

Filippo Curtale e Vincenzo Racalbuto



Il “Mengo Hospital” oggi (Kampala, Uganda)

L’elemento portante della partnership è la condivisione di un obiettivo comune, tra due o più partner disposti a lavorare insieme utilizzando le rispettive risorse e competenze, e superando qualsiasi forma di competizione e conflitto.

---

Dal 1897, quando Albert R. Cook, un medico missionario inglese, fondò a Kampala il primo ospedale dell’Est Africa, il Mengo Hospital (nellaFoto) **tuttora operante, e durante tutto il periodo coloniale, la costruzione di ospedali missionari e dispensari gestiti da personale appartenente a ordini religiosi è stata incoraggiata e facilitata in tutti i paesi della regione.**

Durante la guerra civile che ha afflitto l’Uganda per un ventennio (1970-90), causando il

collasso di tutti i servizi governativi, le strutture sanitarie missionarie hanno rappresentato l'unica possibilità di accesso alle cure della popolazione, soprattutto nelle aree periferiche e rurali del paese. La Costituzione della Repubblica Ugandese del 1995, riconosce il ruolo del settore privato ed afferma l'importanza per il Governo ugandese di collaborare e sostenere l'iniziativa privata nell'offerta dei servizi essenziali ai cittadini. Oggi il settore sanitario privato non-profit gestisce più di un terzo degli ospedali e dispensari nel paese, 80% dei quali nelle aree più remote, e ben 21 delle 30 scuole infermieri ricevendo dal Governo ugandese contributi finanziari pari al 6% del budget del Ministero della Sanità, sufficienti a coprire circa il 20% dei costi di tali strutture.

Il settore commerciale, a sua volta, è in costante espansione e garantisce a livello urbano un'importante porzione dei servizi sanitari (**Tabella 1**).

**Tabella 1. Distribuzione degli ospedali, dei dispensari (*Health Center*) di II°, III°, e IV° livello e delle scuole infermiere in Uganda tra settore pubblico (Min. della Sanità), privato non-profit (PNFP) e commerciale (PHP).**

Health Sector Strategic Plan III°. Ministry of Health. Kampala, 2010

Struttura	Min. della Sanità	PNFP	PHP	Totale
Ospedali	65	56	9	130
Health Center IV	164	13	1	178
Health Center III	868	233	25	1096
Health Center II	1560	480	967	3007
<b>Totale</b>	<b>2627</b>	<b>782</b>	<b>1002</b>	<b>4411</b>
Scuole infermieri	9	21	=	30

La gran parte dei governi dei paesi in via di sviluppo si trova di fronte seri problemi finanziari, risorse umane limitate e infrastrutture carenti che determinano una scarsa qualità dei servizi sanitari e una progressiva sfiducia delle popolazioni nella capacità dei Ministeri della Sanità di garantire la salute pubblica[1]. Per soddisfare il costante aumento della domanda di servizi sanitari l'unica soluzione percorribile appare quella di mobilitare tutte le risorse disponibili nel settore sanitario, sia pubbliche sia private[2].

Anche se la responsabilità di definire i sistemi sanitari nazionali rimane dei governi, come pure l'importante compito di regolamentare il settore privato a garanzia di tutti, governi e donatori sono sempre più coscienti del fatto che per aumentare l'offerta di servizi sanitari,

migliorarne la qualità e garantire l'equità c'è bisogno di abbandonare il ruolo tradizionale del settore pubblico come principale erogatore di servizi sanitari e avviare una collaborazione strutturale con il settore privato, sia non-profit che commerciale[3].

**Il partenariato pubblico-privato in campo sanitario, sostenuto dalla Cooperazione Italiana, rappresenta una terza via rispetto alle soluzioni stataliste o eccessivamente liberiste, simile per certi versi al modello di organizzazione del nostro sistema sanitario nazionale, e certamente più vicina alla realtà di questi paesi.**

Tra i principi guida della cooperazione Italiana espressi nel documento "**Salute Globale: Principi Guida della Cooperazione Italiana**" (in **Risorse**) vi è un espresso riferimento a questa strategia per promuovere il rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali: "*Un appropriato sistema di offerta che riconosca la centralità dell'interesse pubblico e il contributo al sistema sanitario di istituzioni pubbliche e private, incluso il settore non-profit, secondo criteri di efficacia, equità ed efficienza*".

Per sfruttare a pieno le potenzialità di collaborazione con il settore privato molti paesi dell'Africa Sub-Sahariana hanno istituito unità di partenariato all'interno dei loro Ministeri della Sanità (Ghana 1997, Uganda 2000, Etiopia 2007, Nigeria 2007, Zambia 2008, Kenia 2009). Programmi bilaterali della Cooperazione Italiana, di supporto al partenariato sanitario, sono in questo momento operanti in Uganda e Kenia e si sta valutando la possibilità di promuovere iniziative simili in Ruanda, Burundi e Tanzania. Il programma in Kenia è stato avviato recentemente, mentre in Uganda il programma di "**Sostegno all'integrazione dei servizi pubblici e privati nel settore sanitario ugandese, *Public Private Partnership in Health (PPPH)***" è iniziato nel 2000 con l'obiettivo di assistere il Ministero della Sanità ugandese nella definizione e realizzazione di una politica nazionale di partenariato sanitario che garantisca la sostenibilità delle strutture private migliorando la qualità e l'accesso ai servizi sanitari di base[4].

