

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE IN GRAN BRETAGNA

Nel precedente articolo sulla Sicurezza Sociale in Gran Bretagna (1) abbiamo espresso per essa un certo senso di ammirazione e l'abbiamo giudicata molto avanzata e audace in campo sociale. Tale ammirazione e giudizio crediamo siano stati sufficientemente giustificati da quanto abbiamo già detto sulle riforme sociali inglesi. Lo saranno però molto di più dopo la presente esposizione sul S.S.N. (Servizio Sanitario Nazionale) che di tutti i servizi sociali in Inghilterra è certamente « il più spettacolare ».

L'istituzione di un S.S.N. fu sempre considerata, sia nel Piano Beveridge che nella realizzazione che se ne è fatta con l'attuale riforma, come un prerequisito assolutamente indispensabile in un vasto programma di sicurezza sociale.

In fatti l'estensione delle Assicurazioni Nazionali a tutti i cittadini senza distinzione, fa sì che diventi necessario, per lo Stato assicuratore, diminuire l'onere sociale finanziario, riducendo per quanto è possibile i casi che richiedono un indennizzo di assicurazione o di assistenza.

Lo Stato deve quindi preoccuparsi di migliorare le condizioni generali della salute pubblica attraverso un S.S.N. vasto ed efficiente. Beveridge stesso nel suo Rapporto insiste molto su questo punto (2).

I.

NATURA E ORGANIZZAZIONE DEL S. S. N.

CREAZIONE DEL S. S. N.

« Ogni cittadino, dice il Rapporto Beveridge (3), deve essere sicuro di ricevere **gratuitamente il trattamento medico** che gli è necessario, sia che si tratti di cure a domicilio o in ospedale, sia che le sue condizioni domandino l'intervento della medicina generale oppure di uno specialista, di un consulente o di un chirurgo... ».

In ordine al raggiungimento di questo obiettivo il **Piano Beveridge, prevedeva una completa nazionalizzazione** della medicina e una vera e propria statalizzazione dei medici (4), ma l'opinione pubblica e le decisioni del Parlamento lo ridussero a **più modeste proporzioni**, lasciando però inconcusso il principio che « **la protezione**

(1) Cfr. *Aggiornamenti Sociali*, dicembre 1954, pp. 401-418 (rubr. 59).

(2) *Social Insurance and Allied Services*, Report by Sir WILLIAM BEVERIDGE to Parliament, November 1942, Cmd. 6404, H. M. Stationery Office, London, (reprint) 1945, n. 426 e ss. (abbr. Rapporto Beveridge).

(3) *Rapporto Beveridge*, cit., n. 427, p. 158.

(4) *Ibidem*, nn. 426-438.

dell'individuo e della famiglia contro la malattia è essenzialmente un onere di carattere nazionale e deve incombere sulla nazione nel suo insieme » (5).

La riduzione a più modeste proporzioni dei progetti contenuti nel piano Beveridge è già evidente nello schema di riforma che il Governo pubblicò in forma di « **Libro Bianco** » nel 1944. Tale schema fu però ulteriormente **modificato** in parecchi punti da un nuovo progetto del **marzo 1946**, che fu quello definitivo e che divenne **legge il 6 novembre 1946**.

Nell'intervallo tra il 1944 e il 1946, *l'avvento al governo dei Laburisti con Attlee a premier e Aneurin Bevan al ministero della Sanità*, aveva salvato la riforma da un'altra notevole diminuzione, *rigettando l'idea, che era già stata approvata, di affidare alcuni compiti del Servizio Sanitario Nazionale a organizzazioni ospitaliere private, coordinandole e non fondendole con le istituzioni pubbliche. Ai Laburisti si deve anche l'ampliamento dei poteri del Ministro a svantaggio di quelli delle autorità locali.*

La legge del 6 novembre 1946 (6) **non divenne subito operante**, perchè fu ostacolata da varie difficoltà pratiche suscitate dalla **opposizione del corpo medico**, opposizione che si manifestò in tre referendum organizzati tra i medici sull'ormai approvato servizio nazionale. Nonostante però l'opinione contraria della maggioranza (7), il Comitato direttivo della British Medical Association decise di non organizzare una resistenza collettiva e incoraggiò anzi i suoi membri a cooperare col Governo pur continuando ad esprimere la propria insoddisfazione. **La legge entrò quindi in vigore il 5 luglio**

(5) *Ibidem*, n. 427; *Health Services in Britain*, Ref. Div. n. 2796, March 1954, Central Office of Information, London, 1954 (abbrev. Health Services).

