numero 16 del 2012 per la sostenibilità del SNS e per il miglioramento della qualità e sicurezza.

Quest'ultimo decreto risulta essere il più rilevante poiché essenzialmente modifica l'articolo 3 della Legge numero 16 del 2003, riformulando il diritto di accesso al SNS e prevedendolo solo per coloro i quali risultino essere assicurati. Alla categoria degli assicurati appartengono lavoratori dipendenti ed autonomi, pensionati e disoccupati che presentano sussidio di disoccupazione o risultano essere iscritti alla lista dei richiedenti impiego. Il decreto numero 16/2012 perciò rappresenta essenzialmente una inversione di rotta rispetto alla universalizzazione del SNS proclamata con la *Ley General de Sanidad* del 1986 (CECOVA, 2013).

I principi fondamentali riguardanti il SNS si riscontrano nei seguenti temi:

- la copertura assicurativa per accedere ai servizi del SNS è garantita solo, a partire dal 2012, ai cittadini spagnoli che risultino essere assicurati. I cittadini dell'Unione europea e i cittadini extra europei autorizzati a

risiedere in Spagna possono ostentare la condizione di assicurato. Per chi non è in possesso della Tessera Sanitaria spagnola risulta sufficiente quella europea o il regolare permesso di soggiorno. Per coloro i quali non dispongano del permesso di soggiorno sono comunque garantite prestazioni sanitarie d'urgenza, di tutela della maternità e dei minori. Spetta all' INSS (*Instituto Nacional de Seguridad Social*) il controllo e la verifica di suddetti requisiti. Qualora le prestazioni non siano totalmente coperte dal SNS è previsto un contributo da parte del cittadino mediante il *copago*.

-decentramento politico della sanità nelle comunità autonome ed integrazione delle differenti strutture e servizi pubblici al servizio della cittadinanza. La strutturazione del SNS imposta dalla LGS e dalla relativa riforma del 2003 risulta, ancora oggi, essere organizzata in Comunità, divise secondo criteri geografici e demografici in *Areas de Salud* (AS), unità territoriali con strutture simili alle ASL italiane. Ciascuna Comunità esercita il controllo e determina l'indirizzo politico sulle questioni riguardanti la sanità attraverso la redazione del *Plan Integrado de Salud*, strumento che comunque deve conformarsi alle direttive generali stabilite dal governo centrale (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Attraverso il *Plan Integrado de Salud*, la Comunità ha il potere di gestire tutti i centri, gli istituti e le strutture che si trovano sul territorio, accorpate nelle AS. Le AS garantiscono assistenza sanitaria attraverso l'erogazione di

cure primarie e cure specialistiche e, al loro interno, sono suddivise in differenti *Zonas Básicas de Salud*, che dimostrano competenze riguardo alla assistenza primaria. L'assunzione di interventi in campo sanitario che prevedano attività di medicina integrata, con lo scopo di raggiungere alti livelli di qualità nell'erogazione dei servizi, debitamente valutati e controllati. Le AS si organizzano su due livelli assistenziali, che sono rappresentati dalla *Atención Primaria* ed *Atención Especializada*. La *Atención Primaria* mette a disposizione della popolazione una serie di servizi di base, attraverso le unità dipartimentali, che sono disposte al massimo a 15 minuti da un qualsiasi centro abitato. I principali dipartimenti sono i *centros de salud*, dove lavorano equipe multidisciplinari integrate, composte da medici di famiglia, pediatri, infermieri e personale amministrativo e talvolta anche da assistenti sociali e fisioterapisti. È a questi livelli dipartimentali che viene delegata la responsabilità sulla promozione della salute e la prevenzione delle infermità e, qualora necessario, l'attivazione di servizi a domicilio. La *Atención Especializada* si presta in centri specializzati, ospedali e ambulatori. A seguito del processo assistenziale, il paziente e la informazione clinica ritornano al medico di *Atención Primaria*, il quale prende atto di una visione clinica globale e dispone una attuazione terapeutica che miri ad una redistribuzione delle cure in maniera equa ed efficiente.

Al giorno d'oggi si è registrato un aumento di adesioni alle campagne vaccinali, ed è documentato che dall'anno 2000 il 95% della popolazione risulta vaccinato contro la difterite, il tetano e la pertosse (*Instituto de Salud Carlos III*, 2012).

La prima causa di mortalità in Spagna è costituita dalle malattie cardiovascolari, che rappresentano il 31,2 % della mortalità annua secondo i dati dell'*Instituto Nacional de Estadística (INE, 2010)*, mentre la malattia cronica più comune è il diabete.

In Spagna, secondo dati estratti nel 2012, si contano 3006 centri di salute e 10116 consultori locali, 790 ospedali funzionanti (di cui per ogni dieci, quattro sono pubblici e sei privati), ed all'interno della sanità pubblica lavorano 272.000 medici ed infermieri (INE, 2012), con netta prevalenza di personale femminile (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2010).

La Spagna è il primo paese europeo ed il secondo del mondo con la maggior speranza di vita (83 anni), ed è il lider mondiale in donazioni e trapianti di organi, considerando che nel 2018 ne sono stati registrati 5300 (OECD Data, 2018). Secondo le statistiche Eurostat (2017) la spesa sanitaria rappresenta 8,8% del PIL del paese. Nel 2020 sono stati investiti per la sanità 100 milioni di euro, di cui solo il 3,5% in sanità privata. Le spese relative alla sanità nel 2010 sono state calcolate in un 74,2% delle spese totali sostenute dal governo spagnolo di quell'anno, per un totale di circa 75 milioni di euro (OECD Health data, 2012) ed in generale la

soddisfazione espressa dalla popolazione riguardo al funzionamento del SNS è positiva per 7 intervistati su 10 (OECD, 2012), con un punteggio registrato di qualità percepita dalla popolazione verso i servizi offerti di 7,5 punti su 10 (EQLS Data, 2016).

CAPITOLO 3

Storia delle politiche sanitarie in Portogallo

3.1 La fine della monarchia e la Prima Repubblica

I primi segnali di indebolimento della monarchia portoghese, al potere dal XVIII secolo in seguito alla espulsione degli arabi, si avvertono con l'emanazione della Costituzione nel 1822. Ispirata da quella francese del 1791 e da quella spagnola del 1812, essa suddivide i poteri legislativo, esecutivo e giudiziario, limitando il ruolo del Re ad una funzione simbolica e collocando il potere in un governo ed in un parlamento unicamerale (Rui Sousa, 2009). L'epoca monarchica si conclude nel 1908 con il regicidio del Re Carlos I e del suo successore Filipe de Bragança a Lisbona. La promulgazione della Prima Repubblica, presenziata da Manuel de Arriaga, avviene nel 1911. Durante la Prima Repubblica lo Stato si impegna in una massiva lotta contro l'analfabetismo e a favore dell'istruzione, rendendo obbligatoria la scolarizzazione almeno fino alla scuola primaria e fondando diversi poli universitari dislocati a Lisbona, Porto e Coimbra (Rui Sousa, 2009). Lo Stato si impegna anche nel riconoscimento dei diritti dei lavoratori: concede nel 1911 il diritto allo sciopero, introduce l'orario lavorativo giornaliero di 8 ore, emana il *seguro social obrigatorio* (SSO, l'assicurazione obbligatoria per i lavoratori). Nel 1914 viene fondata la prima *União Operária Nacional*, sostituita nel 1919 dalla

Confederação Geral do Trabalho (CGT), confederazioni operaie che permettono l'associazionismo sindacale. Nonostante gli innumerevoli scioperi che hanno luogo durante il periodo della Prima Repubblica, la situazione sociale non riesce ad evolversi a favore della nuova classe operaia. Anzi: mentre operai, contadini ed altri lavoratori delle classi più povere vivono in condizioni sempre più miserabili nelle periferie e nelle campagne, si registra un sempre più elevato aumento della ricchezza della borghesia nelle città (Vasconcelos, 2009). Nel 1909 viene fondata la *Liga Republicana das Mulheres Portuguesa* la quale, durante gli anni delle sommosse operaie, riesce a far sentire la voce delle *feministas* sulle questioni riguardanti i diritti delle donne, sulla possibilità di voto e sulle opportunità lavorative (Rui Sousa, 2009). Sempre in questo periodo i rapporti tra la Chiesa ed il governo entrano in crisi: i repubblicani decidono di espellere la Chiesa dalla direzione degli istituti di educazione e di proibire riunioni ecclesiastiche nei quartieri cittadini. Viene inoltre varata la Legge sul divorzio. In un paese composto principalmente da cittadini cattolici le scelte repubblicane portano ad un generale malcontento, sia nel clero che nella popolazione, ed incrinano in maniera importante i rapporti con la Santa Sede (Ribeiro de Meneses; Oliveira, 2011).

Durante la prima Repubblica e fino al 1926, il Portogallo trascorre un periodo di grande instabilità governativa: il presidente della repubblica ed il governo non riescono ad ottenere una maggioranza parlamentare e questo porta al susseguirsi di 8 presidenti e di 45 governi in sedici anni. Le cariche al governo durano così poco

che i governatori non riescono ad emanare provvedimenti risolutivi utili allo sviluppo della nazione, e ben presto il Portogallo si ritrova ad essere uno dei paesi più arretrati in Europa, assieme alla Spagna, dal punto di vista sociale ed economico (Oliveira, 2011).

Dal sedicesimo secolo fino alla fine dell'Ottocento l'interesse dimostrato dallo Stato riguardo la sanità pubblica rimane confinato alla cura dei poveri e dei miserabili attraverso opere di beneficenza, che trovano appoggio istituzionale nelle case di *misericórdias*. I pochi ospedali presenti nel territorio sono per lo più incentrati sulla lungodegenza dei malati e le pratiche mediche ed amministrative non subiscono nessuna evoluzione per lunghi decenni. Nonostante l'ondata di innovazione europea, dovuta dalla diffusione delle ideologie del medico igienista Peter Frank (1745-1821), il Portogallo non sperimenta grandi innovazioni nella gestione della salute pubblica. Questo avviene inizialmente a causa di un forte potere della Chiesa. Quest'ultima, infatti, esercita un controllo univoco sulle istituzioni: dapprima attraverso il controllo delle case di *misericórdias* poi, dopo il terribile terremoto di Lisbona che nel 1775 rade al suolo la città, attraverso le nuove *Casas Pias*. Queste ultime, durante tutto il diciannovesimo secolo, vengono affiancate dall'*Intendência-Geral da Polícia* (Commissariato di polizia) che, intraprendendo rapporti sia con lo Stato che con la Chiesa, detengono un forte potere sulla gestione ed il controllo della politica sanitaria e medica nei territori urbani, e rappresentano

il primo tentativo di instaurazione nel territorio di istituti improntati all'assistenza pubblica (Abreu, 2017). L'interesse per la prevenzione e per lo studio dell'epidemiologia si ravviva solo dopo la grande epidemia di peste che nel 1899 colpisce Porto. In tale frangente le autorità pubbliche, sotto la sapiente guida di Ricardo Jorge (1858-1939), grande studioso di epidemiologia e professore dell'università di Porto, rispondono con la quarantena della città e con la disinfezione delle abitazioni infette, dimostrando una grande abilità organizzativa e conoscenza della materia, alimentata dai recenti studi sulla microbiologia nelle università della città (Fernandes, 2008). La motivata ma allora incompresa scelta di Ricardo Jorge di isolare la città causa una recessione economica della stessa e costringe il professore a scappare a Lisbona, dove nel 1899 fonda l'*Instituto Central de Higiene*. Nel neonato istituto Jorge avvia un corso di formazione di Igiene e di investigazione sui problemi di salute pubblica, con l'obiettivo di riformare i servizi sanitari e di adattarli ai nuovi contesti scientifici e sociali (Alves, 2008). Nel 1901 il professore pubblica quindi il *Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública*, pietra miliare del processo di modernizzazione del sistema sanitario, nel quale viene descritta una suddivisione delle istituzioni sanitarie in centrali e municipali, con a capo la classe medica dirigente. Secondo il professore solamente la classe medica può diventare la prima ed unica funzionaria della salute, poiché solamente essa detiene le capacità intellettive e burocratiche per pervenire a tale scopo. Grazie alla scuola di Jorge e ad il suo Regolamento possono poi

svilupparsi a Lisbona le discipline relative alla statistica demografica sanitaria e alla profilassi delle malattie infettive, e prendere vita le prime campagne di vaccinazione e di lotta contro la rabbia. Viene programmato inoltre un regolamento di disinfezione urbana ed ispezione alimentare (Fernandes, 2008).

I *medicos de partido* (medici ufficializzati nelle varie comunità) presidiano i distretti municipali durante il periodo della Prima Repubblica. I loro compiti prevedono il controllo della igiene nei luoghi pubblici e nelle industrie e visite domiciliari agli ammalati di qualsiasi classe sociale ed in qualsiasi luogo (dalla campagna più povera ai quartieri borghesi delle città). Essi devono inoltre provvedere all'organizzazione delle campagne vaccinali promosse dallo Stato, far fronte alle richieste degli ospedali e visitare frequentemente le prostitute ed i lavoratori maggiormente esposti a malattie professionali. Molto spesso la maggior limitazione riscontrata nei distretti al buon funzionamento del sistema di salute è la mancanza di fondi erogati dallo Stato: questo perché non esiste ancora un sistema di regolamentazione finanziaria statale chiaro ed universale (Ferreira de Sousa, 2009). Come molte altre realtà europee anche il Portogallo conosce una veloce industrializzazione ed urbanizzazione alla fine del XIX secolo, che porta alla crescita di una classe operaia sempre più povera ed emarginata nelle periferie delle grandi città, dove dilagano epidemie e lo stile di vita e le condizioni d'igiene risultano pessime. Nel cercare di contenere le ondate di malattie infettive sia batteriche che virali riscontrate nei primi anni del Novecento, il governo risponde

in maniera piuttosto disorganizzata e generica: si procede ad una suddivisione territoriale che mira all'isolamento degli infetti ed alla disinfezione delle case a mezzo di lavaggio a calce. Ogni territorio è affidato al controllo delle forze dell'ordine e dei militari, mentre i casi gravi vengono inviati nelle strutture ospedaliere (Abreu, 2017). Tra le epidemie più importanti si ricorda quella di tifo nel 1917 a Porto, e quella di influenza che colpisce non solo il Portogallo ma anche il resto d'Europa in più ondate a partire dal 1918, e che viene ricordata con il nome di "Spagnola". Si stima che la Spagnola abbia causato la morte del 2,25% della popolazione portoghese in poco più di sei mesi (John, 2004).

Alle forti problematiche causate dalla Spagnola, nel 1918 si aggiunge anche la diffusione di una epidemia di vaiolo che mette in ginocchio le autorità sanitarie. La vaccinazione contro il vaiolo era stata resa obbligatoria per l'accesso alle scuole già nel 1911 ma di fatto il basso tasso di scolarizzazione e le resistenze incontrate dall'apparato clericale non permettono una totale efficienza della campagna vaccinale. Il quadro sanitario disastroso che si presenta all'inizio del 1900 viene ulteriormente peggiorato dalla partecipazione del Portogallo alla Prima guerra mondiale.

3.2 Il Portogallo di Salazar

Il Portogallo decide di entrare attivamente in guerra a fianco dell'Inghilterra (storico alleato portoghese che peraltro ha sempre scoraggiato i lusitani a partecipare al

conflitto) e della Francia per una serie di motivi, tra cui il desiderio di affermarsi come potenza repubblicana in Europa e come potenza coloniale nelle terre africane del Mozambico e dell'Angola, contro la spinta coloniale delle truppe tedesche (Rosselli, 2012). Nonostante la forza bellica degli Alleati e la conclusione vittoriosa della guerra nel 1918, le truppe portoghesi incontrano numerose disfatte sia sul fronte coloniale che sul fronte europeo. A mano a mano che aumentano le vittime del *Corpo Expedicionário Português*, la guerra inizia a diventare impopolare: il costo della vita si inasprisce, l'offerta di cibo scarseggia e la disoccupazione aumenta. La delegazione portoghese che si presenta alla conferenza di pace di Versailles nel 1919 ottiene come unico guadagno territoriale per la partecipazione alla guerra a fianco agli Alleati vittoriosi un porto in Tanzania che sembra poter essere utile per le rotte commerciali (Rosselli, 2012). Dopo la Prima guerra mondiale il debito pubblico statale aumenta vertiginosamente, il costo della vita triplica, mentre prende forma una classe di *novos ricos* che durante la guerra aveva trovato fortuna nel mercato nero e nel commercio illegale di armi e di materiali preziosi provenienti dall'Africa. La politica economica messa in pratica dal *Partido Democrático (PD)* di Alfonso Costa nel 1919 è improntata specialmente alla crescita industriale, per fronteggiare in maniera celere alla svalutazione dello scudo portoghese generata a causa dell'inflazione. Il PD cerca perciò di proteggere il commercio interno e, stimolando la produzione di beni nelle colonie, tenta di sfruttare al massimo il mercato disponibile. Obiettivo di Costa diviene la

modernizzazione dell'industria nelle grandi città e l'aumento dei salari ai lavoratori, sempre nell'ottica di migliorare le prestazioni e diminuire il malcontento della classe operaia (Vasconcelos, 2009).

Nonostante i tentativi del PD di risollevarne l'economia, il debito pubblico continua ad aumentare e le differenze tra le classi sociali iniziano ad essere esagerate: attorno agli anni '20 si creano due fazioni opposte tra la popolazione, divise a causa delle radicali differenze economiche e sociali (Vasconcelos, 2009). Gli operai, i commercianti e i proprietari delle piccole industrie si rivoltano contro i benefici delle classi dei *novos ricos*, richiedendo allo Stato un aumento delle imposte e del controllo sui negozi da essi intrapresi. Da parte loro i conservatori e la borghesia della nuova classe sociale, che rappresentano una buona parte della popolazione, difendono una politica economica tradizionalista (Ferreira de Sousa, 2009). La figura di Alfonso Costa comincia a perdere l'appoggio della maggioranza, ed il PD si trova a dover governare in collaborazione con partiti alleati, poiché non risulta competente nel gestire da solo il governo: si assiste perciò ad un importante periodo di instabilità politica che non permette l'adozione di misure consistenti contro la crisi.

Il 19 ottobre del 1921 a Lisbona scoppia una rivolta organizzata dal corpo militare, chiamata la "*Noite Sangenta*" (notte di sangue), che porta alle dimissioni dell'allora governatore Liberato Pinto, a cui segue un altro episodio rivoluzionario nell'aprile del 1925; entrambi gli interventi sono preludio del colpo di Stato che avviene il 28

maggio del 1926. Comincia perciò un'era di dittatura militare e si pongono le basi per un regime che durerà fino al 1974: o *Estado Novo*. Il nuovo regime, capeggiato inizialmente da José Mendes Cabeçadas, viene affidato in un secondo momento all'ideatore del golpe, Gomes da Costa (1863-1929). Gomes stesso sceglie come primo ministro e allo stesso tempo ministro delle finanze António de Oliveira Salazar (1889-1970), che guiderà il Portogallo verso il suo più brillante periodo di sviluppo economico (Ferrari, 2020).

Salazar è ricordato per essere riuscito a risollevarne l'economia di un paese ormai in ginocchio, vittima di una situazione politica e sociale disastrosa che perdurava da molti anni. Dopo essersi formato in una istituzione cattolica ed aver studiato alla facoltà di Legge dell'Università di Coimbra, Salazar inizia a circondarsi di letterati appartenenti alle classi più conservatrici e di rappresentanti del clero insoddisfatti delle politiche del governo repubblicano. La sua ideologia basata sul desiderio di cooperazione tra le classi, giustizia sociale e regolamentazione del mercato da parte dello Stato, unito al suo carisma, fanno in modo che al momento del colpo di Stato, nell'instaurare la nuova dittatura, Gomes da Costa lo voglia immediatamente al suo fianco. La politica economica di Salazar si basa essenzialmente sulla lotta contro i consumismi: nel 1928 il ministro emana un decreto che introduce restrizioni sui prestiti, ed impedisce allo Stato di continuare a finanziare le imprese commerciali e le spese relative ai possedimenti coloniali (D'Agostini, 2020). Nel 1932, sotto la presidenza di Oscar di Carmona (1869-1951), Salazar viene rieletto primo ministro

portoghese. É nel 1933 che il Salazar emana quindi la nuova costituzione, che dà vita all'*estado novo* e che presenta come obiettivo fondamentale l'integrazione di tutti i gruppi sociali attraverso le corporazioni. Il diritto di voto viene permesso solo a chi possiede una istruzione elevata ed un determinato livello di reddito. Vengono vietati gli scioperi e le manifestazioni in piazza, ma d'altra parte vengono riconosciuti nuovi diritti ai lavoratori, quali un giorno di riposo nella settimana lavorativa, l'introduzione delle ferie pagate e la maggiorazione sullo stipendio delle giornate lavorative festive e dei turni di notte. Inoltre, i salari dei funzionari pubblici vengono ridotti. Salazar provvede ad un aumento delle imposte per fornire più risorse allo Stato, si impegna nella costruzione di grandi opere pubbliche per garantire più opportunità lavorative ed incentiva le esportazioni. Se da un lato mira ad aumentare le finanze, dall'altro diminuisce le spese relative all'educazione, alla salute e all'assistenza sociale.

L'antiliberalismo, l'antiparlamentarismo e l'anticomunismo sono fondamentali pilastri dell'ideologia del ministro, che permettono di comprendere le scelte politiche effettuate durante il periodo ricoperto da Salazar nella amministrazione delle finanze. In primo luogo, la struttura governativa subisce delle modifiche: il potere viene incentrato nelle mani del Governo e quello del parlamento viene limitato, mentre *l'união nacional* rimane l'unico partito rappresentato nell'Assemblea Nazionale. L'*estado novo* si basa sui valori di "Deus, Pátria e Família", e dà riconoscimento all'uomo come capo famiglia e ad il capo dello Stato

come la più importante figura del panorama politico. Viene sostanzialmente attuata una politica di propaganda del tutto simile a quella di Mussolini nell'Italia fascista: esaltazione della patria, promozione politica nelle scuole, devozione al clero, attuazione di meccanismi repressivi ed incarcerazione di prigionieri politici.

A differenza però del nazismo tedesco e del fascismo italiano, il salazarismo non possiede un contenuto nazionalista o razzista (D'Agostini, 2020). Questo accade anche perché durante quegli anni si stava diffondendo in Portogallo, in Brasile e nelle colonie lusitane il concetto di “luso-tropicalismo”, coniato dal filosofo brasiliano Gilberto de Mello Freyre (1900-1987). Secondo Freyre i portoghesi erano stati l'unico popolo colonizzatore a riuscire ad ottenere una vera e propria “mescolanza” con altri popoli ed etnie, poiché riuscivano ad integrarsi nelle società colonizzate trasmettendo i loro valori culturali e formando una unica e coesa comunità. Questo perché secondo Freyre i portoghesi “non si posero mai domande sulla purezza razziale” (1931). Ovviamente Salazar approva il concetto di luso-tropicalismo e lo utilizza a suo favore come strumento per fomentare la popolazione, inizialmente entusiasta di veder impegnate le forze dell'esercito nelle campagne coloniali. Sul versante europeo Salazar decide di appoggiare Francisco Franco durante gli anni della guerra civile: questa manovra politica risulta essere nuovamente in linea con le ideologie anticomuniste del ministro, poiché Salazar temeva che le ideologie anarchiche e democratiche fomentate dalla guerra civile spagnola potessero diffondersi anche in Portogallo (Ferrari, 2020).

Durante la II Guerra mondiale il Portogallo non interviene nel conflitto. Questa decisione rappresenta la scelta di Salazar di mantenere una linea di neutralità, poiché se da un lato il Portogallo propone l'immagine di una nazione vicina alle spinte dittatoriali (quelle di Hitler e Mussolini), dall'altro non trova vantaggio a schierarsi apertamente con i due stati fascisti e non vuole perdere i vantaggi della storica alleanza con l'Inghilterra.

Le energie militari dello Stato portoghese risparmiate nella Guerra mondiale vengono però impiegate nei conflitti attivi nelle colonie. Dal 1936 le colonie iniziano a ribellarsi alla sottomissione portoghese, tanto che in Mozambico, Angola, Guinea-Bissau ed in India Salazar è costretto ad inviare ingenti corpi militari per placare le ondate rivoluzionarie. Questo interventismo forzato genera però un forte malcontento nella popolazione, sia perché richiede un importante utilizzo di finanze, di munizioni e di uomini, sia perché l'ideologia del luso-tropicalismo sta lentamente affievolendosi innanzi alle notizie delle dichiarazioni di indipendenza concesse ad altri Stati colonizzati dalla Francia e dalla Gran Bretagna. Inoltre i movimenti di liberazione nazionale delle colonie trovano l'appoggio di armate inviate da Cuba, dalla Cina e dell'Unione Sovietica.

