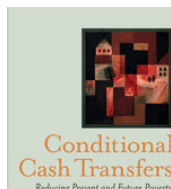


di **Giovanni Putoto**



“Nel 2009 la Banca Mondiale concederà un prestito di 2,4 Miliardi di dollari ai paesi in via di sviluppo per sostenere l’espansione di schemi nei quali le madri in cambio di denaro si impegnano a portare regolarmente i bambini presso strutture sanitarie o ad assicurare la frequenza dei loro figli a scuola”. [British Medical Journal 2009;338: b619]

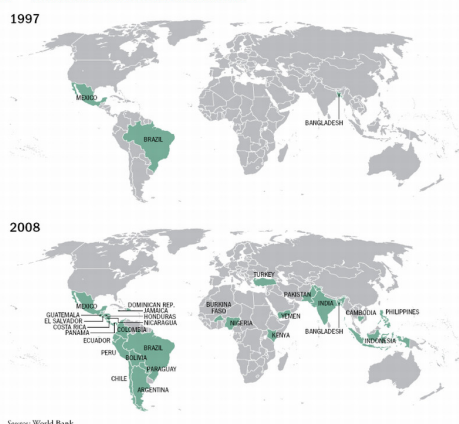
Questa poi! La Banca Mondiale che da soldi ai poveri? Ma se i soldi, casomai, li ha sottratti ai poveri! Chi non ricorda le politiche “senza volto umano” dell’aggiustamento strutturale degli anni ’80? O le diseguaglianze catastrofiche provocate dalla privatizzazione dei servizi sanitari e all’introduzione delle riforme sanitarie di stampo neo-liberista degli anni ’90”? Che sia il segnale di una nuova versione welfarista, neo keynesiana, del maggiore istituto finanziario di Bretton Woods? O forse la svolta è dovuta all’effetto della *Obamanomics* quale risposta alle recessione economica mondiale? *Calm down*. Niente di tutto ciò. La Banca Mondiale (BM), semplicemente, sta promuovendo ai governi e all’opinione pubblica il suo ultimo prodotto: il Conditional Cash Transfer (CCT)[[1](#)] (in [Risorse](#)). Di che si tratta?

Il fenomeno dei programmi di CCT

Sperimentato inizialmente in pochi grandi paesi come il Messico e il Brasile, i programmi di CCT nel corso degli ultimi dieci anni si sono diffusi progressivamente in America Latina, in Asia e in Africa, fino a diventare un vero e proprio fenomeno delle politiche di welfare che interessa decine di paesi e milioni di persone (**slide 1**). Qualcuno si è spinto addirittura ad affermare che questi programmi sono vicinissimi a diventare una soluzione magica (*magic bullet*) ai problemi dello sviluppo[[2](#)].

Slide 1. Conditional Cash Transfers nel mondo. Anni 1997 e 2008

Slide 1. Conditional Cash Transfers nel mondo. Anni 1997 e 2008



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Come funzionano i programmi CCT? Il caso del Messico

Il CCT funziona come una sorta di contratto sociale. A fronte di un incentivo in denaro, fornito in cash o sotto forma di voucher, le famiglie povere si impegnano ad adottare una serie di comportamenti socialmente “virtuosi”: usufruire di regolari prestazioni sanitarie di tipo preventivo e curativo, assicurare l’uso di supplementi nutrizionali, garantire l’iscrizione dei bambini a scuola e la partecipazione delle madri a corsi di educazione sanitaria e sociale.

I programmi di CCT differiscono per contenuti, scala e durata. Il più conosciuto è quello realizzato in Messico a partire dal 1997 e noto come *Oportunidades* (inizialmente *PROGRESA*)[3].

