

I sette vizi e le sette virtù della Copertura Sanitaria Universale

2013-05-13 11:05:16 Redazione SI



Adriano Cattaneo

La Copertura Sanitaria Universale è candidata a diventare la spina dorsale su cui l'agenda per lo sviluppo dopo il 2015 sarà costruita. Per prevenire effetti indesiderati, l'UHC dovrebbe evitare di indulgere in sette vizi e dovrebbe al contrario praticare sette virtù.

Spalleggiata dai principali attori sulla scena della salute globale, la Copertura Sanitaria Universale (in inglese *Universal Health Coverage*, UHC) sarà probabilmente il mantra che accompagnerà le trasformazioni in salute negli anni a venire e la spina dorsale sulla quale l'agenda per lo sviluppo sanitario dopo il 2015 sarà costruita. Sembra esservi al momento un largo consenso sulla necessità di estendere l'accesso all'assistenza sanitaria a tutti gli individui e le popolazioni, come sottolineato da una dichiarazione dell'ONU,[1] da un rapporto dell'OMS,[2] e da numerosi articoli su riviste prestigiose, compresa una serie di articoli del Lancet[3]. L'appello a favore dell'UHC arriva in un momento in cui, dopo decenni di politiche neoliberali, la privatizzazione dei servizi sanitari ha raggiunto un picco che ha portato, in molti paesi, a un aumento dell'esclusione e/o delle spese catastrofiche. **Per invertire questa tendenza, tuttavia, e per prevenire effetti indesiderati, l'UHC dovrebbe evitare di indulgere in sette vizi e dovrebbe al contrario praticare sette virtù.**

1. Accidia (non fare le cose che si dovrebbero fare per sfruttare al massimo i propri doni e i propri talenti) vs. Diligenza (sostenere le proprie convinzioni in ogni momento, soprattutto quando nessuno ci guarda)

Per molti, l'UHC equivale a Salute per Tutti[4]. Tuttavia, ciò che si sta proponendo differisce sostanzialmente da quanto proposto ad Alma Ata. La *Primary Health Care* (PHC) intendeva trasformare i sistemi di salute, e non solo i sistemi di assistenza sanitaria, nell'ambito di più ampie trasformazioni sociali. Coloro che firmarono la Dichiarazione erano consci dell'importanza dei determinanti sociali di salute ben

prima che la Commissione dell'OMS pubblicasse il suo rapporto finale[5]. La PHC includeva istruzione, nutrizione, acqua e igiene, in aggiunta all'assistenza essenziale. Se l'UHC è servita senza un abbondante condimento di PHC e di determinanti sociali di salute, se cioè non è messa in atto in un quadro di trasformazione sociale ed economica, non migliorerà la salute tanto quanto si spera. Paradossalmente, un'enfasi eccessiva sull'UHC potrebbe distogliere attenzione e risorse da altri settori con effetti sulla salute[6].

2. Avidità (disordinato desiderio di acquisire o possedere più del necessario) vs. Carità (dare con benevolenza e affetto, solidarietà)

Per alcuni, l'UHC potrebbe essere sinonimo di schemi assicurativi che finanzino un pacchetto limitato di servizi, con governi che giocano un ruolo più o meno rilevante e spesso minimo. L'equazione tra UHC e copertura finanziaria è implicita nel titolo del rapporto OMS sulla salute globale del 2010[7]. Una tale interpretazione dell'UHC si focalizza sulla sola abbordabilità, o accessibilità economica, dei servizi. Ciò potrebbe aprire la strada a una massiccia infiltrazione del settore privato in sistemi di assistenza sanitaria che in alcuni paesi sono prevalentemente pubblici, e potrebbe minare gli sforzi di quei paesi che hanno dato inizio a riforme miranti a rinforzare il settore pubblico. Per evitare ciò, l'UHC dovrebbe mirare ad aumentare la proporzione di servizi sanitari controllati e gestiti dal settore pubblico,[8] e finanziati da un sistema fiscale progressivo. Dove il settore privato è prevalente, e in odore di restare tale a lungo, i governi dovrebbero regolarlo con forza, specialmente per quanto concerne la qualità e l'attrazione, in termini di lucro, per gli operatori, mentre investono progressivamente per rinforzare il settore pubblico[9]. L'UHC dovrebbe anche essere abbastanza robusta da poter affrontare nuove sfide, per esempio il nuovo carico di malattia associate alla mutevole epidemiologia delle malattie non trasmissibili[10], e da poter resistere alle spinte verso il basso causate da presenti e future crisi economiche e finanziarie[11]. Specifici obiettivi sull'accesso al settore pubblico dovrebbero essere prodotti all'includere l'UHC nell'agenda di sviluppo post 2015.