Le guerre coloniali portano il Portogallo ad una forte crisi finanziaria, che contribuisce al deterioramento delle condizioni di vita della popolazione. Molti portoghesi in quegli anni decidono di migrare in Francia ed in Germania, abbandonando uno Stato che investe il 32% delle risorse nelle azioni militari e che

non è più in grado di andare incontro alle esigenze di una popolazione stanca della povertà e delle differenze sociali (Rui Sousa, 2009). A seguito di un incidente, Salazar si ritira dalla vita politica nel 1968, dopo 34 anni di servizio alla nazione. Morirà poi nel 1970, ed in pochi anni le forze coloniali si ritireranno completamente dai territori conquistati, lasciando spazio ai movimenti indipendentisti attivi nei vari paesi.

Il quadro desolante della salute pubblica all'inizio del 1900 è aggravato dalla entrata delle truppe portoghesi nella Prima guerra mondiale: carenze alimentari, diffusione di epidemie di tifo e tubercolosi nell'esercito, difficoltà di trovare medici ed infermieri disponibili anche nella popolazione civile, rendono l'intervento dello Stato ancora più necessario.

Benché il sistema di distribuzione delle cure, durante la guerra, risieda ancora nei distretti municipali e sia ancora affidato ai *medicos de partido*, la mancanza di fondi erogati dal governo da destinare alla sanità porta in breve tempo ad un maggiore sviluppo della medicina privata. I medici arrivano addirittura a non richiedere più finanziamenti statali poiché si trovano a poter esercitare in privato le prestazioni che non vengono più assicurate dal sistema pubblico. Questo stato di indifferenza che si crea attorno alla questione della amministrazione della sanità pubblica porta le istituzioni portoghesi a sviluppare un ritardo notevole rispetto a Francia, Gran Bretagna e Spagna riguardo all'evoluzione del sistema sanitario (Huertas, 1995).

Durante i primi anni del salazarismo la fondazione Rockefeller tenta di stipulare accordi anche con il Portogallo, così come aveva fatto con la Spagna, per cercare di prevenire le problematiche legate alla malaria, al tifo ed all'elevato tasso di mortalità infantile. Purtroppo la tipologia di assistenza sanitaria proposta dal Portogallo durante gli anni Trenta lascia scontenta la fondazione americana: mentre gli obiettivi della Rockefeller miravano all'intervento crescente del Governo nei servizi di salute pubblica, quelli dello Stato portoghese erano orientati al corporativismo, alla privatizzazione e ad una generale indifferenza verso il controllo fiscale (Ribeiro de Meneses, 2011). Nel 1941 la fondazione si ritira dal Portogallo, definendolo il paese più arretrato del mondo in termini di salute pubblica.

Nel frattempo nel 1934, durante il primo *Congresso da União Nacional*, viene discusso per la prima volta il tema della *Medicina Social*, decantata come il fondamento dell'intera organizzazione sanitaria e l'unica dottrina in grado di riuscire ad assestare le basi scientifiche per il progresso dell'*Estado Social*. Per questo motivo risulta di fondamentale importanza la presenza della medicina preventiva, “*costituita dal controllo di tutte le misure di sanificazione, di educazione della popolazione e di assistenza ai bisognosi e alle loro famiglie, e quindi capace di difendere direttamente ed in maniera universale la salute dei cittadini*” (Baretto, *Congresso da União Nacional*, 1934). A conclusione del Congresso si gettano le

basi per la creazione di organizzazioni di assistenza medico-sociale incentrate sulla lotta contro la tubercolosi, il cancro, i problemi psicofisici, le malattie veneree, l'alcoolismo e la lebbra. Tali organizzazioni iniziano a prendere forma a Coimbra, ad Oporto e a Lisbona, sotto il nome di *Centros de medicina preventiva*. La Legge numero 1886 del 1935 rappresenta il primo tentativo del governo portoghese di instaurare nel paese un sistema di *Seguros sociais obrigatórios*, corrispondente ai modelli allora in vigore in molti paesi europei. Questa Legge determina le basi della previdenza sociale che, tendenzialmente, avrebbe dovuto tutelare i lavoratori del settore del commercio, dell'industria e dei servizi in ambito di invalidità, vecchiaia, malattia. La gestione viene affidata alle *Caixas de previdência* (União Nacional, 1935). La posizione di Salazar rispetto al controllo statale delle istituzioni sanitarie è da sempre sfavorevole. Nel 1937 il dittatore stesso emana un decreto (27610/1937) nel quale si impegna nella riforma dei servizi di assistenza, secondo cui l'unico modo per poter garantire una sanità efficace e ben distribuita nel territorio è quello di rilanciare e sviluppare il mercato privato, poiché egli definisce l'istituzione pubblica come un ente burocratizzato ed inerte, incapace di rispondere ai reali problemi della popolazione. Secondo Salazar l'unica motivazione che spinge lo Stato a continuare ad investire risorse nel sistema pubblico è dovuta alla responsabilità di quest'ultimo di garantire, tramite opere di beneficenza e carità, assistenza ai più bisognosi (Salazar, 1937). Una delle prime misure attuate dall'*estado novo* in materia di assistenza è infatti quella che regola il

trattamento dei pazienti poveri negli ospedali, dove per povero si intende un soggetto che può anche essere un lavoratore ma che non possiede i mezzi necessari per rivolgersi al privato (Ferrari, 2020). Secondo Salazar chiunque acceda all'ospedale deve pagare la propria degenza: nei confronti dei ricchi la tassazione può essere più alta, mentre i poveri possono chiedere un aiuto economico ai familiari, alle associazioni, alle organizzazioni private di prestito, e solo infine allo Stato o al territorio di appartenenza. Allo stesso modo i malati di tubercolosi o di lebbra non hanno motivo di essere assistiti nell'ospedale civile, ma piuttosto nelle *Casas* diffuse nei territori e a spese dei municipi stessi. Per prevenire l'alta affluenza di poveri (o meno poveri) negli ospedali statali, il decreto impone altresì, a coloro che possiedono un lavoro in una realtà circoscritta in una corporazione, di stilare una assicurazione privata che possa coprire loro le spese in caso di degenza (Fernandes, 2008).

Durante la Seconda guerra mondiale il Portogallo non solo soffre dei problemi relativi alla povertà e alla carenza di provvigioni, all'inflazione e all'aumento delle malattie infettive, ma anche di una pesante sfiducia sociale e politica nei confronti del ministro. Per rispondere alla situazione di sfiducia, nel 1944 Salazar procede ad una vasta modernizzazione del governo (*Revolução de Setembro*), e tra i diversi obiettivi si propone di aumentare i finanziamenti statali rivolti alla sanità. A partire da questi anni il sistema sanitario portoghese inizia il suo percorso di avvicinamento

ai modelli europei di assistenza sanitaria (Fernandes, 2008). Nel 1944 viene pubblicato l'*Estatuto da Assistência Social*, documento nel quale viene rivendicata la distinzione tra l'assistenza ufficiale (finanziata dallo Stato e dalle varie comunità) e quella particolare (finanziata dal privato o dalla corporazione). Qualora in un distretto il commissariato noti una carenza di assistenza ufficiale sociosanitaria, lo Stato deve intervenire aumentando i finanziamenti agli enti di beneficenza, alle associazioni e alle fondazioni particolari. Queste ultime due realtà offrono, nel dettaglio, copertura assistenziale ai soci o ai famigliari dei partecipanti (*Diário do Governo, 1944*).

Nel 1946 il Portogallo aderisce all'OMS (Organizzazione mondiale della sanità): questo significa che la nazione riconosce la salute come un fondamentale diritto di tutti gli esseri umani, senza distinzione di condizione economica o sociale (Constitution of the World Health Organization, 1946). Almeno formalmente il Portogallo si impegna nella costituzione di un apparato sanitario improntato sulla organizzazione statale della sanità. Per questo motivo aderisce alla fondazione e alla organizzazione della Caritas (1946, Lisbona) che collabora con associazioni private, civili e religiose sia nazionali che straniere, e alla Croce Rossa (1950, Lisbona). Inizialmente la *Cruz Vermhela* nasce come associazione laica, ma in poco tempo viene inglobata dalla Chiesa cattolica, il che le permette di disporre di un buon finanziamento e di collaborare con altre realtà internazionali (Abreu, 2017).

Nel 1957, Coroliano Ferreira (1916-1996), abile amministratore nella sanità e

professore universitario, pubblica un articolo intitolato “*Assistência Social Portuguesa*” nel quale riassume dal punto di vista storico e organico la assistenza sociale in Portogallo, che viene perciò definita:

- Integrale, perché si interfaccia verso tutti i tipi di disagio (sociale, fisico, morale, economico, comunitario).
- Costruttiva, perché oltre a rimediare al disagio, mira al perfezionamento dell'individuo.
- Preventiva e Sociale.
- Accompagnata dall'intervento dello Stato.
- Distinta dalla previdenza e dalla sicurezza sociale. La previdenza riguarda la copertura dal rischio per alcune categorie professionali; la sicurezza tutela ogni cittadino, senza considerare tipologie lavorative o classi assicurative, ed è un diritto soggettivo; la assistenza infine crea responsabilità nell'individuo e concede una aspettativa morale di aiuto (Ferreira, 1957).

Nel 1959 con il Decreto-legge numero 42210 si afferma la struttura definitiva del *Ministério da Saúde e Assistência*, la cui prima preoccupazione risulta essere quella di stabilizzare il funzionamento e l'amministrazione ospedaliera. All'inizio degli anni Sessanta l'ospedale è considerato elemento centrale del sistema di salute: secondo l'ideologia della nuova *Regionalização hospitalar* (Regionalizzazione ospedaliera), l'ospedale è suddiviso in vari distretti che cooperano e che si suddividono le responsabilità territoriali. L'assistenza ospedaliera di ogni zona deve

essere garantita dall'ospedale centrale (A Nord del Portogallo a Porto, nel Centro a Coimbra e a Sud a Lisbona), regionale (nella capitale del distretto) e sub-regionale, e da consultori e pronto soccorso, centri di convalescenza e reparti di degenza. A partire dagli anni Cinquanta gli ospedali presentano una amministrazione interna sorvegliata da funzionari dipendenti della *Comissão de Construções Hospitalares* (Bonin, 2018), una commissione dipendente dal Ministero delle Opere pubbliche istituita nel 1947 con compiti organizzativi, di promozione, direttivi, assicurativi, assistenziali e finanziari. Solo nel 1961 viene fondata la *Direcção-Geral dos Hospitais*, con compiti di amministrazione e gestione generale delle istituzioni ospedaliere statali.

All'interno dell'ospedale il medico lavora inizialmente in maniera gratuita o a bassissimo tariffario, principalmente per poter apprendere sul campo e poi poter riproporre privatamente le prestazioni erogate nei reparti (Bonin, 2018). Nonostante l'istituzione dell'*Ordem dos Médicos* nel 1938 e il conseguente sviluppo di un codice deontologico e una carta dei diritti, i laureati in medicina in Portogallo tardano più dei colleghi di qualsiasi altro Stato europeo, a conquistare un onorario dignitoso (Pinto, 2000). La professione medica durante gli anni del salazarismo si riduce per molti dottori ad una forma lavorativa semi-burocratica, tutta dedita a stilare rapporti per i distretti, costruire mappe ed elaborare statistiche, e spesso la scelta di intraprendere tale carriera si basa sull'intenzione di acquisire prestigio sociale. A tal proposito risulta di fatto obbligatorio per il medico, per arrotondare il

misero stipendio statale, esercitare anche nel privato (Ferreira de Sousa, 2009). Mentre nel resto d'Europa il numero di medici e di specialisti cresce durante i primi anni del post-guerra, in Portogallo la professione medica non risulta essere attraente ed il numero di professionisti attivi rimane costante per un lungo ventennio (Pinto, 2000). A partire dagli anni Cinquanta, intensi movimenti di protesta fomentati dall'*Ordem* e da giovani medici portano a stilare un documento che riassume le profonde frustrazioni della classe medica, unito ad un insieme di proposte che poi verranno riconsiderate nella promulgazione del Servizio Nazionale di Salute, nel 1979. Nei fatti, fino a quella data, non si riscontrano grandi cambiamenti nella gestione della classe medica. Anzi, con lo scoppio della Guerra coloniale (1961), molti giovani medici sono costretti a partire e questo diminuisce ulteriormente la già scarsa presenza dei professionisti negli ospedali; quelli rimasti nei reparti, a causa della crisi, assistono ad un'ulteriore decurtazione del salario (Pinto, 2000).

È alla fine degli anni Sessanta che si rende necessario un ingente rinnovo dell'apparato sanitario. Questo perché, oltre alle problematiche riguardanti la insufficiente distribuzione di cure e servizi a livello territoriale, la carenza di medici e gli scarsi finanziamenti statali, la popolazione comincia ad interessarsi al proprio diritto alla salute, alla previdenza sociale e alla sostituzione della medicina privata con una medicina sociale ed organizzata. In questo senso la medicina ospedaliera, di tipo caritativo e destinata ai più bisognosi, deve passare ad essere garantita ed

offerta a pazienti di ogni classe sociale (Almeida, 2017). Alla fine degli anni Sessanta quindi il sistema di salute portoghese risulta essere molto frammentato: alcuni grandi ospedali centrali, una intensa rete di ospedali regionali amministrati per lo più dagli organi ecclesiastici responsabili delle *Misericordias*, ambulatori medici della Previdenza sociale e municipale, una estesa rete di servizi privati. La capacità di finanziamento dello Stato verso i servizi pubblici risulta essere molto limitata nel 1970: rappresenta appena il 2,8% del PIL (OCDE Health data, 2006).

3.3 Dagli anni Settanta ai giorni nostri

Nel 1968 Salazar viene sostituito al governo del paese da Marcello Caetano (1906-1980). Nonostante i tentativi del nuovo ministro di continuare sulla linea politica dell'*estado novo*, il regime, ormai divenuto impopolare, viene capovolto dalla *Rivolução do Cravos* (Rivoluzione dei garofani) nel 1974.

Le conseguenze immediate della caduta dell'*estado novo* sono (Ferrari, 2020):

- la fine della guerra coloniale e la proclamazione d'indipendenza delle colonie portoghesi in Africa (Guinea-Bissau, Mozambico, Capo Verde, Saõ Tomé e Príncipe, Angola);
- il ritorno di migliaia di soldati dalle colonie e degli esiliati politici di Salazar;
- la proclamazione di un governo provvisorio di stampo democratico presidiato da Antônio Spínola (1910-1996), che dopo essere salito al potere mediante elezioni libere inizia a formulare la nuova Carta Magna (1975);

- la approvazione della nuova Costituzione portoghese nel 1976;
- l'inizio dell'iter per l'entrata del Portogallo nella Comunità Economica Europea (CEE), avvenuta nel 1986 (la quale regola il meccanismo di funzionamento della economia e del mercato del lavoro e la privatizzazione delle imprese nazionali, riducendo il peso dello Stato nel sistema produttivo).

Negli anni Settanta si assiste ad uno sviluppo dell'economia nel settore terziario e nell'industria che porta ad un aumento rilevante della concentrazione della popolazione urbana, a discapito di una diminuzione della produttività del settore primario e dell'abbandono delle zone rurali. Le spinte democratiche del governo portano ad un cambio di contesto sociopolitico rilevante: si sviluppano molte organizzazioni sociali e politiche indipendenti, si assiste per la prima volta al suffragio universale (1975), il numero degli elettori aumenta (Pinto, 2000). Per riequilibrare il proprio bilancio finanziario, molte imprese di piccole e medie dimensioni sono costrette a cedere la gestione allo Stato, che in quegli anni detiene l'amministrazione di più di 300 ex-imprese private. Questo accade perché dopo la fine delle guerre nelle colonie, la forte ondata migratoria dei *retornados* e di molti immigrati africani genera uno sproporzionato aumento della popolazione che porta inevitabilmente ad un aumento della disoccupazione. La progressiva apertura del Portogallo al mercato europeo si riflette nella ingente esportazione di risorse e nel numero crescente di concessioni di investimenti stranieri nei territori portoghesi.

Il primo Ministro del nuovo Stato democratico dopo la rivoluzione del 1976 è Mario

Soarez (1924-2017), il quale era stato esiliato in Francia da Salazar dove aveva fondato il Partito Socialista portoghese, in contrapposizione al Partito Comunista. Egli presiede la carica in due occasioni (1976 e 1983) sino a diventare presidente della Repubblica nel 1986. La presenza di Soarez al governo intensifica, da un lato, i rapporti con gli Stati Uniti, specialmente dal punto di vista economico, e dall'altro le trattative di pace con gli stati del Medio Oriente (Pinto, 2000).

Durante il governo di Soarez, l'entrata del Portogallo nella CEE (1986) genera una fase di vivace sviluppo, che innalza il tasso di incremento del PIL al 3% annuo (OECD,2006). Merito della crescita del PIL è anche la contemporanea e crescente liberalizzazione dell'economia nazionale, che in quel periodo punta sulla iniziativa privata e sulla ulteriore apertura degli investimenti esteri. Nel 1989 si prosegue con la privatizzazione delle terre nazionalizzate nel 1975 e si propongono manovre deflazionistiche (Bonin, 2018).

Nel 1994 il Partito socialdemocratico di Cavaco Silva (primo ministro dal 1985 e poi Presidente della Repubblica nel 2006 e nel 2011) lascia posto al Partito socialista di António Guterres (segretario generale dell'ONU dal 2017) che elegge come Capo di Stato Jorge Sampajo (1939-2021). Il PS (Partito Socialista) perciò consolida la propria presenza al potere durante tutti gli anni Novanta e nella prima decade del nuovo millennio: Sampajo viene rieletto Presidente della Repubblica con maggioranza assoluta nel 2006.

Durante gli anni Novanta lo sviluppo economico prosegue ininterrotto e si

manifesta con un miglioramento della qualità di vita della popolazione, generata da un aumento dell'interesse del governo verso lo sviluppo del settore terziario. Questo avviene grazie soprattutto ai tentativi del governo democratico di stare al passo con le altre nazioni europee dopo l'entrata nella Unione Economica e Monetaria nel 1981. Nonostante venga registrato un invecchiamento progressivo della popolazione, aumenta il tasso di occupazione rispetto alla decade precedente, che segna un aumento del 25% per le donne e del 5,6% per gli uomini. Molti portoghesi acquistano casa, il tasso di scolarizzazione aumenta, si assiste ad un generale aumento dei consumi e alla espansione del mercato delle telecomunicazioni, del settore musicale e della moda (INE Censos, 2001).

Per un breve periodo in Portogallo ritorna al potere il PSD (Partito Social Democratico) con José Manuel Durão Barroso (primo ministro dal 2002 al 2004). Il ministro stipula una alleanza con il Partito Popolare di destra, ma nonostante la coalizione il PSD non riscontra un gran successo alle elezioni del 2006, poiché proprio in quegli anni il Portogallo viene richiamato ufficialmente dall'Unione Europea a causa dell'entità del proprio deficit statale. Nel tentativo di riportare il bilancio entro i limiti del patto di stabilità, Barroso vara una politica di tagli drastici alla spesa impiegata nel settore sociale ed un ampio piano di privatizzazioni nel settore dell'industria agro-alimentare ed energetica (Bonin, 2018).

Dal 2006 fino al 2019 al potere si succedono una serie di governatori (José Socrates, Cavaco Silva, Pedro Passos, Rebelo de Sousa, Antonio Costa) i quali, tra elezioni

anticipate e mozioni di sfiducia da parte degli oppositori, non riescono a dare stabilità economica e sociale al paese.

Al momento Rebelo de Sousa è al potere a capo del Partito Socialista affiancato da Antonio Costa. Il PS ha ottenuto il 38,2% dei consensi in parlamento nelle elezioni del 2021 (INE Censos, 2021). Dopo aver formato un governo di minoranza, Costa è stato il principale fautore di politiche espansive in sede di Unione Europea per combattere la crisi economica (Rui Sousa, 2009). Dal 2004 ad oggi le attività produttive ed i servizi hanno conosciuto un crescente sviluppo sia per l'aumento dell'occupazione in tali settori sia per l'aumento del reddito generato. L'inflazione rimane relativamente stabile a causa del persistere del deficit pubblico, che tuttora si mantiene al di fuori dei limiti del Patto di stabilità europea, mentre diminuisce l'interesse dimostrato verso la competitività internazionale (IMD Data, 2014).

I fattori determinanti l'evoluzione del sistema sanitario portoghese sono molto complessi poiché mutano continuamente sotto la spinta delle differenti pressioni generate dal governo. Secondo il Professore e Coordinatore della *Escola Superior de Enfermagem* di Porto, Paulino Artur Ferreira de Susa, l'evoluzione delle politiche riguardanti il *Sistema de Saúde Português* (SSP) avviene in maniera significativa specialmente negli ultimi 30-35 anni.

Si possono quindi associare periodi distinti che corrispondono a differenti “agende politiche” volute dai governi (Ferreira de Susa, 2009):

- Prima del 1970: sistema di salute molto frammentato.
- Dal 1970 al 1985: creazione e stabilizzazione del Serviço Nacional de Saúde (SNS).
- Dal 1985 al 1995: periodo di forte espansione del SNS attraverso una rete più ampia di prestatori di servizi sia nel pubblico che nel privato, a cui segue la creazione di nuovi ospedali.
- Dal 1995 al 2002: tentativi di riforma per la gestione e l'organizzazione dei servizi sociosanitari, per la aziendalizzazione degli istituti di salute.
- Dal 2002 ad oggi: riorientamento delle politiche definite precedentemente, adattate ad un contesto sociale moderno.

La situazione antecedente al 1970, come precedentemente analizzato, è quindi caratterizzata da una elevata frammentazione del SNS e, nonostante la presenza nelle istituzioni di funzionari amministrativi inviati dalla *Comissão de Construções Hospitalares* e la crescente attenzione rivolta dallo Stato alla sanità pubblica, le prestazioni continuano ad essere in prevalenza di tipo caritativo. La rivoluzione democratica del 25 aprile del 1974 e la nascita della *Constituição* nel 1976 rappresentano il punto di svolta per l'intervento dello Stato nella definizione della politica di salute e nella sua pianificazione. Viene riconosciuto, inoltre, il diritto alla salute ad ogni cittadino: lo Stato si proclama garante e responsabile per la concretizzazione di tale diritto previsto nella Costituzione stessa. Nel 1979, per coronare tale proposito, viene emanata la *Lei do Serviço Nacional de Saúde*

(*Ministerio de Saúde, Lei 56/79*), attraverso la quale si crea il SNS e si pianifica una copertura più estesa, equa e gratuita del servizio di salute. Riguardo la gratuità, nella stessa Legge viene sottolineata la possibilità di introdurre da parte dello Stato delle “tasse moderatrici” al fine di razionalizzare l'utilizzazione delle prestazioni. Secondo la *Lei 56/79* l'accesso al SNS deve essere garantito a tutti i cittadini portoghesi, europei e ai rifugiati politici, indipendentemente dalla situazione sociale ed economica.

Il SNS è organizzato attraverso una struttura decentralizzata che comprende gli organi centrali, regionali e locali, e dispone di servizi dislocati che offrono ai cittadini prestazioni di assistenza primaria attraverso i *centros comunitários de saúde* (gestione di problemi cronici, assistenza domiciliare, medicina di famiglia, centri di promozione della salute e prevenzione) e differenziata (Ospedali geriatrici, pediatrici, neurologici ed altri ospedali specializzati) (SPMS, 2021).

Il processo di implementazione dei *centros de saúde* dura tutta la decade finché, a partire dalla seconda metà degli anni Ottanta, l'attenzione viene focalizzata sul tentativo di migliorare l'accessibilità ai servizi stessi. A tal proposito il Decreto legislativo 57/86 regola le condizioni di esercizio del diritto di accesso al SNS: il cittadino può usufruire dei servizi erogati dal SNS in maniera gratuita nei limiti della richiesta o della offerta proposta dalla Istituzione e, qualora sia necessario, viene imposta una tassa destinata a moderare le spese statali, generata inoltre per evitare utilizzi irragionevoli delle risorse pubbliche. Nel 1988 viene approvato un

decreto relativo alla regolamentazione della gestione ospedaliera (decreto numero 19/88), per enfatizzare la necessità della introduzione di principi aziendalistici nel SNS in un quadro di integrazione delle attività ospedaliere nella economia del paese. Vengono perciò ridefinite le funzioni degli organi di amministrazione, si identifica il profilo professionale necessario per la gestione ed il funzionamento dell'esecutivo, si introducono metodologie di gestione tipiche del settore privato e si rafforzano i controlli sugli indicatori di performance (*Ministério da Saúde*, 2020).

L'adesione alla CEE (Comunità Economica Europea, ora Unione Europea) nel 1986 permette al Portogallo l'accesso ad un ingente finanziamento europeo utile per lo sviluppo delle infrastrutture sociali ed economiche, tra le quali quelle relative alla salute. Ritorna perciò ad essere possibile l'espansione delle istituzioni e l'innovazione delle strutture già presenti.