Il programma fissa i requisiti in due fasi: prima sono scelte le zone geografiche e le comunità più marginalizzate (*targeting* geografico) e poi, all’interno di queste, sono

identificate le famiglie più povere attraverso i dati del censimento e in seguito con criteri di selezione socio-economici (proxy means test). Una volta arruolate, le famiglie ricevono le indennità in denaro per un periodo minimo di 3 anni sempre che si rispettino i requisiti previsti dal programma. Si tratta di 15 dollari al mese per le prestazioni sanitarie mentre per l'istruzione il compenso è dato sotto forma di borsa di studio "orientate al genere" (favorite le ragazze), al grado della scuola e all'età. Il massimo concesso su base mensile per entrambe le prestazioni varia da 90 \$ a 160 \$. Queste cifre corrispondono al 17%-20% dei consumi familiari medi mensili esistenti prima dell'avvio del programma. Solo le donne hanno diritto a ricevere il denaro previo controllo delle presenze che è eseguito dal personale sanitario e scolastico. I pacchetti di prestazioni sanitarie preventive e curative riguardano: bambini e adolescenti, donne gravide e in allattamento, adulti uomini e donne e comprendono tra gli altri: le vaccinazioni, il trattamento delle malattie gastrointestinali, respiratorie e antiparassitarie; le visite prenatali, il parto assistito, la fase post-partum e l'allattamento; l'uso di micronutrienti come vitamine, ferro e zinco; il check-up per ipertensione, diabete e cancro alla cervice; la partecipazione delle donne a corsi mensili di educazione sanitaria e di promozione dei diritti civili, inclusi i diritti ai servizi sociali. Il programma punta molto sulle attività di sensibilizzazione, informazione, educazione e monitoraggio delle operatrici comunitarie (*promotoras*) che sono formate e stipendiate appositamente. Circa l'utilizzo del denaro, il 60-70% dei soldi ricevuti è speso dalle famiglie per acquistare cibo, un 15%, circa, è investito per acquistare animali da cortile, fertilizzanti, attrezzi agricoli o per avviare attività generanti reddito (magazzini, piccoli bar ecc.).

Complessivamente, la copertura del programma è passata da 300.00 famiglie nel 1997 a 5 milioni di famiglie nel 2008. Si tratta di del 18% di tutte le famiglie del Messico. La *compliance* delle famiglie è stata del 95%. Con l'estensione del programma su base nazionale, si è ridotto il *targeting* geografico ed è cresciuta la selezione su base economica. Il costo del programma nel 2007 è stato di 3,7 Miliardi di dollari, corrispondenti a circa lo 0,5% del PIL. Varie pubblicazioni hanno dimostrato che in Messico il programma di CCT ha contribuito a: incrementare l'utilizzazione dei servizi sanitari pubblici in alcuni casi del 35% da parte delle famiglie più povere; a migliorare la crescita, la salute e lo sviluppo cognitivo, linguistico e motorio dei bambini che hanno beneficiato del programma[4][5].

Commento

I programmi di CCT perseguono due scopi simultaneamente: la riduzione immediata della povertà attraverso un sostegno al reddito e la riduzione della povertà a lungo termine attraverso lo sviluppo del capitale umano (salute, conoscenza, capacità). Operando un trasferimento di risorse alle famiglie più povere si qualificano come interventi che ricadono sul lato delle politiche della domanda. Infatti, già da qualche anno sono emerse evidenze che

mostrano come le categorie sociali più svantaggiate hanno maggiori difficoltà di accedere ai servizi sanitari e scolastici per ragioni finanziarie e culturali[6]. I CCT possono aumentare l'utilizzo dei servizi sanitari da parte delle categorie più povere provvedendo fondi che servono a superare le barriere finanziarie inclusi alcuni costi connessi alla domanda di assistenza sanitaria (esempio: trasporto, perdita del reddito per assenza dal lavoro, pagamento informale, ticket, ecc.).

Inoltre, adottando una strategia che fa un uso intenso dell'informazione e dell'educazione, i CCT possono contribuire ad incrementare la domanda dei servizi da parte della popolazione stessa laddove i maggiori ostacoli sono legati a mancanza di informazioni e all'inadeguatezza delle pratiche parentali.