(6) Il « *National Health Service Act* » del 1946 istituisce un servizio completo « che ha lo scopo di assicurare il miglioramento della salute fisica e mentale della popolazione dell'Inghilterra e del Galles e la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie, e di procurare dei servizi che cooperino a questo scopo ». Simili leggi furono approvate anche per la Scozia e per l'Irlanda Settentrionale, con alcune diversità amministrative. Cfr. *Health Serv.*, cit., p. 11.

(7) Cfr. DURAND P., *La politique contemporaine de Sécurité Sociale*, Dalloz, Paris, 1953, p. 468.

Le discussioni che in queste ultime settimane, in Italia, hanno contrapposto il corpo medico e gli istituti di assicurazione delle malattie, ci mostrano come questi problemi della sicurezza sociale nel campo sanitario richiedano anche da noi una soluzione, che dovrebbe abbracciare l'intero sistema previdenziale.

La prevenzione e la cura delle malattie, come dice *il Corriere della Sera* del 16 genn. 1955, p. 5, non può più ora essere considerata come un affare privato, ma deve essere considerata come un servizio pubblico. Il progresso scientifico, le specializzazioni sempre più differenziate, i costi proibitivi degli accertamenti clinici e dei trattamenti ospedalieri, non sono ora che alcuni aspetti di un problema veramente sociale, che, sull'esempio inglese, richiede una soluzione urgente in ogni paese, che si voglia chiamare civile.

1948 e, in base all'esperienza che si venne subito facendo, fu ulteriormente **ritoccata nel 1949, nel 1951 e 1952**, soprattutto su elementi di carattere amministrativo e finanziario (introduzione di pagamenti parziali per alcuni servizi) (8).

PRINCIPALI CARATTERISTICHE

La principali caratteristiche del Servizio Sanitario Nazionale si possono ridurre alle seguenti (9):

1) **Ogni individuo ha diritto alla gratuità dei servizi**, sia che si tratti delle normali cure mediche, farmaceutiche, dentistiche, oftalmiche, ecc., sia che egli abbia bisogno di ospitalizzazione o altro o anche delle cure straordinarie di uno specialista.

Il S.S.N. assorbe tutto il meglio dei servizi sanitari già costituiti, unifica tutto in un unico sistema più compatto e più vasto, ed offre a tutti, come diritto, quei vantaggi che prima erano a disposizione solo degli assicurati e di chi potesse pagarli oppure erano qualche volta concessi sotto forma di carità benevola. Perfino gli stranieri, di passaggio o in vacanza, possono adesso beneficiare del S.S.N.

2) **Le libertà essenziali** sono salvaguardate. **Il paziente** è libero di usufruire o no, in tutto o in parte, del S.S.N. e di scegliersi il medico e di cambiarlo. **Il medico**, a sua volta, è libero di appartenere (almeno teoricamente, come vedremo) al S.S.N. ed è libero, entro certi limiti, anche nell'accettare o meno i clienti.

3) **Il Ministro della Sanità è responsabile** dinanzi al Parlamento dell'attuazione della nuova legge, la quale esige che servizi sanitari di ogni genere e della « migliore qualità », siano a disposizione di chiunque ne abbia bisogno.

4) **Le autorità locali** (secondo la legge e seguendo le direttive del S.S.N.) devono, per il benessere fisico e mentale della popolazione, mettere a disposizione dei cittadini un certo numero di altri **servizi connessi col servizio sanitario**.

In una parola, possiamo affermare che **il S.S.N. ha profondamente trasformato e rivoluzionato l'organizzazione tradizionale della professione medica**: le relazioni professionali implicate nella diagnosi, cura e profilassi della malattia non sono più ormai una transazione privata ma un servizio pubblico, e il tradizionale individualismo della professione medica è stato radicalmente soppresso.

LE PRINCIPALI ISTITUZIONI

Il S.S.N., che spazialmente è organizzato in regioni, divise razionalmente in base alle condizioni delle diverse località (clima, distribuzione della popolazione, condizione di salute generale, mezzi di trasporto, ecc...), è costituito dai seguenti tre tipi di servizi

(8) *Health Services*, cit., p. 51.

