

 Maurizio Murru

Quando il privato decide di gestire un ospedale in un paese poverissimo chi ci guadagna? Il caso del Queen Mamohato Memorial Hospital di Maseru, capitale del Lesotho. Un caso di studio perché mai i privati for profit avevano investito così tanto in un paese africano, con il supporto della Banca Mondiale. Secondo OXFAM si tratta di una rapina.

---

Il Lesotho (30.355 Km<sup>2</sup>) - stato enclave all'interno del Sudafrica - ha circa 2 milioni di abitanti, il 77% dei quali vive in aree rurali dove solo il 10% del terreno è coltivabile.

**La mortalità infantile e quella dei bambini al di sotto dei cinque anni sono peggiorate**, rispettivamente, da 15/1000 a 28/1000 nati vivi e da 71/1000 a 117/1000 nati vivi fra il 1995 e il 2009. La mortalità materna è stata stimata a 1.155/100.000 nati vivi nel decennio che va dal 1999 al 2009.

**Fra il 1996 e il 2006 (anno dell'ultimo censimento) il tasso grezzo di mortalità è passato da 12,8/1000 a 26,5/1000, anche a causa dell'alto tasso di prevalenza dell'HIV** (23% della popolazione di età compresa fra i 15 e i 49 anni). Il tasso annuo di accrescimento della popolazione è dello 0,87% e la speranza di vita alla nascita è di 50 anni (era stimata a 57,6 anni nel 1990). Il 39% dei bambini al di sotto dei cinque anni è affetto da malnutrizione cronica e il 4% da grave malnutrizione acuta.

**Tutti questi indicatori presentano significative differenze fra popolazione urbana e rurale e fra gli strati più ricchi e quelli più poveri della popolazione**[\[1\]](#). Le forti disuguaglianze sociali che caratterizzano il paese sono confermate dal fatto che il Prodotto Interno Lordo pro capite è stimato a 516 US\$ all'anno ma il 50% della popolazione vive con

meno di 1 US\$ al giorno.

**Il paese ha 21 ospedali, di cui uno di terzo livello, e 305 unità sanitarie di livello inferiore.** Il settore privato non profit, rappresentato quasi totalmente dalla *Christian Health Association of Lesotho* (CHAL), gestisce otto ospedali e 80 unità sanitarie di livello inferiore. Il settore privato for profit gestisce un ospedale e 143 strutture di livello inferiore concentrate nelle aree urbane, specialmente nella capitale, Maseru. Si contano circa 8.600 operatori sanitari, esclusi i guaritori e le ostetriche tradizionali. Si stima che il 56% lavori nel settore informale, inclusi 4.800 Community Health Workers. Il restante 44% lavora col Governo (75%), la CHAL (22%), con varie Organizzazioni Non Governative e nel settore privato lucrativo (3%).

**Le risorse umane adeguatamente formate sono scarse e mal distribuite sia sul territorio che fra i tre livelli di cura (solo il 20% lavora al primo livello che eroga più del 60% dei servizi).** I medici sono poco più di 100 e il paese non ha una Facoltà di Medicina. Nell'anno finanziario 2010/2011 il Governo ha destinato alla sanità il 14% della sua spesa. Quella governativa rappresenta il 60,7% della spesa sanitaria totale; i donatori contribuiscono col 14,2% e il 25,1% è costituito dalla spesa privata; il 95,7% di quest'ultima è costituito dai pagamenti diretti dei pazienti. Il tutto si traduce in una spesa sanitaria totale di 54 US\$ per persona all'anno. **I servizi sanitari sono a pagamento negli ospedali e, dal 2008, gratuiti nelle strutture sanitarie di livello inferiore** gestite dal Governo e dalla CHAL[2]. In base ad un accordo stilato nel 1974 e rinnovato nel 2008(a), il Ministero della Sanità copre circa l'80% delle spese delle strutture della CHAL che erogano un pacchetto minimo di servizi sanitari e sono accreditate secondo criteri definiti[3].

