

Enrico Materia, Angelo Stefanini, Gavino Maciocco



Il caso solleva una questione di costo-opportunità: in un contesto di risorse poverissime, cosa potrebbe essere fatto alternativamente con un dato investimento finanziario.

A Soba, vicino Khartoum, in Sudan, Emergency ha costruito l'ospedale Salam specializzato in cardiocirurgia e destinato ad assistere pazienti provenienti anche dai nove paesi africani confinanti. L'ospedale è attivo dal 2007 e da allora sono state sottoposte a visita cardiologica circa 13.000 persone, di cui 2.030 sottoposte ad intervento cardocirurgico[1].

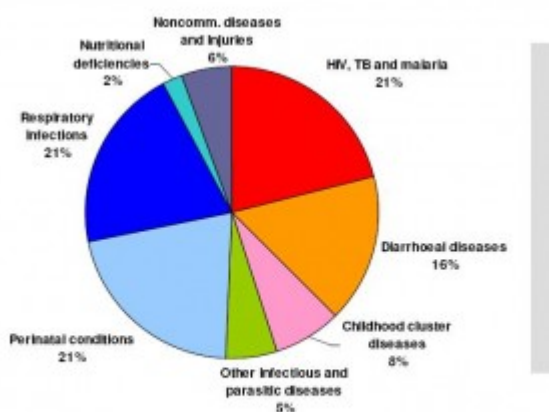
Emergency presenta quest'iniziativa di cooperazione sanitaria affermando che anche le popolazioni più povere del mondo hanno diritto ad una sanità gratuita e di qualità. Enunciato con il quale è difficile non essere d'accordo, almeno in linea di principio. Eppure alcune voci hanno posto domande e sollevato critiche a questo progetto, tra cui quelle degli autori di questo post[2,3]: a questo proposito, Emergency ha risposto organizzando un convegno che si terrà a Roma il 18 Maggio 2010.

Lo scenario. Il Sudan è un paese fragile, con povertà endemica, al 150° posto nella graduatoria dei paesi per indice di sviluppo umano, non ancora entrato nella fase di transizione demografica ed epidemiologica. Le malattie infettive, l'incidenza elevata di malnutrizione e la scarsa accessibilità ai servizi sanitari contribuiscono a determinare livelli molto elevati di mortalità evitabile, in particolare per donne e bambini. La mortalità materna nel Sud Sudan è stimata essere la più alta del pianeta (superiore a 2.000 per 100.000 nati vivi) [4]: almeno una donna su 10 muore nel Sud Sudan in conseguenza della gravidanza o del parto. In Sudan solo il 20-25% della popolazione ha accesso ai servizi sanitari di base; nel Sud Sudan si registrano 0,2 contatti per persona per anno[5]. Gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio di competenza sanitaria sono ben lontani dal poter essere raggiunti, soprattutto per quanto riguarda la mortalità materna e dei bambini (MDG 4 e 5).

Le cause di morte di donne e bambini < 5 anni in Africa sono riportate nelle **figure 1 e 2**.

Le malattie infettive, le diarree, le infezioni respiratorie e le condizioni perinatali sono le principali cause di mortalità nei bambini; mentre AIDS, tubercolosi e malaria, e le cause legate alla gravidanza e al parto determinano il carico maggiore di malattia nelle donne in età riproduttiva. Gran parte di queste condizioni sono prevenibili attraverso servizi sanitari di base efficaci (*primary health care*). L'impegno a contrastare la mortalità materna, neonatale e dei bambini è ormai considerato una priorità assoluta per la comunità internazionale: dal *Millennium Development Goals Summit* delle Nazioni Unite che si terrà a New York nel prossimo settembre, al G8 2010 in Canada, dalla *Partnership for Maternal, Newborn & Child Health* al Fondo Globale per la lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria[6].

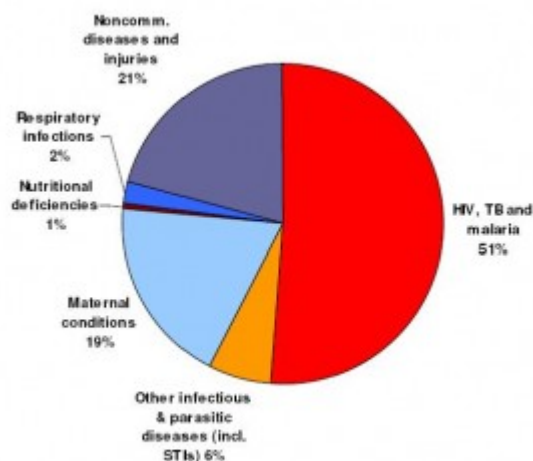
Figura 1. Cause di morte nei bambini < 5 anni in Africa.



Source: WHO Global Burden of Disease, 2004 Update, WHO 2008

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Figura 2. Cause di morte nelle donne di età 15-49 anni in Africa.



Source: Global Burden of Disease, 2004 Update, WHO 2008

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Le scelte di politica sanitaria. L'iniziativa di Emergency merita di essere discussa sulla base dei criteri di sostenibilità, efficacia, equità e costo-opportunità.

