



Gavino Maciocco

Si possono ottenere buoni risultati di salute (*Good Health*) con risorse limitate (*Low cost*)? Uno studio risponde affermativamente, descrive i paesi (Bangladesh, Kyrgyzstan, Ethiopia, Thailandia e lo stato indiano del Tamil Nadu) e elenca quali sono i fattori di successo.

Prologo

1985. Sono passati pochi anni dalla Dichiarazione di Alma Ata, ma sembra un'eternità. Nel frattempo sono avvenute troppe cose. E' iniziata l'era del neo-liberismo, negli scranni più alti del potere mondiale ci sono Ronald Reagan e Margaret Thatcher, la Banca Mondiale è diventata qualcosa di molto di più di una banca e si occupa attivamente di sanità. Infatti **la Banca Mondiale calcola che i costi dell'applicazione delle politiche proposte a Alma Ata siano troppo elevati**; meglio soprassedere - queste le raccomandazioni - e dedicarsi alla lotta contro alcune malattie e focalizzarsi su alcuni specifici interventi, vantaggiosi dal punto di vista costo/efficacia[1].

Una proposta che l'UNICEF - pur co-promotore della Conferenza di Alma Ata - non ha difficoltà a far propria, lanciando nel 1982 una campagna dal titolo di "A Children's Revolution"[2], in cui si teorizza la necessità di concentrarsi su quattro obiettivi specifici *cost-effective*, per altrettanti programmi *verticali*: la reidratazione orale per combattere la diarrea, le vaccinazioni, la promozione dell'allattamento al seno, l'uso sistematico delle carte della crescita. Da quel momento le organizzazioni internazionali si allineeranno alla strategia della *Selective Primary Health Care* (alternativa alla *Comprehensive Primary Health Care* di Alma Ata).

1985. Good Health at Low Cost 1

Nell'aprile del 1985 si tiene a Bellagio un meeting internazionale organizzato dalla *Rockefeller Foundation*, dal titolo *Good Health at Low Cost*. Si studiano i sistemi sanitari di 4 paesi: **Cina, Sri Lanka, Costa Rica e Kerala (stato dell'India)**. Quattro realtà in cui a fronte di un PIL molto basso (e con limitate risorse destinate alla sanità) si erano ottenuti ottimi risultati in termini di salute della popolazione. Queste furono le conclusioni:

“I partecipanti, dopo aver esaminato i risultati presentati alla conferenza, unanimemente adottano le seguenti raccomandazioni: I quattro stati che hanno ottenuto “una buona salute a un basso costo” hanno dimostrato **un chiaro impegno, politico e sociale, verso un’equa distribuzione del reddito nelle loro società**. Dato questo impegno, tre ulteriori fattori sembrano aver giocato un ruolo maggiore nel loro successo, come dimostrato dal marcato declino della mortalità infantile e dei bambini al di sotto dei 5 anni e da livelli di speranza di vita alla nascita vicini a quelli dei paesi sviluppati. Questi fattori costituiscono raccomandazioni per i programmi di sviluppo in altri paesi:

1. Equa distribuzione del reddito e accesso per tutti ai servizi di sanità pubblica e di assistenza sanitaria a partire dai livelli primari, rinforzati dai sistemi secondari e terziari.
2. Un sistema educativo accessibile a tutti, particolarmente di primo livello, con possibilità di passare al secondo e terzo livello.
3. Sicurezza di un’adeguata nutrizione in tutti gli strati della società[3].

Raccomandazioni che vanno nella direzione della *Comprehensive* PHC di Alma Ata, e per questo motivo da dimenticare, perché la scelta politica è stata già fatta, a favore della *Selective* PHC, della privatizzazione della sanità e dei programmi verticali (decisi a New York, a Londra o a Ginevra). Scelta che segnerà per decenni le politiche sanitarie dei paesi in via di sviluppo e le strategie di cooperazione sanitaria internazionale. Il caso più clamoroso è certamente quello della Cina che smantellerà rapidamente (nel 1985 aveva già cominciato a farlo) le fondamenta del modello che aveva ottenuto così grandi risultati e ricevuto così tanti apprezzamenti.

