

Maria Nannini


In Africa Sub Sahariana la maggioranza della popolazione non possiede ancora un'adeguata copertura sanitaria e il ricorso al pagamento diretto delle prestazioni mantiene alto il rischio di catastrofe finanziaria e impoverimento dovuto alle spese per la malattia. Il Ruanda rappresenta, in questo contesto, un'importante eccezione: in tempi recenti il paese ha infatti raggiunto una copertura assicurativa che garantisce protezione all'87% della popolazione nazionale.

Il raggiungimento della copertura sanitaria universale è stato riconosciuto dalla comunità internazionale quale priorità chiave per promuovere un modello di sviluppo socio-economico sostenibile; tale impegno, riaffermato con vigore dall'OMS e dall'Assemblea delle Nazioni Unite, è stato di fatti incluso tra i target degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile nel 2015. Sul versante del finanziamento dei servizi, forme di prepagamento e distribuzione del rischio sono indicate dagli esperti internazionali quale valida strada per un realistico avvicinamento ad una copertura finanziaria estesa. Tuttavia, la crescente attenzione a livello globale per garantire l'universalità di accesso alle cure non si è tradotta in un sistematico piano strategico di riforme sanitarie nei paesi a medio e basso reddito. In Africa Sub Sahariana la maggioranza della popolazione non possiede ancora un'adeguata copertura sanitaria e il ricorso al pagamento diretto delle prestazioni mantiene alto il rischio di catastrofe finanziaria e impoverimento dovuto alle spese per la malattia. Il Ruanda rappresenta, in questo contesto, un'importante eccezione: in tempi recenti il paese ha infatti raggiunto una copertura assicurativa che garantisce protezione all'87% della popolazione nazionale. Tale sorprendente successo appare inspiegabile per uno dei paesi più poveri dell'Africa Sub Sahariana, dove il graduale processo di sviluppo socio-economico è stato fortemente indebolito dal genocidio del 1994.

Durante gli anni di emergenza legata alla catastrofe umanitaria, l'accesso ai servizi venne reso gratuito alla totalità della popolazione ed ingenti fondi provenienti dall'aiuto internazionale furono destinati all'erogazione di cure; in un secondo periodo, tuttavia, il sostegno finanziario dei partner non fu più sufficiente a coprire le spese sanitarie e, a partire dal 1997, vennero progressivamente reintrodotte *user-fees* a carico dei pazienti. Gli effetti in termini di riduzione dei tassi di utilizzo dei servizi furono immediati e, già nel 1998, il ministro della salute ruandese decise di avviare un progetto pilota per migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari garantendo protezione finanziaria alla popolazione. Tale strategia, basata sulla costruzione di uno schema di micro assicurazione, venne inizialmente realizzata in tre distretti del paese; nel giro di pochi anni il modello di prepagamento riuscì ad ottenere alti tassi di adesione, riducendo l'incidenza di spese sanitarie catastrofiche ed aumentando sensibilmente l'utilizzo dei servizi. Il successo della

fase pilota incoraggiò dunque il governo del *Rwandan Patriotic Front* ad aumentare la scala del progetto rendendolo operativo a livello nazionale. **Lo sviluppo di micro assicurazioni sanitarie a livello comunitario fu estremamente rapido negli anni seguenti ed il numero di schemi presenti sul territorio passò da 54 nel 2000 a 226 nel 2004.** I leader politici alla guida del paese si convinsero della priorità strategica rappresentata da tale modello e decisero di includere l'assicurazione sanitaria all'interno dei *Poverty Reduction Strategy Papers* del 2002. A questo punto, il ruolo dello stato centrale fu decisivo al fine di integrare settore formale -composto da lavoratori salariati- e settore rurale. Inoltre, il governo si impegnò a versare un regolare contributo finanziario per garantire il pieno funzionamento del modello assicurativo rendendolo accessibile anche alle fasce più povere della popolazione. L'adesione allo schema divenne obbligatoria per tutti i residenti e le crescenti difficoltà tecniche dovute all'espansione della copertura portarono al passaggio da una gestione comunitaria ad una centrale affidata ad un organo pubblico (*Rwandan Social Security Board*). Secondo i dati ufficiali, nel 2016 l'81,6% della popolazione risultava coperto dall'assicurazione comunitaria ed un aggiuntivo 6% faceva parte di altri schemi assicurativi.