Una delle riforme più importanti attuate dalla sanità portoghese si può identificare nella *Lei de Bases de Saúde* (Legge 48/90). Per la prima volta si identifica la salute non solo come un diritto, ma come una responsabilità congiunta dello Stato, del cittadino e della società. Lo Stato passa ad essere il promotore principale nell'erogazione e la promozione dei servizi, ma è libero contemporaneamente di stipulare accordi con entità private (con o senza scopo di lucro), che appoggia finanziariamente. In questo senso i cittadini e le entità pubbliche o private devono collaborare e cooperare per la creazione di condizioni che permettano l'esercizio del diritto alla protezione della salute e all'adozione di corretti stili di vita.

Con la pubblicazione della *Lei de Bases de Saúde* e dell'*Estatuto do SNS* (Decreto-legge 11/93) il SNS si riconfigura su più livelli che corrispondono ad altrettanti apparati sanitari: il SNS, costituito da tutte le istituzioni ed i servizi prestati ai cittadini da parte del Ministero della Salute; un Sub-sistema di salute pubblica di appoggio, composto da entità pubbliche che propongono attività di promozione della salute, prevenzione e trattamento; le entità private ed i liberi professionisti che stipulano accordi con il SNS.

Per migliorare l'efficacia e l'efficienza nel settore della salute il Decreto rende ulteriormente chiara la necessità di intervenire a regolare l'apparato organizzativo e gestionale. Questo avviene grazie alla emanazione di un documento nel quale viene illustrata la possibilità da parte degli enti pubblici di salute di essere amministrati da enti privati e nel quale inoltre viene proposta una suddivisione territoriale in *Unidades funcionais*. Queste vengono rappresentate in cinque regioni amministrative distinte in base al servizio offerto (centri comunitari, centri specializzati, unità generali di salute pubblica, unità generali di servizi sociali, unità di appoggio per la gestione e la logistica) che hanno come obiettivo l'integrazione tra l'assistenza primaria e specializzata nel territorio (SOMASU, 1993).

A partire dal 1995 il paese conosce un periodo di relativa instabilità politica, dove governi appoggiati da un solo partito vengono supportati da una minoranza parlamentare. Questo clima politico incerto non permette di proseguire con grandi riforme nemmeno nel campo sanitario, per il quale viene adottato un sistema di

riforma “cauto”. Si procede quindi sino al nuovo millennio con proposte e tentativi di attuazione di nuove strategie di aziendalizzazione delle imprese pubbliche, caratterizzati dalla presenza di nuove forme di gestione più flessibili ed autonome. Si assiste ad una serie di progetti sperimentali orientati alla riorganizzazione della sanità, quali ad esempio l'attuazione del sistema di remunerazione associato alla disoccupazione, l'adozione di nuove tipologie contrattuali, l'utilizzo di sistemi informatici volti ad aumentare la qualità e la velocità di erogazione dei servizi (Ferreira de Sousa, 2009).

Nel 1996 le Amministrazioni regionali della salute propongono un progetto relativo alla formazione di *Agências de contratualização* (Agenzie di contrattazione), destinate alle competenze di tipo finanziario.

Nei primi anni del ventunesimo secolo la più importante riforma riguardante il SNS concerne il *Cuidados de Saúde primario*, vale a dire l'assistenza sanitaria di base. La Riforma del 2005 è improntata al miglioramento del sistema di accesso alla sanità e della soddisfazione generale riguardo ai servizi, sia da parte dei pazienti che da parte dei soggetti che vi lavorano. Con essa viene perfezionata l'organizzazione delle Unità di erogazione dei servizi nei territori dei centri geriatrici, di medicina di base, dei consultori, dei centri d'accoglienza e per la promozione e tutela della salute (Fernandes, 2008). A seguito della crisi economica del 2008 il Portogallo attraversa un periodo di austerità che colpisce anche il settore della salute. Il taglio ai finanziamenti si ripercuote specialmente nel settore sociale,

con la diminuzione dei servizi offerti dalla assistenza pubblica: poiché le categorie più vulnerabili della società (ad esempio anziani, disabili, cittadini con basso reddito) non possono più usufruire delle prestazioni dello Stato e rinunciano a rivolgersi alle istituzioni private, si assiste ad un generico calo della qualità di vita e del benessere nella popolazione (OPSS, 2016). Con l'intenzione di rafforzare le attività di investigazione per la protezione, promozione e miglioramento della salute dei cittadini, il Ministero della salute emana nel 2014 un decreto che dà vita al FIS (*Fundo para a Investigação em Saúde*) (decreto 110/14).

Secondo alcuni dati del FIS (2017) la speranza di vita dei cittadini portoghesi è aumentata dal 1990 al 2016 di 7,1 anni per le donne e 6,1 per gli uomini (la speranza di vita in buone condizioni di salute si è alzata a 72,3 anni per le donne e 68,7 anni per gli uomini) e le principali cause di invalidità incorrente in età adulta si riscontrano in patologie tumorali e cardiovascolari. Nel 2017 sono state registrate più di un milione di persone con più di 75 anni di età, in una popolazione totale di 10,3 milioni di persone (INE, 2018). Le vaccinazioni, implementate per la prima volta nel 1965, hanno aiutato a debellare patologie come la varicella, la difterite, il tetano, il morbillo e la rosolia, e negli anni più recenti la meningite, il pneumococco ed il cancro del collo dell'utero (DGS, 2018). Il Portogallo investe il 9 % del PIL totale per le spese sanitarie (Dati Eurostat OECD, 2017).

Per quanto riguarda lo stile di vita della popolazione, è stimato che il fattore di rischio più rilevante che causa morte prematura è legato al consumo di alcool e

droghe e ad una dieta poco equilibrata che causa obesità e problemi cardiovascolari (FIS, 2017). Nel 2016 i dati Eurostat relativi alla qualità percepita dai cittadini sulla erogazione dei servizi offerti dal sistema sanitario registrano un punteggio di 6,8 su 10 (da pessima a massima qualità percepita), dove la media europea è di 7,3.

CAPITOLO 4

Storia delle politiche sanitarie in Grecia

4.1 Le guerre balcaniche e la Prima guerra mondiale

Con la caduta di Costantinopoli per mano degli Ottomani, nel 1459, si può considerare conclusa l'epoca della Grecia antica, conosciuta come "culla della civiltà occidentale". Il popolo ottomano, di origine turca, domina la Grecia sino ai primi decenni del XIX secolo. Le prime guerriglie indipendentistiche fomentate dalla popolazione greca contro la dominazione ottomana iniziano nel 1821 e si concludono nel 1827 con la battaglia di Navarino, che porta alla distruzione della flotta Egiziano-Ottomana nei pressi di Patrasso. La fine della guerra e l'autonomia greca vengono sancite con il trattato di Adrianopoli nel 1829 sotto il protettorato di Francia, Gran Bretagna e Russia. La Grecia si unifica sotto un ordinamento repubblicano presenziato da Giovanni Capodistria. Nel 1831 il governatore viene assassinato e le potenze protettrici utilizzano il pretesto dell'episodio antirepubblicano per instaurare una monarchia governata da Ottone di Baviera. Nel 1843, sotto le spinte rivoluzionarie, quest'ultimo concede una nuova Costituzione e una assemblea amministrativa che rappresenta il popolo (Clogg, 1998). Nel 1863 prende il posto di Ottone Giorgio I di Grecia, il quale annette alcuni territori al regno, quali le isole Ioniche, la Tessaglia e Volos. Dal 1877 al 1897 Charilaos Trikoupis e Theodoros Dilighiannis si alternano al potere. Essendo il primo un governatore di

stampo liberale ed il secondo un conservatore, il paese conosce un periodo caratterizzato da politiche liberali e da atti belligeranti volti ad eliminare la presenza dei Turchi al confine.

Tra il 1870 ed il 1912 nella Grecia settentrionale viene combattuta su più fronti la *Makedonikòs Agònas* (Lotta Macedone), per la liberazione dei territori dal dominio ottomano. I comitati rivoluzionari, composti da giovani bulgari patriottici chiamati *komitadzides*, passano allo scontro armato nel 1904. A seguito della rivoluzione dei Giovani Turchi avvenuta a Salonicco (nel 1908), le autorità ottomane, consapevoli che la popolazione greca non era stata del tutto responsabile degli attacchi al potere da parte dei *komitadzides*, concedono un'amnistia ai combattenti. Per la liberazione dell'intero territorio settentrionale dalla dominazione ottomana bisognerà aspettare il 1913, con la fine della Prima guerra balcanica.

Le *Valkaniki pòlemi* (Guerre balcaniche) sono due guerre combattute nell'Europa Sud-Orientale nel 1912-1914 nel corso delle quali le fazioni coinvolte hanno prima sottratto i territori macedoni e della Tracia agli Ottomani, poi combattuto tra loro per spartirsi le terre conquistate. Le fazioni interessate compongono la cosiddetta Lega Balcanica, e sono Grecia, Regno di Bulgaria, Regno del Montenegro e Regno di Serbia (Ivetic, 2006). Alla origine dei conflitti balcanici altre grandi potenze europee mostrano interessi su questi territori. La Russia vuole sfruttare la coalizione antiturca per ottenere la leadership indiscussa tra le popolazioni slave, anettere i territori dei Dardanelli e del Bosforo per poter avere uno sbocco sul Mediterraneo

e sull'Adriatico. La Francia e la Serbia sono anch'esse animate da interessi finanziari ed economici (specialmente la Serbia che vuole anche espandersi nei Balcani ed anettere nuovi territori). La Germania e l'Austria, che possiedono giacimenti in Turchia, vedono nella fratellanza con la Bulgaria la possibilità di ampliare le proprie vie commerciali attraverso il grande asse ferroviario che collega Berlino con Baghdad (Ivetic, 2006).

Nel 1912 la Lega balcanica attacca gli Ottomani in Macedonia (Prima guerra balcanica), con l'appoggio di truppe russe e francesi. Il Trattato di Londra del 1913 prevede la concessione della Tracia alla Bulgaria e l'accesso all'Egeo. Alla Serbia viene bloccato l'accesso al mare Adriatico perché l'Austria e l'Italia, che ovviamente mirano al controllo dello sbocco, durante il Trattato di Londra rivendicano la sovranità sullo Stato "fantoccio" del principato di Albania, utile soltanto a sbarrare la strada del commercio alla Serbia e alla Russia.

La seconda Guerra balcanica scoppia nel 1913 quando la Bulgaria attacca la Serbia, non essendo stato raggiunto un accordo in merito alla spartizione del territorio macedone. La Serbia è alleata con la Grecia, la Romania e la Turchia, e la resistenza bulgara dura ben poco. Con la pace di Bucarest del 1913 Adrianopoli ed una gran parte della Tracia tornano ai turchi, l'Albania diventa indipendente dal dominio austro-italico, la Romania annette i territori di cui era interessata mentre la Grecia e la Serbia si spartiscono la Macedonia.

Concluse in questo modo, le due guerre lasciano i Balcani in un assetto non

definitivo riguardo alla situazione geopolitica della penisola: proprio questa instabilità sarà la causa della scintilla che darà luogo alla Prima guerra mondiale.

Intanto in Grecia Eleftherios Venizelos (1864-1936), primo ministro greco nel 1910 e a capo del partito *Komma Fileleftheron* (Partito dei liberali), si impegna nella riunificazione dei territori greci e nella riorganizzazione delle questioni economiche, politiche e nazionali del paese. Nel 1911 procede alla revisione della Costituzione mirando alla implementazione delle libertà individuali, al perfezionamento della funzione del parlamento, all'introduzione dell'istruzione elementare obbligatoria e alla restaurazione del Consiglio di Stato (Clogg, 1998).

L'obiettivo delle riforme è quello di migliorare il sistema di sicurezza sociale ed aumentare il sistema produttivo del paese: per pervenire a questo scopo il Ministero dell'Economia Nazionale, creato nel 1911, promuove una serie di Leggi per la tutela dei lavoratori. Viene vietato il lavoro minorile e quello notturno per le donne, si procede con la regolazione dell'orario lavorativo settimanale e delle vacanze domenicali. Inoltre, viene permesso l'associazionismo di tipo sindacale (Papastefanaki, 2011).

Quando scoppia la Prima guerra mondiale, il Re Costantino cerca di mantenere la neutralità (in quanto filo austriaco cresciuto in Germania) ma Venizelos, che aveva ormai ampio consenso in parlamento, spinge per intervenire a fianco degli Alleati, che promettono l'annessione dell'Asia Minore e di Creta alla Grecia. Il sogno di Venizelos è quello di riportare la Grecia ad essere Magna, ovvero di riconquistare i territori che appartenevano alla Grecia antica. A causa di queste

divergenze di opinioni da parte del primo ministro e del Re, mentre a Salonicco Venizelos organizza il *Prosorini Kyvérnisi Ethnikis Amýnis* (Movimento provvisorio di difesa nazionale), ad Atene le truppe del Re resistono attivamente ad alcuni attacchi sferrati dai francesi.

Nel 1917 Costantino è però costretto ad abdicare e Venizelos si ritrova a guidare una Grecia, almeno formalmente, schierata a fianco degli Alleati. Con la fine della Prima guerra mondiale e la vittoria degli Alleati, il sogno di una Grecia unificata sembra essere vicino: ma incredibilmente, alle elezioni del 1920, il partito di Venizelos perde ed il popolo richiede il ritorno di Costantino I dall'esilio a riprendere in mano la situazione governativa. Subito le potenze dell'Alleanza utilizzano il pretesto del ritorno di Costantino per rinnegare le loro promesse di cessione dei territori e per appoggiare l'esercito turco, che nel 1922 conquista Smirne. A partire da questo momento la Grecia vive un periodo storico politicamente molto instabile, caratterizzato da colpi di Stato e dall'alternarsi al potere di monarchici e repubblicani, finché nel 1928 Venizelos non vince le elezioni grazie ad una maggioranza schiacciante (Simeofordis, 2001).

Il processo di modernizzazione intrapreso dalla Grecia all'inizio del XX secolo, principalmente da parte del governo liberale di Venizelos, è caratterizzato da profonde trasformazioni economiche e sociali. Tra gli obiettivi della modernizzazione, oltre alle attenzioni rivolte all'educazione e ai lavoratori, vengono

inclusi nuovi piani di miglioramento del piano urbano e delle strutture sanitarie. In Grecia, l'investimento sulla salute pubblica viene considerato come una “riforma sociale” in risposta alle problematiche sociosanitarie che all'inizio del secolo sono evidentemente generate dall'urbanizzazione e dalla industrializzazione. Contemporaneamente all'incremento delle misure di prevenzione e di tutela promulgate dallo Stato, in questi anni si assiste inoltre alla nascita dell'*Epitheorisis Ergasías* (Ispettorato del lavoro), che gioca un ruolo fondamentale nel rapporto tra lo Stato, i lavoratori e i datori di lavoro (Zilides, 2008).

Una figura senza dubbio rilevante in campo sanitario è quella di Costantinos Savvas (1861-1929), professore e medico formatosi ad Atene, Vienna e Berlino, che diffonde nelle università della capitale i nuovi insegnamenti di carattere europeo relativi all'igiene e alla microbiologia. Savvas ritiene che, per migliorare il servizio pubblico di salute, vi è la necessità di implementare l'organizzazione distrettuale e di utilizzare in maniera razionale i sistemi statistici di rilevazione dei dati sulla popolazione. Tutto questo deve avvenire con lo scopo di analizzare gli spostamenti demografici dovuti all'urbanizzazione, controllare il numero degli aderenti alle campagne vaccinali contro il vaiolo, riuscire ad attivare in tempo i protocolli di isolamento in caso di diffusione di malattie infettive, mirare alla “popolarizzazione” delle misure di igiene. La dottrina dell'Igiene, introdotta appunto in Grecia da Savvas, sembra essere la scienza più adatta a prevenire le malattie infettive e a ridurre in maniera significativa la mortalità causata da questo tipo di patologie. Per

questo motivo “implementare la salute pubblica dovrebbe essere il primo scopo al quale qualsiasi politico dovrebbe mirare” (Savvas, 1900). Inoltre, rispettare i protocolli dettati dall'Igiene pubblica risulta utile come tipologia di politica economica, in quanto assicura allo Stato capitalista la presenza della forza lavoro nelle industrie, riducendo i giorni di malattia e le spese relative alle cure pagate dalle assicurazioni corporativistiche (Savvas, 1907). Le speranze di Savvas riguardo all'intervento dello Stato per il miglioramento della situazione sanitaria in Grecia si infrangono contro la evidente realtà di indifferenza dimostrata dai governatori a inizio secolo. La mancanza di fondi, la carenza di personale medico ed infermieristico, l'assenza di un programma stabile di investimento ed organizzazione degli interventi di salute, riflettono la scoraggiante situazione sanitaria riscontrata nei territori ellenici.

A tal proposito va evidenziato come il *Iatrosinédrión* (Concilio dei medici), creato nel 1834 dalla commissione responsabile dell'organizzazione medica, non sia in grado di proporre un modello uniforme di assistenza alla salute (Clogg, 1998). La sanità greca in questo periodo è basata essenzialmente sui servizi sanitari offerti dalle istituzioni militari, dalle autorità municipali e dalla carità privata, mentre nella popolazione si diffonde ogni tipo di malattia infettiva, soprattutto nei sobborghi della città, che ospitano i quartieri periferici alle grandi industrie. La Guerra balcanica e la Prima guerra mondiale non fanno altro che peggiorare il già disastroso quadro di morbosità: l'ingente numero di rifugiati e di immigrati fomenta

la trasmissione delle malattie e si diffondono la malaria e la tubercolosi (Sissouras, 1994). Le lacune sanitarie riscontrate nella Grecia del primo Novecento si possono attribuire quindi direttamente alla qualità e alle condizioni di vita della popolazione, unite alla densità abitativa dei centri urbani e alla effettiva assenza di infrastrutture e di reti di distribuzione delle cure. Inoltre, la mancanza di acqua potabile e il malfunzionamento della rete fognaria possono essere considerati importanti fattori contributivi (Magner, 2007). Vicino ai centri abitati gli acquedotti sono primitivi e le fognature a cielo aperto, l'acqua perciò è costantemente inquinata e sporca. La popolazione, sempre più estenuata da condizioni di vita miserabili e dall'indifferenza dello Stato riguardo al tema della salute pubblica, inizia ad organizzare manifestazioni di protesta, con la richiesta di implementare l'organizzazione sanitaria nel territorio sotto il controllo di un unico ministero centrale. Il Ministero di Igiene e di Welfare sociale viene finalmente fondato nel 1917 (Legge 748/17), sotto l'appoggio e la guida di funzionari esperti della *League of Nations Health Organization*. La Lega è una organizzazione internazionale, fondata dopo la Prima guerra mondiale, con obiettivi di stabilizzazione ed omologazione dell'assetto sanitario europeo. In questi anni la Lega interviene per aiutare la Grecia soprattutto per quanto riguarda il tema dell'ingente migrazione di rifugiati dall'Asia Minore (Papastefanaki, 2011). Nel 1929 la Commissione, appoggiata e finanziata dal governo di Venizelos, inizia a condurre ricerche e a stilare rapporti sulle città e sulle campagne; ben presto la Lega comprende che la

situazione greca, riguardo la salute pubblica, non solo è disastrosa ma non è nemmeno minimamente paragonabile agli altri stati industrializzati dell'Europa (Ministry of Economics, 1932). Secondo l'*International Labor Office* si rende sempre più necessaria una Riforma della salute pubblica che interessi non solo le istituzioni sanitarie ma anche la sicurezza sociale: fino a quel momento, infatti, il Ministero d'Igiene pubblica aveva avuto solo funzione legislativa, di generale salvaguardia della salute pubblica attraverso il controllo amministrativo del sistema ospedaliero e di promozione delle campagne vaccinali. Alla fine del XIX secolo, tutta la responsabilità riguardo al mantenimento della salute nelle zone rurali ricade sui medici formati sul campo, vale a dire andando di casa in casa e provando ad applicare di volta in volta le nuove scoperte scientifiche. Nelle città le vecchie caserme militari vengono utilizzate come luoghi di ricovero. Le istituzioni caritatevoli ad inizio del XX secolo giocano un ruolo fondamentale poiché con le loro donazioni permettono la costruzione di nuovi edifici adibiti ad ospedali, che dopo la istituzione del Ministero dell'Igiene e del Welfare nel 1917 iniziano ad essere controllati dai municipi e dalle istituzioni statali. Cominciano anche a formarsi ospedali di tipo privato nei quali alla figura del medico praticante viene richiesta un'elevata istruzione (Sissouras, 1994).

Sostanzialmente, quindi, le misure prese dallo Stato greco per tentare di migliorare l'assetto sanitario del paese sono ancora una volta accompagnate da riforme di tipo sociale: la promulgazione della Legge sulla sicurezza sul lavoro, con l'obbligo per

i datori di lavoro di assicurare i propri dipendenti e di risarcirli in caso di infortunio sul lavoro (Legge 3934/1911 e 551/1915); la fondazione delle società di mutuo soccorso attraverso l'istituzione di fondi comuni di investimento (Legge 281/1914); l'obbligo assicurativo per i lavoratori (Legge 2868/1922) (Mossialos, 2005). L'espansione del sistema di sicurezza sociale trova legittimazione nella fondazione della *Idroma Koinonikón Asfalíseon, IKA* (Agenzia per l'assicurazione sociale) nel 1934, che diverrà operativa nel 1937. La IKA si propone di assicurare gran parte dei lavoratori delle grandi aziende, e nel 1937 arriva a coprire un terzo della popolazione (Bank of Greece, 1940). Nel 1935 viene fondata l'assicurazione per gli incidenti sul lavoro. Il concetto di “rischio occupazionale” viene introdotto in Grecia nel periodo tra le due guerre mondiali, e presuppone, per la sua interpretazione, una certa forma di conoscenza scientifica, che include la presenza di specialisti (non solo medici ma anche giuristi, ispettori del lavoro, esperti della sicurezza) e l'elaborazione di norme e regole definite nei lavori a rischio. In realtà la medicina occupazionale non si è mai diffusa a livello nazionale o attraverso un intervento di promulgazione da parte della Lega, ma è rimasta circoscritta alle piccole aziende ed industrie, dove il benessere del lavoratore rappresentava più una garanzia per il proprietario che un interesse dello Stato (Omnés, 2007). Sempre nel 1937, con la Legge 965, gli ospedali del paese assumono la forma di enti giuridici di diritto pubblico.

4.2 La Seconda guerra mondiale e gli anni della Giunta

Venizelos viene ufficialmente mandato in esilio nel 1934. Questo accade perché, dopo la forte e sentita crisi del 1929 che colpisce non solo l'America ma anche gran parte degli Stati europei, la popolazione ripone la speranza di risollevarne l'economia del paese nella autorità monarchica. Il regno di Giorgio II però dura ben poco, poiché nel 1934 un colpo di Stato, guidato dal generale Ioannis Metaxas, instaura nel paese una dittatura di stampo fascista (Clogg, 1998). Di fatto Metaxas attua una politica del tutto simile a quella attuata da Hitler in Germania: manda in esilio molti politici di ideologia liberale e socialista, sopprime il parlamento ed instaura il *Kathestós tis tetártis Avgoustou* (quarto regime di Augusto). Egli pretende che venga utilizzato il saluto romano ed impone l'educazione civica e bellica attraverso la *Ethniké Organon Neolàias* (Organizzazione Nazionale della Gioventù). Infine introduce misure di sicurezza sociale come appunto la IKA. La dittatura di Metaxas, inoltre, è orientata al miglioramento economico e sociale del paese. Con questo scopo il generale introduce importanti novità che riguardano l'indennità di disoccupazione e di maternità, l'orario settimanale di 40 ore con una giornata di riposo e le ferie pagate. Il dittatore si impegna nella bonifica delle aree rurali e nella costruzione di importanti opere pubbliche, come l'aeroporto internazionale di Atene e la rete ferroviaria, oltre a nuove infrastrutture per le telecomunicazioni (Vatikiotis, 1998). Se, dal punto di vista sociale e ideologico, il regime di Metaxas imita in tutto e per tutto il fascismo, non si può dire lo stesso per l'attuazione delle strategie

politiche e belliche. La Grecia più volte si proclama neutrale ed inoltre l'interesse del generale è sempre quello di mantenere buoni rapporti con lo storico protettore ed alleato della nazione, la Gran Bretagna. Purtroppo, la neutralità ellenica dura ben poco: quando nel 1941 le truppe italiane invadono la Grecia attraverso l'Albania per conquistarne dei territori strategici, i greci si trovano costretti a contrattaccare e, nel momento in cui la Germania entra in battaglia in difesa dell'Italia, i plotoni di combattimento greco (e quelli inglesi in appoggio) vengono spazzati via. Metaxas muore ad Atene nel 1941 in circostanze sconosciute, e non vedrà quindi ad aprile dello stesso anno la Germania attuare il piano *Marita*, ovvero l'invasione della Grecia per assicurarsi il fianco balcanico coperto in caso di attacco dell'Unione Sovietica (Vatikiotis, 1998).