2011. Good Health at Low Cost 2

‘*Good Health at Low Cost*’ 25 years on. What makes a successful health system? **Dopo 25 anni (26 per l’esattezza) tornano lo stesso titolo e lo stesso sponsor, la Rockefeller Foundation**. Si tratta di uno studio contenuto in un volume di quasi 400 pagine prodotto dalla *London School of Hygiene & Tropical Medicine* (Editors: Dina Balabanova, Martin

McKee and Anne Mills - vedi **Risorse**).

Cambiano le realtà oggetto dell'analisi, che ora sono **Bangladesh, Kyrgyzstan, Ethiopia, Thailandia e lo stato indiano del Tamil Nadu**. Così come è profondamente cambiato - a distanza di un quarto di secolo (che sembra molto di più...) - il contesto generale: politico, economico, finanziario e sociale.

Nel 1985 i paesi selezionati avevano forti elementi politici in comune, *di sinistra* per semplificare al massimo (come affermano gli stessi autori: "*To varying degree, all of the countries were left wing*"): una forte presenza del settore pubblico (in certi casi, come Cina e Kerala, il settore privato era quasi inesistente), politiche fiscali fortemente redistributive, fino ad arrivare al collettivismo cinese, sistemi sanitari universalistici basati su un'assistenza primaria diffusa, gratuita e ben organizzata, al pari dell'istruzione primaria.

I cinque paesi individuati dopo 26 anni hanno caratteristiche politiche e tradizioni socio-culturali molto diverse tra loro (a differenza dei paesi scelti nel 1985, nessuno può essere considerato *left wing*), con sistemi sanitari ben lontani dai classici modelli universalistici, con una rilevante presenza del settore privato, pur con notevoli differenze tra le varie realtà: in Thailandia la spesa sanitaria pubblica rappresenta il 74% della spesa sanitaria totale, in Bangladesh la percentuale della spesa sanitaria pubblica su quella totale si abbassa al 31%. Gli elementi (parzialmente) in comune sono il basso livello di spesa sanitaria, un grado *apprezzabile* di accessibilità e di funzionamento dei servizi sanitari e un *discreto* stato di salute della popolazione. Gli aggettivi "*apprezzabile*" e "*discreto*" sono ovviamente relativi e frutto di una comparazione con paesi (o altri stati indiani, nel caso del Tamil Nadu) con analoghi livelli di reddito, di spesa sanitaria e di contesto epidemiologico.

Premesso tutto ciò, *What makes a successful health system?* **Cosa rende vincente un sistema sanitario?** Secondo gli autori i fattori determinanti del successo sono: a) la capacità, b) la continuità, c) il contesto socio-economico e culturale, d) le crisi e le finestre di opportunità (**Figura 1**).

Figura 1. I 4 fattori di successo di un sistema sanitario



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

La capacità

Questo termine comprende vari significati: **competenza, abilità, impegno, credibilità, motivazione, esercizio della leadership**. Può riguardare gli individui e le istituzioni.

Certamente il capo di un governo che si impegna in prima persona in scelte di politica sanitaria a favore della popolazione è un fattore di grande importanza, ma vi sono delle

persone che senza aspirare a diventare leader, lavorando in seconda fila, giocano un ruolo chiave nel rendere fattibili quelle scelte. Questi sono **i funzionari, i “malfamati” burocrati**, spesso poco pagati e poco considerati, facile bersaglio dei commentatori politici. Ma la riuscita dei programmi dipende in gran parte da loro e molti di loro si dedicano instancabilmente al buon funzionamento dei servizi. Certamente ci sono i casi dei burocrati corrotti e di coloro che sfruttano la posizione ricoperta per ottenere vantaggi personali. “Nei paesi studiati - affermano gli autori - c’era una chiara evidenza che le buone pratiche erano incoraggiate, mentre le cattive pratiche erano sanzionate”.

C’è poi la capacità delle istituzioni. Istituzioni forti forniscono un grado di stabilità che trascende le carriere degli individui e assicura la memoria “istituzionale”. Le migliori sono le **“learning institutions”**, che riescono ad apprendere e fare tesoro dalle proprie esperienze e anche da quelle di istituzioni simili, e riescono anche ad assorbire i risultati della ricerca e a produrre innovazione.