3. Gola (iper-consumo di qualsiasi cosa, fino allo sperpero) vs. Temperanza (auto-controllo, astinenza, moderazione)

Meccanismi di mercato continueranno ad influenzare il delicato equilibrio tra domanda e offerta di servizi per molto tempo. A causa della ben nota asimmetria informativa tra fornitori e utenti dei servizi in questo mercato atipico, l'UHC dovrebbe includere meccanismi atti a moderare qualsiasi inappropriato eccesso di offerta che a sua volta potrebbe stimolare un aumento della domanda. Storicamente, questo problema era stato sottolineato da Ivan Illich: "sebbene i medici siano stati pionieri per l'antisepsi, le vaccinazioni e le supplementazioni alimentari, sono stati anche coinvolti nella transizione [dall'allattamento al seno] al biberon"[12]. Attualmente, la domanda può essere artificialmente gonfiata dalla pressione per usare nuovi farmaci o altre soluzioni tecnologiche a bisogni veri o presunti, fenomeno noto come "*disease mongering*"[13]. Inoltre, a causa della liberalizzazione del mercato globale, dell'associata disseminazione di stili di vita non salutari, del marketing aggressivo di prodotti per la salute, della tendenza verso un aumento dei consumi e degli sperperi,

degli obblighi legali conseguenti all'approvazione di trattati globali sul commercio, e della mancanza di regole pubbliche per proteggere la salute, la domanda potrebbe aumentare oltre la capacità dei sistemi sanitari di fornire risposte, creando uno squilibrio difficile da gestire che rappresenterebbe a sua volta un ostacolo per l'UHC stessa[14].

4. Superbia (incapacità di riconoscere il buon lavoro degli altri) vs. Umiltà (pensare meno a se stessi in uno spirito di auto-esame)

L'UHC avrà un'influenza positiva sulla salute solo se ci sarà sufficiente attenzione per la qualità. Assistenza di qualità significa fornire interventi sicuri ed efficaci che, tenendo in considerazione i bisogni e le condizioni degli utenti e delle loro comunità, assicurino il miglior risultato possibile per tutti. La qualità delle cure è stata individuata solo recentemente come un tema trascurato dell'agenda internazionale, in particolare per quanto concerne l'assistenza prima e dopo la nascita[15,16]. Numerosi studi e rapporti indicano che la qualità è spesso lungi dall'essere accettabile, mettendo così a repentaglio il fine stesso dei servizi sanitari. Fornire un'assistenza tecnicamente non solida comporta un aumento dei costi per il sistema e le famiglie, senza un impatto sulla salute. Migliorare la qualità, tuttavia, implica tanta difficoltà quanto aumentare l'accesso. Sono stati proposti numerosi diversi approcci, ma i resoconti di successi ottenuti sono scarsi. Alcuni interventi per migliorare la qualità delle cure pediatriche in ospedali distrettuali, attraverso l'uso sistematico di valutazioni tra pari basate su standard predefiniti, hanno avuto successo, in particolare quando l'azione a livello locale è abbinata ad azioni sul sistema nazionale come l'introduzione di standard assistenziali e il miglioramento nelle altre componenti fondamentali del sistema sanitario[17]. Lo strumento per la valutazione della qualità dell'assistenza pediatrica sviluppato dall'OMS, e l'equivalente strumento per le cure materne e neonatali, sono in grado di identificare lacune e di avviare cicli di miglioramento della qualità a livello locale, con azioni in parallelo a livello del sistema sanitario nazionale[18,19]. I meccanismi di mercato, come quelli descritti da chi propone riforme in senso assicurativo[20], non sembrano in grado da soli di avere un effetto duraturo sulla qualità dell'assistenza sanitaria.