**Una lunga trattativa fra pubblico e privato per un contratto molto complesso. Forse troppo.**

“Il Governo del Lesotho riconosce il contributo del settore privato all'erogazione dei servizi sanitari e la sua capacità di erogare servizi migliori. Riconosce pertanto i benefici che possono derivare dal partenariato con il settore privato. Il governo è inoltre di fronte alla necessità di intraprendere più progetti di quanti non se ne possa permettere e il Partenariato Pubblico Privato (PPP) può essere una soluzione. **Tuttavia, iniziative di PPP mal disegnate ed affrettate generano problemi e non il raggiungimento dei positivi risultati anticipati. Di conseguenza, il Ministero è cosciente della necessità di costruire la capacità istituzionale per gestire iniziative di partenariato fra pubblico e privato**”.

Questo passaggio si trova alla pagina 40 del documento di politica sanitaria nazionale del

Lesotho, pubblicato nel 2011[4]. Viene spontaneo pensare che il suggerimento alla cautela alla fine del paragrafo (da noi evidenziato) sia stato scritto alla luce di quanto descritto in questo articolo. Il Lesotho, fino ad ora, non ha formulato una politica specifica per guidare partenariati fra pubblico e privato in sanità.

**Nel 2006 si è iniziato a discutere una iniziativa di PPP di enorme portata: la sostituzione del vecchio e cadente ospedale “Queen Elizabeth II” (QEII), costruito più di 100 anni prima, con un nuovo ospedale, il “Queen Mamohato Memorial Hospital” (QMMH) e la costruzione di tre cliniche satelliti che alleggerissero il carico di lavoro del nuovo ospedale.** Alla fine di una gara pubblica (nella quale c'erano due soli contendenti), l'appalto è stato assegnato al consorzio Tsepong, costituito da Netcare, un colosso della medicina privata Sudafricana, e da alcune società private del Lesotho. Sulla base di un contratto molto articolato e complesso, firmato nel 2008, il Governo ha fornito il 38% dei fondi per le costruzioni e Tsepong il 62%. Oltre alla costruzione e alla manutenzione dei nuovi edifici, Tsepong sarà responsabile, per 18 anni, anche dell'erogazione dei servizi, clinici e non clinici, e delle funzioni didattiche delle nuove strutture. Per finanziarsi, Tsepong ha ottenuto un prestito di circa 80 milioni di US\$ dalla Development Bank of South Africa. La Banca Mondiale ha contribuito con un dono di 6.250.000 US\$. Il Governo si è impegnato a pagare a Tsepong una cifra annuale di 32.600.000 US\$, calcolata sui costi di erogazione dei servizi e su quelli di ammortamento degli edifici, fino ad un massimo di 310.000 visite ambulatoriali e 20.000 ricoveri ogni anno. Al di sopra di questo tetto, Tsepong riceverà pagamenti aggiuntivi di entità crescente da calcolare in base ad un complicato indice di inflazione legato ai costi della sanità non in Lesotho ma in Sudafrica (clausola tanto discutibile quanto conveniente per Tsepong). I pazienti del QMMH pagano le stesse tariffe applicate nelle altre strutture sanitarie pubbliche. All'ospedale è stata annessa una lussuosa ala privata, con 35 letti, gestita separatamente da Netcare, che ne trattiene interamente i proventi.

**Tsepong aveva assicurato che i costi di gestione del nuovo ospedale non avrebbero superato quelli del vecchio. Assicurazione che pare più ironica che ingenua e palesemente destinata ad essere disattesa. Stupisce, non poco, che qualcuno abbia potuto formularla. Stupisce, anche di più, che qualcuno abbia potuto crederci.**

Nel corso dei lunghi negoziati che hanno portato alla firma del contratto, l' **International Finance Corporation (IFC)**, agenzia della Banca Mondiale che si occupa di investimenti privati in più di 100 paesi in via di sviluppo, ha svolto le funzioni di mediatore e di consigliere per il Governo.

## **I primi risultati**

Le cliniche satelliti hanno aperto i battenti nell'aprile 2010 e l'ospedale nell'ottobre 2011.

L'iniziativa sommariamente descritta sopra, definita PPIP (*Private Public Integrated Partnership*) è la più importante di questo tipo in Africa. Prima ancora che si iniziasse a vederne i risultati, la Banca Mondiale la ha, audacemente, presentata come un indiscusso successo[5]. Ancora più audacemente, e più precocemente, l'IFC la ha presentata come un esempio da seguire[6]. Con discutibile coerenza, ne sta promuovendo di simili in Nigeria e in Benin.