(9) *Ibidem*, p. 11.

principali (10): 1) Il Servizio Medico Generico (General Practitioner Services); 2) i Servizi Ospedalieri e di Specialisti; 3) i Servizi delle autorità sanitarie locali.

1. Il Servizio medico generico.

L'organizzazione del **Servizio medico generico**, è affidata in ciascuna Contea ad un **Consiglio esecutivo**, di cui la metà dei membri deve appartenere alla professione: 2/3 dei membri sono nominati dal Consiglio della Contea e 1/3 dal Ministro della Sanità.

Il Servizio Medico Generico, comprende le prestazioni del medico di famiglia, del dentista, dell'oculista e del farmacista.

a) **Il medico di famiglia** è, per così dire, il **cardine centrale di tutto il nuovo servizio sanitario**. Ogni cittadino ha diritto a cure mediche gratuite di un medico di sua scelta (tra quelli iscritti al S.S.N.) che lo accetti nella lista dei suoi clienti. Rimane però, come abbiamo già detto, la libertà al cliente di cambiare medico, e al medico quella di rifiutare un cliente (eccetto naturalmente in casi di urgenza) o di accettare clienti fuori del S.S.N., cioè a pagamento.

Il medico, oltre che nell'accettare o meno i suoi clienti, gode anche, naturalmente, la più **completa libertà nella cura** dell'infermo: tocca a lui prendere tutte quelle misure che giudica necessarie o utili sia che si tratti di medicine, di ospitalizzazione o di apparecchi speciali, sia che si tratti di consulti, di visite di specialisti, o di interventi chirurgici.

I medici di questa categoria ricevono generalmente i pazienti nelle loro ambulanze private (Doctor's own surgeries), oppure li visitano a domicilio. Alcuni pochi ricevono nei Centri sanitari locali (Health Centres).

Quanto alla remunerazione del medico di famiglia del S.S.N., essa è fatta in base a un onorario fisso pro capite, cioè per ogni paziente che il medico ha sulla sua lista (al presente 17 scellini all'anno), con un supplemento di 10 scellini per ogni paziente oltre i 500 e sotto i 1.500 della lista. Tale sistema retributivo dà a un medico di famiglia un introito annuale che può variare da 425 sterline, per una lista con 500 clienti, a 3.475 sterline per 3.500 clienti. Sono inoltre previsti determinati supplementi su tariffe chilometriche per visite in zone rurali, onorari più alti per l'esercizio della professione in aree difficili, e assegni speciali per servizi straordinari o a clienti occasionali residenti altrove, ecc. (11).

Con l'istituzione del S.S.N. si è anche cercato di ottenere una **migliore distribuzione dei medici in tutto il Paese** (12). A questo scopo è stato stabilito che i medici che esercitavano la professione

(10) *Ibidem*, pp. 14,30.

(11) Il personale medico ospedaliero viene stipendiato a orario intero, oppure a orario ridotto, secondo le ore di servizio, con facoltà di avere una clientela privata. *Ibidem*, pp. 20-21.

(12) Il numero massimo di pazienti consentito a un medico è di 3.500, salvo casi eccezionali. La media attuale in Inghilterra e Galles è di 2.400 clienti. Cfr. *Health Services*, cit., p. 12.

già prima del 1948, avessero il diritto di far parte del S.S.N. nelle località dove già si trovavano ma che **per iniziare** l'esercizio della professione in una determinata località **dopo il 1948** fosse necessaria una **speciale autorizzazione** del Comitato centrale, da ottenersi attraverso il Consiglio esecutivo della Contea.

b) **Il servizio dentistico**, come quello del medico di famiglia, permette la mutua **libera scelta**; qui anzi neppure si richiede la messa in lista dei clienti, basta il consueto appuntamento.

Anche il trattamento odontoiatrico è per tutti e senza eccezioni, e **solo nei casi** che richiedono spese, tempo o interventi chirurgici **straordinari**, è **necessaria l'autorizzazione** di uno speciale ufficio sanitario (Dental Estimates Board) (13).