**L'elemento portante della partnership è la condivisione di un obiettivo comune, tra due o più partner disposti a lavorare insieme utilizzando le rispettive risorse e competenze, e superando qualsiasi forma di competizione e conflitto.** Ciascun partner può contribuire con mezzi differenti al raggiungimento dell'obiettivo comune, rappresentato dalla salute della popolazione. Questa specificità ha permesso che alla partnership aderissero grandi ospedali missionari di quattro religioni diverse (cattolica, protestante, musulmana e ortodossa), piccoli dispensari, medici e cliniche private, in pratica tutti coloro che forniscono servizi sanitari alla popolazione, raddoppiando in sostanza l'offerta delle strutture governative.

Il ruolo della Cooperazione Italiana è stato quello di favorire il dialogo tra i due settori, dimostrando al partner pubblico, che ha sempre vissuto in maniera conflittuale e intrusiva la presenza di strutture private non-profit, il grande lavoro svolto da queste ultime. Allo stesso tempo è stata sostenuta la necessità del settore privato di vedere riconosciuto il proprio ruolo e contributo, al miglioramento dello stato di salute della popolazione, con un'ufficializzazione che, superando lo stato di precarietà e isolamento, favorisse gli investimenti e lo sviluppo. Infine è stata promossa la regolamentazione del settore privato, principio fondamentale del partenariato e prerequisito essenziale per lavorare insieme ad un obiettivo comune.

**Il primo passo del programma ugandese è stato quello di promuovere un coordinamento tra i diversi *stakeholders*** (Ministero della Sanità, organizzazioni missionarie e non-profit, ONG, agenzie donatrici, associazioni di medici e personale sanitario privato, rappresentanti della società civile, etc.) **che ha operato tramite tavoli di lavoro e consultazione (*Working Groups*).** **Per facilitare il lavoro dei tavoli è stata promossa la definizione di strutture di rappresentanza**, laddove non fossero già operative, quali i *Medical Bureau* per le strutture non-profit, le *Association* per il settore for-profit ed i *Council*, per il personale medico, infermieristico ed ausiliario. Questo processo ha inoltre facilitato la regolamentazione del settore e la definizione di referenti privati riconosciuti dal Ministero della Sanità. **E' stata quindi avviata la formulazione della politica di partnership (*National Policy on Public Private Partnership in Health*) attraverso un processo di consultazione che ha coinvolto tutti gli *stakeholders* ed ha contribuito al rafforzamento delle strutture di rappresentanza e all'istituzionalizzazione di quelle di coordinamento.**

Un comitato di esperti, in collaborazione con i *Working Groups*, ha redatto una prima bozza di lavoro sia della politica nazionale che delle norme attuative (*Implementation Guidelines*). Le due bozze sono state discusse a livello distrettuale con il personale sanitario, pubblico e privato, nel corso di otto seminari regionali cui hanno partecipato tutti i distretti del Paese. I commenti, le modifiche e i suggerimenti emersi nel corso dei seminari regionali sono stati recepiti ed incorporati nel documento di lavoro che, alla fine del giro di seminari, è stato nuovamente sottoposto ai *Working Groups*. La bozza finale, una volta approvata, è stata inoltrata al dipartimento della programmazione del Ministero della Sanità e quindi al Ministro della Sanità che l'ha sottoposta al Consiglio dei Ministri per la sua promulgazione ufficiale.

**Si è trattato quindi di un processo di formulazione di una proposta di legge che, partendo dal basso, è stata elaborata attraverso un processo partecipativo con il**

**contributo di tutte gli interessati, per poi raggiungere gli organi legislativi, e non il contrario come comunemente accade.** Questo metodo, pur avendo richiesto diversi anni, ha presentato gli indubbi vantaggi di condividere alcuni aspetti della legge con le persone che poi l'avrebbero applicata nel territorio e di facilitare e promuovere il coordinamento e l'interazione tra le strutture pubbliche e quelle private, sia a livello centrale che periferico.

La politica nazionale di partnariato in Uganda sarà presto una legge dello Stato e questo garantirà non solo il rafforzamento delle attività e delle aree d'interazione tra il servizio sanitario pubblico e privato, ma soprattutto la stabilità del sistema sanitario ugandese negli anni futuri, favorendo nuovi investimenti del settore privato.

La debolezza dei sistemi sanitari nazionali appare come il principale ostacolo al raggiungimento degli obiettivi del millennio in campo sanitario e solo il loro rafforzamento permetterà di ottenere risultati concreti in tempi ragionevoli. Il partenariato potrebbe rappresentare la giusta strategia per promuovere lo sviluppo e il rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali in maniera rapida e sostenibile[5].

**Nota.** Filippo Curtale e Vincenzo Racalbutto, Ministero degli Affari Esteri

### **Risorse**

Ministero degli Affari Esteri, Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo. **Salute globale: principi guida della cooperazione italiana**, Luglio 2009 [[PDF: 92 Kb](#)]

### **Bibliografia**

1. Streefland P. Public health care under pressure in sub-Saharan Africa. *Health Policy* 2005; 71 (3):375-382.
2. International Finance Corporation. [The business of health in Africa](#). World Bank, 2008.
3. World Health Organization. *The World Health Report 2008. PHC Now More Than Ever*. Geneva: WHO, 2008.
4. Kirunga T.C., Musoba N., Lochoro P. Public Private Partnership for Health in Uganda: will HSSP II deliver on the expectations? *Health Policy and Development Journal* 2007; 5 (1): 48-56.
5. World health Organization *Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcome*. Geneva: WHO, 2007.