

La fine del nostro sistema sanitario nazionale

Giuseppe Maso

Medico di famiglia - Venezia
Responsabile corso di Medicina
di Famiglia, Università di Udine

In Gran Bretagna la crisi della sanità è tale che già c'è un progetto di legge di riforma del National Health Service che cambierà in toto l'organizzazione delle cure, decretando quasi la fine del Ssn nato nel 1948. Nel nostro Paese ci sono evidenti segnali che si sta per imboccare la stessa strada

Scrive il direttore di *The Lancet* in un recente editoriale (2011; 377: 353): "Il Sistema Sanitario Nazionale è in crisi, mantenere lo status quo non è più possibile, non sta fornendo ai pazienti le cure di cui hanno bisogno. Malgrado l'enorme quantità di denaro spesa negli ultimi anni, soprattutto per salari e staff, non si sono visti benefici per i cittadini mentre l'inesorabile montagna burocratica insita nel sistema impedisce ogni innovazione. Non vi sono dati circa il miglioramento della salute della gente, ve ne sono che dimostrano il contrario, vi è una difficoltà crescente di accesso alle cure, sono diminuite le prestazioni di qualità ed è aumentata la conflittualità con i pazienti. È la fine del nostro Sistema Sanitario Nazionale". -

A leggere queste parole ho la netta sensazione di poterle rileggere in un editoriale prossimo futuro di una rivista scientifica italiana e spiego il perché. Per comprendere la situazione nel nostro Paese è importante conoscere il modello che sta alla base del nostro Ssn e la ricaduta che ha per l'organizzazione dell'assistenza e per le cure. È altrettanto rilevante conoscere come sono organizzate le cure primarie nel resto del continente, il valore che ad esse è attribuito e il peso che hanno all'interno del sistema.

I due modelli europei

In Europa esistono fondamentalmente due modelli organizzativi: il modello Bismarck e il modello Beveridge. Il primo, che porta il nome del famoso cancelliere tedesco, nasce intorno al 1880 come assicurazione sociale e si finanzia con una tassa sui salari pagata dai lavoratori e dagli imprenditori. Con questo sistema vengono coperti dall'assicurazione tutti i lavoratori e i

loro familiari (esistono schemi per proteggere chi non lavora) con il vantaggio che esiste una reale responsabilità degli imprenditori per il welfare dei lavoratori. È adottato in Francia, Germania, Austria, Belgio, Lussemburgo, Olanda, Estonia, Repubblica Ceca, Lituania, Slovenia, Ungheria.

In questi Paesi la medicina generale è generalmente ben sviluppata, accademica e spesso compete con le altre discipline.

Il modello Beveridge porta il nome di un ministro di Churchill, nasce nel secondo dopoguerra in Inghilterra come sistema sanitario nazionale (*National Health Service*) e si basa sui principi di uniformità, universalità e unità. È finanziato dallo Stato e il vantaggio di questo sistema è che tutti sono trattati allo stesso modo. È adottato in Danimarca, Irlanda, Svezia, Finlandia, Regno Unito, Italia, Malta, Polonia, Slovacchia, Cipro. Nella maggior parte di questi Paesi la medicina generale è ben sviluppata e riconosciuta, esiste un contratto complesso tra chi paga e i medici, lo Stato è il pagatore principale, la professione è regolamentata attraverso norme di accreditamento, formazione continua e presenza acca-

demica (tranne che in Italia). Tale modello, in alcuni Paesi, nel corso degli anni ha mostrato diverse criticità: burocrazia elefantica, costo crescente per il personale amministrativo, abuso delle risorse, costante aumento delle prestazioni indotte, aumento della conflittualità con i pazienti e un peggioramento dei risultati sulla salute e sulla sopravvivenza. In Gran Bretagna, in particolare, la crisi è talmente evidente che è già stato pubblicato un progetto di legge che diventerà operativo nel 2013 che cambierà totalmente l'organizzazione delle cure come a decretare la fine del Ssn nato nel 1948: La maggior parte dei Paesi dell'Est entrati in Europa ha scelto il sistema Bismarckiano.

Considerato che: *benchmarking, benchlearning, good e best practice, welfare, setting, International Classification of Function, caregiver, assesment, card, Health Technology Assessment, appraisal, policy-maker, outcomes, accountability, clinical governance, ecc.* sono solo alcuni dei termini inglesi ripetuti più volte nella bozza provvisoria del Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 del nostro ministero della Salute è molto probabile che seguiremo gli inglesi a ruota.

Riforma Cameron: una rivoluzione...

La proposta di riforma del Ssn del governo conservatore di David Cameron prevede una quasi totale destrutturazione dell'attuale sistema sanitario e sociale inglese per fondare un rivoluzionario sistema che metta alla porta la politica, sviluppi competitività tra gli ospedali, e affidi la gestione (ma anche la responsabilità) del Ssn ai Mmg e ai cittadini stessi, in stretta collaborazione con le istituzioni comunali e municipali. Saranno abolite le *Strategic Health Authorities* e dei *Primary Care Trusts (PCTs)*, punti di riferimento organizzativi, gestionali e assistenziali della sanità inglese, in pratica le nostre Regioni e le nostre Asl. Le loro competenze passeranno nelle mani dei medici di medicina generale riuniti in consorzi e affiancati da altre professionalità, in stretta collaborazione con le comunità locali e le autorità municipali. A questi ultimi enti saranno trasferiti altri servizi di sanità pubblica di base, compresi parte di quelli attualmente erogati dai medici di famiglia (vaccinazioni, screening, visite di controllo, ecc).