Nel 1951 furono introdotti i pagamenti parziali *per dentiere e nel 1952 un pagamento forfetario di una Sterlina per cura, ma restarono sempre gratuiti gli esami clinici semestrali e le cure dentarie ai minori di 21 anni e a donne gravide.*

La remunerazione dei dentisti con proprio studio dentistico viene fatta in base a determinate tariffe e secondo i diversi interventi o cure fatte al cliente.

c) **Il servizio oftalmico** del S.S.N. provvede, dietro raccomandazione del medico di famiglia, all'esame gratuito della vista e alla fornitura, pure gratuita, di occhiali. Il medico di famiglia potrà anche, in casi di speciale necessità di cure e di lenti, procurare l'intervento del servizio ospedaliero oculistico.

Dal 1951 le lenti anche ordinarie, le montature e le riparazioni richiedono un pagamento parziale, eccettuati i casi di persone povere e bisognose.

La remunerazione degli oculisti e degli ottici è calcolata in base a tariffe determinate.

d) **Il servizio farmaceutico** fornisce gratuitamente quanto prescrivono le ricette del medico di famiglia. E' richiesto il pagamento di 1 scellino per ogni ricetta medica che venga presentata al farmacista. La **rimunerazione** del farmacista viene fatta dal S.S.N. con tariffe simili a quelle pagate dai clienti privati.

2. Servizi ospedalieri e di specialisti.

Prima della nuova legge (1946) esistevano due grandi tipi di ospedali: quelli di organizzazioni private (voluntary hospitals) e quelli gestiti dai Consigli di Contea (municipal hospitals).

In data 5 luglio 1948, in virtù della legge, **il Servizio Sanitario Nazionale** si trovò ad un tratto **proprietario** di circa 2500 ospedali con 462.000 letti (quasi la totalità del disponibile). **Erano rimasti esclusi** da tale nazionalizzazione gli ospedali di insegnamento (circa 39) annessi alle Università, e altri 250 circa, per lo più tenuti

(13) *Ibidem*, p. 21.

da istituti religiosi, inoltre un certo numero di cliniche private registrate (14).

L'estensione di questa categoria di servizi è notevole:

1) I servizi ospitalieri **provvedono ogni sorta di cure, di esami** e di consulenze, per pazienti interni ed esterni, in qualsiasi genere di ospedali, sanatori, reparti di maternità, di isolamento, convalescenziari, cliniche mentali, centri di riabilitazione, ecc., ecc. La chirurgia plastica, il trattamento del cancro, l'ortopedia, l'otorinolaringoiatria, e tutte le altre specialità con relativi laboratori e cliniche ne sono **parte integrante**.

Come si è detto, ogni cittadino, senza alcun obbligo di assicurazione, può ottenere gratuitamente questi servizi, generalmente attraverso la prescrizione fatta dal medico curante. Nel 1952 però fu introdotto il pagamento parziale di medicine, medicazioni, ecc., da parte di pazienti non degenti.

Esistono in certi ospedali, oltre le sale comuni, anche camere private, per l'uso delle quali è richiesto un pagamento. Talora un numero di letti a pagamento è messo a disposizione di specialisti (medici o chirurghi) per pazienti che non vogliano usufruire del S.S.N.; questi devono pagare in pieno sia l'ospitalizzazione che le cure dello specialista, secondo, però, una certa tariffa che fissa un massimo di onorario.

2) **Attenzione speciale** viene data alla cura e alla **profilassi delle malattie** cosiddette «importanti dal punto di vista sociale» (socially significant diseases), come la **tubercolosi**, le **malattie veneree** e quelle **mentali**, per le quali esistono misure e regolamenti molto chiari e precisi.

3) *Esiste un Servizio nazionale per la trasfusione del sangue, sotto la responsabilità dei Consigli regionali ospedalieri. Ciascuna delle 12 regioni, con centro in una città universitaria, organizza tanto le donazioni volontarie di sangue quanto la conservazione di esso e la distribuzione a ospedali, cliniche e medici.*

4) **Reparti di riabilitazione** vengono stabiliti presso i principali centri ospedalieri, dove lavorano gruppi di fisioterapisti, terapisti occupazionali e assistenti sociali, sotto la guida di medici specialisti in materia. L'obiettivo è di **impedire che le invalidità diventino incurabili** e di **ripristinare l'idoneità fisica** dopo ogni forma di malattia o di infortunio. L'esperienza ha dimostrato che un'efficiente riabilitazione medica riduce sia la degenza in ospedale, che l'incidenza dell'invalidità permanente e il periodo di incapacità al lavoro.