La **sostenibilità** non riguarda soltanto l'aspetto economico, ma la capacità di sviluppo che una società può assumere per garantire la titolarità democratica del proprio destino (*ownership*), uno dei principi della dichiarazione di Parigi sull'efficacia dell'aiuto allo sviluppo. Nel caso dell'ospedale cardiocirurgico Salam, Emergency ha deciso di costruire un ospedale cardiocirurgico in base ad un proprio programma e con propri fondi e poi ha ottenuto dal governo sudanese un contributo pari al 50% dei 10 milioni di euro per i costi ricorrenti di gestione: nei fatti sottraendo risorse ai programmi sanitari già ampiamente sottofinanziati (la spesa governativa pro-capite per la sanità era pari a 13 US\$ nel 2007[7]). È stato rispettato il principio di *ownership*? Il paese partner ha in questo caso esercitato il proprio diritto a determinare autonomamente su quali priorità investire le risorse per la sanità?

L' **efficacia** non è ancora facilmente valutabile, soprattutto perché l'interesse non risiede negli esiti a breve termine (la mortalità a 30 giorni risulta pari al 3,3%) quanto nella valutazione a medio e lungo termine. I dati disponibili sul sito di Emergency[1] riportano un numero troppo esiguo di pazienti con follow-up di un anno (151 pazienti operati tra aprile 2007 e settembre 2007, sul totale di 2.030 pazienti operati, con il 4% di mortalità) da consentire una valutazione attendibile. È peraltro riportato che un quarto dei pazienti operati in quella finestra temporale sono già stati persi al follow-up di un anno.

Le informazioni disponibili non consentono altresì di valutare quale continuità assistenziale è assicurata ai pazienti dimessi dall'ospedale Salam. Una volta tornati ai loro villaggi, quanti di loro riescono a effettuare il necessario monitoraggio della terapia anticoagulante? Quando, quanti e quali pazienti dovranno effettuare un nuovo intervento di sostituzione valvolare dopo impianto di una protesi biologica?



L' **equità** è un altro principio che Emergency proclama. In pratica, non è chiaro quali persone riescano ad avere accesso all'ospedale Salam. In un paese dove i bambini muoiono di diarrea, polmonite e malnutrizione, e le donne di parto nei loro villaggi perché non ci sono mezzi per trasportarle al più vicino ospedale, dove nel bush puoi incontrare una canoa che risulterà preziosa durante la stagione delle piogge (**Foto: canoa nel bush**), qual è la posizione socioeconomica e la ripartizione urbano/rurale delle persone operate?

Costo-opportunità. In Sudan, come altrove nel mondo, la chirurgia è indispensabile per le cure ostetriche di emergenza così come per trattare malattie acute che possono altrimenti avere esito fatale. Il costo per un intervento salva-vita di chirurgia ostetrica o di *primary surgery* è di scala molto inferiore a quello di un intervento cardio-chirurgico con macchina cuore-polmoni. Per questi motivi, il parametro costo-opportunità (cosa potrebbe essere fatto alternativamente con un dato investimento finanziario) rappresenta il punto cruciale della discussione, nello scenario cui si è fatto riferimento più sopra.

Il budget annuale dell'ospedale cardiocirurgico Salam è di circa 10 milioni di euro, per svolgere un volume annuo di attività stimabile - dai dati disponibili sul sito di Emergency - in 4500 visite cardiologiche, 860 persone ricoverate, 700 interventi chirurgici. **Il costo medio di un ospedale distrettuale africano (medicina e chirurgia generali, pediatria, ostetricia, attività ambulatoriali e preventive) è intorno ai 400-500.000 euro per anno.** Un ospedale distrettuale ugandese , ad esempio, distante circa 100 km dalla capitale Kampala, dotato di 100 posti letto, **ha un budget annuale (2009) di**

316.516 euro, con i seguenti dati di attività: 11.168 ricoveri, 49.095 visite ambulatoriali, 19.121 vaccinazioni, 2.480 parti, 538 cesarei, 768 interventi chirurgici maggiori.

Investendo in programmi assistenza di base (*primary health care*) e rafforzando le strutture ospedaliere a livello di distretto si potrebbero ottenere importanti risultati di salute a fronte di una spesa minore e di una maggiore sostenibilità.

Certo al prezzo di una minore visibilità.

Il bisturi strappa via il male. Ma chi pagherà il conto negli anni a venire?

Bibliografia

1. [The Salam Centre for The Cardiac Surgery](#) - Emergency
2. Stefanini A. Cosa è meglio per i sudanesi? Aprileonline 2007; 23: 32-34.
3. Materia E. Dell'ospedale cardiocirurgico di Emergency a Khartoum. Politiche Sanitarie 2008; 9:139-142.
4. Government of National Unity, Government of Southern Sudan. Sudan Household Health Survey , 2006.
5. Ministry of Health Government of Southern Sudan. Basic package of health and nutrition services for Southern Sudan, 2008.
6. Todros Adhanom Ghebreyesus - A Global Fund for the health MDGs. Lancet 2010; 375:1429.
7. Federal Minsitry of Health. **Five-years health sector strategy: investing in health and achieving the MDG: 2002-2011.** [[PDF: 598 Kb](#)]

Fig.1 Cause di morte nei bambini < 5 anni in Africa.

Fig. 2 Cause di morte nelle donne di età 15-49 anni in Africa