I tedeschi si impadroniscono delle zone strategicamente più rilevanti (Atene, Salonicco, Patrasso) ed instaurano un governo fantoccio capeggiato da funzionari greci che appoggiano il regime fascista. Non tardano a svilupparsi numerosi movimenti di resistenza partigiana, tra i quali i più importanti vengono conosciuti con il nome di EAM (*Ethniko Apeleftherotiko Metopo: Fronte Nazionale di liberazione*) e di ELAS (*Ellinikós Laikós Apeleftherotikós Stratós: Esercito Nazionale-popolare di liberazione*). I partigiani provengono da realtà ideologiche e politiche differenti (comunisti, democratici e repubblicani) ma sono spinti dallo stesso desiderio di libertà e di indipendenza. I movimenti partigiani riescono a riprendere il controllo di alcune zone montuose dell'entroterra, istituendo una

Commissione politica di liberazione con funzioni di governo. Dall'altro lato i tedeschi istituiscono dei “Battaglioni di sicurezza”, squadre greche armate dai conquistatori con lo scopo di sconfiggere gli ELAS. Quando nel 1944 l'esercito russo inizia l'invasione attraverso la Romania, le truppe tedesche iniziano a spostarsi in Albania e Jugoslavia, poiché hanno timore di rimanere intrappolate nel Sud della Grecia e di soccombere nelle isole a causa della flotta britannica. Le truppe inglesi infatti, sbarcate a Patrasso, invadono Atene nell'ottobre del 1944. Ciò che resta della Grecia dopo la conquista tedesca è un territorio frammentato, distrutto dalla guerra e dall'invasione germanica, impoverito economicamente ed in preda ad una spaventosa inflazione. La distribuzione di generi alimentari e vettovaglie viene impedita dalla distruzione dei sistemi di trasporto (ferrovie, strade, porti), le zone più rurali delle regioni vengono lasciate letteralmente a se stesse (Vaccarino, 1988). Dopo la liberazione, nel 1944, ad Atene si instaura un governo di Unità nazionale con primo ministro Georgios Papandreou (1888-1968), mentre l'Inghilterra impone il disarmo alle fazioni dell'ELAS, le quali non avevano appoggiato attivamente gli Inglesi durante la resistenza. Le proteste dell'ELAS causano più di trenta morti ad Atene, e sfociano nel 1946 in quello che viene riconosciuto come l'inizio della Guerra civile con la proclamazione della Repubblica nel Nord del paese. L'ELAS viene riorganizzata sotto il nome di *Dimokratikos Stratos Elladas*, (DSE: Esercito Democratico Greco), stabilisce il quartier generale al confine con la Jugoslavia e colloca milizie in Grecia centrale e

nel Peloponneso. Quando, nel 1947, l'Inghilterra si dichiara incapace di continuare ad assistere il popolo greco per mancanza di risorse belliche, gli Stati Uniti si vedono costretti ad intervenire in difesa dei principi monarchici. Le truppe di Papandreou iniziano a sbaragliare le resistenze comuniste del DSE, soprattutto nel Peloponneso e nel Sud del paese dove, assieme alle armate americane, riconquistano territori strategicamente ed economicamente utili. Contemporaneamente l'appoggio militare della fazione comunista dei paesi dell'Est si indebolisce a causa, da un lato, della rottura tra Stalin e Tito (1949) e, dall'altro, della cessazione degli aiuti jugoslavi al partito comunista greco. La resistenza comunista, indebolita e respinta verso i confini dell'Albania, viene definitivamente sconfitta nel 1949. Viene proclamata la fine della Guerra civile nello stesso anno, da parte del nuovo governatore Nikos Zachariadis (1903-1973). Alla fine della Seconda guerra mondiale e della consecutiva Guerra civile è facile immaginare come la Grecia ne sia uscita devastata: l'economia è disastrosa e la situazione politica più che incerta. Di fatto i partiti al governo vengono costituiti da maggioranze instabili, finché, nel 1952, con l'adozione del sistema maggioritario, i partiti di destra non ottengono il potere con a capo il Re Costantino II. La situazione politica permane sostanzialmente la stessa fino al 1962. Importante è ricordare, nella decade 1950-1960, l'episodio del pogrom di Istanbul (settembre del 1955) che rappresenta l'attacco più violento dimostrato dai Turchi verso la popolazione greca residente in Turchia, e che rovina ulteriormente i rapporti dei due Stati, già in bilico

da alcuni anni per il controllo di Cipro (Aesopos, 2001).

A partire dai primi anni Sessanta e fino al colpo di Stato del 1967 il governo greco mantiene sostanzialmente una linea di destra. La situazione di instabilità politica e governativa si conclude nel 1967 con il colpo di Stato che rovescia il governo e l'esilio del Re, e con l'inizio della Dittatura dei colonnelli (1967-1974), nota anche come la *Xoúnta* (La Giunta). Uno dei generali comandanti della insurrezione, Georgios Papadopoulos (1919-1999), viene eletto primo ministro. La Dittatura dei colonnelli presenta una ideologia anticomunista e para-fascista che, secondo il pensiero di Dimitris Tsakonas (1968), propone la sostituzione dei politici (considerati inetti al comando) con i militari ed i generali dell'esercito. La Giunta sopprime le normali libertà civili (ad esempio la libertà di sciopero, di stampa, di associarsi in sindacati) ed attua pratiche di tortura ed esilio per gli oppositori politici. Il partito fascista in questo caso viene rappresentato dall'esercito stesso, e la popolazione è invitata ad arruolarsi per accedere alla nuova classe militare, mentre viene bersagliata da una propaganda mirata all'esaltazione dell'onore e della tradizione. La popolazione rurale è logicamente attratta dal nuovo tipo di regime, poiché molte famiglie povere vedono nell'arruolamento l'unica possibilità per uscire da situazioni di povertà e miseria insostenibili (Aesopos, 2001).

La Dittatura inoltre investe molte risorse nella riqualificazione delle aree rurali, aumentando così i consensi nelle periferie. Durante questi anni la Giunta mantiene rapporti di collaborazione e scambio con i partiti della destra italiana: giovani

italiani di partiti di destra e seguaci della Giunta greci sperimentano periodi di studio ed addestramento militare nei reciproci territori. L'appoggio al nuovo regime viene dimostrato anche dalla potenza USA oltreoceano: durante gli anni della Guerra Fredda gli Stati Uniti non possono rischiare di perdere l'appoggio di una nazione che presenta una posizione strategica importantissima in Europa, e quindi forniscono milioni di dollari per sostenere l'economia del regime (Venturoli, 2008). Per quanto riguarda l'opposizione, essa è costituita da partiti di destra fedeli alla corona, dalla classe media dei commercianti (che soffre della chiusura delle frontiere greche e che non ritiene sufficienti i finanziamenti inviati dagli USA), e da numerosi gruppi democratici formatisi clandestinamente. Col passare degli anni le proteste, sia all'interno che all'esterno della nazione, si fanno sempre più vive e numerose. Importante è ricordare l'atto di protesta compiuto a Genova da parte di uno studente greco che si dà fuoco davanti all'Università per protestare contro la Giunta (1970), e la rivolta del Politecnico di Atene (1973) completamente organizzata da studenti oppositori del regime. Dopo una lunga serie di manovre politiche volte a cercare di mantenere il regime pur non perdendo il consenso popolare, finalmente nel 1974 viene dichiarata la Repubblica, con la maggioranza del 69,2% dei consensi al Referendum (Venturoli, 2008).

4.3 Quadro sociosanitario sino agli ultimi anni del XX secolo

A partire dal 1950 in Grecia inizia un importante periodo di sviluppo economico e

sociale, che in breve tempo porta la nazione a registrare un elevato tasso di crescita economica. Si può attribuire la rinascita economica a diversi fattori, tra i quali il primo si identifica sicuramente nell'attuazione del Piano Marshall e della Dottrina Truman: questo vuol dire sostanzialmente che gli Stati Uniti decidono di offrire un ingente prestito di denaro allo Stato greco (Clogg, 1998). Altri fattori vanno ricercati nell'interesse rivelato dagli investitori stranieri nei territori greci, nello sviluppo della industria chimica, tessile, metallurgica e del turismo. Molte città ed infrastrutture vengono ricostruite e modernizzate, si assiste ad uno sviluppo dei trasporti e del settore terziario ed artigianale, automobilistico e delle telecomunicazioni (Simeofordis, 2001). La popolazione di Atene raddoppia tra il 1950 e il 1970, concentrandosi nella zona urbana e abbandonando le periferie. La crescita urbana è permessa anche dallo sviluppo del *social housing* che prende vita alla fine degli anni 60: il progetto dell'*Antiparochè* (scambio di proprietà) prevede la vendita a basso costo da parte dello Stato di terreni edificabili nelle grandi città, nei quali imprese edili della zona possono costruire e poi vendere gli appartamenti a prezzo calmierato (Simeofordis, 2001). Contemporaneamente allo sviluppo urbanistico ed economico si assiste, in Grecia come in Italia, ad una rivoluzione di tipo culturale, sociale e musicale. Gli interessi della popolazione più giovane trovano rappresentazione in cortei, manifestazioni, occupazioni, con la richiesta di ottenere più garanzie nell'istruzione, nel lavoro, nell'eguaglianza tra sessi (anche se le donne avevano ottenuto il diritto di voto già nel 1952) (Aesopos, 2001).

Per quanto riguarda la sanità, prima della riforma del 1983 il sistema sanitario rimane sostanzialmente lo stesso del pre-guerra. Lo sviluppo del sistema sanitario è legato, in questi anni, agli interessi del settore privato o al massimo alla beneficenza (Polyzos, 2008). Bisogna anche considerare che gli interessi a finanziare certi tipi di attività sanitaria rispetto ad altri (ovvero, finanziare istituzioni semi-private piuttosto che pubbliche), è stata per lunghi anni una pratica effettuata dallo Stato che prende la forma di un particolare “clientelismo”. Questa “cultura” sanitaria crea ovviamente ampia disparità nell'accesso alle cure in tutto il territorio greco (Economou, 2008).

Storicamente la sanità greca prende spunto dal modello bismarckiano (di tipo conservatore-corporativo), ed il primo tentativo di trasformarlo in un modello universalistico risale alla proposta di attuazione della Legge 2595 del 1953, che ha come obiettivo il decentramento e lo scorporamento delle istituzioni sanitarie (strutture pubbliche ed ospedali caritatevoli) in concili di salute regionali ed in concili di salute distrettuali. I concili dovrebbero occuparsi delle necessità di tipo organizzativo, come procurare risorse umane, equipaggiamento, garantire una equa distribuzione ed una buona funzionalità delle strutture nel territorio, sotto la guida di esperti del settore. La Legge, nonostante rappresenti un intervento significativo e concreto per l'attuazione di un servizio più universale, non viene mai promulgata: questo accade anche perché considerata “troppo socialista” alla luce delle radicate ideologie conservatrici (Economou, 2008).

Dopo la fondazione della IKA nel 1934, ovvero il primo fondo di assicurazione sociale, si assiste alla istituzione della OGA (*Organismós Georgikón Asfalisméon*: Organizzazione per l'assicurazione agricola) e della OPAD (*Organismós Perithalpsis Asfalisméon*: Organizzazione per la assicurazione sanitaria dei dipendenti), entrambe nel 1961. La OGA soprattutto rappresenta una importante dimostrazione di interesse dello Stato nei confronti dei lavoratori agricoli e abitanti delle zone rurali, i quali nella decade tra il 1950 e il 1960 rappresentano più del 50% della popolazione (Mossialos, 2005). Inoltre, viene istituita una rete di servizi medici attiva nelle zone rurali, diretta principalmente da medici laureati e con almeno un anno di servizio, composta anche da infermieri ed ostetriche. Ad eccezione dei lavoratori che usufruiscono della copertura totale fornita dall'IKA, gli abitanti dei centri urbani si rivolgono principalmente alle cliniche e ai dottori privati per le cure di prima necessità (assistenza primaria e domiciliare) e agli ospedali e alle istituzioni pubbliche per le cure specialistiche (operazioni e ricoveri). In questo periodo, perciò, il settore privato si sviluppa molto rapidamente, mentre lo Stato procede lentamente ed in maniera inconsistente nella costruzione ed innovazione delle infrastrutture pubbliche (Mossialos, 2005).

Nel 1968, durante gli anni della Giunta, il Ministero della Sanità propone un piano di riforma (anche questo, mai attuato), basato sul decentramento dei servizi sanitari e l'unificazione assicurativa sotto ad un unico fondo nazionale: una agenzia finanziaria avrebbe dovuto provvedere alla amministrazione del fondo stesso. Il

progetto prevedeva inoltre la introduzione del medico di famiglia nelle realtà territoriali e la stabilizzazione dell'orario lavorativo per i dipendenti ospedalieri (Piano di Patrasso, 1968).

Con la fine della Dittatura dei colonnelli la pressione politica e sociale comincia a farsi sempre più forte: la questione della regolazione dell'apparato sanitario si somma ai problemi sociali e politici che caratterizzano l'inizio degli anni Settanta. Nel 1976 un gruppo di lavoro denominato KEPE (Centro per la pianificazione e la ricerca economica) prepara uno studio sul sistema sanitario greco nel quale espone i problemi principali rilevati nell'ambito della sanità: mancanza di una relazione armonica tra finanziamento e copertura assicurativa, disuguaglianza dell'offerta dei servizi dovuta ad una frammentata distribuzione nel territorio delle istituzioni sanitarie, grave carenza di istituzioni nelle zone rurali, assenza di finanziamento statale agli ospedali pubblici, mancanza di collaborazione tra il Ministero della Salute e il governo, inesistenza di un sistema di pagamento e retribuzione tracciabile ed efficace (Sissouras, 1994).

Il KEPE propone l'unificazione dei tre maggiori enti assicurativi (IKA, OGA e TEVE – Fondo di assicurazione per i commercianti e gli artigiani) e l'introduzione della figura del medico di famiglia. Alla base delle scelte riguardanti la sanità l'obiettivo principale è quello di garantire l'aumento della qualità, il rafforzamento del finanziamento pubblico e l'universalità del sistema. Nel presentare la proposta in parlamento (conosciuta con il nome di Piano *Doxiades*), una forte opposizione

riscontrata da parte dello *Iatrosinedrion*, dall'Associazione Pan- Ellenica dei medici (concilio ed ordine dei medici) e dai membri conservatori del parlamento impedisce l'emanazione della Legge (Magner, 2007).

4.4 Dalla Nuova Democrazia ai giorni nostri

Alle elezioni del 1974 il partito Democratico di Konstantinos Karamanlis vince le elezioni politiche riportando la maggioranza assoluta. Viene varata una nuova Costituzione ed instaurata la Repubblica presenziata da Konstantinos Tsatos . Segue l'entrata della Grecia nel Mercato Comune Europeo (1979), nella NATO (1980) e nell'Unione Europea (1981). Karamanlis viene eletto presidente della Repubblica nel 1981, mentre il movimento socialista Panellenico (PASOK) vince le elezioni con il primo ministro Andreas Papandreou. Sotto la guida di Papandreou la Grecia conosce un periodo di riforme sociali improntate alla modernizzazione del paese.

In primo luogo, Papandreou promette l'uscita della nazione dalla NATO e dalla Comunità Economica Europea (CEE), inoltre dichiara di interrompere i trattati con gli USA, con la motivazione di dimostrare ai propri elettori una politica antiamericana ed indipendente dalla Comunità europea. Questi propositi non verranno poi mantenuti. La proposta del ministro è quella di riformare profondamente il sistema di Welfare greco. Egli aumenta la redistribuzione delle risorse economiche ai disoccupati e a coloro che percepiscono un salario basso o minimo, propone delle leggi che siano rivolte a regolare i turni di lavoro nelle

fabbriche e nelle industrie (Calltorp, 1994). Oltre ad introdurre finalmente l'*Ethnikò Sústema Iugeías* (ESY: Servizio Sanitario Nazionale, Legge numero 1397 del 1983), Papandreou investe numerose risorse nell'implementare il servizio medico specialistico anche nelle zone rurali ed introduce il fondo per la pensione. Il ministro, inoltre, favorisce il rimpatrio degli esiliati durante la guerra civile, riconoscendo il ruolo dei partigiani durante la Resistenza. Papandreou introduce un sistema di tassazione che favorisce la popolazione più povera, assieme ad un fondo monetario per i lavoratori nel mondo dello spettacolo e delle arti (Abel-Smith, 1994).

Ulteriori innovazioni sociali riguardano l'aspetto della famiglia e i diritti delle donne. A partire dal 1984 viene garantita l'eguale retribuzione alle lavoratrici, l'indennità di maternità, l'apertura dei centri culturali e delle cooperative agricole anche alle donne. Vengono varate riforme atte al miglioramento dell'amministrazione e della dirigenza del sistema educativo, dall'istruzione obbligatoria al diritto degli studenti universitari. In opposizione alle ideologie ecclesiastiche, Papandreou introduce nel 1982 il divorzio civile, ed attua un processo di "rinnovamento" anche nel panorama politico dell'epoca: elimina dalle posizioni di potere le *tzákias*, ovvero le famiglie conservatrici che da anni detenevano posizioni governative senza alcun merito (Clogg, 1998).

Nella politica estera il ministro si impegna in iniziative di promozione di pace, progresso ed apertura dei mercati con nazioni extraeuropee (India, Messico, Tanzania), con lo scopo principale di insistere sulla proibizione dei test nucleari e

di interrompere il mercato di armi nucleari utilizzate nei conflitti tra USA e Unione Sovietica. Papandreou è il primo politico greco nel post-guerra ad interessarsi della liberazione della nazione dal controllo americano sulle basi militari ed in generale sul controllo economico degli USA nel mercato ellenico. Egli attua dei comportamenti filosovietici ed anticapitalistici, ed inoltre appoggia le truppe palestinesi contestando la politica occupazionale israeliana (Venturoli, 2008).

La scelta di implementare le risorse da destinare al programma di miglioramento del Welfare greco si rivelano, però, molto espansive dal punto di vista economico. Gli eccessi del governo di Papandreou impiegheranno molto tempo per essere ripianati. Il debito pubblico greco viene segnalato anche alla Commissione Economica Europea e la dracma viene svalutata sia nel 1983 che nel 1985 (Hellenic Resources Institute, 1997).

Nelle elezioni del 1985, Papandreou si rifiuta di appoggiare nuovamente il governo di Kalamandis, ma ritorna ad essere ministro nel 1993, quando al potere sale Costantine Mitsotakis del partito *Néa Demokratía* (Nuova democrazia).

L'ultima decade del XX secolo e la prima del XXI secolo vedono l'alternarsi al governo dei partiti di *Néa Demokratía* e dello PASOK (Movimento socialista Panellenico).

Nel 2009 al parlamento la maggioranza è rappresentata dal PASOK, guidato da George Papandreou figlio di Andreas.

A partire proprio dal 2007 la Grecia inizia ad affrontare un periodo di crisi

economica senza precedenti. La *Krisé* ellenica non solo si manifesta nel campo finanziario ma anche sociale e culturale, causando una vera e propria crisi umanitaria su piccola scala (Mossialos, 2005).

Nel 2010 le nazioni dell'Eurozona ed il Fondo Monetario Internazionale (FMI) concordano nel prestare alla Grecia 110 miliardi di euro per risanare i propri debiti, a patto di instaurare una politica austera e di controllo sulle spese statali e quindi di attuare tagli e definanziamenti alle imprese (Eurostat, 2010).

La paura da parte della Comunità Europea che la Grecia con il suo debito possa trascinare nella crisi altri Stati europei, spinge ad una proposta radicale fondata sulla sua destituzione dall'Eurozona (Marsh, 2012: da dati Eurostat 2011). Nell'aprile del 2014, tuttavia, la Grecia riesce a risollevarsi parzialmente dalla crisi dimostrando di poter rientrare nel mercato globale (European Economics Forecast, 2015). Nello stesso anno sale al potere il partito politico di estrema sinistra SYRIZA (*Sinaspismós Rizospastikís Aristerás*: Syriza in greco vuol dire -alla radice-) guidato dal ministro Alexis Tsipras. SYRIZA attua una politica ancora più restrittiva di tagli ed aumento della tassazione, che porterà alla sfiducia del governo nel settembre del 2015. Nonostante la politica austera e restrittiva di Tsipras e la sua sconfitta alle elezioni al Parlamento europeo (maggio 2019), il partito degli SYRIZA con la coalizione di centro-destra di *Néa Demokratía* vince le elezioni, e pone al governo la prima donna a ricoprire l'incarico di presidente: Katerina Sakellariopoulou. L'attuale primo ministro è Kyriakos Mitsotakis, figlio di Kostantine Mitsotakis.

L'ascesa al potere di Papandreu del partito del PASOK nel 1981, porta alla nascita dell'*Ethnikò Sústema Yugeías* (ESY: Servizio Sanitario Nazionale, 1983). La Legge 1397/1983, che formalmente istituisce il ESY, viene considerata la normativa più significativa in tutta la storia del sistema sanitario greco, poiché prende spunto dal già discusso piano *Doxiades* promulgato dal KEPE nel 1976, e trova l'appoggio sia del partito politico sia della associazione dei medici, concordi nel ritenere necessario un aumento dei finanziamenti statali destinati alla salute pubblica (Zilides, 2002).

La Legge viene emanata allo scopo di raggiungere determinati obiettivi nell'ambito della sanità entro la fine del millennio, tra cui:

-passare da un sistema basato prevalentemente sulle assicurazioni private ad uno fondato sul sistema di tassazione (Polyzos, 2008).

-garantire un sistema assicurativo unico ed universale in tutte le regioni del territorio.

-procedere con la reale decentralizzazione in centri provinciali e distrettuali, come già la Legge 2595/1953 aveva stabilito. L'assistenza primaria (realizzata presso ambulatori, distretti sanitari, centri di medicina) viene lasciata alla direzione di medici di medicina generale (General Practitioners, GPs) e governata da un sistema di riferimento amministrativo, mentre l'assistenza specialistica (prestata negli ospedali o cliniche) è garantita da strutture pubbliche che riceveranno maggiori finanziamenti da parte dello Stato. Inoltre, viene vietata la costruzione di nuovi

ospedali privati.

- istituire ed organizzare il KESY, *Kentrikò Sumbúlio Ugeías* (Consiglio centrale della sanità) cui sono assegnate funzioni consultive nei confronti del Ministero della sanità, fornendo informazioni sulle politiche sanitarie attuate nei distretti e sui problemi rilevati.

-garantire una stabilità contrattuale univoca ai dipendenti del sistema sanitario, in primo luogo ai medici, garantendo loro un salario dignitoso.

Molti degli obiettivi proposti dalla 1397/83 non verranno mai attuati (Zilides, 2002).

Alla fine del ventesimo secolo la sanità è rappresentata da un mix di istituzioni di tipo pubblico e privato e da alcune strutture convenzionate ed integrate. Non si è mai sviluppato un vero e proprio sistema decentralizzato, né è stata attuata l'unificazione dell'assicurazione sociale, i consigli di salute regionali e il sistema di controllo da parte dei GPs (General Practitioners, medici di medicina generale) non sono mai stati implementati, e gran parte delle istituzioni sono rimaste in mano ai privati (OECD, 2001).

Nonostante i molti esiti fallimentari, la Legge ribadisce il concetto di universalità e gratuità del ESY, aspetti per il quale effettivamente sono state impiegate risorse e si è cercato di migliorare l'aspetto gestionale e manageriale nelle disposizioni per il servizio pubblico. Senza dubbio si possono annoverare alcuni successi alla fine degli anni Novanta (Kyriopolous, 1999):

-la spesa pubblica destinata al settore sanitario è rappresentata dal 5% del PIL totale;

- vengono costruiti 184 nuovi centri medici nelle zone rurali ed introdotti 5000 nuovi letti in 20 nuovi ospedali (3 regionali e 7 distrettuali);
- sono assunti 6000 nuovi medici e il 50% in più di infermieri specializzati, dipendenti del ESY (1800 nei centri di salute periferici);
- i tassi di mortalità infantile vengono notevolmente ridotti. Su 1000 nati vivi, la mortalità si riduce dal 17.5 per mille nel 1970 al 5.4 per mille nel 2000 (OECD, 2009).