Figura 1. Percentuale di popolazione coperta dall'assicurazione sanitaria e tasso di utilizzo dei servizi sanitari in Ruanda.

 Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: Chemouni, 2018[1].

A differenza di molti studi che prendono in esame gli aspetti tecnici legati alla copertura sanitaria e alla sua estensione ai vari settori della società, **un interessante articolo pubblicato a febbraio 2018 nella rivista *World Development* cerca di spiegare il percorso del Ruanda attraverso un'analisi dei fattori politici sottostanti le riforme di finanziamento del settore sanitario.** L'autore Chemouni sostiene infatti che gli importanti risultati ottenuti in termini di copertura assicurativa siano il frutto di due

principali forze interne al paese, legate rispettivamente agli interessi politici che hanno prevalso e alle ideologie dominanti espresse dalle élite al potere.

In primo luogo, raggiungere una copertura universale di assistenza sanitaria ha significato, di fatto, la costruzione di una solidarietà diffusa all'interno della nazione; si è creata solidarietà tra le persone di una stessa comunità, ma anche tra settore formale e informale, urbano e rurale e, infine, una solidarietà estesa a tutta la popolazione ruandese. Questo ha contribuito in modo sostanziale a legittimare il regime politico del *Rwandan Patriotic Front* e a realizzare la visione di una società post-etnica unita. Promuovendo il modello di assicurazione comunitaria, inoltre, la coalizione al potere è riuscita a trasmettere tre messaggi fondamentali per l'ideologia dominante. **Il primo valore** espresso da tale schema di copertura è quello di un alto livello di autonomia e autodeterminazione della popolazione, che versa in prima persona i contributi per i servizi sanitari e riesce così a rendersi indipendente da condizionamenti esterni quali aiuti internazionali. **Il secondo messaggio**, fortemente legato al primo, riguarda la visione paternalistica dell'élite politica per cui le persone non dovrebbero ricevere nessun beneficio a titolo gratuito, poiché questo rischierebbe di alimentare una cultura di assistenzialismo senza permettere una reale crescita. Questi principi sembrano aver guidato le principali scelte strategiche del governo in ambito di finanziamento del settore sanitario, ovvero la reintroduzione delle *user-fees* durante gli anni seguenti la catastrofe umanitaria e la decisione di rendere obbligatoria l'adesione all'assicurazione comunitaria per tutti i cittadini ruandesi. Tali scelte, infatti, sono state motivate dal desiderio di responsabilizzare le persone rispetto alle spese sanitarie, minimizzando la dipendenza da fonti esterne e scoraggiando comportamenti opportunistici da parte delle famiglie. **La terza idea** trasmessa tramite il modello comunitario, infine, è quella di promuovere una partecipazione democratica dal basso e, dunque, favorire una riconciliazione della società post-etnica in modo che questa si senta parte attiva nel processo di sviluppo del paese. Sebbene il carattere comunitario dello schema si sia attenuato con la graduale espansione della copertura e il passaggio di gestione ad un organo centrale, il ministero della salute ruandese ha sempre cercato di convincere la popolazione che una partecipazione attiva nel portare avanti gli obiettivi dell'assicurazione sanitaria rappresentasse un requisito fondamentale per il successo dell'iniziativa e, più in generale, per la concreta realizzazione di un paese unito.

In conclusione, secondo Chemouni, lo schema di assicurazione sanitaria a livello di comunità ha rappresentato per il Ruanda una soluzione efficace nel diminuire le barriere finanziarie all'accesso ai servizi e, allo stesso tempo, una strategia funzionale per una certa distribuzione di potere all'interno della società, adattata secondo gli specifici

valori ideologici di cui la classe dirigente si è fatta portatrice.

Maria Nannini, Dottoranda in Development Economics and Local Systems, Dipartimento di Economia e Management, Università degli Studi di Firenze.

Bibliografia

1. Chemouni B. The political path to universal health coverage: Power, ideas and community-based health insurance in Rwanda. *World Development*, 106(2018): 87-98.