Sono efficaci? Le poche reviews disponibili sull'efficacia dei CCT mostrano un quadro prudentemente positivo e suggeriscono che questa strategia della domanda sembra efficace nell'aumentare l'utilizzazione dei servizi sanitari, nel migliorare lo stato nutrizionale e antropometrico dei bambini e nell'indurre comportamenti finalizzati alla prevenzione. Molto meno chiaro invece è l'impatto complessivo dei CCT sullo stato di salute: infatti, non sempre l'utilizzazione dei servizi è accompagnata da un miglioramento dello stato di salute; inoltre, i CCT tendono ad essere meno efficaci laddove la qualità dei servizi sanitari esistenti è bassa o insufficiente; infine, sono segnalati casi di incentivi perversi legati ai CCT come l'aumento di gravidanze indesiderate per mantenere i benefici del programma; da ultimo, l'efficacia e la sostenibilità dei CCT sono molto condizionate dal contesto di governance - e quindi dalla capacità di leadership del governo, dalla competenza tecnica ed organizzativa e dalla partecipazione della società civile - in cui sono applicati[7][8].

Conclusioni

I CCT possono essere considerati una soluzione magica al problema dello sviluppo? Da soli proprio no[9]. Molti dei CCT valutati sono stati realizzati in paesi caratterizzati da una relativa adeguatezza dell'infrastruttura sanitaria. In ambienti come quelli dell'Africa sub-Sahariana dove le risorse sono scarsissime, i problemi dell'offerta come la copertura geografica e la qualità dell'assistenza sono ugualmente cruciali, forse prioritari. Questo richiede un'attenta combinazione di strategie della domanda (CCT) con strategie dell'offerta (rafforzamento del sistema sanitario, scaling up delle risorse e incentivi basati sulla performance). Più ancora, c'è da chiedersi se i CCT sono un altro prodotto sfornato dalla rinomata ditta BM, l'ennesimo programma da piazzare nel mercato dell'aiuto internazionale o se invece segnalano un effettivo cambiamento di rotta: la volontà di perseguire una politica sociale di contrasto vero alla povertà e di promozione vera dell'equità. Considerati i precedenti....forse, forse.

Risorse

Fiszbein A, Schady N, et al. **Conditional Cash Transfers Reducing Present And Future Poverty. A World Bank Policy Research Report.** Washington DC: The World Bank, 2009. [[PDF: 4,6 Mb](#)]

Bibliografia

1. Fiszbein A, Schady N, et al. Conditional Cash Transfers Reducing Present And Future Poverty. A World Bank Policy Research Report. Washington DC: The World Bank, 2009. Disponibile sul sito della [World Bank](#).
2. Nancy Birdsall del Center for Global Development di Washington, citata nell'articolo di CW Dugger "To help poor be pupils, not wage earners, Brasil pays parents", New York Times, 3 Gennaio 2004.
3. Ministry of Social Development (SEDESOL). 2008. Oportunidades program for human development. General information: Report of monetary support (in Spanish). Mexico City: Government of Mexico
4. Rivera JA, Sotres-Alvarez D, Habicht JP, Shamah T, Villalpando S. Impact of the Mexican program for education, health, and nutrition (Progresa) on rates of growth and anemia in infants and young children: a randomized effectiveness study. JAMA 2004; 291: 2563-70.
5. Fernald LCH, Gertler PJ, Neufeld LM. Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. Lancet, 2008; 371: 828-37
6. Ensor T. 2004. Consumer-led demand side financing in health and education and its relevance for low and middle income countries. International Journal of Health Planning and Management 19: 267-85.
7. Rawlings LB, Rubio GM. Evaluating the impact of conditional cash transfer programs. World Bank Research Observer 2005; 20: 29-55.
8. Lagarde M, Haines A, Palmer N. Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review. JAMA 2007; 298: 1900-10.
9. Un simposio ricco di analisi e di prospettive sul ruolo dei CCT è stato fatto dallo Swiss Tropical Institute di Basilea lo scorso Novembre 2008 dal titolo " Health System Strengthening: Role of conditional incentives? Le relazioni in ppt si sono possono scaricare al sito dello [Swiss Tropical Institute \(STI\)](#).