Nel settembre del 2013 è stato pubblicato un corposo "*Endline Study*" sul funzionamento e sui costi del nuovo ospedale nell'anno 2012, paragonati al funzionamento e ai costi del vecchio ospedale nell'anno fiscale 2006/2007[7]. I dati relativi all'anno fiscale 2006/2007 erano contenuti in uno studio pubblicato nel 2009. Entrambi gli studi, eseguiti dalla Lesotho Boston Health Alliance e dal Center for Global Health and Development della Boston University, sono stati commissionati dalla IFC.

**La Tabella 1 riporta i dati più importanti relativi ai due ospedali.** Essi suggeriscono miglioramenti nel passaggio dal vecchio al nuovo ospedale in termini di aumentata utilizzazione, diminuita mortalità e aumentata soddisfazione da parte dei pazienti.

**Tabella 1. Confronto tra ora (2012) e prima (2006/2007)**

	QMMH <b>Ora</b>	QEII <b>Prima</b>	Differenza percentuale
Letti di degenza ospedalieri	390	409	- 5%
Letti di degenza delle cliniche satelliti	24	8	200%
Numero totale dei letti	414	417	-1%
Ricoveri ospedalieri	116.648	91.808	+27%
Visite ambulatoriali (incluse le cliniche satelliti)	374.669	165.584	+126%
Parti (incluse le cliniche satelliti)	7.431	5.116	+45%
Tasso di tagli cesarei (incluse le cliniche satelliti)	26,8%	7,2%	+272%
Durata media della degenza in giorni	5	5.94	-16%
Tasso medio di occupazione dei letti ospedalieri*	82%	61%	+33%
Tasso di mortalità (incluse le cliniche satelliti)	7,1%	12%	-41%

Tasso di mortalità materna (incluse le cliniche satelliti)	0,21%	0,24%	-10%
Tasso di mortalità pediatrica per polmonite	11,9%	34,4%	-65%
Tasso di bambini nati morti (solo ospedale)	3,1%	4%	-22%
Tasso di sopravvivenza dei neonati con peso alla nascita inferiore o uguale ai 1.500 g	69,8%	Non disponibile	Non disponibile
Tasso di soddisfazione dei pazienti	86%	70,7%	+22%

\* Altre fonti danno questo dato esattamente uguali fra i due ospedali, all'82%.

Fonte: *Endline Study for Queen Mamohato Hospital Public-Private-Partnership*, modificata.

**Lo studio riconosce che il nuovo ospedale costa più del vecchio: l'equivalente del 41,2% dell'intero bilancio sanitario del governo per il QMMH contro il 38,5% per il QEII.** E qui cominciano ad evidenziarsi i problemi.

### **Critiche, smentite, contro-smentite e contro-contro-smentite**

**Il 7 aprile scorso OXFAM, assieme alla Associazione per la Protezione dei Consumatori del Lesotho, ha pubblicato un rapporto sul QMMH nel quale critica aspramente questa iniziativa** sostenendo che costa al Governo più della metà dell'intero bilancio governativo per la sanità (il 51%, per l'esattezza)[8]. Nel documento si aggiunge che i partner privati ricavano dall'impresa profitti pari al 25% dell'investimento iniziale e che l'IFC, per i suoi (discutibili) "buoni uffici" di mediazione e consiglio, ha ricevuto, dal Governo, una parcella di circa 720.000 US\$ (parcella che, suggerisce OXFAM, dovrebbe essere restituita).

**Il giorno dopo (8 aprile) sia Netcare che l'IFC hanno diffuso una secca replica.**

Netcare ha vantato il successo dell'iniziativa e negato che gli utili per i soci privati siano pari al 25% (ma non ha chiarito a quanto ammontino). L'IFC ha dichiarato che i costi del QMMH sono pari al 35% del bilancio sanitario del governo e non al 51% come dichiarato da OXFAM[9]. Da notare che questa stima è di molto inferiore a quella riportata dall'*Endline Study* (41,2%). Il 10 aprile OXFAM ha controveplicato confermando le proprie stime[10]. Netcare ha annunciato che pubblicherà una dettagliata contro-contro replica. Non disponendo di informazioni di prima mano, pare difficile districarsi in questo groviglio di dichiarazioni e smentite. **Resta il fatto che il QMMH costa molto di più del vecchio ospedale e più di quanto non fosse stato pattuito e promesso.** Resta, anche, che Maseru ha circa 220.000 abitanti, circa l'11% della popolazione totale. L'elevato costo del

