

✘Gavino Maciocco

In Inghilterra il compito di risparmiare ricade sui *Clinical Commissioning Groups*. Ognuno si regola come vuole e come può, con forti differenze tra un gruppo e l'altro, creando così una situazione di iniquità assistenziale e di forte conflittualità. Un razionamento chiamato "postcode lottery". I medici vorrebbero che fosse il governo a stabilire la lista dei servizi essenziali valida per tutti. Ma il governo ha già detto di no.

---

Il *National Health Service* (NHS) inglese deve risparmiare 20 miliardi di sterline (23.8 miliardi di euro) entro il 2015, in una situazione in cui si stima che i bisogni assistenziali crescano del 4% l'anno. Secondo la *spending review* del governo Cameron buona parte dei risparmi dovrebbero provenire da restrizioni nella richiesta di alcuni interventi chirurgici - cosiddetti "low clinical value treatments" - da parte dei medici di famiglia (General Practitioners, GPs), oggi organizzati nei Clinical Commissioning Groups (CCGs), vedi post [NHS: la stagione dell'ansia](#).

**I "trattamenti di basso valore clinico" includono un'ampia gamma di interventi chirurgici: dalle ernie alla cataratta, alla decompressione del tunnel carpale, alla malattia di Dupuytren.** La responsabilità della restrizione ricade sui singoli CCGs, che hanno anche la responsabilità finanziaria dei fondi assegnati dal Ministero della sanità. E i comportamenti dei CCGs - come rileva un ampio reportage del BMJ[1] - sono molto diversi l'uno dall'altro, creando così una situazione di iniquità assistenziale e di forte conflittualità.

**Il Royal College of Surgeons, la società scientifica che raccoglie i chirurghi, ha fatto notare che quelli che vengono classificati come low clinical value treatments sono in realtà interventi di provata efficacia e che il ritardo nella loro esecuzione può produrre danni alla salute dei pazienti.**

**Jerry Luke, GP, si dimesso dalla carica di direttore clinico di un CCG del West Sussex (NHS Crawley CCG) in aperto contrasto sulle restrizioni imposte dal governo.** "Lo scorso anno il *Primary Care Trust* (la struttura che è stata abolita per lasciare il posto al CCG) aveva un budget sufficiente - ha affermato il medico di famiglia -. Ma quest'anno è ampiamente previsto che i soldi non basteranno". J. Luke, nella sua intervista al BMJ, chiede l'intervento del *General Medical Council* (una sorta di Ordine dei medici) per affermare che il CCGs rispondono in primo luogo ai propri pazienti e non ai vincoli di bilancio.

La discussione ha investito anche la *British Medical Association* (BMA): quale servizio sanitario in un contesto di risorse sempre più scarse? **La proposta è che sia il governo a stabilire la lista dei servizi essenziali valida per tutti** (*list of core NHS services*), per evitare quella che viene definita “*a postcode lottery*” (una lotteria basata sul codice postale, per cui i cittadini hanno differente accesso ai servizi a seconda del medico che li assiste e del luogo dove abitano). E anche per evitare che la responsabilità di un mancato trattamento ricada sui professionisti.

**Ma il governo ha fatto sapere di non avere alcun interesse a svolgere questo ruolo**, affermando che sono sufficienti le linee guida del NICE (*National Institute of Clinical Excellence*). Ma quando queste allargano le maglie dell’accessibilità sono pochissimi i CCGs che le applicano: è il caso dell’estensione da 40 a 42 anni, alle single e alle coppie omosessuali delle procedure di IVF (*In Vitro Fertilisation*).

È del 6 dicembre un ampio servizio della BBC dal titolo “[\*\*\*Key NHS operation being rationed\*\*\*](#)”. I dati di [\*\*Dr Foster\*\*](#), la più nota guida agli ospedali inglesi, rilevano che dal 2010 (anno del cambio di governo e della proposta di riforma del NHS) vi è stato un netto rallentamento dei principali interventi chirurgici di elezione: cataratta e protesi di anca e ginocchio (con un’inversione di tendenza per quanto riguarda la cataratta). Vedi **Figura 1**.

## Figura 1



Cliccare sull’immagine per ingrandirla

## Bibliografia

Iacobucci G. GPs put the squeeze on access to hospital care. *BMJ* 2013; 347:3-6.