Quando nel 1992 sale al potere il partito conservatore della *Néa Demokratía* di Mitsotakis, viene varata la Legge 2071/92, che sostanzialmente enfatizza l'essenzialità della gestione manageriale e del controllo aziendale sulle politiche attuate nel settore sanitario. Più specificatamente, si introduce un sistema di competizione tra i providers, in base alla richiesta e fornitura di risorse sanitarie. Questo garantisce al cittadino una ampia possibilità e libertà di scelta tra il settore pubblico e privato (Kyriopolous, 1999). Viene istituito un fondo unico per l'assistenza sanitaria, con lo scopo di distribuire le risorse alle strutture richiedenti: in questo modo il fondo comune gioca un ruolo di acquirente di prestazioni, definendo la qualità, la quantità ed i prezzi dei servizi. Istituzioni pubbliche e private perciò competono per ottenere gli appalti con il fondo, e vengono ripagate attraverso un sistema basato sul budget disponibile o attraverso i DRGs (Diagnosis Related Groups, sistema di tariffazione e rimborso in base al tipo di prestazione

offerta; HMSA, 2020). Come risultato di questa politica, negli anni Novanta si assiste ad una espansione del settore privato e delle assicurazioni private (Calltorp, 1994). Per quanto riguarda l'assistenza primaria, viene proposto ai medici di base di lavorare con retribuzione a cottimo (imitando il modello inglese) o all'interno di strutture coordinate nei vari distretti (modello francese). All'interno degli ospedali statali il medico può decidere se lavorare a tempo pieno o parziale, e allo stesso tempo può eseguire prestazioni nel privato; gli ospedali pubblici sono liberi di proporre consulenze private all'interno delle loro strutture; viene permesso alle strutture private di proporre servizi di emergenza come negli ospedali pubblici. L'intento dimostrato dallo Stato è quello quindi di suddividere i costi e le spese relative alla sanità con gli apparati privati, e questa necessità è evidenziata soprattutto dalla situazione economica e finanziaria di crisi. L'efficienza, al posto dell'equità, diviene la priorità assoluta (Papastefanaki, 2011).

Col cambio di governo del 1994 (PASOK) viene introdotta la Legge 2194/1994, che riprende gli obiettivi proposti dalla Legge 1397/1983, tra cui in particolare la nazionalizzazione del sistema pubblico e l'obbligo di contrattazione unica ai medici dipendenti dell'ESY. Il nuovo piano di riforma (chiamato piano *Kremastinos*) introduce organi di controllo e di gestione dell'apparato sanitario sia nel territorio nazionale che internazionale. L'organo di controllo nazionale, rappresentato dal Ministero della Salute (1994), deve occuparsi della gestione e dell'organizzazione distrettuale dell'attenzione primaria e secondaria, l'organo di controllo

Internazionale si occupa invece dei rapporti da intrattenere con la Comunità europea e di controllare che i patti internazionali vengano rispettati (Abel-Smith, 1994). La 2194/94 propone obiettivi di unificazione dell'assicurazione e decentramento delle istituzioni, di garantire una nuova organizzazione e un buon management all'interno degli ospedali, di introdurre novità nel campo dell'assistenza primaria basandosi sulla revisione del sistema di medicina di base e la relativa distribuzione nel territorio (Abel-Smith, 1994).

Il piano *Kremastinos* non viene implementato dal governo al potere nel 1996 a causa della opposizione creata dal corpo medico ospedaliero (specialmente composto da fazioni socialiste) ed anche dall'Unità nazionale dei dottori (principalmente costituita da fazioni di destra).

Il PASOK sale al potere anche nel 1996 e promette la modernizzazione dell'apparato sociosanitario ellenico. La situazione di instabilità politica, i vincoli finanziari e la debolezza dell'apparato amministrativo, portano ancora una volta alla inadempienza delle promesse del governo. Le maggiori mancanze si riscontrano nella ancora incompiuta regionalizzazione e managerializzazione, e nell'incompleto finanziamento del settore primario.

Si possono a questo punto distinguere alcuni periodi che hanno caratterizzato questa epoca di sviluppo del sistema sanitario (Zilides, 2002):

-fino al 1985, sotto al mandato di Papandreou, l'attenzione è rivolta soprattutto alla costruzione di ospedali e cliniche private e all'organizzazione del fondo di

finanziamento;

-durante il secondo periodo socialista, dal 1985 al 1989, si assiste ad un aumento dell'interesse rispetto alla questione della regolazione dei rapporti di lavoro tra la classe medica e l'ESY (SSN greco). Si registra un effettivo sforzo nel cercare di aumentare l'efficacia, l'efficienza e la qualità del sistema sanitario nazionale;

-all'inizio degli anni 90 l'attenzione si focalizza su un nuovo sistema di tipo liberale. Anche in questo caso si registra la mancanza di un apparato di valutazione dei risultati;

-il nuovo periodo socialista (1994-2000) inizia con una serie di riforme sociali, politiche e riguardanti la sanità. La richiesta di modernizzazione viene dall'alto, con esplicite direttive emanate del Ministero della salute, nel rispetto appunto delle normative europee, oltre che da organizzazioni professionali e istituzionali.

Con l'inizio del nuovo millennio l'attenzione verso una riforma concreta del sistema sanitario si fa sempre più forte. I cambi introdotti possono essere suddivisi in due differenti categorie, che trovano corrispondenza nelle diverse tipologie di governo che caratterizzano il primo decennio degli anni duemila (Skouliotis, 2017): la prima categoria corrisponde al periodo socialista (2001-2004), la seconda al periodo conservatore (2004-2007).

Della prima categoria di riforme, a venire realmente implementate sono la Legge 2889/2001, che riguarda l'ulteriore decentralizzazione del ESY e la relativa gestione manageriale; la 2920/2002 che istituisce la SEYYP (*Sóma Ephiteoriton*

Ypirésion Ygeias kai Prónoias, Ispettorato dei servizi di salute e sociali); la 106/2003 che prevede la riorganizzazione degli apparati distrettuali in 17 unità funzionali denominate PeSYs. Ogni PeSYs diventa un'entità pubblica governata da consigli di amministrazione, responsabili della pianificazione dei servizi e il coordinamento del personale, del controllo finanziario e della supervisione sulla qualità di tutti i servizi sociosanitari della regione d'interesse. Gli ospedali dell'ESY diventano unità sussidiarie dei PeSYs, ma amministrativamente separate, governate da un direttore generale e complete della presenza di un concilio di medici, infermieri ed una commissione scientifica. Gli ospedali sono obbligati a presentare un Piano di intervento per la gestione del budget triennale. Gli stessi medici che lavorano nella struttura possono offrire prestazioni private al di fuori dall'orario da dipendente, con lo scopo di diminuire il ricorso alla economia sommersa e di facilitare l'accesso ai cittadini nelle strutture.

Le riforme più importanti relative al periodo conservatore sono improntate per lo più alla revisione di alcuni aspetti contemplati nelle normative relative al periodo precedente. La Legge 3329/2005 e la 3370/2005 ad esempio, provvedono a rinominare i PeSYs in DYPEs (Amministrazioni regionali della sanità) e a ridurre il numero da 17 a 7, mantenendone però la struttura di Unità funzionali decentralizzate con compiti di progettazione, coordinamento, supervisione, controllo delle operazioni del settore pubblico sociosanitario, e conservando la

funzione di avanzare proposte al Ministero della Salute per migliorare l'accesso alle strutture e la distribuzione delle cure (Contiades, 2017).

La Legge 3370/05, in particolare, prevede l'istituzione, presso il Ministero della Sanità e delle Politiche sociali, del Segretariato e del direttorato della Sanità pubblica, del Centro di coordinamento per il settore sanitario pubblico ed il Concilio Nazionale della Sanità. Con la promulgazione della 3457/2006 si introduce la riforma dei prodotti e dei costi farmaceutici. Due sono le importanti novità: la prima è che su tutto il territorio nazionale il costo del farmaco o medicamento deve essere rimborsato dallo Stato o dalla assicurazione privata, ma solo per i medicinali acquistabili presentando una ricetta medica. La seconda riguarda l'introduzione del sistema di compartecipazione della spesa da parte delle ditte farmaceutiche in particolari situazioni di prescrizione (Contiades, 2017).

Secondo Nikolentzos e Mays (2008), con lo scopo di implementare l'eguaglianza nell'accesso e ridurre il tempo d'attesa, è necessario affrontare principalmente tre problemi molto rilevanti nell'assetto della sanità greca. Il primo riguarda lo sviluppo di una formula di erogazione razionale delle cure, che è un requisito fondamentale per una equa distribuzione delle risorse sanitarie nelle regioni. A tal proposito nei primi anni duemila è ideata la "mappa della salute e del Welfare" della nazione, una mappa che avrebbe dovuto dare informazioni sulle possibilità di accesso e sulla presenza o meno di strutture nel territorio. Il progetto della mappa non viene però mai realmente implementato. Il secondo problema riguarda la

necessità di risolvere la mancanza di personale. Nelle istituzioni dell'ESY la carenza o assenza di personale (non solo medico ma anche infermieristico, sociosanitario, amministrativo) è estremamente seria, e compromette la qualità del servizio offerto. A tal proposito il Ministero della Salute, con l'inizio del nuovo millennio, dovrebbe iniziare ad interpretare l'impiego di risorse per l'assunzione di personale come un investimento a lungo termine, e non solo come una ulteriore spesa da contenere (Mays, 2008). Il terzo problema riguarda la lunga attesa riscontrata nelle liste per le operazioni chirurgiche, ed in qualche modo è correlato al problema precedente.

Alla luce del quadro di crisi che caratterizza l'inizio del nuovo millennio, alla fine del primo decennio soprattutto, il governo vara importanti riforme sociosanitarie che trovano espressione nella creazione del EOPYY (*Ethnikós Organismós Parokís Ypiresíon Ygeías*; Organizzazione Nazionale per la Provvidenza Sociale, 2011), presidiata dal Ministero della Sanità. L'EOPYY ad oggi incorpora 8 fondi assicurativi e copre all'incirca il 98% della popolazione greca (EUSI, 2021). Le principali responsabilità della EOPYY sono:

- stabilire uno standard di erogazione delle prestazioni elevato ed equo, valutando l'efficacia delle prestazioni erogate attraverso un sistema di controllo efficiente;
- stabilire dei criteri universali negli atti di contrattazione tra erogatori di prestazioni pubblici o privati, di modo che non vi siano differenze tra providers negli stessi servizi proposti.

Dopo la crisi del 2009, sotto la richiesta dell'Unione europea di bilanciare i propri disavanzi sociali ed economici (EAP ,2011: *Economic Adjustment Programme*), la Grecia investe numerose risorse nel settore sociosanitario pubblico. Nel 2015 la nazione risulta destinare l'8,4% del PIL totale alla sanità, rimanendo nonostante questo sforzo in una considerevole posizione di svantaggio nelle classifiche europee (OECD, 2021). Attualmente i principali providers della salute in Grecia sono ancora rappresentati da fondi assicurativi pubblici o statali e da privati: i primi operano sotto il controllo e la regolazione da parte del Ministero della Salute e ricevono finanziamenti statali (a seconda del budget disponibile), provenienti dai contributi dei dipendenti pubblici e dai lavoratori autonomi; i secondi sono supervisionati dai Direttorati delle compagnie assicurative. Gli enti assicurativi possono stipulare contratti sia con il pubblico che con il privato. Un ente assicurativo che stipula contratto con il settore privato non può usufruire delle strutture pubbliche (ad esempio utilizzare posti letto negli ospedali statali o universitari o affittare ambulatori).

Nel territorio nazionale esistono perciò differenti tipologie istituzionali che erogano servizi sanitari e sociali (Economou, 2008):

-Enti totalmente pubblici (NPDD), che sono autonomi sia legislativamente che nell'organizzazione e gestione delle risorse. Sono compresi gli ospedali universitari e gli ospedali dell'ESY.

-Enti a legislazione privata (NPID). Queste istituzioni sono fondate ed operano grazie ad enti no profit e di beneficenza, ma sono a tutti gli effetti privati. Il

ministero della sanità ne è supervisore;

-cliniche private, che operano con obiettivi for-profit ed assumono personale privatamente;

-ospedali a statuto speciale, come ad esempio gli ospedali militari o destinati alle prigioni;

-Unità decentralizzate, che operano in realtà distrettuali sotto la giurisdizione della IKA e dello Stato, poiché non possiedono l'autonomia economica e gestionale.

Nel 2016 viene emanata la Legge 4368. La novità della 4368 risiede nel fatto che l'universalità e la gratuità nel diritto di accedere ai servizi di emergenza, ai laboratori e ai consultori viene riconosciuta alle categorie più deboli, come i minorenni, i soggetti con disabilità, le donne incinte, i richiedenti asilo e i rifugiati in stato di tutela nei campi profughi. Questo perché negli anni più recenti la Grecia ha sperimentato un afflusso estremamente importante di rifugiati provenienti da Siria, Afghanistan e Iraq, più di un milione secondo l'Agenzia Nazionale per l'accoglienza dei rifugiati (2016). Nonostante gli aiuti delle ONG e delle organizzazioni no-profit, e nonostante i finanziamenti europei per garantire la copertura sanitaria dell'intera popolazione, nel 2016 approssimativamente 2,5 milioni di persone non hanno potuto avere accesso al sistema sanitario (OECD, 2017).

Nel 2015 le spese sanitarie non coperte dal sistema assicurativo nazionale ammontano al 35% delle spese totali per la sanità, più del doppio della media

europea (15%). Di questo 35%, il 90% della spesa deriva dall'acquisizione di prestazioni private (Eurostat, 2017).

In termini di status di salute, l'aspettativa di vita in Grecia è cresciuta dal 1990 da una media di 80.6 anni, a una media di 81.1 nel 2015. I tumori e i problemi cardiovascolari rimangono la causa più comune di morte sia per gli uomini che per le donne (65% delle morti totali annue; OECD, 2021). Il consumo di alcool è diminuito del 20% dal 2005 ed è il secondo più basso di Europa dopo l'Italia. La percentuale di vaccinazioni dell'infanzia effettuate dall'ESY raggiunge il 96% nel 2015 (OECD, 2021).

In termini di infrastrutture, nel 2014 erano disponibili 346 posti di terapia intensiva ogni 100.000 abitanti. Dei 283 ospedali del territorio più della metà sono privati e for-profit, e si registrano più di 3500 cliniche private (IHME, 2017). Nel 2014 si contano più di 210000 impiegati nel settore pubblico: il rapporto di medici presenti per numero di abitanti è il più alto di Europa (625/100000 contro i 350/10000 per l'UE), ma al contrario il rapporto infermieri/abitanti è il più basso d'Europa (344/100000 contro 864 nell'UE) (Health Data, 2017).

Nel 2016 il tasso di insoddisfazione media riguardo alle prestazioni offerte dall'ESY (accesso, tempi d'attesa e specialmente costo delle prestazioni non convenzionate) viene registrato come il più alto di Europa (12,4% degli intervistati in Grecia contro la media europea registrata che è del 3,3%), ed il punteggio medio registrato di qualità percepita dai cittadini riguardo all'erogazione dei servizi è di 6

su 10, dove il punteggio di 5 rappresenta la soglia di insoddisfazione (EQLS Data, 2016).

CAPITOLO 5

I paesi a welfare mediterraneo: politiche sanitarie a confronto

Secondo gli studi di Ferrera (2006) i quattro stati a regime di Welfare mediterraneo presentano una evoluzione storica, sociale e delle politiche sanitarie caratterizzata da forti similitudini. Per poter paragonare l'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale di Italia, Spagna, Portogallo e Grecia, e metterne in luce le somiglianze e le differenze, viene ripresa la definizione proposta da Ferrera stesso (2006) di Welfare mediterraneo, esposta nel capitolo introduttivo. Tale definizione descrive le particolari caratteristiche che accomunano i quattro paesi e che permettono di raggrupparli in un "regime" differente rispetto a quelli individuati da Espring-Andersen (1990). Di seguito, ciascuna caratteristica evidenziata da Ferrera viene analizzata allo scopo di confrontare le differenti politiche sanitarie di ogni paese.

. Periodo di instaurazione e consolidamento del Welfare caratterizzato da un sistema corporativo-occupazionale

Secondo la definizione di Ferrera i quattro paesi introducono, in primo luogo, un sistema di assicurazione sanitaria e pensionistica di tipo occupazionale nel periodo di instaurazione e consolidamento del Welfare.

In Italia, durante la Prima guerra mondiale, la borghesia è la prima ad avanzare la

richiesta allo Stato di introdurre una assicurazione sociale e di ideare un sistema di previdenza sociale. Solo nel 1927, però, viene imposta l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi e solo nel 1929 viene varata la prima Legge che prevede una assicurazione per le malattie professionali. È durante il fascismo che tutto questo si realizza in un arco temporale molto ristretto e sotto stretto controllo dello Stato: con l'introduzione delle Casse mutue, che sono enti assicurativi composti da lavoratori salariati, si garantisce il primo sistema capillare assicurativo nel territorio italiano (Vicarelli, 2010).

In Spagna lo Stato si impegna ben prima nell'interventismo sociale e fonda nel 1883 una Commissione per le riforme. Risale al 1900 l'emanazione della prima assicurazione sociale obbligatoria e al 1908 la fondazione della prima corporazione che integra le Casse di lavoratori richiedenti copertura assicurativa. La borghesia, che all'epoca detiene il controllo sul mercato e sul commercio, ha a cuore la salute della popolazione più povera poiché è la stessa che garantisce il funzionamento dell'apparato industriale. La borghesia, quindi, investe fondi ed energie per promuovere gli istituti di beneficenza e per garantire l'erogazione di normative che regolamentino l'assistenza. La coesistenza al potere di liberali e conservatori durante il periodo della *Restauración* risulta inoltre essere essenziale per tracciare efficacemente e senza interruzioni il percorso verso la creazione di un sistema assicurativo coerente con i bisogni dell'epoca. Durante l'epoca franchista, nel 1963, le assicurazioni sulla malattia, sulla vecchiaia, sull'invalidità e sulla disoccupazione

vengono unificate.

Il Portogallo invece si colloca all'estremo opposto rispetto alla Spagna, essendo l'ultimo paese, in termini temporali, ad introdurre un sistema assicurativo obbligatorio per alcune tipologie di lavoratori (1935). Le *Caixas de previdência*, a partire dal 1936, iniziano a gestire le questioni relative alla tutela degli industriali, dei commercianti e degli addetti ai servizi pubblici, sotto il controllo e la guida dei Centri di medicina preventiva (União nacional, 1935).

Si possono individuare alcune motivazioni riguardo al ritardo relativo all'introduzione di un sistema assicurativo sociale in Portogallo. La prima è legata al fatto che il controllo univoco sulle istituzioni è esercitato dalle *Casas de misericórdias* e dalle *Casas pias*. Specialmente queste ultime, che dal 1779 vengono affiancate dai Commissariati di polizia, detengono un potere egemonico sulla gestione e il controllo della politica sanitaria ed assistenziale del territorio (Abreu, 2017). Il potere esercitato dalla Chiesa sulle istituzioni sanitarie non permette allo Stato, rappresentato da una Repubblica debolmente creatasi dopo anni di potere monarchico (1911), di prendere posizione alcuna nell'organizzazione sanitaria ed assicurativa.

La seconda motivazione riguarda l'ideologia di Salazar rispetto al controllo statale delle istituzioni sanitarie. Quando il dittatore sale al potere si dimostra favorevole al corporativismo e al controllo statale sul mercato, ma non si interessa delle istituzioni sanitarie, e preferisce continuare a delegare la gestione della sanità alle

Casas pias, ai Commissariati e al mercato privato (decreto numero 2761 del 1937).

La obbligatorietà imposta per l'assicurazione sociale del 1935 dimostra solo l'interesse del dittatore di tutelare la popolazione lavoratrice più povera con lo scopo di permettere il buon funzionamento del mercato del lavoro senza sovraccaricare il sistema di salute pubblico. Se i lavoratori, infatti, appartengono ad una qualche corporazione, dopo il decreto 2761 sono obbligati a stipulare una assicurazione che copra loro le spese in caso di degenza (Abreu, 2017).

Per quanto riguarda la Grecia, la prima Legge emanata per la sicurezza sul lavoro è datata 1911 (Legge numero 3934) e si propone di tutelare i lavoratori attraverso l'obbligatorietà assicurativa che copra le spese sanitarie in caso di infortunio. Le prime società di mutuo soccorso vengono istituite nel 1915 (Legge numero 281) e la prima agenzia per l'assicurazione sociale, la IKA (*Idroma Koinonikón Asfalíseon*), viene fondata nel 1934. Nel caso della Grecia non si riscontrano rilevanti problematiche che riguardino il passaggio del controllo delle istituzioni sanitarie dalle opere caritatevoli ai municipi e agli apparati statali. Il passaggio avviene dopo l'istituzione del Ministero dell'Igiene e del Welfare nel 1917 (Legge 748). La collaborazione tra le diverse istituzioni che detengono la gestione dell'apparato sanitario ellenico è un fattore contribuente importante per la evoluzione del sistema sanitario stesso. In Grecia l'investimento sulla salute pubblica viene considerato come una "riforma sociale" in risposta alle problematiche sociosanitarie di inizio secolo (Zilidis, 2008).

. Presenza di regimi polarizzati

Tratto sicuramente distintivo che accomuna la storia dei paesi a Welfare mediterraneo è la presenza, in un periodo storico compreso tra la fine della Prima guerra mondiale e la fine della Seconda guerra mondiale, di regimi estremamente polarizzati, caratterizzati da relazioni interconnesse tra Stato, mercato, famiglia e Chiesa (Ferrera, 2006). Tali regimi hanno anche il merito di aver introdotto dei cambiamenti rilevanti al sistema sanitario di ciascun paese.

L'esperienza del fascismo coinvolge l'Italia a partire dal 1922. La dottrina fascista, come precedentemente affermato, è promotrice della fondazione delle Casse mutue, e introduce la figura del medico della mutua. Questa tipologia di medico rappresenta un potente strumento di controllo nelle mani del regime fascista, e viene affiancato dalla figura del medico condotto e del medico ospedaliero. Solo dopo l'istituzione del SSN (1978) la figura del medico della mutua viene sostituita con quella del medico di medicina generale, le cui funzioni e la cui disciplina contrattuale sono parzialmente differenti. Oltre alla creazione delle Casse, l'inserimento dei medici della mutua nei distretti e la imposizione di assicurazioni obbligatorie ai lavoratori, Mussolini dà avvio ad opere di bonifica dei territori paludosi, favorendo il debellamento di malattie infettive come la malaria e promuovendo la delarvizzazione dell'acqua stagnante (Acquarone, 1995).

Con il concordato del 1929 stipulato tra Stato e Chiesa (patti Lateranensi) viene decretata la permanenza degli ospedali all'interno della giurisdizione delle Opere Pie. Per questo motivo gli ospedali italiani restano per lungo tempo estranei ai progressi e alle conquiste delle scienze mediche moderne (Canelles, 2013).

Attraverso il clientelismo, ovvero la pratica di inserire in cariche pubbliche persone interessate a sostenere l'autorità in cambio di favori e protezione (Treccani, 2010), il fascismo riesce ad ottenere il controllo su ogni aspetto sociale e sanitario del paese (Acquarone, 1995).

In Spagna è il franchismo a rappresentare il periodo dittatoriale identificato da Ferrera. La dittatura franchista (1939-1975) viene preceduta da un periodo storico presenziato dal dittatore Primo de Rivera (1926-1936) il quale redige il Regolamento di salute provinciale nel 1925. Il Regolamento prevede la fusione degli organismi sanitari preesistenti in un unico Istituto d'igiene: la figura del medico igienista, quindi, rappresenta l'incarico più rilevante in ambito sanitario in ogni territorio autonomo. Durante il periodo franchista il medico igienista ricopre, in Spagna, un ruolo che può essere paragonato a quello del medico della mutua durante gli anni del fascismo in Italia. Anche in questo caso Franco, come Mussolini, mira ad una ri-centralizzazione del potere e alla delegazione delle autorità nelle province a medici e funzionari fedeli alla dittatura (Cardona, 2005). Mentre il controllo dei distretti viene lasciato in mano agli igienisti e alle fazioni militari controllate dalla Direzione generale di sanità, il Ministero del lavoro e l'Istituto

nazionale di previdenza sociale, sotto la dirigenza dei falangisti, si occupano di implementare il programma assicurativo e sociale nei centri urbani. Il dittatore, inoltre, si impegna in ingenti opere di risanamento e bonifica delle zone paludose (anche grazie all'aiuto dell'OMS, 1959).

Quando, nel 1933, Salazar emana la nuova costituzione dando vita all'*estado novo*, per il Portogallo inizia un periodo caratterizzato principalmente dal costante tentativo del Governo di integrare tutti i gruppi sociali attraverso le corporazioni (D'Agostini, 2020). Il dittatore dimostra inizialmente un atteggiamento disinteressato verso il tema della sanità pubblica e questo fatto trova riscontro, in quegli anni, nel grande sviluppo del settore privato a discapito di quello pubblico. Nel 1944, in risposta ad un periodo di pesante sfiducia sociale e politica della cittadinanza nei propri confronti, Salazar procede ad una modernizzazione del governo e ad un aumento dei finanziamenti rivolti alla sanità. Tra il 1944 ed il 1968 vengono promosse dal dittatore misure volte al miglioramento della distribuzione distrettuale degli istituti sanitari e della loro organizzazione, ma il finanziamento destinato alle risorse pubbliche continua a rimanere bassissimo (rappresenta il 2,8% del PIL nel 1970, secondo dati OCDE del 2006). Il medico ospedaliero, a causa di un basso stipendio statale, si trova obbligato ad arrotondare nel privato (Kyriopoulus, 1999).