QMMH pesa e peserà significativamente sul bilancio dello stato (non solo quello sanitario). E i costi non si limitano a quelli di gestione. Ci sono anche le penalità, a carico del governo, per i ritardi nei pagamenti a Tsepong. Ritardi che già si sono verificati (per un ammontare di 750.000 US\$) e che, è lecito presumere, si ripeteranno. **Il Ministero della Sanità non effettua le attività di controllo e supervisione che, pure, sono previste dal contratto. Che ciò avvenga per incapacità, incompetenza o colpevole negligenza, si tratta, comunque, di una ulteriore prova della difficoltà, maggiore in paesi poveri, di elaborare e rispettare contratti proibitivamente complessi fra pubblico e privato.**

**Il Ministro della Sanità del Lesotho, Pinkie Anamolela, in una intervista rilasciata il 2 maggio scorso, ha confermato quanto riportato da OXFAM e ha aggiunto di non esserne affatto sorpresa.** Prima di ricoprire la sua carica attuale aveva fatto parte di un gruppo di pressione opposto alla PPIP e aveva messo in guardia il suo predecessore dai rischi e dalle conseguenze negative che l'iniziativa avrebbe avuto per l'intero sistema sanitario[11]. **Anche il Ministro della Sanità Sudafricano, Aaron Motsolaedi, in una intervista rilasciata l'11 aprile, ha rivelato di aver messo in guardia il suo omologo del Lesotho da questa iniziativa di partenariato prevedendo che avrebbe prosciugato le casse del ministero.** Nella stessa intervista si riporta che gli ospedali Sudafricani di terzo livello ricevono circa il 17% del bilancio sanitario[12].

### **Pubblico e privato in sanità: possono davvero stare assieme?**

Questa vicenda ha riaperto la discussione sul partenariato fra pubblico e privato in sanità, in special modo per quanto riguarda gli ospedali. Questa specie di joint venture è stata attuata in molti paesi ricchi con risultati non sempre brillanti.

La logica che la sostiene sta nel fatto che i sistemi sanitari, tanto nei paesi ricchi come in quelli poveri, fanno fronte a costi sempre maggiori con risorse (sempre più) limitate. Il ricorso al settore privato, spesso presentato come inevitabile, dovrebbe alleviare, se non risolvere, questo problema aumentando l'accesso a servizi di migliore qualità[13]. Pare, però, che si trascurino, più o meno in buona fede, gli effetti sistemici di simili scelte, specialmente nei paesi poveri.

E' certo che il QMMH ha aumentato l'accessibilità a servizi di migliore qualità. **Ma questo è vero solamente per l'11% della popolazione totale del paese, quella che vive a Maseru** (forse nemmeno per tutta, ma questo non si sa, dal momento che nessuno dei due rapporti citati descrive lo strato sociale dei pazienti del QMMH). **Per il rimanente 89% l'accessibilità non è cambiata ma la qualità, presumibilmente, è diminuita e diminuirà:** più fondi per il QMMH significano meno fondi per il resto del sistema, vale a

dire, meno farmaci, meno fondi per il personale, meno manutenzione, meno nuovi investimenti. Se, poi, il governo, sotto pressione, decidesse (come sembra intenda fare) di aumentare il bilancio della sanità, questo andrà a scapito di altri settori vitali quali educazione, agricoltura, trasporti, ecc.

Dubbi sulla bontà del partenariato pubblico-privato in sanità, e in special modo per quanto riguarda gli ospedali, sono stati sollevati da tempo[14].

Il Treasury Committee del Parlamento Inglese, nel 2011, ha pubblicato un rapporto su questo tema sottolineando che i guadagni per il settore privato rendono i costi complessivi superiori a quelli sostenuti tramite il solo finanziamento pubblico[15]. In Australia numerosi accordi di partenariato pubblico-privato per la gestione di ospedali sono falliti[16] e seri dubbi sono stati avanzati sulla loro trasparenza[17]. Simili esperienze hanno suscitato dubbi e perplessità anche in Italia[18].

