

Italia e Gran Bretagna: similitudini rischiose

Francesco Carelli

Medico di medicina generale
Milano

Il recente dibattito professionale d'Oltremania sulle criticità evidenziate dalle Primary Care Trust e dalle modalità di espansione di quelle che potremmo definire Case della Salute britanniche (Health Centre) mostra elementi di parallelismo con le scelte che stanno caratterizzando la futura organizzazione delle cure primarie nel nostro Paese

La situazione della medicina generale (MG) in Gran Bretagna contiene elementi di parallelismo con quanto sta avvenendo in Italia soprattutto in questo periodo caratterizzato dalla firma dell'accordo con la Sisac per il rinnovo della convenzione in medicina generale. Accordo che istituisce le aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie (Uccp). Ed è proprio in questa scelta che ritroviamo delle analogie con il mondo sanitario anglosassone da non sottovalutare.

Al riguardo va infatti rammentato che il Governo di **Gordon Brown** aveva affidato al sottosegretario del *Department of Health*, **Lord Dazi**, di elaborare un piano per ridefinire la medicina di famiglia in macroaggregazioni, denominate dai media "Policlinics". Tale scelta ha portato a un serrato confronto tra quanti operano nella *Primary Care*.

Due sono i passaggi del dibattito in corso in Gran Bretagna che appaiono particolarmente critici e significativi:

1. Il rapporto del servizio sanitario pubblico con una professione smembrata in sottogruppi (*Primary Care Trust*, assimilabili alle nostre aggregazioni o équipes, ma con personalità giuridica) che si presentino a livello locale come gli interlocutori più ricorrenti del sindacato.

2. La presenza di delegati/referenti di tali sottogruppi che rivestono più ruoli in conflitto di interesse tra loro: medico convenzionato e portavoce delle richieste del distretto.

Le criticità

In Gran Bretagna, dove la marcia verso l'aziendalizzazione della medicina generale è partita prima di quanto accaduto nel nostro Paese, oggi si evi-

denza una certa preoccupazione anche per lo sviluppo di Centri di Salute (*Health Centre*) - spesso edificati con operazioni congiunte tra capitali pubblici e privati - dove operano i medici di famiglia convenzionati con il *National Health Service*. Questi Centri di Salute, che potremmo definire le Case della Salute britanniche, guidate dai Mmg, oltre a sorgere in aree dove magari non ce n'era proprio bisogno, richiedono investimenti extra, sottratti a una migliore dotazione per le attività del *General Practitioner*. L'allarme in merito è stato lanciato da un rapporto della Commissione Sanità della Camera dei Comuni, appoggiato da analoga analisi critica del *Royal College of General Practitioners*, che si è soffermata sulle carenze delle ultime riforme delle cure primarie. Due i nodi chiave.

A. I *Primary Care Trust* (PCT), ovvero le aggregazioni territoriali con personalità giuridica previste dalle ultime convenzioni, non funzionano quasi mai come dovrebbero. Ancora oggi, dopo anni di prova, non sono in grado di fare fronte ai compiti richiesti dalla riforma della *Primary Care*.

Tra le criticità vi è la percezione da parte dei medici della scarsa qualità del *management*, in genere gestito da figure amministrative. In secondo luogo, non sono stati ancora quantizzati i costi che a regime comporteranno le varie riforme sul territorio che si susseguono da alcuni anni. Né il ministero della Salute britannico né le altre autorità sanitarie hanno azzardato cifre ufficiali sui risparmi attesi. Secondo quanto rilevato dalla Commissione parlamentare, guidata da **Steve Field**, nessuno sembra accorgersi che dove il PCT - votato a migliorare la qualità dell'assistenza - tarda a realizzarsi, si rischia di sviluppa-

re un sistema sanitario differente (non inevitabilmente a velocità "ridotta", ma pur sempre vettore di disparità).

B. Inoltre sono messe in discussione le modalità di sviluppo degli *Health Centre*. Gli esperti della commissione parlamentare, assieme a quanto evidenziato dalla *British Medical Association* (il sindacato unitario dei medici), non sono convinti della necessità di un *Health Centre* per ogni aggregazione territoriale/PCT. Raccomandano che l'istituzione di questi centri sia discussa e decisa volta per volta a livello locale.

Molti esponenti della medicina generale britannica iniziano a tirare le somme dopo l'illusione del contratto del 2004, con il quale il governo di **Tony Blair** fece un investimento ragguardevole per innalzare la qualità organizzativa e clinica del servizio sanitario. Le successive leggi, quasi mai precedute da progetti pilota né del tutto condivise dalla *British Medical Association*, in realtà sembrano premiare solo le aree dove non ci sono molti medici o ad alta densità di malati cronici. In quei contesti, aggregazione territoriale potrebbe voler dire più qualità in senso di efficacia ed efficienza di cure e servizi e anche migliore retribuzione del medico. Nelle altre aree non così caratterizzate, come ha mostrato l'analisi della commissione parlamentare, le ricadute in termini di qualità ed efficacia assistenziale non sarebbero scontate. Al contrario si potrebbe correre il rischio di trovarsi di fronte a speculazioni per costruire "Case della Salute" non necessarie e cioè che non offrono i servizi richiesti, in particolare nelle contee dove non si tenessero in debito conto i bisogni di salute espressi dalle rappresentanze della popolazione.