

✘ Filippo Vecchia

Dall'entrata in vigore del *Health and Social Care Act 2012* il sistema sanitario inglese (NHS) attraversa un periodo di grande confusione, caratterizzato da instabilità finanziaria, contraddizioni nella regolamentazione e mancanza di chiare raccomandazioni da parte del governo.

Nel mese di Ottobre 2013 ho avuto l'opportunità di trascorrere tre settimane a Sutton, un sobborgo di Londra, per studiare le attività del *Clinical Commissioning Group* di Sutton ed analizzare sul campo le novità apportate dal *Health and Social Care Act 2012*, la **riforma del sistema sanitario inglese** entrata in vigore il 1 Aprile 2013.

Tra le stanze di uno dei centri di medicina generale locali, gli operatori sanitari, interrogati sul futuro del sistema sanitario, trasmettono un senso di incertezza ed inquietudine: l'amministratore finanziario lamenta che dall'entrata in vigore della riforma la burocrazia è duplicata a causa delle imprecisioni nelle indicazioni governative e della confusione sui ruoli delle istituzioni; alcuni medici auspicano che il sistema sanitario possa essere guidato da logiche di cooperazione, anziché di competizione.


Per capire ciò che sta accadendo, è fondamentale comprendere la posizione dei Clinical Commissioning Group (CCG), le strutture organizzative che, con la riforma, hanno sostituito le Primary Care Trust (PCT), paragonabili alle nostre ASL. I CCG sono consorzi di medici di famiglia a cui il governo ha delegato lo stanziamento di circa il **70% delle risorse finanziarie sanitarie** con il compito di affidare a fornitori i servizi sanitari nell'ambito della propria area geografica. Tra i servizi da affidare rientrano i servizi specialistici consultivi ed ospedalieri, di emergenza, e la vasta gamma dei servizi sanitari territoriali[1].

I CCG ricevono risorse finanziarie dal NHS in base alla dimensione della popolazione locale nell'ambito di un sistema in cui le spese a favore degli individui più fragili vengono controbilanciate dalla bassa domanda degli altri. In questo sistema, quanto più è ampia la popolazione locale, tanto più il rischio finanziario dovuto a spese inaspettate viene ammortizzato[2].

Diversi autori hanno messo in guardia sul rischio di instabilità finanziaria legato alla dimensione dei CCG: la British Medical Association riteneva che per essere finanziariamente stabili i CCG avrebbero dovuto gestire una popolazione maggiore di 500.000 persone[3]; altri, più ottimisticamente, stimavano un limite di 150.000 persone[4].

Ad oggi i CCG sono 211 e gestiscono una popolazione media di circa 225.000 persone ciascuno, di poco inferiore rispetto a quella che gestivano i PCT (Fig. 1)[5]. Apparentemente, ciò dovrebbe proteggere almeno una parte dei CCG dal rischio di fallimento, tuttavia il pericolo rimane elevato perché, contrariamente a ciò che avveniva per i PCT sui quali il governo era pronto a dirottare liquidità proveniente da altri fondi per garantirne la stabilità, i CCG non riceveranno aiuti diretti dal governo.

Figura 1. Confronto tra la dimensione della popolazione dei CCG e dei PCT


 Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: The King's Fund

A rendere ancor più precaria la situazione dei CCG, vi è la volontà del NHS di utilizzare una nuova formula di allocazione delle risorse sanitarie pesata sull'età della popolazione locale e sulla frequenza di utilizzo dei servizi, **escludendo indicatori di deprivazione e di**

diseguaglianza in salute precedentemente inclusi[6]. Alcuni studiosi della Durham University hanno mappato l'Inghilterra per analizzare quali differenze porterebbe l'introduzione della nuova formula rispetto alla situazione attuale: le risorse sanitarie verrebbero dirottate dal nord, meno popoloso, più povero e con un'aspettativa di vita minore, al sud-est, più popoloso, benestante e con un'aspettativa di vita maggiore, creando una situazione in cui i CCG delle aree maggiormente deprivate potranno contare su minori risorse finanziarie (Fig. 2)[7].

Figura 2. Differenze nella disponibilità finanziaria (£/pro-capite) per i Clinical Commissioning Group (a sinistra) e le NHS Area Teams (a destra) dovuta all'introduzione della nuova formula di allocazione delle risorse finanziarie sanitarie

 Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: Bambra CL et al.

Di fianco alla precaria situazione economica, si pongono alcune **contraddizioni** all'interno del regolamento che disciplina la competizione in merito all'affidamento dei servizi sanitari. Come faceva notare Clare Gerada, presidentessa del Royal Collage of General Practitioners, queste regole pongono i CCG "tra l'incudine ed il martello"[8].

Infatti se da una parte la Regola n°10 del regolamento proibisce che i CCG "adottino comportamenti anti-competitivi nella scelta del fornitore dei servizi" essendo quindi invitati a svolgere gare d'appalto, dall'altra la Regola n°5 prevede che essi "possano procurare servizi da un fornitore pre-esistente, **senza indire una gara d'appalto**, nel momento in cui ritengono che i servizi a cui fa riferimento il contratto siano adeguatamente forniti solamente da quel fornitore"[9].

Come si comporteranno dunque i CCG davanti a questa contraddittorietà?

