

Maria Nannini

Un progetto pilota di assicurazione sanitaria su base comunitaria ha prodotto una riduzione nell'incidenza di spese sanitarie "catastrofiche" di 22 punti percentuali.

In molti paesi in via di sviluppo, l'accesso ai servizi sanitari rimane ancora oggi fortemente ostacolato dal peso finanziario legato alle spese dirette a carico dei pazienti (*out-of-pocket*). In Uganda, soltanto l'1 per cento della popolazione è coperta da un'assicurazione sanitaria, e il contributo pubblico per finanziare il settore è rimasto molto basso negli ultimi anni - intorno all'8 per cento della spesa pubblica totale[1]. Nel 2017, dopo uno studio di fattibilità[2] e varie riunioni con i principali attori locali, [CUAMM Medici con l'Africa](#) si è impegnato a realizzare un progetto pilota di assicurazione sanitaria su base comunitaria (*Community Health Financing*) in un distretto rurale ugandese[3]. Questo meccanismo di prepagamento ha l'obiettivo di migliorare il livello di protezione finanziaria delle famiglie e, quindi, facilitare l'utilizzo dei servizi. Il modello, disegnato assieme alla comunità locale, si è inserito all'interno di gruppi di solidarietà già presenti sul territorio che hanno esteso le pratiche di mutuo aiuto alle spese sanitarie. Il CUAMM ha organizzato lo svolgimento di numerosi incontri di sensibilizzazione rivolti alla popolazione, giornate di formazione per i leader dei gruppi locali, e periodiche supervisioni per monitorare l'utilizzo dei fondi. Dopo una fase preliminare di preparazione dello schema e il primo anno di implementazione, siamo tornati sul campo per raccogliere i dati e verificare gli effetti del progetto.



La popolazione ha accolto e fatto propria l'iniziativa, partecipando attivamente alle varie fasi di sviluppo e implementazione. Circa 5000 famiglie hanno aderito allo schema

su base volontaria durante il primo anno. Queste hanno versato un contributo monetario fisso nel fondo comune e richiesto al bisogno le risorse necessarie per coprire i costi legati al trasporto e ai servizi sanitari. Poiché comprendere e accettare i principi di *risk-sharing* richiede un considerevole periodo di tempo per la popolazione, non è stata creata fin da subito una vera e propria assicurazione. Le famiglie che utilizzano i fondi hanno un periodo di quattro mesi per restituire il denaro al gruppo senza interessi. L'uso di tali fondi è disciplinato dal regolamento interno di ogni gruppo, che stabilisce le strutture sanitarie convenzionate (spesso di natura *Private Not For Profit*) per i servizi ambulatoriali e di ricovero, il cofinanziamento richiesto e il tetto massimo di spesa per ogni singolo episodio di malattia. Sebbene i gruppi di *Community Health Financing* rappresentino soltanto la prima fase per arrivare a costruire un unico schema assicurativo, questi permettono comunque di garantire risorse immediate e sicure per ricevere le cure di cui le famiglie possono avere bisogno, evitando pericolosi ritardi nell'accesso ai servizi e dinamiche di impoverimento legate a questo. In totale, i gruppi hanno raccolto l'equivalente di circa 7000€, impiegandone 2200 per coprire i costi sanitari.

Un campione rappresentativo di 336 famiglie residenti nel distretto è stato intervistato tramite questionari prima e dopo l'intervento, con lo scopo di misurare l'impatto del *Community Health Financing* sulla facilità di accesso ai servizi e sul peso finanziario legato alla malattia. Abbiamo stimato che aderire allo schema determina una riduzione nell'incidenza di spese sanitarie "catastrofiche" di 22 punti percentuali (partendo da un livello iniziale di incidenza del 38 per cento). Essere parte dello schema permette di limitare molto l'adozione delle *coping strategy* più gravose in caso di problemi di salute, come svendere beni, animali o terreni agricoli della famiglia, svolgere lavori precari e occasionali, o prendere denaro a prestito con alti tassi di interesse. L'adozione di tali strategie si è ridotta di 27 punti percentuali (partendo da un livello iniziale di adozione del 41 per cento dei casi); questo consente di migliorare in modo rilevante il benessere socioeconomico della famiglia, così come il suo livello di resilienza di fronte a possibili shock futuri. Inoltre, la rete di *Community Health Financing* porta benefici psicologici importanti per i singoli membri, con un minore stress dovuto all'imprevedibilità delle spese sanitarie da sostenere; in caso di malattia, infatti, le famiglie non devono più affrontare la difficile scelta tra ricevere cure immediate o rinviare l'utilizzo dei servizi per tutelare le proprie ricchezze.

