

✖ Silvia Guarducci

Nonostante le tensioni e i recenti conflitti, le riforme in campo sanitario hanno portato importanti benefici per la salute dei cittadini, incrementando da un lato la copertura assicurativa che è più che quadruplicata fra il 2003 e il 2011, dall'altro la possibilità di accesso ai servizi, specie nelle classi più povere e nelle regioni più disagiate.

---

Dieci anni fa la Turchia, forte di un governo con larga maggioranza in parlamento, avviò una serie di politiche per il raggiungimento della copertura sanitaria universale, attraverso un'iniziativa chiamata *Health Transformation Program* (HTP), basata sul principio che la salute è un diritto fondamentale dei cittadini, indissolubilmente legato ai diritti civili e politici. Un recente articolo di *Lancet* valuta i risultati del programma, che ha sensibilmente e rapidamente migliorato gli outcome di salute, ridotto le iniquità e migliorato l'accessibilità<sup>[1]</sup> (da esso abbiamo tratto figure e tabelle).

La repubblica turca, creata nel 1923, dopo la fine dell'impero ottomano, ponte fra Europa e Asia è una nazione con quasi 76 milioni di abitanti divisi in 81 province, molto diverse fra loro dal punto di vista socioeconomico (**Figura 1**).

**Figura 1. Province turche raggruppate secondo l'indice di sviluppo socioeconomico (calcolato su fattori demografici, educazione, salute, impiego, capacità fiscale, innovazione e competizione, accesso ai servizi e soddisfazione dei cittadini)**

✖  
Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Nonostante le tensioni e i recenti conflitti, le riforme in campo sanitario hanno portato importanti benefici per la salute dei cittadini, incrementando da un lato la copertura (basata sul sistema delle assicurazioni sanitarie) che è più che quadruplicata fra il 2003 e il 2011, dall'altro la possibilità di accesso ai servizi, specie nelle classi più povere e nelle regioni più disagiate.**

I successi ottenuti sono il risultato di profondi cambiamenti nella società turca, oggetto di un acceso dibattito politico e, come abbiamo osservato recentemente, anche di importanti manifestazioni di protesta.

I principali problemi del sistema, prima dell'attuazione del programma HTP, sono

riassumibili in 3 punti:

1. finanziamento inadeguato e non equo, con un sistema su base assicurativa frammentato e conseguente bassa copertura assicurativa specie per le classi più povere e alti livelli di spese *out of pocket*.
2. Distribuzione disomogenea di infrastrutture sanitarie e di risorse umane, con conseguenti diseguaglianze sulla possibilità di accesso ai servizi.
3. Differenze negli outcome di salute in particolare fra est e ovest, città e zone rurali, ricchi e poveri.

**I fattori che hanno contribuito al raggiungimento degli obiettivi del programma sono numerosi, in particolare la crescita economica e la stabilità politica, ma anche strategie e team dedicati, rapida traduzione sul campo delle decisioni politiche, implementazione flessibile, monitoraggio continuo da parte di valutatori locali e internazionali.** Tutto ciò ha garantito un miglioramento sui due fronti del sistema, ovvero della domanda (aumento della quota di popolazione coperta dal sistema assicurativo, aumento dei benefit e riduzione del cost-sharing) e dell'offerta (aumento di infrastrutture, risorse umane e servizi).

Un fattore vincente è stato la strategia su due fronti:

1. miglioramenti di rapida attuazione, molto visibili e molto ben accetti dalla popolazione (come l'abolizione della detenzione forzata in ospedale e il trattenimento delle salme per chi non era in grado di pagare le cure).
2. Azioni strategiche volte ad attuare riforme strutturali che necessitavano di apposite leggi in parlamento, che si sono potute realizzare grazie all'approvazione da parte della popolazione e che hanno rafforzato la posizione del ministro della salute all'interno del governo.

## **Ecco in sintesi i principali cambiamenti e risultati**

### **Governo e gestione del sistema sanitario:**

- definizione del diritto alle cure di tutti i cittadini (attraverso l'incremento sia della quota di cittadini assicurati e che della disponibilità dei servizi) e incremento delle responsabilità dei provider (informazioni, riservatezza, consenso dei pazienti alle procedure e trattamenti...)
- ridefinizione del ruolo del ministro della salute, attraverso il rafforzamento delle funzioni di gestione e delega della parte operative a nuove strutture create ad hoc.

### Finanziamento del sistema:

- incremento della spesa sanitaria, passata dal 2,7% del PIL del 1990 al 6,1% del 2008, grazie anche alla crescita economica del paese, che ha garantito lo “spazio fiscale” per incrementare gli investimenti nel pubblico (**Figura 2**).

### Figura 2. Spesa sanitaria totale pro-capite in dollari (PPP). Anni 1990-2008.



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

- Consolidamento dei vari schemi assicurativi in un'assicurazione sanitaria unificata generale: prima dell'HTP esistevano 5 schemi assicurativi, sviluppatisi separatamente nel corso degli anni, con diversi sistemi contributivi e vari pacchetti di benefit (scarsi soprattutto per la “Green Card” riservata alle classi più povere). I cinque schemi sono stati unificati nella *General Health Insurance* che prevede un pacchetto molto vasto di prestazioni (**Tabella 1**) finanziate da fondi sia derivanti dai contributi assicurativi sia statali, raccolti dal “neofondato” *Social Security Institution*.