Ad inizio del XX secolo lo scenario politico dell'Europa balcanica è carico di tensioni, e la Grecia si trova assoggettata al potere di Venizelos, primo ministro del

partito dei liberali dal 1910. Venizelos procede alla revisione della Costituzione (1911) con l'intenzione di migliorare, tra le altre cose, il sistema sanitario e di sicurezza sociale del paese. Con il reinstaurarsi della monarchia e a seguito poi del colpo di Stato di Metaxas (1934), Venizelos viene mandato in esilio ed inizia in Grecia un vero e proprio periodo dittatoriale di stampo fascista (Clogg, 1998). Metaxas attua una politica sociale simile a quella attuata da Hitler in Germania, ma sempre manifestando il costante rifiuto di schierarsi apertamente a fianco dei tedeschi nel fronte bellico. Procede quindi con la bonifica delle aree rurali, con l'introduzione dell'indennità di disoccupazione e di maternità, e con l'istituzione della IKA (1934), l'assicurazione sociale obbligatoria (Zilides, 2002).

La Grecia del XX secolo non sperimenta un unico periodo dittatoriale: dopo Venizelos e Metaxas il potere passa nelle mani della *Dittatura dei colonnelli* (1967-1974). La Giunta, come viene chiamata la dittatura, propone la sostituzione dei politici con militari e con l'esercito, e mira a sopprimere le libertà civili e ad investire molte risorse nella riqualificazione delle aree rurali per poter ottenere consensi diffusi (Vatikiotis, 1998). Durante gli anni della Giunta il tentativo di proporre un piano di riforma basato sul decentramento dei servizi sanitari, l'unificazione assicurativa e l'introduzione del medico di famiglia, fallisce (Piano di Patrasso, 1968).

. Differenziazione dei destinatari delle forme di prestazione e clientelismo

Ferrera (2006) evidenzia come sia preponderante nei paesi a Welfare mediterraneo la tendenza alla differenziazione dei destinatari delle forme di prestazione e alla presenza di manipolazioni clientelari, frodi, evasioni contributive su larga scala.

In Italia, durante gli anni del fascismo, i ruoli amministrativi e dirigenziali più rilevanti vengono attribuiti a funzionari fascisti, a medici della mutua o al clero. Nel momento in cui l'Italia diventa una Repubblica (1946) si procede ad una defascistizzazione delle cariche politiche e delle posizioni di potere, ma di fatto al governo si alternano partiti (Democrazia cristiana e Partito comunista) che ricadono negli stessi meccanismi clientelari (Della Porta, 1992). L'istituzione delle Casse mutue ed il sistema mutualistico inevitabilmente portano alla differenziazione dei destinatari delle forme assicurative e pensionistiche: solo con l'istituzione del SSN di stampo universalistico, avvenuta nel 1978, tale modello viene modificato (Gabriele, 2014). D'altro canto, però, dopo l'istituzione del SSN le USL (Unità Sanitarie Locali) diventano veri e propri centri di potere, utili per l'acquisizione di consensi (Ferrera, 1996), e sviluppano fenomeni diffusi di corruzione per trarre vantaggi personali e di partito (Della Porta, 1992).

A partire dagli anni Ottanta i politici italiani si impegnano ad apparire nello scenario sanitario con lo scopo di ottenere consensi: essi cercano di bilanciare le spese investite per la sanità pubblica ed i finanziamenti ricavati attraverso i sistemi di compartecipazione richiesti ai cittadini. Attraverso la concessione di esenzioni, i

partiti riescono ad evitare il pagamento delle tasse ad ampie fette di popolazione. In altre occasioni colpevolizzano la Comunità europea per la politica di rigore finanziario imposta ai cittadini italiani (Ferrera, 1996).

Particolarmente rilevante risulta essere il caso Tangentopoli, un termine utilizzato dal 1992 per definire un sistema diffuso di corruzione politica che porterà ad indagare molti esponenti politici italiani e i vertici della sanità.

In Spagna, durante gli anni del franchismo, le cariche politiche più rilevanti e la gestione dei distretti sanitari vengono affidate a funzionari falangisti o a medici igienisti selezionati dal partito. Francisco Franco però, che non si dimostra realmente interessato al tema dell'amministrazione e della gestione dei distretti sanitari, lascia che siano le regioni autonome ad organizzarsi attraverso sistemi sempre più frequenti di *commonwealth* (Navarro, 1977).

Come in Italia così in Spagna, soprattutto durante gli anni della *Reforma*, il modello del SNS (1986) viene ritoccato con l'introduzione del *copago* (ticket), valido però solo per alcune categorie di cittadini ed alcune prestazioni, e con l'attuazione di una politica di tagli e definanziamenti.

In Portogallo sino a più della metà del XX secolo le istituzioni sanitarie sono controllate dalla Chiesa, e solo grazie alla presenza sempre più ingente dei corpi di polizia a fianco dei funzionari ecclesiastici lo Stato riesce a prendere lentamente parte alla gestione e al controllo della politica sanitaria nella nazione. Inoltre, l'erogazione dell'assicurazione sociosanitaria e dei benefici pensionistici viene

offerta solo alle corporazioni sociali, secondo la volontà di Salazar (D'Agostini, 2020), creando perciò un importante scenario di disparità nella popolazione richiedente cure.

La situazione greca riguardo la sanità rimane invariata per molto tempo: le radicate ideologie conservatrici ispirate al modello bismarckiano (conservatore-corporativo), non permettono facilmente il passaggio ad un modello universalistico e decentrato della sanità (Abel-Smith, 1994). Prima della riforma del 1983 il funzionamento del sistema sanitario rimane legato agli interessi del settore privato o della Chiesa che, attraverso le Opere di beneficenza, gestisce istituti e nosocomi. L'interesse dimostrato dallo Stato nel finanziare certi tipi di attività sanitaria rispetto ad altri prende la forma di un particolare clientelismo che crea ovviamente ampia disparità nell'accesso alle cure, in tutto il territorio greco (Mossialos, 2005).

. Istituzione del SSN e introduzione di sistemi di compartecipazione della spesa sanitaria

Tratto comune a ciascun paese a Welfare mediterraneo è l'istituzione di un proprio Sistema Sanitario Nazionale in un periodo compreso tra l'inizio degli anni Settanta e la fine degli anni Ottanta del XX secolo (Ferrera, 2006), periodo seguito, ovunque, dall'emanazione di provvedimenti orientati al contenimento della spesa sanitaria e

all'aumento delle tasse di compartecipazione.

L'Italia è la prima ad istituire il proprio SSN, il 23 dicembre del 1978, attraverso l'emanazione della Legge 833. Viene seguita dal Portogallo (Legge numero 56 del 15 settembre del 1979), dalla Grecia (Legge numero 1397 del 1983) e infine dalla Spagna (Legge numero 14 del 25 aprile del 1986).

In Grecia ed in Portogallo il SSN è rimasto molto frammentato. Soprattutto in Grecia convivono nel territorio erogatori di prestazioni private e pubbliche che garantiscono cure primarie e specialistiche, ed un incompleto sistema di medicina di base non adeguatamente distribuito nel territorio, che si dimostra carente soprattutto nelle zone non urbane e più degradate (Mossialos, 2005). In Spagna e in Italia, invece, il processo di regionalizzazione del SSN permette una maggiore integrazione dei servizi distribuiti nel territorio, anche se non in maniera del tutto equa e priva di contraddizioni (Gabriele, 2014).

Politiche di contenimento dei costi e delle spese generate dal SSN vengono introdotte per regolamentare il bilancio dello Stato di ciascun paese, specialmente dopo la crisi del 2008. Elemento comune alle politiche di risparmio risulta essere il carattere urgente dei provvedimenti emanati (Vogliotti, 2014). In Italia sono i Patti per la salute a rappresentare questa tipologia di politiche di contenimento dei costi. Il Patto per la salute emanato nel 2010-2012 prevede misure di contenimento della spesa che riguardano la retribuzione del personale e l'attività ospedaliera, introduce il *superticket* di 10 euro a prescrizione sulla attività specialistica (abolito nel 2020),

ridimensiona il costo di beni, servizi e prestazioni acquistate dal SSN. Nel 2014-2016 il nuovo Patto per la salute prevede un taglio di 2 miliardi di euro alla Sanità pubblica (Gabriele, 2014).

In Grecia il *bailout agreement* (piano di salvataggio di una istituzione che si trovi in uno stato di insolvenza: Treccani, 2012) impone la riduzione della spesa sanitaria per cercare di riportare il debito pubblico a valori moderati (Eurostat, 2015). Per questo motivo la sanità greca, tra la prima e la seconda decade del XXI secolo, conosce una politica di tagli molto rigida caratterizzata da ingenti privatizzazioni e deroghe al settore privato, riduzione dei bilanci ospedalieri, riassegnazione dei posti letto ad assicurazioni private (l'1,6% dei posti letto degli ospedali pubblici sono stati concessi ad assicurazioni private, secondo dati Eurostat 2016). Vengono adottate misure drastiche per ridurre il personale, quali il licenziamento di lavoratori precari o vicini alla pensione, trasferimenti e blocco all'80% del *turnover* (Eurostat, 2016). Per quanto riguarda le compartecipazioni, dal 2014 è introdotto un nuovo ticket fisso di un euro su ricetta (Dati WHO, 2014). Dal 2011 coloro che non sono coperti da assicurazione possono servirsi solo di alcuni ospedali del territorio ed ottenere la prescrizione dei soli farmaci generici, e dal 2013 è introdotto un "libretto di povertà" per assicurare le cure ovunque a coloro che hanno un reddito inferiore ai 6000 euro annui (WHO Regional Office, 2014).

In Spagna il governo centrale riduce i salari dei dipendenti pubblici ed aumenta il tempo di lavoro (2015), attua politiche di incentivazione alla prescrizione di farmaci

generici ed aumenta la spesa di compartecipazione sui farmaci in base al reddito dei lavoratori (Eurostat, 2016). Dal 2012 con il D.lgs. numero 16 è individuato un “pacchetto comune” di prestazioni garantite agli assicurati e alle loro famiglie, composto dalle prestazioni di base, finanziate pubblicamente al 100% (servizio di prevenzione, diagnostica, trattamento e riabilitazione, trasporto sanitario urgente) e dalle prestazioni supplementari, finanziate dallo Stato ma con differenti livelli di compartecipazione (servizio ortopedico, trasporto non urgente). Al “pacchetto comune” viene affiancato un “pacchetto complementare” finanziato dalle varie Comunità, e che quindi offre differenti prestazioni in base alle istituzioni presenti nel territorio (ad esempio rientrano in questa categoria l’assistenza odontoiatrica o la chirurgia al seno) (OECD, 2015). Il cambiamento più rilevante, per quanto riguarda la sanità spagnola, è il passaggio da un sistema che offriva copertura a tutti i residenti (Ley General del 1986) ad uno sistema di tipo assicurativo in cui la platea dei beneficiari risulta estremamente ridotta (D.lgs. 16/2012). Il passaggio al nuovo sistema finisce per escludere dalla copertura assicurativa specialmente i giovani sopra i 26 anni non ancora entrati nel mondo del lavoro e gli immigrati irregolari adulti, tutelati in maniera gratuita dal SNS solo in caso di incidente, patologia grave, gravidanza, parto.

In Portogallo a partire dal 2012 vengono effettuati ingenti tagli alle spese che riguardano la sanità pubblica: i salari vengono congelati e si procede con il blocco delle promozioni, con le restrizioni alle assunzioni e con l’anticipazione dei

pensionamenti. Anche in Portogallo sono promossi interventi di razionalizzazione della rete ospedaliera, attraverso il taglio dei posti letto e la chiusura di interi dipartimenti. La revisione del sistema delle compartecipazioni avviene con il Decreto-legge numero 97 del 2015: esse vengono aumentate allo scopo di incentivare le cure primarie piuttosto che i servizi di emergenza, utilizzati spesso in modo inappropriato (OECD, 2017). Al contempo sono riordinate ed ampliate le esenzioni, includendo oltre a malati cronici, anche bambini, soggetti fragili, ed altre categorie selezionate in base al reddito sociale. Dal 2011 il sistema pubblico non copre più alcune prestazioni, quali quelle per infortuni sul lavoro e malattie professionali, interventi estetici e medicine alternative (Gabriele, 2014).

. Aziendalizzazione dei distretti sanitari

L'aziendalizzazione delle Unità distrettuali del Sistema Sanitario Nazionale è un processo che viene comunemente affrontato nei paesi a Welfare mediterraneo. Il termine aziendalizzazione, spesso utilizzato in luogo di managerializzazione o competizione amministrativa (Ferrera, 2006), fa riferimento alla introduzione di logiche di mercato all'interno di un sistema sanitario pubblico, affinché i produttori di prestazioni possano competere tra loro ed agire come imprenditori (Saltman e von Otter, 1992).

In Italia ad imporre il cambiamento da Unità Socio-Sanitarie ad Aziende Socio-

Sanitarie è il D.lgs. 502/1992. Soprattutto nelle regioni del Centro-Nord si assiste ad un generale indirizzamento al managerialismo privato, il quale porta ad una aumentata differenziazione dell'assetto istituzionale delle ASL all'interno del territorio nazionale. Con la terza riforma sanitaria avvenuta ad opera del D. Lgs 229 del 1999 le Aziende Sanitarie del territorio italiano vengono invitate a cooperare piuttosto che a competere (Decreto Bindi, 1999).

In Spagna la Legge 15/1997 (*Ley de Habilitación de nuevas formas de gestión del sistema nacional de salud*) abilita in maniera definitiva le nuove forme di gestione del SNS. Dopo una iniziale fase di assestamento e di riorganizzazione distrettuale delle Unità sanitarie nei territori, l'attenzione dei governi autonomi si focalizza sulla stipula di relazioni contrattuali di tipo privato con esperti in materie manageriali. A causa però delle preoccupazioni del governo del PP (Partido Popular) sulle possibili disuguaglianze generate dalla varietà di tipologie governative della sanità, nel 1997 vengono varate una serie di normative che ripropongono la direttiva delle unità distrettuali sotto la dipendenza del Ministero pubblico della sanità (Gava, 2018).

In Grecia è la Legge 2071/1992 che enfatizza l'importanza della gestione manageriale e del controllo aziendale sulle politiche attuate nel settore sanitario. Il partito conservatore di Mitsotakis dispone per la sanità un unico fondo assicurativo, il quale funge da acquirente di prestazioni, e genera così competizione tra i providers pubblici e privati. Negli anni Novanta, perciò, si assiste ad una espansione

del settore privato e delle assicurazioni private (Polyzos, 2008).

In Portogallo invece, in un documento emanato in concomitanza alla pubblicazione dell'*Estatuto do SNS* (Decreto-legge 11/1993), viene illustrata la possibilità da parte degli enti pubblici di salute di essere amministrati da enti privati, i quali possono proporre nuove tipologie di aziendalizzazione, oltre a nuove forme di gestione più flessibili ed autonome. Già nel 1988, con l'approvazione del Decreto numero 19/1988, viene proposta l'introduzione di principi di gestione aziendale nell'amministrazione del SSN portoghese. Dal 1996 le Agenzie di contrattazione si occupano invece delle competenze di tipo finanziario.

. Oltre la storia: un confronto sui dati attuali

Alla fine di ogni capitolo relativo alla evoluzione storica di ciascun paese sono stati riportati una serie di dati ritenuti rilevanti per confrontare i differenti SSN (Tabella I.5).

	Media UE	Italia	Spagna	Portogallo	Grecia
Speranza di vita alla nascita (espresso in anni)	80,9	83,1	83,4	81,6	81,4
Spesa sanitaria (pubblica + privata)	8,9%	8,9%	8,8%	9,0%	8,4%

in % PIL					
Spesa sanitaria pubblica in % PIL	6,4%	6,6%	6,3%	6,0%	5,1%
Spesa sanitaria privata in % PIL	2,2%	2,3%	2,6%	3,0%	3,2%
% Copertura dell'assistenza sanitaria privata	Non rilevabile	2%	15,7%	26%	12%
Qualità percepita erogazione servizi (scala da 1 a 10)	7,3	7,0	7,5	6,8	6,0

Tabella I.5

Fonte dati speranza di vita alla nascita: Eurostat 2017, Health Data;

Fonte dati % PIL spesa sanitaria (pubblica + privata, pubblica, privata): OCSE, 2018;

Fonte dati % copertura assistenza privata: OECD, 2018;

Fonte dati qualità percepita erogazione dei servizi: EQLS, 2016;

La speranza di vita alla nascita viene ritenuta un indicatore rilevante nell'identificare genericamente il livello di salute della popolazione, ed è anche una

misura della qualità generale della vita in un paese (World factbook, 2021). In tutti i paesi a Welfare mediterraneo la speranza di vita alla nascita è maggiore della media europea (80,9 anni). La Spagna è al primo posto e, secondo uno studio pubblicato dall'Istituto di statistica di Washington (2019), raggiungerà nel 2040 la più alta speranza di vita del mondo. Alcuni fattori che possono essere identificati come rilevanti motivazioni per una speranza di vita tanto alta sono la dieta, le tipologie di problematiche sociali, l'assenza di conflitti bellici e la qualità dell'assistenza del sistema sanitario che gioca un ruolo essenziale per un invecchiamento salutare (Istituto di Statistica di Washington, 2019).

La percentuale di PIL destinata alla sanità rappresenta la spesa investita nella sanità in rapporto al Prodotto Interno Lordo di ciascun paese. Il Portogallo presenta la percentuale di spesa sanitaria più elevata (9%) tra i paesi a Welfare mediterraneo, superiore anche alla media Europea (8,9%). In Portogallo la percentuale di PIL investito per la spesa privata rappresenta un terzo della spesa totale (3%). Nonostante in Grecia la percentuale di PIL destinata alla spesa sanitaria totale (8,4%) sia comunque al di sotto della media europea, la percentuale di spesa sanitaria privata ammonta al 3,2% del PIL. In questo settore la Grecia presenta valori inferiori solo alla Svizzera in Europa (4,6%) ed uguali a quelli di paesi che adottano sistemi di sanità prevalentemente privata, come il Cile e la Corea (Dati OCSE, 2018).

In Italia e in Spagna i valori in percentuale della spesa sanitaria totale sono vicini o

uguali alla media europea, ma in Italia al sistema pubblico viene destinata una percentuale maggiore del PIL (6,6% rispetto ai 6,3% della Spagna). Se si analizza inoltre la copertura delle assistenze sanitarie private nei vari paesi, la percentuale di popolazione coperta da assicurazione privata in Spagna supera di gran lunga quella italiana (15,7% della Spagna contro il 2% dell'Italia). La percentuale della copertura sanitaria affidata alla assistenza privata, sul totale dell'assistenza sanitaria erogata in un paese, è indicativa per comprendere in che misura la cittadinanza si rivolge ad istituzioni private per curare la propria salute, ritenendo di conseguenza il sistema sanitario pubblico carente di servizi, non conforme alle proprie esigenze o non avendo semplicemente la possibilità di accedervi (Gabriele, 2014). Il Portogallo detiene il primato in questo caso tra i paesi analizzati, registrando il 26% dei contratti assicurativi di copertura privata sul totale dei contratti assicurativi stilati nell'anno 2018. A causa della crisi del 2008, perdurata sino al 2013, il governo portoghese ha attuato infatti una pesante politica di tagli e definanziamenti al sistema pubblico di salute, spingendo indirettamente la popolazione a stipulare assicurazioni private (Palatella, 2018). Anche la Spagna registra un aumento della percentuale dei contratti di copertura assicurativa privata a partire dal 2012, quando il decreto numero 16/2012 restringe la platea degli esercenti diritto all'accesso al SNS. In Italia il valore registrato nel 2018 è molto basso (2%). Infatti, nonostante l'Italia abbia diminuito l'investimento di risorse in ambito sanitario pubblico nel corso dei primi decenni del nuovo millennio, essa si dimostra comunque capace di

offrire un'assistenza sanitaria di qualità elevata, e la popolazione appare complessivamente soddisfatta ed in buona salute (Palattella, 2018).

A tal proposito, la qualità percepita riguardo l'erogazione dei servizi sanitari è stata registrata nel 2016 da dati dell'Eurostat della European Quality of Life Survey (EQLS). L'unità di misura è rappresentata da una scala da 1 a 10, dove 1 è un livello di qualità percepita molto basso e 10 è un livello ottimo di percezione della qualità dei servizi. La Spagna e l'Italia si avvicinano alla media europea (Italia 7; Spagna 7,5; Media europea 7,3), mentre non si può dire lo stesso per il Portogallo (6,8) e soprattutto per la Grecia, per la quale la qualità percepita viene registrata come appena al di sopra della sufficienza (6,0).

PARTE SECONDA

CAPITOLO 6

Disegno di ricerca

6.1 Dati sull'accesso in urgenza ai servizi

Un indicatore utile per poter paragonare i SSN dei vari paesi è la capacità del sistema stesso di offrire un servizio di accesso alle cure facile ed economico (Calamo-Specchia, 2015). È importante a tal proposito considerare che tutti gli Stati membri dell'Unione europea hanno dichiarato che le loro Leggi nazionali garantiscono “libero accesso alle cure in urgenza sanitaria per tutti”, incluse le persone non assicurate e non identificate. Il sistema di accesso d'urgenza alle cure è basato su criteri di universalità e gratuità in tutta Europa, anche se in verità molte realtà distrettuali in alcune nazioni e regioni adottano il sistema delle compartecipazioni per i cittadini extraeuropei e per alcune tipologie di servizi (Euro WHO, 2008). Secondo i dati Eurostat del 2014, la percentuale più alta della popolazione europea collocata nella fascia più bassa di reddito che non ha potuto avere accesso alle cure negli anni 2010- 2014 è stata rilevata in Grecia. Le difficoltà di accesso ai servizi registrate nella popolazione greca più povera sono state generate a causa di un aumento delle spese di contribuzione. Nel caso della penisola ellenica sono emerse, inoltre, problematiche legate alla scarsità di personale, di

materiali e di forniture mediche, quali anche farmaci, poiché il prezzo molto basso dei medicinali ne implementa l'acquisto e ne riduce la reperibilità (Skouliotis, 2017). L'accesso alle cure è notevolmente ridotto anche perché l'assicurazione sanitaria greca copre i disoccupati per i soli primi due anni dalla disoccupazione (ESY, 1983). Quindi, un cittadino greco che accede in maniera gratuita al SSN greco attraverso il pronto soccorso deve poi tener conto della eventualità di dover pagare prestazioni extra non coperte dalla assicurazione, e questa eventualità funge spesso da deterrente nel rivolgersi alle strutture d'urgenza (dati Euro WHO, 2008).

Il Portogallo, secondo un rapporto dell'OMS del 2014, è il Paese, dopo la Grecia, che presenta il più elevato rischio di spesa sanitaria non adeguata riguardo agli accessi al pronto soccorso. Questo accade perché i portoghesi non hanno un loro proprio medico di base e perciò fanno sempre uso dei servizi di emergenza, per i quali le compartecipazioni sono spesso molto alte (Pisco, 2007).

È da evidenziare la particolarità che, in Portogallo come in Grecia, il cittadino ha la possibilità di recarsi in istituzioni private anche in situazioni di emergenza. In Grecia questo sistema, che prevede una duplice scelta del cittadino per l'accesso al pronto soccorso, nasce a seguito della fondazione dell'EOPYY (*Ethnikós Organismós Parokís Ypiresión Ygeías*; Organizzazione Nazionale per la Provvidenza Sociale, 2011), che prevede la co-presenza nel territorio di Enti a legislazione privata (NPID, ospedali a tutti gli effetti) supervisionati dal Ministero della sanità, e di Enti totalmente pubblici (NPDD).

In Portogallo, la regolamentazione delle condizioni di accesso al sistema pubblico o privato da parte del cittadino avviene a seguito dell'emanazione del Decreto legislativo 57/1986.

Anche l'Italia, seppure in maniera ridotta paragonata alla Grecia, registra dal 2014 una aumentata difficoltà di accesso ai servizi sanitari da parte delle fasce di popolazione a più basso reddito (ANAASO, Assomed, 2014) generata in parte dall'incremento del livello delle compartecipazioni, cresciute del 34% nel solo anno 2011 rispetto al 2010 (Corte dei conti, 2013). In Italia la compartecipazione è più alta qualora, al momento del Triage in pronto soccorso, il motivo che causa l'accesso non venga considerato dagli operatori in servizio come una reale emergenza e quindi segnalato come un codice non urgente. In questo caso la tariffa varia in base alla regione nella quale si ha avuto accesso al pronto soccorso (Ministero della Salute, 2020).