Le istituzioni sanitarie fanno parte di un sistema più ampio di istituzioni, con le sue regole e le sue leggi. Una *governance* attenta, un sistema fiscale equo, un’amministrazione trasparente sono elementi essenziali di cui si giova il sistema sanitario.

La continuità

Sebbene ci sia una scuola di pensiero che pensa che dal caos possano nascere buone idee e si affida alla “distruzione creativa”, dalla ricerca emerge l’importanza della “continuità”.

I sistemi sanitari sono sistemi adattativi complessi. Esso richiedono risorse che richiedono tempo per produrre, contengono istituzioni che hanno bisogno di tempo per cambiare e persone che hanno bisogno di tempo per imparare. Ciò che può essere acquisito - e con quale velocità - dipende dal punto da cui si parte, un fenomeno chiamato *“path dependency”*. I sistemi sanitari non si cambiano tutto d’un tratto e chi pensa che questo si possa fare in una sorta di *“big bang”* è destinato a rimanere deluso.

“Molti dei successi descritti in questo libro - sostengono gli autori - sono il frutto di un’attenta sequenza di passi incrementali”.

Poiché diversi paesi tra quelli selezionati sono stati destinatari di aiuti internazionali, il valore della continuità vale anche per i soggetti che si occupano di cooperazione sanitaria, governi e organizzazioni non governative.

Il contesto

È noto che la salute della popolazione è influenzata da molti fattori, i determinanti sociali. È evidente quindi che **il contesto economico, sociale, culturale, storico** influenzi sia la salute che la struttura, il funzionamento e l'accessibilità del sistema sanitario. Non sempre la buona condizione economica e di sviluppo di un paese si riflette sul sistema sanitario, tuttavia per la Thailandia e Kyrgyzstan è stato osservato che l'aumento del reddito nazionale ha prodotto un netto miglioramento nell'accesso ai servizi essenziali.

Un altro elemento importante di contesto riguarda **l'identità nazionale**. Quando all'interno di un paese ci sono forti differenti etniche e linguistiche ne soffre anche il sistema sanitario per gli elementi discriminatori che ne possono derivare. Vanno segnalati al riguardo i successi registrati in Etiopia. Nonostante l'estrema diversità etnica e linguistica che caratterizza il paese, strenui sforzi sono stati fatti per costruire una coerente identità nazionale, supportati da misure per giungere a un'equa distribuzione delle risorse tra differenti aree del paese.

Negli ultimi decenni in tutti i paesi si sono allargate **le disegualianze economiche** tra gruppi di popolazione, a cui è corrisposto un allargamento del divario nelle condizioni di salute tra ricchi e poveri. Tranne rari casi, come la Thailandia, questo problema non è considerato come una preoccupazione per i governi.

Le crisi e le finestre di opportunità

Ci sono molti esempi di come importanti riforme sanitarie si sono sviluppate a seguito di una crisi. Ciò ha richiesto persone che avessero le visioni e l'abilità di cogliere "**la finestra di opportunità**" che si apriva. Ciò è avvenuto nel caso dell'indipendenza del Bangladesh nel 1971 e del Kyrgyzstan nel 1991 e in Etiopia nel 1994 con il cambio di regime.

Conclusione

Nonostante i successi registrati nei paesi selezionati - concludono gli autori - è chiaro che molte difficili sfide li attendono. E non è detto che questi paesi siano in grado di superarle. Dei quattro paesi inclusi nello studio del 1985 solo Costa Rica e Sri Lanka hanno continuato a progredire.

Gavino Maciocco, Gavino Maciocco, Università di Firenze

Risorse: [Good Health at Low Cost](#)

Bibliografia

1. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New Engl. J. Med.* 1979; 301(18):967-73
2. Grant JP (UNICEF). *The State of the World's Children, 1982-83*. Oxford University Press, 1982.
3. Conferees Summary Statement. In "Good Health at Low Cost" (Edited by Halstead S.B., Walsh J.A. and Warren K.S.), p. 136. The Rockefeller Foundation, New York, 1985, in K.S. Warren, *The evolution of selective primary health care, Soc. Sci. Med.* 1988; 26(9):891-898