### Tabella 1. Benefit e prestazioni compresi nella General Health Insurance



Cliccare  
sull'immagine per  
ingrandirla

**Incremento dell'estensione della copertura sanitaria alle fasce più povere di popolazione** grazie a finanziamenti governativi (da 2,4 milioni nel 2003 a 10,2 milioni nel 2011) con incremento dei soggetti coperti dallo schema assicurativo, miglioramento della protezione finanziaria e riduzione del *co-payment* soprattutto per interventi più complessi che più frequentemente provocavano spese “catastrofiche” (come cure intensive, chirurgia cardiovascolare, dialisi, e cure per neoplasie) con conseguente diminuzione della spesa *out of pocket* (**Figura 3**).

### Figura 3. Spese sanitarie catastrofiche. Incidenza delle spese sanitarie come % del bilancio familiare (escluse le spese per il cibo).



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Risorse umane:** il problema della mancanza e distribuzione di risorse umane è stato affrontato attraverso quattro principali strategie che hanno portato ad un significativo incremento del numero di operatori sanitari (circa raddoppiati) con netto miglioramento delle capacità del sistema (**Figura 4**):

- incremento dei posti universitari per tutte le professioni sanitarie e introduzione dell'obbligo di lavoro di 300-500 giorni in zone rurali o dell'est del paese per tutti i neo dottori o specialisti.
- Incremento di salari e incentivi legati alle performance.
- Nuovi contratti e outsourcing dei servizi in zone dove è comunque difficile reperire personale sanitario.
- Introduzione rapporto esclusivo per i medici dipendenti delle istituzioni pubbliche (non senza scontenti nella classe medica).

**Figura 4. Numero (x 1000) di clinici e personale amministrativo assunto a tempo pieno o a contratto con il Ministero della Salute in Turchia. 1993 - 2012.**



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

#### **Offerta di servizi:**

- investimenti nelle cure primarie con creazione di "family medicine team".
- Espansione del sistema di emergenza-urgenza, di emergenza e cure intensive materno-infantile e dei servizi trasfusionali.
- Incremento numero dei posti letto (da 1,87 del 1990 a 2,6/1000 nel 2011) soprattutto per alta intensità di cure, utilizzando sia ospedali pubblici che privati accreditati, con controllo e regolamentazione apposita a livello governativo, e contemporanea diminuzione dei giorni di degenza (da 5,8 nel 2002 a 4,1 nel 2011).

**Interventi di sanità pubblica** (principalmente su fumo, obesità e salute mentale).

**Le azioni sopradescritte hanno portato a miglioramenti in diversi outcome di salute immediatamente misurabili e confermati da analisi volte ad escludere i possibili fattori confondenti** (per patologie croniche purtroppo i risultati non sono ancora misurabili, perchè non di immediato riscontro) ovvero:

1. aumento della soddisfazione degli utenti (soprattutto nelle aree rurali, nell'est del paese e nei quintili più poveri).
2. Aumento dell'accesso ai servizi per la salute materno-infantile: aumento della probabilità di ricevere cure durante la gravidanza (da 63% a 93%), dell'uso dei servizi sanitari per il parto (dal 60% all'86%), della percentuale di vaccinazioni (diminuita dal 1993 al 1998 dal 65% al 45%, poi aumentata al 73,7% nel 2008) **Figura 5**.
3. Diminuzione della mortalità under-5 da 52,7 a 18,9, infantile da 48,2 a 16,6, neonatale da 27,1 a 13,3 su mille nati vivi, anni 1993-2008.

**Figura 5. Accesso ai servizi sanitari per la salute materno-infantile in relazione all'educazione della madre, della lingua di origine (Non Turkish = Curdi), del contesto urbano o rurale e del livello economico.**

(A) Copertura delle visite pre-natali

(B) Percentuali di parti avvenuti in strutture sanitarie

(C) Copertura vaccinale



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Gli autori concludono che la simultanea introduzione di cambiamenti sul fronte della domanda (aumento copertura assicurazione sanitaria, benefit garantiti e diminuzione del co-payment) e dell'offerta (aumento infrastrutture, risorse umane e servizi) hanno influito maggiormente nell'accesso ai servizi sanitari e della mortalità infantile, rispetto ai determinanti socioeconomici e culturali.**

**La crescita economica ha comunque garantito lo spazio fiscale per incrementare le spese per la salute permettendo il raggiungimento della copertura universale.**

Le sfide future sono rappresentate dalla sostenibilità, soprattutto in epoca di crisi economica e di patologie croniche (per le quali è anche più difficile avere dati sui miglioramenti a breve termine). Nonostante la copertura nelle classi più povere sia passata dal 24% del 2003 all'85% del 2011 e per i ricchi dal 90 al 96%, sono richiesti ulteriori sforzi, sia per raggiungere il 100% che per definire le priorità del ministero della salute per una allocazione delle risorse trasparente ed efficace. Resta inoltre aperta la sfida contro le disuguaglianze soprattutto per il genere femminile (nonostante i miglioramenti nell'accesso ai servizi materno infantili) in diversi ambiti socioculturali come l'educazione, la cultura

della salute globale e riproduttiva, l'empowerment sociale e la partecipazione al mondo del lavoro. I prossimi sforzi devono poi essere rivolti verso la qualità e la sicurezza delle cure, verso un maggior impiego della sanità pubblica come strumento per affrontare la sfida delle patologie croniche e soprattutto verso la sostenibilità del sistema durante questo periodo di crisi e di instabilità economica delle nazioni vicine.

**Silvia Guarducci**, specialista in Igiene e Medicina Preventiva. Università di Firenze.

### **Bibliografia**

1. Rifat A. et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equità. *Lancet* 2013, 382: 65-97