In Spagna l'adito al pronto soccorso è gratuito ed universale per tutti o prevede delle compartecipazioni molto basse.

Le operazioni o gli interventi che possono essere conseguenti al ricovero, invece, possono essere gratuiti o a pagamento dipendentemente dallo *status* del cittadino (lavoratore assicurato, cittadino europeo con tessera sanitaria o cittadino extraeuropeo pagante) (Sistema Nacional de Salud, 2012).

6.2 Obiettivi ed ipotesi di ricerca

L'obiettivo della ricerca è quello di mettere in luce le differenze e le similitudini riscontrate nell'accesso in urgenza al SSN di un paese a Welfare mediterraneo rispetto ad un altro che presenti lo stesso tipo di Welfare. Le informazioni vengono reperite attraverso interviste che evidenziano il paragone tra i sistemi d'accesso ai SSN mediante la valutazione delle percezioni degli intervistati e della narrazione spontanea che ne deriva.

Sulla base della analisi comparata dei SSN dei paesi a Welfare mediterraneo sviluppata nella prima parte della tesi si ipotizza che, avendo avuto questi paesi una evoluzione simile e presentando la stessa tipologia di SSN, essi possiedano delle caratteristiche tali che un cittadino di uno di questi paesi che acceda al servizio d'urgenza di un SSN di un altro di questi paesi non apprezzi delle differenze sostanziali. Ovvero, che l'esperienza di accesso in urgenza al SSN vissuta in un paese diverso dal proprio ma comunque a Welfare mediterraneo venga percepita allo stesso modo dal cittadino. A tal proposito la ricerca è focalizzata sull'individuare quanto ed in che modo il contesto vissuto dai soggetti intervistati incida sulla percezione di queste differenze.

La modalità d'accesso al sistema sanitario che è stata presa in considerazione per effettuare il paragone tramite le interviste è quella dell'urgenza: la scelta è motivata dal fatto che in una situazione di urgenza vigono le normative della legislazione europea (WHO, 2008) che assicurano lo stesso trattamento d'accesso, uguale e

universale, per ogni cittadino europeo. In questo modo le differenze riscontrate risultano più evidenti e quindi essere più facilmente analizzabili.

6.3 Metodologia

La ricerca empirica è stata sviluppata grazie ad una intervista discorsiva sottoposta a soggetti con le seguenti caratteristiche:

- sono cittadini europei, che sono nati e hanno vissuto la maggior parte della loro vita in uno dei quattro paesi analizzati (Italia, Spagna, Portogallo, Grecia);
- hanno vissuto un'esperienza di accesso ad un servizio del SSN di uno dei paesi a Welfare mediterraneo diverso dal proprio;
- hanno vissuto un'esperienza di accesso ad un servizio del SSN del loro proprio paese di origine, sono quindi perciò in grado di formulare un paragone tra le due esperienze;
- l'esperienza d'accesso è avvenuta mediante il pronto soccorso o comunque in situazioni di urgenza.

Sono state individuate dodici persone con le caratteristiche sopra descritte. I soggetti sono stati reperiti grazie alla diffusione della richiesta tramite conoscenze personali e mezzi di comunicazione quali i social network. Si è deciso di escludere dalla ricerca quei soggetti che hanno dichiarato di aver vissuto l'esperienza durante la pandemia di SARS-CoV-2 (considerando tale periodo valido dal gennaio 2020 al dicembre 2021) e quei soggetti che si sono rivolti ad istituzioni private o che erano

coperti da assicurazioni di viaggio al momento dell'esperienza.

Sono quindi stati intervistati otto individui.

Nella seguente tabella vengono riportate le caratteristiche principali dei soggetti selezionati per l'intervista (Tabella I.6).

Sogget to	Provenienza	Età	Sesso	Paese e città dell'esperienza	Anno	Motivo per il quale il soggetto si trovava nel paese
1	Spagna, Valencia	44	M	Italia, Padova	2016	Ricercatore
2	Spagna, Madrid	28	M	Grecia, Corfù	2017	Vacanza
3	Italia, Vicenza	32	M	Portogallo, Porto	2018	Vacanza
4	Italia, Modena	31	F	Spagna, Zaragoza	2016	Studio (Erasmus)
5	Grecia, Salonicco	25	F	Italia, Mestre (VE)	2018	Lavoro
6	Grecia, Atene	30	M	Portogallo, Lisbona	2017	Volontariato

7	Portogallo, Viseu	27	F	Italia, Torino	2019	Lavoro
8	Portogallo, Porto	29	F	Spagna, Barcellona 2018	2018	Lavoro

(Tabella I.6)

L'intervista verte su tre principali argomenti proposti come guida alla narrazione:

- raccontare l'esperienza vissuta nel paese straniero;
- formulare un giudizio sulla soddisfazione percepita;
- paragonare l'esperienza vissuta nel proprio paese.

Prima di iniziare l'intervista ai soggetti selezionati viene mostrata la traccia da seguire che viene riportata, nella stessa lingua in cui è stata proposta a tutti gli intervistati (inglese), nella tabella in allegato (Allegato 1). L'intervista è stata poi svolta in inglese, spagnolo ed italiano. I soggetti sono stati invitati a narrare l'esperienza nella loro lingua madre (a parte per i cittadini greci, per i quali è risultata impossibile una traduzione da parte dell'intervistatore e quindi la narrazione è stata fatta in inglese), per rendere il racconto più spontaneo.

Nonostante l'impostazione della traccia, che funge da guida iniziale, lo stile narrativo è libero, viene cioè lasciata all'intervistato la possibilità di creare una narrazione unica e scorrevole, sotto la guida dell'intervistatore qualora venisse

perso il filo del discorso.

Per lo svolgimento dell'intervista è stata utilizzata la piattaforma Zoom Meetings® e previo consenso degli intervistati si ha avviato una registrazione per permetterne la traduzione e trascrizione. Le interviste sono state poi analizzate attraverso alcuni items, individuati perché ridondanti nelle narrazioni, che hanno permesso di svolgere un miglior confronto:

- accessibilità (intesa come capacità di rendere un servizio facilmente e velocemente usufruibile);
- disponibilità e cordialità degli operatori all'accesso;
- appropriatezza (intesa come efficacia dell'assistenza rispetto alle conoscenze e al problema clinico in esame), competenza e professionalità degli operatori;
- paragone con l'esperienza vissuta nel paese d'origine e particolarità emerse.

Oltre all'analisi delle interviste mediante gli items, nel capitolo relativo ai risultati vengono riportati alcuni frammenti narrativi, selezionati poiché ritenuti interessanti ai fini dell'esposizione.

CAPITOLO 7

Risultati

7.1 Analisi delle interviste

Lo scopo delle interviste risulta quindi essere quello di individuare somiglianze e differenze nell'accesso in urgenza al SSN tra i paesi a Welfare mediterraneo, considerando un punto di vista diverso dalle analisi bibliografiche esposte nella prima parte della tesi. I risultati vengono esposti seguendo gli items secondo i quali sono state analizzate le interviste.

7.1.1 Accessibilità

L'accessibilità è, secondo la percezione degli intervistati, un indicatore rilevante che può dare informazioni sulla qualità del servizio erogato. Nella maggior parte dei casi (6 su 8) il pronto soccorso è stato raggiunto autonomamente e con facilità, o attraverso mezzi di emergenza che non hanno tardato molto ad arrivare dopo averli chiamati. In un caso (numero 7) l'accesso è avvenuto con difficoltà poiché il soggetto, che da un paese vicino a Viseu (Portogallo) ha dovuto recarsi al pronto soccorso di Viseu, ha impiegato quasi un'ora di macchina a raggiungere la struttura. Nell'altro caso (soggetto numero 2), la questione ha riguardato il trovare parcheggio nei pressi dell'ospedale a Madrid.

Le tempistiche d'attesa in accettazione si sono rivelate brevi in 6 casi (ovvero i

soggetti entro un'ora sono stati visitati), mentre i 2 intervistati (caso 6 a Lisbona e caso 7 a Torino) che hanno lamentato un lungo tempo d'attesa (dalle 4 alle 6 ore) hanno dichiarato che, dopo aver effettuato il triage, sono stati avvisati dagli operatori riguardo al lungo tempo d'attesa previsto. L'episodio narrato dall'intervistata numero 4, una ragazza proveniente da Modena che ha vissuto l'esperienza a Zaragoza (Spagna), rivela una problematica nella modalità di comunicazione degli avvisi di chiamata ai pazienti in sala d'attesa. Questo fatto mette in luce come un servizio, che dovrebbe essere usufruibile da tutti ed in maniera indiscriminata, non possieda i criteri necessari a renderlo totalmente accessibile.

“Ad un certo punto a Zaragoza il mio amico è uscito a fumare una sigaretta e sono rimasta da sola lì dentro per, non so, cinque minuti. Mentre lui era fuori devono aver chiamato il mio numero ed io non ho sentito. Ovviamente non ho sentito, perché ero andata in Pronto soccorso proprio per una problematica all'orecchio. Abbiamo aspettato un'altra ora e mezza e quando siamo andati a chiedere se c'era qualche problema la ragazza dell'accettazione, infastidita, ci ha detto che ci avevano già chiamati da un po'. Io sinceramente mi sono messa a ridere, ma la cosa che ho pensato è stata proprio questa...se ho problemi ad un orecchio e non ci sento bene, o addirittura sono sorda magari, e non c'è uno schermo dove leggere il numero, allora c'è qualcosa che non va in questo sistema” (caso 4).

7.1.2 Disponibilità e cordialità degli operatori all'accesso

La disponibilità e la cordialità dimostrata dagli operatori nell'illustrare la situazione generale sono state percepite dagli intervistati come parte importante, anche se non essenziale, della valutazione generale.

L'opinione espressa a tal proposito è stata quasi sempre positiva. Sono stati descritti in maniera favorevole l'aspetto della sala d'attesa, il comportamento attuato dagli operatori nel comunicare le informazioni, la cordialità e la disponibilità dimostrata dagli infermieri del triage nell'ascoltare le esigenze degli intervistati, la esaustività fornita nelle risposte.

“L'impressione è stata davvero molto buona. C'erano due infermieri all'accettazione e parlavano un inglese ottimo. Mi hanno fatto sedere su una carrozzina dandomi del ghiaccio e un telo per bloccare il sangue e assicurandomi sul fatto che il medico sarebbe arrivato a breve. Quando il medico è arrivato parlava anche lui un perfetto inglese, abbiamo chiacchierato mentre mi visitava ed è stato molto disponibile e professionale” (caso 6: proveniente da Atene, accede al pronto soccorso di Lisbona dove si trovava per svolgere un periodo di volontariato).
In un solo caso il giudizio formulato è stato negativo (caso 3, proveniente da Vicenza).

L'esperienza narrata dal ragazzo italiano in vacanza in Portogallo nel 2018, oltre a riportare informazioni sull'aspetto dimesso della sala d'attesa dell'ospedale di Porto, rivela un episodio di noncuranza da parte di un infermiere del triage. Questo

comportamento negligente ha posteriormente portato all' aggravarsi della problematica sintomatologica.

“Siamo arrivati in questo ospedale molto piccolo, la accettazione non è andata molto bene, parlavano poco inglese. La prima impressione non è stata il massimo visto che la sala d'attesa era tutta sporca con carte e garze per terra e sedie rotte in giro. Noi rimaniamo così, nonostante non ci fosse nessuno, in attesa per circa un'ora. Ad un certo punto ho iniziato a starnutire a ripetizione, davvero uno starnuto dopo l'altro, tanto che gli infermieri del triage mi hanno detto di spostarmi dalla mia poltrona perché sopra di me c'era la boccuccia del climatizzatore che è tutta impolverata, e che magari è colpa della poltrona perché può essere che anche la poltrona sia tutta impolverata. Non so come dire, ma io trovo questo fatto piuttosto inquietante in un ospedale”.

La ragazza proveniente da Modena (caso numero 4) invece narra dell'esperienza vissuta nella propria città d'origine rilevando come, seconda la sua opinione, non sia stato attuato un comportamento professionale ed empatico da parte degli operatori del pronto soccorso.

“Quella volta sono finita al pronto soccorso perché avevo avuto un episodio di epistassi a casa che non si fermava più. Insomma, dopo un'ora che stavo sul divano a deglutire sangue stavo praticamente svenendo, e i miei genitori mi hanno portata di volata al pronto soccorso. Io ero un po' intontita ma ricordo che al triage ci volevano fare aspettare. Intanto mi avevano steso su una panchina in sala d'attesa

con un paio di asciugamani in faccia, e io continuavo a deglutire sangue e non ce la facevo più perché mi sembrava di soffocare, mentre mia mamma non faceva altro che urlare. Dopo dieci minuti è uscito un medico che ha calmato i miei genitori e mi hanno messo di peso su una barella e portato in un ambulatorio dove, senza troppe spiegazioni, mi hanno infilato un tamponcino su per il naso. Mi hanno detto di tenerlo per tre giorni e poi di tornare a toglierlo”.

7.1.3 Appropriatelyzza, competenza e professionalità degli operatori

Dalle interviste è emerso come la appropriatezza, la professionalità e la competenza dimostrata dagli operatori durante la visita risultino essere un fattore di valutazione di primaria importanza per gli intervistati.

Alla luce delle risposte fornite, gli intervistati sono stati suddivisi in categorie:

- soggetti che hanno dichiarato una non completa o mancata risoluzione della problematica: il problema non si è risolto o sono stati solo alleviati i sintomi principali;
- soggetti che hanno avuto necessità di essere ricoverati o meno: il ricovero può dare delle informazioni aggiuntive rispetto alla qualità dell'intervento percepita dall'intervistato;
- soggetti che hanno avuto percezione della professionalità degli operatori scarsa o pessima, indicandone le motivazioni;
- soggetti che hanno valutato l'appropriatezza come ottima: il problema è stato

risolto ed esposto in maniera chiara, in una modalità percepita dal soggetto come eccellente. Vengono riportate a titolo d’esempio le frasi più significative in tal senso emerse dall’intervista. Per ogni categoria vengono riportati nella tabella i dati fondamentali della narrazione, per fornire ai lettori un quadro esauriente e riassuntivo (Tabella I.7).

Items	Caso	Descrizione esperienza
Mancata risoluzione della problematica	1	Il ricercatore proveniente da Valencia non ha risolto la sua labirintite a Padova se non appoggiandosi ad una consulenza privata
	3	Il ragazzo da Vicenza in vacanza a Porto non solo non ha risolto la problematica allergica, ma i suoi sintomi sono peggiorati a causa della negligenza degli operatori
	8	La ragazza portoghese che lavora a Barcellona non ha risolto il suo problema né in Spagna né, in un secondo momento, a Porto
Necessità di ricovero	2	Il ragazzo di Madrid in vacanza a Corfù è stato ricoverato una notte dopo un incidente in motorino
	5	Gli attacchi d’asma frequentemente vissuti dalla ragazza greca hanno fatto in modo che venisse ricoverata sia a Mestre (VE) dove lavora, sia a Salonicco nel suo paese d’origine
	8	La ragazza portoghese ha passato la notte in osservazione nell’ospedale di Barcellona

Percepita scarsa professionalità degli operatori	1	Il ricercatore spagnolo ha dichiarato ritenere incompetente il medico che più volte l'ha visitato nell'ospedale di Padova
	3	La sintomatologia allergica non è stata risolta e addirittura è stata peggiorata per la negligenza dimostrata da parte degli infermieri e dei medici del pronto soccorso di Porto
Valutazione ottima della appropriatezza	2	<i>“Velocità e competenza nel trasporto in ambulanza e nella clinica ortopedica all'ospedale di Corfù”</i>
	4	<i>“Professionalità e cortesia dimostrata dalla dottoressa che mi ha visitato a Zaragoza”</i>
	5	<i>“Tutti gli operatori sono stati competenti e gentilissimi, dai medici del reparto a coloro che mi portavano i pasti”</i>
	6	<i>“Mentre il medico mi visitava è stato molto cortese, professionale e persino divertente”</i>
	7	<i>“Il dottore si è spiegato in maniera chiara avendo premura di farsi comprendere e spiegandomi bene come assumere la terapia prescritta”</i>

(Tabella I.7)

Le valutazioni ottime sulla professionalità e sulla appropriatezza riguardano soggetti che hanno dichiarato di aver incontrato sempre medici ed operatori competenti, i quali si sono sforzati di esprimersi e si sono rivelati professionali

anche sull'aspetto della comunicazione.

“Durante il ricovero mi sono trovata sempre benissimo con tutto il personale, mi hanno sempre spiegato quello che facevano, il primario si è dimostrato anche molto disponibile a visitarmi più volte perché sapeva che qui in Italia alla dimissione non avrei avuto il medico disponibile. Tutti sono stati gentili con me, anche quelli della cucina per dire, io non sapevo molte parole in italiano ma loro si sforzavano di tradurmi il menù in inglese! Impressione generale quindi molto buona, non ho niente da aggiungere se non che è stata una vera e propria esperienza e mi sono sentita tranquilla e a mio agio anche se ero distante da casa e se non parlavo bene l'italiano” (caso 5, ricovero a Mestre, VE).

Il caso del soggetto numero 1 (soggetto proveniente da Valencia e che ha avuto accesso al pronto soccorso di Padova) risulta particolarmente curioso.

L'interessato ritiene che l'accettazione e la disponibilità degli operatori siano stati eccellenti, ma lamenta la presenza di un medico a suo parere non abbastanza competente, che gli prescrive una terapia impegnativa (recarsi ogni mattina all'ospedale per due settimane per farsi fare una infiltrazione di cortisone) che infine non gli reca alcun beneficio. Inoltre, il suo problema non solo non si è risolto, ma non v'è stato nessun ulteriore tentativo da parte del medico di cercare una soluzione.

“Ricordo benissimo l'ultimo controllo che ho fatto per l'orecchio. Sono andato in ospedale, ho parlato con il medico, sempre lo stesso, e gli ho detto:

*-Guardi dottore io in realtà non mi sento ancora tanto bene, non riesco ancora a camminare dritto, sento che ho perso l'equilibrio-
e lui mi ha risposto:*

*-Ah, ma la cosa migliore in questi casi è che non ci pensi a queste cose-
ed ha aggiunto poi proprio queste parole:*

-È come se uno avesse un dito lungo e l'altro un po' più corto e lo guardasse sempre piangendosi addosso. Se non guardi non ti rendi conto e va meglio così-".

Nel caso numero 8 invece (proveniente da Porto e che ha vissuto l'esperienza a Barcellona), anche se l'intervistata viene ricoverata ed effettivamente non risolve la problematica per la quale si è recata al pronto soccorso, il giudizio espresso sulla professionalità degli operatori non risulta essere negativo.

"Il fatto che nessuno capiva cosa mi stesse succedendo all'inizio l'avevo considerato come una mancanza di professionalità. Pensavo:

-ma davvero sono tutti così incompetenti che non capiscono cosa mi stia succedendo? -.

Ma dopo il ricovero mi sono ricreduta. Mi hanno visitato almeno tre medici e mi hanno fatto davvero un sacco di esami, sempre con maniere gentilissime e sempre chiedendomi se volessi spiegazioni.

Insomma, c'è stata una buonissima attivazione secondo me, anche se di fatto la problematica non è stata risolta".

7.1.4 Paragone con l'esperienza vissuta nel paese d'origine e particolarità emerse

Nell'ultima parte dell'intervista è stato chiesto di formulare un paragone tra l'esperienza vissuta all'estero e quella vissuta nel paese d'origine. Gli intervistati a questo punto si sono rivelati consapevoli di ciò che più li ha infastiditi o stupiti in un caso o nell'altro e hanno saputo offrire una narrazione veritiera e spontanea, evidenziando così le maggiori diversità che si volevano indagare con la ricerca.

La ragazza portoghese di Viseu, a causa dei lunghi tempi d'attesa riscontrati al pronto soccorso di Torino, ha esplicitato la propria perplessità sul funzionamento del pronto soccorso italiano. La ragazza ha dichiarato che nel proprio paese, qualora il cittadino ritenga necessario essere atteso il più velocemente possibile, può scegliere di recarsi ad un pronto soccorso privato.

L'intervistata ha quindi proseguito con la narrazione spiegando che ha notato alcune differenze anche per quanto riguarda il medico di famiglia.

“In Portogallo non è che ognuno ha il suo medico di famiglia. Anzi, suona anche strano dirlo, per noi non significa niente. Da noi i medici di base operano solo nei Centros de Saude e non ci sono solo loro, ci sono anche infermieri, assistenti sociali, psicologi. Devi pagare un ticket per entrare dal medico di base, tu lo paghi sempre sennò non puoi nemmeno prenotare. Non ci sono neanche troppi distretti nel territorio, dove vivo io ad esempio ce ne sono un paio ma se vai già verso la campagna... Comunque, se tu hai proprio fretta e stai male, non chiami questo medico che avete voi, chiami un numero che è collegato a ciò che noi chiamiamo

Salud24, e ti rispondono infermieri che ti dicono cosa fare e dove andare se proprio non risolti da solo la situazione. A me è successo una volta che ho chiamato per mia madre questo numero e loro ci hanno indirizzato ad un ospedale, parlo sempre di ospedale pubblico. E quando siamo arrivate sapevano già cosa le fosse successo ed avevano persino preparato già gli esami da farle fare, così lei non ha nemmeno aspettato un minuto.”

Nel caso dell'intervistato numero 6, al momento di paragonare l'esperienza vissuta ad Atene (nel proprio paese di origine) rispetto a Lisbona, ha così commentato:

“Non saprei fare un paragone, sento che le cose sono molto diverse. Nel caso di Lisbona è stato semplice, siamo andati in ospedale, tutto è andato bene, sono tornato a casa e non ho pagato nulla. Qui ad Atene invece è spesso così: tu vai all'ospedale con la speranza di essere visitato da qualcuno di bravo e soprattutto in tempi brevi, ma il più delle volte va a finire che o per scelta tuo o per scelta dell'ospedale, che ti ci invia per fare degli esami, finisci in una clinica privata”.

In aggiunta a tale osservazione, l'intervistato esprime la propria opinione riguardo l'utilizzo della sanità privata in Grecia.

“Qui la sanità è pubblica e noi lo sappiamo, è un dato di fatto, ma purtroppo l'assicurazione che, diciamo, ci promette lo stato, non copre proprio tutti. Non tutela ad esempio i lavoratori in nero, che è inutile mentirsi sono molti qui, o i disoccupati da più di due anni. Quindi queste persone, che sono categorie molto deboli, sono

quelle che alla fine pagano di più il privato perché tanto dal pubblico non si aspettano niente.”

In Grecia, nonostante la novità introdotta dalla Legge 4368/2016 che, come analizzato, estende la gratuità ed universalità delle cure ad alcune fasce più deboli (donne incinte, minori, disabili, rifugiati), alcune categorie rimangono tuttavia escluse e devono rivolgersi al privato qualora la problematica non sia urgente.

La ragazza di Modena (caso numero 4) che ha vissuto una cattiva esperienza nella propria città, esprime la sua opinione nel seguente modo:

“Se devo quindi paragonare l’esperienza vissuta in Spagna con quella vissuta in Italia, nonostante in entrambi i paesi abbia avuto un po’ di sfortuna all’accettazione, mi sento ovviamente di dire che è andata meglio in Spagna. Chissà, se fossi stata straniera quella sera a Modena e se non avessi avuto mia mamma vicino a me ad urlare come una pazza, forse mi avrebbero lasciata lì a dissanguarmi!”

Anche nel caso del soggetto 3, il quale ha narrato di una esperienza negativa in Portogallo, il paragone con il paese d’origine (Vicenza) non lascia spazio ad interpretazioni differenti.

“L’esperienza vissuta a Vicenza? Sicuramente tutt’altra cosa rispetto a Porto. Quando dico meglio intendo in tutto, dalla pulizia, dal trattamento, dall’attenzione, e quindi assolutamente meglio.”

Il ricercatore di Valencia ha infine affermato che le cattive esperienze possono avvenire a causa di un operatore che risulta essere per qualche motivo poco

competente.

“Tra Padova e Valencia direi il che il grado di soddisfazione è generalmente lo stesso. Sono convinto che nel pubblico puoi trovare di tutto, purtroppo capita di trovare eccellenze e meno eccellenze, ma in generale sono stato contento. Dipende sempre dal medico che hai davanti in fin dei conti, c’è chi è professionale ma non ha senso di umanità verso le persone come c’è chi magari non possiede nessuna delle due caratteristiche od entrambe” (caso 1).

