

 Gavino Maciocco

È entrata in vigore la riforma che cambia radicalmente il volto del *National Health Service* inglese, un vero Big Bang per il più noto, antico e imitato modello di sistema sanitario universalistico. Cosa ne resterà di quel modello? Ben poco sostengono i più.

Il 1 aprile è entrata formalmente in vigore la legge di riforma approvata lo scorso anno (*Health and Social Care Act 2012*) e tenacemente voluta dal governo guidato dal premier conservatore Cameron, che la mise in cantiere immediatamente dopo aver vinto le elezioni politiche nel 2010.

Una riforma che cambia radicalmente il volto del *National Health Service* (NHS)^[1], un vero Big Bang per il più noto, antico e imitato modello di sistema sanitario universalistico. I principali contenuti politici della riforma sono i seguenti:

1. L'intera infrastruttura sanitaria pubblica, dalle Strategic Health Authorities (le nostre Regioni) ai Primary Care Trusts (le nostre ASL), è stata abolita (a partire appunto dal 1 aprile).
2. Se sul versante del finanziamento del sistema sanitario la responsabilità rimane (per ora...) a carico del settore pubblico e quindi della fiscalità generale, sul versante della produzione dei servizi curativi (territoriali e ospedalieri) si va verso una diffusa privatizzazione dei servizi sanitari, guidata da logiche di mercato molto spinte, con l'irruzione nel sistema di grosse e potenti compagnie multinazionali.
3. I servizi preventivi, quei pochi che erano rimasti in capo al NHS (come il controllo delle malattie infettive e gli screening) vengono interamente trasferiti alle municipalità.

I *Primary Care Trusts* (ripetiamo, le nostre ASL) sono sostituiti da consorzi di *General Practitioners* (GPs, i medici di famiglia), denominati *Clinical Commissioning Groups* (CCGs). I CCGs, organizzazioni private a pieno titolo,

rappresentano il vero perno del sistema. Saranno complessivamente 211 in tutta l'Inghilterra e saranno i destinatari di 65 miliardi di sterline di fondi pubblici (quasi il 70% dei 95 miliardi di sterline dell'intero budget sanitario nazionale).

“Tale cambiamento”, si legge in un articolo di *Lancet*, “mina uno dei meccanismi chiave attraverso cui il NHS riesce a garantire un pieno ventaglio di servizi indipendentemente dal luogo di residenza dell'assistito. I Primary Care Trusts sono responsabili per l'intera popolazione in una definita area geografica, non solo per i pazienti che sono iscritti in un determinato servizio. Questa responsabilità basata sulla popolazione consente una valutazione a lungo termine dei bisogni, la pianificazione e la committenza dei servizi per rispondere a quei bisogni, e la rendicontazione pubblica dell'uso delle risorse per quella popolazione. La proposta del governo abbandona il principio basato sulla popolazione; la committenza che sarà esercitata dai futuri consorzi dei medici di famiglia riguarderà solo gli assistiti iscritti con i medici di quel determinato consorzio all'interno di confini geografici amorfi e indefiniti. Verrà così meno la possibilità di programmare un'adeguata distribuzione geografica dei servizi per le comunità e le popolazioni locali”[2].

Con i fondi assegnati i CCGs finanzieranno le attività dei GPs e i servizi che verranno offerti ai loro pazienti da parte dei vari provider - pubblici e privati - a cui vengono commissionate le prestazioni: dalle cure domiciliari, all'assistenza specialistica e ospedaliera. Ciò ha immediatamente sollevato la questione del loro potenziale conflitto d'interessi: GPs prescrittori di prestazioni erogate da provider privati, con possibili interessi a comune con GPs. “Metà dei GPs nei CCGs hanno legami finanziari con i provider privati”, sostiene il *BMJ*[3]. “Il fatto che i GPs abbiano interessi esterni può influenzare le loro decisioni nella scelta dei provider e può mettere a rischio il rapporto di fiducia con i loro pazienti, perché questi possono diffidare del motivo per cui sono stati inviati per un determinato trattamento”: così si esprime Clare Gerada, Presidente del Royal College of GPs, che aggiunge: “Ciò inoltre può danneggiare anche il NHS perché avere molti differenti provider può aumentare i costi e frammentare l'assistenza, a tutto danno dei pazienti”[4].