Da più di 20 anni, ormai, questi legami fra pubblico e privato per l'erogazione di servizi sociali, nelle loro varie forme, sono una realtà importante nel mondo intero[19,20,21]. La discussione sulla loro opportunità sembra spesso ancorata su posizioni più ideologiche che analitiche, come succede per le user fees (pagamenti diretti dei servizi da parte dei pazienti) o il PBF (Performance Based Financing: pagamenti legati alle prestazioni).

**Resta il fatto che gli operatori privati a scopo di lucro (sanitari e non), hanno, appunto, il lucro come loro obiettivo e *conditio sine qua non* per la loro sopravvivenza. Questo il rende naturalmente inadatti ad assicurare che i loro servizi siano accessibili a tutte le fasce della popolazione, specialmente alle più povere.** Un settore pubblico forte, integro e competente (se e dove esso esista) può regolamentare in modo accettabile accordi col settore privato. Settori pubblici deboli, con scarse capacità ed abilità contrattuali, infiltrati da interessi non sempre trasparenti e spesso divergenti, hanno molte probabilità di finire intrappolati in ambigui accordi di durata pluridecennale che vanno a vantaggio di pochi e a discapito di molti. Come sta accadendo a Maseru.

Maurizio Murru, medico di sanità pubblica

## Nota

(a) In questo breve articolo usiamo l'aggettivo "privato" riferendoci, esclusivamente, al settore privato for profit. I rapporti fra il settore pubblico e quello privato non profit sono molto importanti e meritano una discussione a parte non affrontata in questa sede.

## Bibliografia

1. Ministry of Health and Social Welfare, ICF Macro, 2010, Lesotho Demographic and Health Survey 2009
2. Ministry of Health and Social Welfare, 2013, Health Sector Strategic Plan 2012/2013 - 2016/2017
3. Mwase, Takondwa, Kariisa E, Doherty J, Nomaphuthi H-K, Kiwanuka-Mukiibi P, Williamson T, 2010, Lesotho Health Systems Assessment 2010, Bethesda MD, Health Systems 20/20, Abt Associates Inc.
4. Government of Lesotho, Ministry of Health, 2011, National Health Policy
5. [A small country bringing about big change](#), Blogs.worldbank.org, 24.10.2011
6. IFC, 2009, Breaking new ground: Lesotho Hospital Public Private Partnership: a Model for integrated health services delivery, IFC SmartLessons
7. Lesotho Boston Health Alliance, Center for Global Health and Development, Boston University, Department of Family Medicine, Boston University, 2013, Endline Study for Queen Mamohato Hospital Public-Private-Partnership
8. A dangerous diversion, will the IFC flagship health PPP bankrupt Lesotho's Ministry of Health? OXFAM, Consumer Protection Association (Lesotho), 2014,
9. [Netcare denies hospital will blow Lesotho's health budget](#), Business Day, BDlive, 08.04.2014.
10. [OXFAM stands by LesothoHospital figures](#), OXFAM, 10.04.2014
11. [It is not in the vocation, it's about conscience](#), Public Eye, 02.05.2014
12. [Motsolaedi says Netcare project will fail](#), Business Day, BDlive, 11.04. 2014
13. Neelam S, Feachem R, Angela N. Public Private Integrated Partnerships Demonstrate The Potential to improve health care access, quality and efficiency, Health Affairs 2011; 30(8):1498-1507
14. McKee M, Edwards N, Atun R. Public-private partnerships for hospitals, Bulletin of the World Health Organization 2006; 84 (11), 890-896.
15. House of Common Treasury Committee, 2011, [Seventeenth Report, Private Finance Initiative](#)
16. Duckett S. [Public-private hospital partnerships are risky business](#), Crikey, Independent Media, Independent Minds, 01.08.2013
17. Barret P. Public private partnerships, are there gaps in public sector accountability? 2002 Australisian Coincil of Public Accounts Committee 7<sup>th</sup> biennial conference, Melbourne, February 3<sup>rd</sup> 2003
18. Russo S. The swing of public-private partnership in the Italian hospitals. A comparative analysis of two case studies, Working Paper Series, Working Paper N° 21/2013, Università Ca' Foscari Venezia



19. Buse K, Walt G. Global public-private partnerships: part I - a new development in health? *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78 (4): 549-561
20. Buse K, Walt G. Global public-private partnerships: part II - what are the health issues for global governance? *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78(5):699-709
21. Buse K, Harmer A. Power to the partners?: The politics of public-private health partnerships. *Development* 2004;47 (2):49-56