Oltre ai questionari rivolti alle famiglie, la comunità è stata coinvolta attivamente nella ricerca tramite metodi partecipativi e focus group con rappresentanti dei vari gruppi locali. Svolgendo un esercizio di valutazione dell'intervento da parte dei diretti interessati, i benefici in termini di riduzione delle spese sono stati confermati evidenziando

alcuni aspetti specifici. Secondo i partecipanti, l'impatto positivo di *Community Health Financing* è eterogeneo per diverse categorie di famiglie. Tra i membri dello schema, il beneficio di avere risorse sicure per i servizi sanitari è relativamente maggiore per i meno abbienti, che partivano svantaggiati e tendevano ad impoverirsi più facilmente a causa di episodi di malattia. Per le famiglie che potevano già contare su risorse proprie, invece, l'adesione allo schema ha permesso di avere un'ulteriore garanzia e di poter impiegare una parte dei risparmi in altre attività produttive. Inoltre, durante i focus group sono state discusse le dinamiche di esclusione dallo schema: mentre il 75 per cento delle famiglie circa è parte dei gruppi di solidarietà locali e può quindi scegliere di partecipare allo schema, una parte di popolazione non entra a far parte di queste associazioni. Spesso si tratta di gruppi più vulnerabili, come donne vedove, che non riescono a pagare nessun contributo monetario. Da un lato, sembra possano esserci ripercussioni positive del progetto anche su queste persone che, vivendo negli stessi villaggi e conoscendo i membri dello schema, imparano indirettamente l'importanza di prepararsi in anticipo rispetto a episodi imprevedibili di malattia. Dall'altro lato, tuttavia, non avendo accesso ai fondi comuni rimane molto difficile migliorare la protezione finanziaria di chi è già vulnerabile. Questo ultimo aspetto stimola dunque a cercare meccanismi di inclusione per i più poveri, a cui deve essere comunque garantito l'accesso ai servizi tramite qualche forma di sussidio.

Studiare l'esperienza di *Community Health Financing* contribuisce ad alimentare il dibattito sulla copertura sanitaria nei paesi in via di sviluppo. Mentre a livello mondiale l'obiettivo di *Universal Health Coverage* è ormai centrale, incluso negli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile e ripetuto a gran voce durante l'attuale pandemia, le riforme pratiche per estendere la copertura dei servizi e garantire protezione finanziaria alla popolazione dipendono direttamente dal quadro nazionale dei singoli Stati. In molti paesi dell'Africa subsahariana, gli attori in campo nel settore sanitario sono sempre più diversificati e vedono lo Stato affiancato dai vari partner di sviluppo e, in modo crescente, dal settore privato *for profit*. A livello locale, la popolazione, che deve far fronte ai tanti bisogni sanitari spesso legati a spese dirette, rimane disorientata davanti a sistemi sanitari frammentati e strutture pubbliche deboli. Nonostante ciò, la comunità trova comunque la spinta e l'ingegno per provare a migliorare le proprie condizioni di vita. Nel distretto rurale di Oyam, dove la malaria rimane una minaccia costante assieme a molte altre malattie prevenibili, le famiglie si impegnano per ricevere cure e farmaci anche quando i centri di salute governativi non possono offrirli. Le prime volte che abbiamo scoperto iniziative spontanee di mutuo soccorso per le spese sanitarie, le persone del villaggio ci hanno dato una semplice spiegazione per motivare la loro scelta: "*We cannot wait for the Government*". Il percorso che si è sviluppato con *Community Health Financing* cerca di sostenere e adattare le soluzioni locali della comunità per avvicinare famiglie e sistema sanitario. Il progetto mostra già i suoi frutti dopo

soltanto un anno dall'inizio, ma allo stesso tempo evidenzia la necessità di integrare questa forma di finanziamento con sussidi esterni: il ruolo del settore pubblico rimane essenziale per garantire equità, coordinare le diverse esperienze e creare un'unica assicurazione sanitaria nazionale. Mentre la comunità muove i primi passi verso una copertura universale, rimane la consapevolezza che questo traguardo non potrà essere raggiunto senza un reale impegno da parte dello Stato.

Maria Nannini, Dottoranda in Development Economics and Local Systems e ricercatrice in ARCO (Action Research for Co-Development), Università degli Studi di Firenze.

Bibliografia

1. USAID and the Ministry of Health Uganda. 2016. *“Financing for inclusive and sustainable health Services. Uganda Health Public Expenditure Review 2013/14-2016/17”*. Kampala, Uganda
2. Biggeri M., Nannini M., and Putoto G. 2018. *“Assessing the feasibility of community health insurance in Uganda: a mixed-methods exploratory analysis”*. *Social Science and Medicine*, 200: 145-155.
3. Nannini M. 2017. *“La scoperta del mutuo soccorso in Africa”*. <https://www.saluteinternazionale.info/2017/04/la-scoperta-del-mutuo-soccorso-in-africa/>
4. Nannini M. 2020. Tesi di dottorato in *“Development Economics and Local Systems”*. Università degli Studi di Firenze.