5) Il **lavoro medico-sociale** viene fatto in un sempre maggior numero di ospedali e presso i Centri Sanitari (Health Centres) istituiti dalle autorità locali, dai cosiddetti **Elemosinari** (Almoners) e dalle **Assistenti psichiatrico-sociali** (Psychiatric Social Workers).

Gli « elemosinari » sono assistenti medico-sociali, la cui funzione è di

(14) Alla fine del 1953, solamente in Inghilterra e Galles, appartenevano al S.S.N. 2.688 ospedali con 471.367 letti. In essi lavoravano 136.528 infermiere a orario ridotto, 8.859 a orario intero e 1.176 ostetriche a orario ridotto. *Ibidem*, p. 12.

aiutare il medico *nella cura dell'infermo, occupandosi soprattutto delle difficoltà di ordine psicologico, economico, od altro, nelle quali questi può venirsi a trovare a causa della malattia, e assicurando anche nella convalescenza quelle cure e quell'aiuto che possono essere necessari per un ritorno alla vita normale.*

Le « Assistenti psichiatrico-sociali » sono specialmente addestrate per aiutare lo psichiatra nello stabilire lo sfondo sociale della malattia mentale e il suo sviluppo; a questo scopo esse si mantengono in continuo contatto con gli ammalati e con i loro parenti, sia durante il periodo della degenza in clinica che dopo.

3. Servizi delle Autorità sanitarie locali.

I servizi sanitari locali, amministrati dai Consigli di Contea e di Circondario di Contea (County and County Borough Councils), comprendono **l'assistenza alla maternità e all'infanzia** (non si occupano però di ospedali e di cliniche di maternità), le prestazioni a domicilio di ostetriche, di visitatrici sanitarie e di infermiere.

Le autorità sanitarie locali si interessano ancora **dell'assistenza post-malattia**, della fornitura di un aiuto domestico e della costituzione di **centri assistenziali** (Welfare Centres) e di **centri sanitari locali** (Health Centres) cioè di edifici (in gran parte ancora in progetto) nei quali siano radunati e posti così a più facile disposizione della popolazione della regione tutti o la più gran parte possibile dei servizi sanitari (esclusa la degenza ospedaliera).

Tra tutte queste attività meritano di essere ricordati in modo più particolare:

a) i servizi offerti alle gestanti prima e dopo il parto: *ambulatori, medici e ostetriche sono alla libera disposizione di ogni madre, mentre i neonati, soprattutto i prematuri, sono oggetto di cure premurose ed attente e sono provvisti di apparecchi speciali di protezione, anche a domicilio.*

b) i numerosi nidi o « crèches » e gli asili di infanzia per bambini sotto i cinque anni, *istituiti dalle autorità locali o da enti privati. Questi ultimi devono essere registrati presso le autorità sanitarie locali.*

c) l'assistenza alle madri nubili e ai loro bambini, *che viene esercitata spesso in cooperazione con enti privati o direttamente dalle autorità locali, attraverso assistenti sociali, per mezzo di ricoveri e nidi d'infanzia, e anche con la ricerca di adatte madri adottive.*

d) il lavoro delle visitatrici sanitarie e delle infermiere a domicilio, *il quale pure è svolto spesso in accordo con organizzazioni private o religiose.*

Concludendo, con questa prima parte, la nostra rapida esposizione delle strutture del S.S.N. inglese, sottolineiamo il fatto che, nonostante la nazionalizzazione del servizio sanitario, **l'iniziativa privata conserva ancora in Inghilterra un vasto campo di lavoro** e trova anzi **incoraggiamento** ed anche **aiuto finanziario** presso le autorità sia centrali che locali, le quali, in conformità allo **spirito della legge**, devono sapersi giovare delle risorse di carità e di sacrificio, che animano l'attività sanitaria di tante iniziative private, in una vasta gamma di servizi per infermi e minorati di ogni genere (15).

QUALCHE OSSERVAZIONE E COMMENTO

RELAZIONI TRA MEDICI E CLIENTI

1. **La mutua libera scelta** tra medico e cliente è soggetta a limitazioni non indifferenti.