7.1.5 Grado di soddisfazione generale

A questo punto la domanda posta agli intervistati è stata quella di esprimere chiaramente un giudizio sulla soddisfazione percepita dell’esperienza vissuta. Gli intervistati hanno spontaneamente giustificato la risposta anche in base all’esperienza pregressa nel proprio paese di origine (Tabella II.7.).

Grado di soddisfazione generale	Soggetto	Provenienza	Luogo dell’esperienza vissuta all’estero	Motivo della presenza in paese estero
Basso	3	Vicenza	Porto	Vacanza
	7	Viseu	Torino	Lavoro
Medio	1	Valencia	Padova	Ricercatore
	8	Porto	Barcellona	Lavoro

Alto	2	Madrid	Corfù	Vacanza
	4	Modena	Zaragoza	Studio
	5	Salonicco	Mestre	Lavoro
	6	Atene	Lisbona	Volontariato

(Tabella II.7)

È stato facilmente rilevabile che, quando la prima impressione è positiva, questo sentimento di positività si ripercuote anche nelle fasi successive. Risulta invece difficile per gli intervistati cambiare idea su un giudizio inizialmente molto negativo, come quello espresso dai soggetti 3 e 7, che hanno vissuto esperienze negative a Porto e a Torino (e dal caso 4, relativamente all'accesso a Modena).

È stato curioso rilevare che, nel caso di alcuni soggetti, è stato evidenziato il fatto che le prestazioni sono state svolte in maniera gratuita.

“Forse ci saranno sempre delle cose da migliorare e di cui ci lamentiamo, e questo è naturale perché in quei momenti vuoi solo star meglio e vorresti che fossero tutti a tua disposizione. Ma sulla professionalità dei medici, sulla loro competenza e sul fatto che non ho pagato nulla in entrambi i casi, niente da dire. Sarà che mi rendo conto di quanto siamo fortunati ad avere tutto questo gratuitamente, mentre molti non si fanno neanche la domanda su come sarebbe difficile dover pagare tutti questi servizi.” (caso 4)

“In un secondo momento, dopo essermi stabilizzata, mi hanno chiesto di presentare i documenti e io non avevo la tessera sanitaria. Nel reparto mi hanno informato che la segreteria mi poteva aiutare per questo problema e mi hanno fornito una Tessera Sanitaria europea provvisoria. Nel frattempo mia mamma da Salonicco si è attivata per farmi le carte ed inviarmele, ed io le ho inviate alla segreteria qualche settimana dopo. Quando mi hanno dimessa non mi hanno chiesto nulla e non ho dovuto pagare niente, ho presentato la tessera provvisoria e alla dimissione mi sono accorta che la spesa che avrei dovuto sostenere se non avessi avuto possibilità di presentare la tessera sarebbe stata di più di duemila euro. Ho notato anche che la spesa era tutta relativa al ricovero mentre c'era proprio scritto sulle carte che il pronto soccorso era gratuito.” (caso 5, Mestre)

CONCLUSIONI

L'analisi secondaria della letteratura di tipo storico e sociologico condotta nella prima parte della tesi nasce dalla volontà di offrire un quadro riassuntivo ed esaustivo di quella che è stata l'evoluzione storico-sociale e del sistema sanitario non solo italiano, ma anche degli altri paesi che presentano, secondo gli studi di Ferrera, la stessa tipologia di Welfare, definito dall'autore Mediterraneo (2006). Le analogie che riguardano i tratti più salienti dell'evoluzione del sistema sanitario di ciascuno di questi paesi vengono poi analizzate nel capitolo conclusivo della prima parte. Dal confronto emergono, però, anche importanti differenze.

L'analisi storica costituisce perciò un punto di partenza fondamentale per poter comprendere quali siano gli elementi che hanno maggiormente influenzato la politica sanitaria di ciascun paese, e che hanno portato ad accentuare le discrepanze tra i diversi SSN. Questi elementi, presenti in diverse modalità e tempistiche nella storia di ciascuno Stato, hanno in alcuni casi causato un ritardo nella spinta evolutiva del sistema sanitario stesso o ne hanno rallentato il progresso. La teoria secondo la quale una marcata partecipazione della Chiesa nelle decisioni riguardanti la gestione degli istituti sanitari ha impedito un rapido sviluppo della tecnologia e della scienza medica, soprattutto in Italia e in Portogallo, viene supportata da alcuni autori (Abreu, 2017; Canelles, 2013; D'Agostini 2020). In Portogallo questo controllo ecclesiastico delle istituzioni sanitarie perdura per

lungo tempo e in maniera costante, mentre in Italia viene vissuto in modo più rilevante prima e durante gli anni del fascismo (in cui vengono stipulati i Patti Lateranensi nel 1929). La gestione degli istituti di salute da parte della Chiesa, da un lato, ha portato ad una lenta apertura alla scienza e alla modernizzazione rispetto agli altri Stati dell'Unione europea ma, dall'altro, ha assicurato sempre e comunque assistenza per le classi più povere. Nel caso del Portogallo in parallelo si è sviluppata una rete diffusa di istituti privati, mentre in Italia il decentramento delle Unità sanitarie statali proposto già durante gli anni del fascismo ha aumentato il controllo statale e rallentato la diffusione del settore privato. Anche per questo motivo l'assetto territoriale ha giocato un ruolo fondamentale nel garantire una diffusione più armonica delle istituzioni sanitarie, sia pubbliche che private, e in base alla organizzazione distrettuale proposta da ciascun paese e alle scelte prese dal governo per la amministrazione delle Unità decentrate, sono potute o meno emergere nuove tipologie di gestione dei distretti sanitari. In Spagna e in Italia il processo di regionalizzazione del SSN ha permesso una maggiore integrazione dei servizi nel territorio, mentre in Portogallo e soprattutto in Grecia la diversa organizzazione territoriale, unita ad una continua alternanza al potere di governi instabili o dittatoriali, non ha permesso una armonica continuità nella pianificazione e programmazione del sistema sanitario e ne ha facilitato la frammentarietà e la disorganizzazione. C'è da specificare che, nonostante in Italia e in Spagna l'assetto territoriale proposto dai governatori crei, nella visione d'insieme, un SSN

egualmente distribuito e delegato al controllo dell'apparato statale, nella realtà la forte regionalizzazione della sanità porta allo sviluppo di realtà sociosanitarie a sé stanti, non rapportabili al complesso quadro nazionale, e che quindi generano disparità di offerta al cittadino a seconda della regione in cui si accede al servizio.

Nonostante, inoltre, ciascuno di questi paesi abbia vissuto un pesante periodo di crisi economica, quest'ultima ha colpito più duramente alcuni Stati ed ha ovviamente influenzato la scelta dei governi nel ridimensionare in differenti misure la spesa sanitaria ed il sistema di compartecipazione attraverso continue revisioni al SSN. Queste ultime hanno causato una importante differenziazione nell'accesso alle cure da un lato, e implementato inevitabilmente l'utilizzo del sistema privato dall'altro, sulla scia dell'ondata neoliberista e dell'austerità permanente. Seppure in tutti i paesi la crisi abbia colpito duramente il settore sanitario, il caso della Grecia risulta essere il più rilevante, poiché il *Bailout agreement* (Commissione Europea, 2015) impone una importante riduzione della spesa sanitaria per cercare di riportare il debito pubblico a valori moderati.

In altri casi, le revisioni al SSN sono state attuate attraverso l'emanazione di normative e Decreti legislativi che hanno modificato in maniera importante l'assetto del SSN stesso. Particolarmente rilevante risulta essere il caso della sanità spagnola: con il Decreto legislativo numero 16 del 2012 il SNS (*Sistema Nacional de Salud*) passa dal garantire una copertura sanitaria a tutti i cittadini ad offrire un sistema assicurativo in cui la platea dei beneficiari risulta essere estremamente

ridotta, poiché destinata solo agli assicurati. Questa importante modifica apportata nel 2012 alle modalità di accesso ai servizi apre una profonda discussione tra i partiti, tutt'ora in corso, sul concetto di universalismo del sistema di salute spagnolo, portata avanti soprattutto dalla organizzazione RDR (*Red de Denuncia y Resistencia*, 2015). Anche il Portogallo e la Grecia, sebbene in maniera meno evidente, escludono alcune categorie di soggetti dal diritto di accesso gratuito al SSN. In Portogallo, con il decreto numero 124 del 2011, non vengono più coperti gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dalla assicurazione sanitaria pubblica, mentre in Grecia alcune categorie di lavoratori senza assicurazione possono accedere al SSN solo in circostanze urgenti o in alcuni ospedali (Legge 4368/2016).

Alla luce dell'analisi condotta sull'exkursus storico e sociale dei paesi a Welfare mediterraneo è corretto affermare che i quattro paesi appartengono alla stessa tipologia di Welfare perché presentano determinati tratti comuni nella loro evoluzione storica e sociale, ma è altrettanto corretto considerare che esistono alcune differenze insite nell'evoluzione di ciascun paese che, specialmente negli ultimi anni, hanno spinto i governi ad attuare delle politiche sanitarie che hanno portato e stanno portando ad una modifica radicale del SSN. In alcuni casi questa modifica è talmente profonda da spingere a pensare che la caratteristica principale del sistema sanitari a Welfare mediterraneo, che è l'universalismo del sistema stesso, debba essere riconsiderata.

Ci si è domandato in che modo queste differenze potessero emergere in una situazione concreta e si è quindi deciso di approfondire la ricerca con un'indagine empirica effettuata mediante alcune interviste in profondità.

Per sviluppare le interviste è stato preso in considerazione il servizio offerto dai SSN in condizioni di urgenza attraverso l'accesso al pronto soccorso: questo servizio tende a rispettare i criteri di uguaglianza e gratuità previsti dalla legislazione di ciascun paese e rende perciò possibile un confronto più realistico tra i sistemi sanitari. I soggetti selezionati provengono da un paese a Welfare mediterraneo e hanno vissuto l'esperienza d'accesso al pronto soccorso in un altro paese a Welfare mediterraneo diverso dal proprio.

Le interviste qualitative hanno fatto emergere un punto di vista non convenzionale, indipendente da dati statistici e da ricerche bibliografiche. Da alcune interviste sono emerse delle caratteristiche relative al SSN di Portogallo e Grecia che erano state individuate anche nella analisi storico-sociale di questi paesi, relative alla accessibilità (tipologia di accesso) e alla modalità di erogazione dei servizi.

In Portogallo il servizio d'accesso in urgenza al SSN può essere offerto anche da enti ed ospedali privati e un cittadino può accedere al privato qualora ritenga il tempo d'attesa nel pronto soccorso pubblico troppo lungo. Questa duplice scelta offerta al cittadino genera inevitabilmente un paragone negativo in alcune situazioni poiché, negli altri Stati, l'accesso in urgenza avviene solo attraverso istituzioni pubbliche.

Nel caso degli intervistati greci è stato interessante rilevare che nella loro percezione il SSN estero sembra garantire un percorso di cure coperto totalmente da servizi pubblici, mentre in Grecia anche quando l'accesso avviene mediante un servizio pubblico molto spesso il cittadino è spinto, in un secondo momento, a rivolgersi al servizio privato per poter effettuare delle analisi o delle visite. Si ritrovano, in queste dichiarazioni, le scelte del governo che riguardano le politiche sanitarie: se lo Stato investe solo un certo numero di risorse nel finanziamento della sanità pubblica, esse non risultano sufficienti a soddisfare tutte le necessità del cittadino. Nel caso del Portogallo la situazione è simile ma la motivazione è differente: è stata la forte influenza della Chiesa, oltre al disinteresse dello Stato, ad implementare la diffusione del settore privato, e quest'ultimo ha sviluppato diverse forme di offerta di servizi, tra cui l'accesso in urgenza. Italia e Spagna sono invece accomunati dalla distrettualizzazione della sanità e da un forte controllo regionale delle istituzioni sanitarie, per questo motivo le interviste sono state svolte considerando in maniera più attenta il luogo di accesso (Nord sia di Italia che di Spagna), e tenendo comunque conto della forte limitazione della ricerca. Non potendo sviluppare attraverso queste interviste un quadro riassuntivo che individuasse tutte le differenze rilevabili tra i vari territori, si è deciso di focalizzare l'attenzione sull'aspetto della componente emotiva e percettiva degli intervistati. In questo caso, poiché l'intervistato percepisce che i servizi vengono erogati in maniera molto simile a quella del proprio paese d'origine, le differenze appaiono

principalmente legate all'aspetto della qualità percepita. Ciò che sostanzialmente emerge dalle interviste è che il giudizio formulato dagli intervistati rispetto all'esperienza vissuta risulta essere principalmente dipendente dal comportamento degli operatori incontrati in pronto soccorso e da come è stata gestita, dal punto di vista umano più che medico, la loro emergenza.

In questi specifici casi l'attenzione è stata rivolta al personale di turno e alla appropriatezza (efficacia nell'assistenza rispetto alle conoscenze e al problema clinico preso in esame), nonché alla cordialità espressa e disponibilità percepita dagli intervistati.

L'aspetto dell'umanità nella componente professionale sembra essere più rilevante anche del risultato clinico. Vale a dire che, anche nei casi in cui la problematica per la quale è stato effettuato l'accesso al pronto soccorso non è stata risolta, gli intervistati si sono dimostrati molto attenti agli aspetti legati al decoro e all'accoglienza della sala d'attesa, alla cordialità e alla disponibilità degli operatori all'accesso, alla capacità di comunicazione in un linguaggio semplice ed esaustivo. Va tenuto ovviamente conto delle limitazioni che presenta la ricerca: il numero di intervistati non è tale da poter generalizzare gli esiti emersi. Tuttavia, essi possono fornire spunti di riflessione non solo sulla necessità di indagare ulteriormente l'origine delle differenze tra paesi, ma anche sull'opportunità di non limitare lo studio dei sistemi sanitari attraverso l'uso esclusivo di indicatori quantitativi, ma di rimettere al centro l'utenza e le sue percezioni rispetto alla qualità dei servizi erogati.

In fondo l'obiettivo di base dei servizi sanitari è quello di erogare prestazioni eque, che tengano in considerazione i bisogni del cittadino, servendolo nel miglior modo possibile.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- 1) Abreu L. (2017), *Public Health and Social Reforms in Portugal (1780-1805)*, Lady Stephenson Library: Newcastle.
- 2) Acquarone A. (1995), *L'organizzazione dello Stato totalitario*, Einaudi: Torino.
- 3) Aesopos Y., Simeoforidis Y. (2001), *The contemporary Greek city*, Metapolis press: Athens.
- 4) Almeida S. (2017), *A saúde no estado novo de salazar (1933-1968) políticas, sistemas e estruturas*, Tese do grau de Doutor no Ramo de História Contemporânea: Lisboa.
- 5) Alves de Fraga L. (2004), *Portugal e a 1.ª Guerra Mundial*, Abrantes.
- 6) Alves JF. (2008), *Ricardo Jorge e a Saúde Pública em Portugal*, Centro de Investigação Transdisciplinar Cultura, Espaço e Memória (CITCEM), Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- 7) Barona JL., Bernabeu-Mestre J. (2008), *La salud y el Estado. La administracion española y el movimiento sanitario internacional*, PUV: Valencia.
- 8) Bonadonna G. (1991), *Donne in medicina, le protagoniste di una scienza che è anche un'arte*, Rizzoli Editori: Bologna.

- 9) Bonin Gava (2018), *A reforma dos Cuidados de Saúde Primários: êxitos e desafios da experiência portuguesa*, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- 10) Bordignon M., Coretti S., Turati G. (2019), *I Piani di rientro della sanità regionale: quali risultati finora?*, Osservatorio CPI: Università Cattolica.
- 11) Bordignon M., Giarda P., *Riflettendo sul decreto 56/2000*, www.lavoceinfo.it: Roma.
- 12) Cagno V. (2018), *Eugenetica, non solo nazismo*, Featured, medicina: Genova.
- 13) Calamo-Specchia F. (2015), *Manuale critico di sanità pubblica*, Maggioli Editore: Rimini.
- 14) Calltorp J., Abel-Smith B. (1994), *Report on the Greek health service*, Pharmedica: Athens.
- 15) Canelles Fanni M. (2013), *Le riforme e i costi della sanità in Italia*, www.socialnews.it: Trieste.
- 16) Cardona A. (2005) , *La salud publica en España durante el Trienio liberal*, CSIS: Madrid.
- 17) Castejón Bolea R. (1997), *Los médicos de la Higiene. Medicina y prostitución en la España Contemporánea*, Bulletin de la Histoire Contemporaine de l'Espagne: Madrid.
- 18) Clogg R. (1998), *Storia della Grecia moderna. Dalla caduta dell'impero*

- bizantino a oggi*, Bompiani: Milano.
- 19) Contiades C., Skouliotis K. (2017), *Pharmaceutical policy in Greece in times of financial crisis*, Papazisis Publication: Athens.
- 20) Costa P. (2010), *The Blue Shirts, Portuguese fascist and the new State*, Columbia University Press: New York
- 21) D'Agostini L. (2020), *Il regime del professor Salazar*, Associazione madre Russia: Roma.
- 22) Della Porta D. (1992), *Lo scambio occulto. Casi di corruzione politica in Italia*, il Mulino: Roma.
- 23) Echeverri B. (1993), *La gripe española: la pandemia de 1918-1919*, Centro de Investigaciones sociológicas: Madrid
- 24) Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M., Maresso A. (2017), *Health System in Transition*, Vol 19; Atene.
- 25) Fattore G, Torbica A. (2009), *Funding health technologies in decentralized systems: A comparison between Italy and Spain*. Bocconi: Milano.
- 26) Fernandes A., Jorge R. (2008), *Saúde Pública em Portugal. Um 'Apostolado sanitário'*, Lisboa.
- 27) Ferrari M. (2020), *L'incredibile storia di Antonio Salazar, il dittatore che morì due volte*, Laterza: Roma.
- 28) Ferreira de Sousa F. (2009), *O sistema de saúde em Portugal: realizações e*

desafios, Rio Tinto.

- 29) Ferrera M. (1996), *The southern model of Welfare in social Europe*, Journal of European Social.
- 30) Ferrera M. (2006), *Le Politiche Sociali*, Il Mulino: Bologna.
- 31) Gabriele S. (2014), *Crisi, austerità, sistemi sanitari e salute nei paesi dell'Europa meridionale*, Meridiana 83, Welfare mediterraneo; Viella Editore: Roma.
- 32) Galiana ME. , Bernabeu-Mestre J. (2006), *El problema sanitario de España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del signlo XX*, Asceplio: Madrid.
- 33) Gøsta Esping-Andersen (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton University Press: Princeton, N.J.
- 34) Huertas R. (1995), *Organización sanitaria y crisis social en España: la discusión sobre el modelo de servicios sanitarios públicos en el primer tercio del signlo XX*, FIM: Madrid.
- 35) Ivetic E. (2006), *Le guerre balcaniche*, Il Mulino: Bologna.
- 36) John M., (2004), *The Epic Story of the Deadliest Plague in History*, New York.
- 37) Kyriopolous I., (1999), *Health policy in Greece*, Department of health policy: Athens.

- 38) M. Gallo (1971), *Historia de la España Franquista* , Ruedo Ibérico: Paris.
- 39) Magner L.N (2007), *A History of Medicine*, 2nd ed, Informa: New York.
- 40) Marinò L (2014), *L'azienda pubblica nel quasi mercato. Il Management sanitario tra autonomia formale ed opzioni di scelta reali*, Giappichelli: Milano.
- 41) Mossialos E., Dixon A. (2005), *Funding Health Care: Options for Europe*, Economy Press: London
- 42) Navarro Martínez JF. (1977) , *La sanidad en España*, Revisión: Madrid
- 43) Ocaña E. , Bernabeu J. , Barona JL. (1998) , *La fundación Rockefeller y España, 1914-1936. Un acuerdo para la modernización científica y sanitaria*, Segovia-La Granja.
- 44) Omnes C. (2007), *Jalons pour una historie comparée de la santé au travail en Europe*, Paris.
- 45) Palatella M. (2018), *L'eccellenza in sanità: pubblico, privato e percorsi integrati*, Università degli studi sociali: Roma.
- 46) Papastefanaki L. (2011), *Politics, Modernization and public health in Greece, 1900-1940*, CEU press: Budapest.
- 47) Pellegrino P. (2005), *La politica sanitaria in Italia: dalla riforma legislativa alla riforma costituzionale*, POLIS, Dipartimento di politiche pubbliche: Alessandria.
- 48) Perez R. (2000), *Políticas sanitarias y desigualdades en España*, Icaria:

Barcelona

- 49) Pisco L. (2007), *Reforma dos cuidados de saúde primários. Reconfiguração dos Centros de Saúde Criação de Agrupamento de Centros de saúde*, Viseu.
- 50) Polyzos N., Economou C., Zilidis C. (2008), *National Health Policy In Greece: Regulations Or Reforms?*, Pireous: European Research Studies.
- 51) Rede Municipal de Bibliotecas Públicas do concelho de Palmela (2011), *La Republica-Dossier tematico dirigida às Escolas*, Lisboa.
- 52) Rey de Castillo J. (1998), *Análisis de la origen, situacion y perspectivas de futuro del actual proceso de descentralización sanitario español*, Revision: Madrid.
- 53) Ribeiro de Meneses F., Aires Oliveira P. (2011), *A Primeira República Portuguesa: Diplomacia, Guerra e Império*, Lisboa.
- 54) Rosselli A. (2012), *Il Portogallo durante la Prima guerra mondiale*, Storico.org: Roma
- 55) Rui Sousa R., Vasconcelos B., Gonçalo N. (2009), *Storia del Portogallo*, La sfera dei libri: Lisbona.
- 56) Ruiz D. (2002), *La España democrática (1975-2000)*, Política y sociedad, Madrid.
- 57) Russel P. E (1999), *The strange career of DDT. Experts, Federal Capacity, and Enviromentalism in World War II*, The Johns Hopkins University Press:

Bologna.

- 58) Saltman RB., Von Otter C., (1992), *The concept of stewardship in health policy*, University press: Atalanta.
- 59) Santos J.(1999), *Un siglo de España. Política y sociedad*, Marcial Pons: Madrid.
- 60) Sissouras A., Karokis A., Mossialos E. (1994), *Greece. In: OECD, The reform of health care systems. A review of seventeen OECD countries*, Organisation for Economic Co-operation and Development: Paris.
- 61) Somma A. (2005), *Liberali in camicia nera. La comune matrice del fascismo e del liberismo giuridico*, Boletín mexicano de derecho comparado: Ciudad de México.
- 62) Suarez S, Torres-Gonzales P., Lamata F., (2020), *El sistema nacional de salud: pasado, presente, desafíos de futuro*, Diaz de Santos: Madrid.
- 63) Tamames R. (1973), *La República. La Era de Franco*, volumen 7 de la Historia de España; Alianza Editorial: Madrid.
- 64) *The World Factbook 2021*. Central Intelligence Agency, <https://www.cia.gov/the-world-factbook/>: Washington, DC.
- 65) Tortella G. (1998), *El Desarrollo de España contemporánea. Historia económica de los siglos XIX y XX*, Alianza editorial: Madrid.
- 66) Tuñón de Lara M. (1965), *Varaciones del nivel de vida en España*, Península: Madrid.

- 67) Vaccarino G. (1988), *La Grecia tra resistenza e guerra civile (1940-1949)*, Angeli: Milano.
- 68) Vatikiotis P.J. (1998), *Popular Autocracy in Greece, 1936-1941: A Political Biography of General Ioannis Metaxas*, Routledge: London.
- 69) Venturoli C. (2008), *Il colpo di Stato in Grecia e la Giunta dei Colonnelli: Nodi e interpretazioni storiografiche*, Università di storia: Bologna.
- 70) Vicarelli G. (2010), *Gli eredi di Esculapio. Medici e politiche sanitarie nell'Italia unita*, Carocci: Università cattolica del Sacro cuore.
- 71) Vogliotti S., Vattai S. (2014), *Modelli di Welfare State in Europa*, IPL: Bologna.
- 72) www.aifa.gov.it (2014), *Storia dei farmaci, la scoperta degli antibiotici*.
- 73) Zilides C. (2002), *Public health Services in Greece*, Themelio: Athens.
- 74) Zincone G. (1984), *La salute che noi pensiamo. Domanda sanitaria e politiche pubbliche in Italia*, Il Mulino: Bologna.

APPENDICE

Allegato 1

<i>You had access to the public health system of country X. Could you tell us about your experience?</i>
Where, when and in how did the access takes place? For what kind of problem? What kind of healthcare professionals did you interface with during your experience?
How long did it take to resolve your problem?
Have you had the opportunity to be followed as an outpatient/ or did you need to stay in touch with the structure for a certain period?
<i>How would you judge your experience, in terms of satisfaction?</i>
Waiting times. Perceived comfort. Availability of operators. Professionality demonstrated by the operators. Degree of general satisfaction.
<i>You had access to the public health system of your country. How would you compare the experience in your country and the experience in the foreign country? What similarities/differences could you appreciated?</i>