Immaginiamo che un CCG affidi, senza gara d'appalto, un servizio ad un fornitore e che una grande azienda privata obietti che il CCG non abbia cercato abbastanza approfonditamente per trovare eventuali altri fornitori: la compagnia potrebbe appellarsi a **Monitor**, l'organizzazione pubblica che ha l'esplicito compito di salvaguardare le dinamiche concorrenziali nell'affidamento dei servizi sanitari, trascinando il CCG in una dispendiosa battaglia legale.

È quindi probabile, come suggeriva il *Guardian* alla vigilia dell'approvazione della legge, che dove esiste un rischio di azioni legali, gli avvocati dei CCG suggeriranno di attenersi alle leggi di mercato astenendosi da comportamenti anti-competitivi, onde evitare di rimanere schiacciati sotto la potenza di fuoco dei legali delle grandi aziende multinazionali e dover risarcire ingenti somme di denaro[10].

Il CCG di Sutton ha deciso, su pressioni del NHS e delle autorità locali, di selezionare la maggior parte dei fornitori senza bandire alcuna gara d'appalto; ha scelto questa strategia per quei fornitori che da lungo tempo rappresentano un importante ed affidabile punto di riferimento per la comunità locale ed apparentemente non conoscono rivali: è il caso dell'ospedale St. Helier gestito dalla Epsom and St. Helier University Hospitals NHS Trust che dal 1938 rappresenta il più grande ospedale del quartiere, dotato di servizi specialistici e per la gravidanza, di laboratorio di analisi e diagnostica per immagini e del dipartimento di Accident & Emergency.

Per il momento il CCG di Sutton ha deciso di affidare tramite gara d'appalto solamente il servizio di continuità assistenziale; tuttavia la sua situazione finanziaria non è delle migliori e se da una parte promuovere gare d'appalto richiede un grande sforzo da parte dei medici di famiglia che amministrano il CCG, dall'altra **ridurrebbe il rischio di ingiunzioni legali**.

Secondo Lucy Reynolds, ricercatrice della London School of Hygiene and Tropical Medicine, tutto ciò porterà ad un **graduale ma inarrestabile affidamento del servizio sanitario ai fornitori privati** che nelle gare d'appalto sarebbero nettamente favoriti, sia grazie al loro potente apparato tecnico-legale dedicato ai procedimenti di gara, sia per un meccanismo meno evidente ma altrettanto determinante[11]. Infatti, per quanto il governo rassicuri che la competizione è basata sulla qualità e non sulla economicità del servizio fornito (dal momento che NHS ha stabilito una **tariffa minima nazionale** rimborsabile per ogni prestazione sanitaria[12]), in realtà la legge introduce una norma che permette di **siglare accordi** tra il committente ed il fornitore **al fine di modificare localmente il prezzo della prestazione** nel caso in cui "senza una modifica del prezzo [...] sarebbe anti-economico per il fornitore provvedere al servizio per gli scopi del NHS"[13]. Ciò significa

che le grandi aziende private potrebbero battere sistematicamente il pubblico giocando sul prezzo.

In conclusione, come sosteneva un noto editoriale del *British Medical Journal*, la riforma del sistema sanitario inglese appare un prodotto incompleto e confuso^[14]. Molti però riconoscono in questa confusione proprio ciò che l'ex-Ministro della Salute Andrew Lansley intendeva ottenere: una liberalizzazione del sistema sanitario che lasci fare il proprio lavoro alle leggi di mercato, determinando un graduale ingresso del privato nel NHS.

D'altronde, è storia vecchia, come diceva Naomi Klein, **quelli che si oppongono al welfare state non sprecano mai una buona crisi.**

Filippo Vecchia, medico in formazione specifica in Medicina Generale, Regione Liguria

Bibliografia

1. [NHS England website](#).
2. Jones R. The actuarial basis for financial risk in practice-based commissioning and implications to managing budgets. *Primary Health Care Research & Development* 2009. 10(3), 245-253.
3. Equity and excellence: Liberating the NHS. BMA Response
4. Asthana S. Liberating the NHS? A commentary on the Lansley White Paper, "Equity and Excellence". *Soc Sci Med* 2011; 72(6): 815-20.
5. [The King's Fund website](#).
6. NHS England. [Fundamental review of allocations policy](#) [PDF: 521 Kb]. Annex C. Technical guide. 2013.
7. Bambra CL, Copeland A. Deprived areas will lose out with proposed new capitation formula. *BMJ* 2013; 347:f6146.
8. Gerada C. What should clinical commissioning groups do on 1 April 2013? *BMJ* 2013; 346:f1977.
9. The National Health Service (Procurement, Patient Choice and Competition) Regulations 2013.
10. Colin Leys. In the new NHS lawyers, not GPs, will be in the driving seat GP commissioning groups will soon take over much of our healthcare, but they can't compete with corporate legal firepower. *The Guardian*, 19.03.2013.
11. Interview by Jill Mountford. Reynolds L. The future of the NHS-irreversible privatisation? *BMJ* 2013; 346:f1848.
12. [NHS Supply2 Health website](#).

13. Local modifications of prices: agreements. Health and Social Care Act 2012, Part 3, Chapter 4, Art 124.
14. Delamothe T, Godlee F. Dr Lansley's monster. BMJ 2011; 342:d408.