Per il medico, ad esempio, ci può essere l'iscrizione d'ufficio sulla sua lista del nome di un cliente rifiutato da altri (questi pure ha diritto a cure gratuite); esiste pure il **limite massimo di 3500 clienti** per una lista, salvo casi eccezionali. Scompare pure di fatto la libertà di appartenere o no al S.S.N. perchè l'immensa maggioranza della popolazione (più del 95% dei 50 milioni di abitanti) è iscritta al S.S.N., e l'**adesione del corpo medico** diventa quindi **inevitabile**. La grande maggioranza degli specialisti fa già parte del S.S.N., degli altri medici (general practitioners) il 90-95%, dei dentisti il 90% e dei farmacisti la quasi totalità. Rimangono fuori solo alcuni grandi nomi della professione, che esercitano nelle alte sfere londinesi.

Per i clienti poi, la libera scelta di un medico in moltissimi casi è più illusoria che reale, come è evidente nelle zone rurali oppure nel servizio ospedaliero o anche nella scelta degli specialisti, che, ordinariamente, viene fatta attraverso l'intervento del medico curante. Questi inconvenienti però sussistevano anche prima del S.S.N. e l'incapacità del pubblico di poter giudicare del valore professionale di un medico, e l'impossibilità di pagare alti onorari a certe celebrità mediche o chirurgiche, sono sempre stati veri limiti alla libertà di scelta.

2. La libertà del medico nel giudicare le prescrizioni e cure necessarie al suo cliente, e la mancanza di una lista ufficiale di medicine e cure approvate e di un qualche determinato limite nella loro quantità, rendono evidentemente **necessario, nel corpo medico, un grande senso di responsabilità sociale**: il medico deve astenersi dall'imporre al S.S.N. un onere, che non sia giustificato da vere esigenze mediche.

3. Nel nuovo regime si sono di fatto già verificati degli inconvenienti: **la gratuità**, talora parziale ma in genere totale dei servizi medici, **ha fatto aumentare enormemente** l'esercizio della medicina e conseguentemente anche **le spese**. Mentre le previsioni del bilancio erano inizialmente di 200 milioni di sterline, il costo effettivo del S.S.N. nel 1951-52 fu di 487 milioni di sterline, e la spesa che si prevedeva per il 1952-53 era già salita a 526,8 milioni di sterline (16).

I farmacisti che nel mese di luglio 1948 avevano eseguito 10.746.711 ricette, videro salire questo numero nel mese di settembre 1948, dopo l'inizio del S.S.N., a 13.557.706. L'aumento fu ancor più sensibile per le cure dentistiche e oftalmiche.

(16) *Ibidem*, p. 51.

Tutto ciò non indica in nessun modo che non esistesse un vero bisogno di tali cure e servizi, ma è certo che gli aumenti continui nella domanda dei servizi gratuiti, non solo intralciano il lavoro medico, ma abbassano anche l'efficienza dei servizi sia ospedalieri che a domicilio; diventa poi troppo facile la tentazione di accordare un trattamento di favore a clienti che, contro le regole di servizio, possono sollecitare un intervento con onorari illeciti. Per questo l'ex-ministro Aneurin Bevan doveva esortare il pubblico a utilizzare prudentemente, intelligentemente e moralmente il servizio sanitario, « perchè sottoponendolo a sforzi troppo grandi, lo si potrebbe spezzare » (17).

d. Esistono poi, circa i metodi usati per remunerare i medici, **dubbi e divergenze**, sia da un punto di vista finanziario e amministrativo che da quello dell'interesse pubblico e anche dell'interesse professionale. **Ma le difficoltà più preoccupanti sono costituite dal finanziamento del servizio.**

Organizzato sui principi di un servizio nazionale e pubblico, il S.S.N. avrebbe dovuto essere finanziato dall'imposta generale e locale almeno per tre quarti, mentre un quarto sarebbe dovuto provenire dal fondo delle Assicurazioni Nazionali e da contributi e pagamenti di malati privati. Metà delle spese delle autorità sanitarie locali sarebbero state rimborsate dall'autorità centrale. La realtà invece fu più complicata e, per portare questo solo esempio, dal 1 aprile 1952 al 31 marzo 1953 le spese lorde furono di 526,8 milioni di sterline e gli introiti di 78,4 milioni. Questo squilibrio ha destato grave preoccupazione ed ha reso necessaria una legislazione supplementare a quella inaugurata nel 1948, che ha attenuato in vari modi il principio assoluto della gratuità dei servizi sanitari.