Le cose potrebbero ulteriormente complicarsi se - come la legge prevede - i CCGs appaltassero l'attività di committenza a agenzie private, per le quali gli interessi commerciali nella scelta del provider sarebbero ancora più evidenti.

Altro elemento critico è la perdita del livello nazionale di definizione dei livelli essenziali di assistenza, assegnato prima della riforma al Ministero della salute, che stabiliva le prestazioni che le strutture pubbliche erano tenute a garantire uniformemente in tutto il territorio e anche i livelli di partecipazione alla spesa, per alcune limitate categorie

di prestazioni. Con la riforma sarà ciascun CCG a stabilire quali prestazioni saranno garantite ai pazienti e anche i livelli di partecipazione alla spesa.

Ad aggravare la situazione ci sono anche i tagli apportati dal governo Cameron al budget della sanità (meno 20 miliardi di sterline entro il 2015) e ad altri settori del welfare, che si ripercuotono negativamente sull'assistenza sanitaria. Scrive sul Guardian Simon Atkins, medico di famiglia: “Un crescente numero di persone affolla i nostri ambulatori a causa delle politiche del governo. Questo infatti ha tagliato in maniera spropositata i servizi per i poveri, gli anziani e i disabili e ogni giorno vedo persone che sono in grande difficoltà a causa di ciò. Ad esempio, a causa dei tagli, è stato chiuso nel nostro quartiere un Centro Diurno che dava supporto e possibilità di compagnia a tante persone”[5].

Ciò che sta succedendo - sostiene Lucy Reynold della London School of Hygiene and Tropical Medicine - è un vero mutamento genetico del NHS, anche se il governo cerca di minimizzare la portata del cambiamento sostenendo che non ci sarà differenza tra servizi erogati da provider pubblici e privati. In realtà “nel settore pubblico i medici cercano di avere finanziamenti adeguati per rispondere in maniera adeguata ai bisogni dei loro pazienti. L'obiettivo è la cura e i soldi sono un mezzo per raggiungerlo. Quando invece ti trovi nel settore privato - afferma la Reynold - la compagnia si pone l'obiettivo di fare soldi, la priorità è quella di distribuire i dividendi ai soci”. Reynold prevede che la competizione tra provider pubblici e privati, tutta basata sui prezzi, alla fine sarà vinta da quest'ultimi, con conseguenze irreversibili. “E ogni volta che il settore privato riuscirà a sottrarre un contratto al settore pubblico, ciò provocherà la scomparsa di quel servizio perché verranno meno le risorse per pagare i salari dei dipendenti”[6].

Che la riforma rappresenti l'inizio della fine del NHS è anche opinione di David Hunter, professore di politica sanitaria all'Università di Durham, il cui punto di vista è così riassunto: “quando la sanità è dominata dal mercato dobbiamo aspettarci: a) una riduzione della qualità delle cure; b) un aumento dei costi; c) il trasferimento di finanziamenti pubblici in profitti privati; d) la riduzione della libertà di scelta; e) la perdita di controllo democratico e di *public accountability* nel campo dell'assistenza sanitaria”[7].

Bibliografia

1. [Dossier NHS](#) su SaluteInternazionale
2. Whitehead M, Hanratty B, Popay J. NHS reform: untried remedies for misdiagnosed problems? Lancet 2010; 376:1373-5.
3. Limb A, Half of GPs on clinical commissioning groups have financial links with private

providers, BMJ 2012; 344 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e2431>

4. Campbell D. The Guardian, 27.03.2012

5. Atkins S. The Guardian, 08.01.2013

6. Reynold L. The future of NHS - Irreversible privatization? BMJ 2013;346:f1848 doi: 10.1136/bmj.f1848

7. Hunter D. Will 1 April mark the beginning of the end of England's NHS? Yes, BMJ 2013;346:f1951 doi: 10.1136/bmj.f1951