Ciò nonostante sembra che le **spese siano destinate ad aumentare sempre più**, anche perchè le necessità di una popolazione così densa come quella inglese, rendono necessari un'espansione e un rafforzamento del corpo medico e di quello delle altre professioni interessate al S.S.N. Tali spese quindi non potranno essere tollerate se non mediante un proporzionato **aumento del reddito nazionale** (18), essendo l'onere fiscale già molto alto.

RAPPORTI TRA STATO E CORPO MEDICO

I rapporti tra lo Stato e il corpo medico sono stati **radicalmente mutati**, per il fatto che l'autorità pubblica si riserva, come abbiamo visto, una competenza molto estesa su tutto ciò che riguarda i servizi medici e sanitari, i quali fanno ormai parte delle strutture statali secondo un piano ben definito.

Come abbiamo accennato, la British Medical Association si era mostrata chiaramente contraria a questa invasione statale, preferendo un'organizzazione corporativa o professionale, per evi-

(17) Cfr. DURAND *cit.*, p. 483.

(18) Cfr. *ibidem*, p. 490 « ... [gli oneri del S.S.N.] non saranno sopportabili a meno che non siano accompagnati da un accrescimento del reddito nazionale. Ernesto Bevin ha potuto dire che: " da un mezzo secolo, grandi cose sono state fatte per i lavoratori. Nell'avvenire, grandi cose dovranno essere fatte dai lavoratori " ».

to
pr
ti
de
ch

al
e
d
ra
re
g

e
r
e
t
l
c
c

tare che il corpo medico fosse soggetto a ingerenze politiche, difetti amministrativi e incompetenze tecniche dei funzionari statali. Ma l'organizzazione dello **Stato moderno sembra** invece che **richieda** proprio l'esistenza di **un'autorità centrale, responsabile** dinnanzi al Parlamento e all'opinione pubblica **della politica sanitaria**, così come esiste un'autorità responsabile della politica economica e militare. Questa esigenza non esclude però la convenienza, anzi la **necessità che il corpo medico venga associato negli organismi direttivi del servizio sanitario**, affinchè possa difendere i propri interessi materiali e morali, ed evitare incompetenze ed errori tecnici delle autorità governative e locali.

Di fatto nel S.S.N. inglese si è provveduto a ciò attraverso quegli organismi (Comitato centrale e Consigli esecutivi di Contea) dei quali abbiamo fatto un accenno più sopra.

CONCLUSIONE

Tutti sentiamo vivamente in noi l'**aspirazione** ad una tale **sicurezza di vita** che ci sia possibile guardare il nostro domani con animo tranquillo e sereno, senza più vedervi l'oscura e insidiosa incognita di mille incerti e rischi inevitabili.

La dignità della persona umana, della quale il nostro tempo va prendendo sempre più coscienza, ci dà senza dubbio il **diritto di poter soddisfare** questa nostra aspirazione e **ci rende persuasi** che un ordine sociale nel quale tale soddisfazione sia impossibile alla stragrande maggioranza, è un **ordine ingiusto**.

Ora, tra tutti gli incerti, quelli che più ostacolano il nostro bisogno di sicurezza, quelli che con più apprensione ci fanno guardare il futuro sono certamente gli **incerti della malattia**.

La riforma della Sicurezza Sociale inglese, se voleva raggiungere il suo scopo di dare ad ogni cittadino una sicurezza di vita che lo accompagnasse «dalla culla alla tomba», doveva quindi sviluppare con cura speciale un efficiente servizio di sanità nazionale.

La realizzazione che se ne è avuta è imponente, tanto imponente che non c'è da meravigliarsi che essa manifesti qua e là qualche difetto e che abbia conseguentemente suscitato discussioni e critiche anche vivaci, tanto più che le tradizioni liberali della professione medica inglese sono state profondamente modificate. **Di fatto però il S.S.N. ha avuto un vero successo tra il popolo** (nonostante le gravi tasse che esso rende necessarie), perchè è venuto incontro al bisogno di sicurezza della grande maggioranza dei cittadini inglesi. E questo è un grande risultato che molti altri popoli giustamente invidiano e desiderano raggiungere.

Lorenzo Fezzi