5. Invidia (desiderio di privare alter persone delle loro abilità o ricompense) vs. Gentilezza (empatia e fiducia senza pregiudizi o risentimenti)

La sanità è un sistema adattabile complesso a sua volta inserito in più ampi sistemi adattabili complessi, culturali, sociali ed economici[21]. I cambiamenti nell'accesso ai servizi sanitari determinati dall'UHC potrebbero indurre cambiamenti in altre componenti fondamentali dei sistemi sanitari, come la formazione e la distribuzione del personale, o di altri sistemi sociali, come i trasporti, ad esempio. O potrebbe succedere l'inverso, ovviamente. È necessario usare un approccio sistemico, il cosiddetto "*systems thinking*", per cercare di prevedere gli effetti che le modificazioni del sistema sanitario potrebbero avere su altri sistemi adattabili complessi, e viceversa[22]. La capacità di usare un approccio sistemico dovrebbe essere sviluppata in parallelo con l'UHC tra chi definisce, decide e gestisce le politiche di salute, e tra i ricercatori. Ciò risulterebbe più facile se l'UHC fosse

integrata in un quadro di riferimento per la protezione sociale più ampio[23]. Per evitare di aumentare il divario tra chi sta meglio e chi sta peggio, copertura e protezione sociale dovrebbero essere prioritariamente fornite a questi ultimi, per lo meno all'inizio[24]. Questo è particolarmente importante nei paesi dove la protezione contro i rischi finanziari e l'inadeguatezza della copertura assicurativa si è dimostrata più difficile da attuare e da portare a compimento, come ad esempio nei contesti e nelle comunità più povere, remote e sotto servite.

6. Ira (impazienza, vendetta e sorveglianza) vs. Pazienza (creare un senso di pacifica stabilità piuttosto che di ostilità e antagonismo)

La messa in pratica dell'UHC, con il suo corollario di principi, politiche, attività ed ostacoli, deve essere appropriatamente governata e controllata. I governi ne sono gli ovvii responsabili a livello nazionale e locale. Ma chi sarebbe responsabile della sua *governance* a livello globale? L'OMS è il candidato naturale, ma negli ultimi anni non ha dimostrato di saper fornire una leadership efficace e coerente, basata sui principi del diritto alla salute per tutti. Ostacoli vitali di bilancio ed organizzativi, inclusa la dipendenza dai donatori, contraddizioni nella gestione del personale, eccessiva decentralizzazione e mancanza di rendicontazione nei confronti degli stati membri hanno indebolito il ruolo dell'OMS nella *governance* della salute globale. L'attuale processo di riforma soffre di molti degli stessi problemi che dovrebbe affrontare e potrebbe non riuscire a qualificare l'OMS per questo ruolo[25]. E tuttavia non sembrano esserci alternative a un rafforzamento del ruolo normativo dell'OMS, come proponevano Chen e Berlinguer un decennio fa[26]. Con pazienza, e coraggio, l'OMS potrebbe guidare lo sviluppo di nuovi e specifici quadri normativi di riferimento sul modello della Convenzione Quadro per il Controllo del Tabacco. Una forte alleanza con le organizzazioni della società civile che si occupano dell'interesse pubblico e che identificano la salute come un bene comune costituirebbe un vantaggio. L'autorità dell'OMS e il suo potere di elaborare trattati vincolanti rimangono necessari, ma anche il ruolo potenziale di strategie dal basso che coinvolgano la partecipazione della collettività dovrebbe essere riconosciuto. Incoraggiando l'*empowerment* delle società, aumentando il potenziale di rafforzare i sistemi sanitari a livello locale, organizzando la domanda di servizi secondo le priorità della comunità, e collegando la generazione di sapere con il suo uso concreto, strategie come la ricerca/azione partecipativa e il monitoraggio fondato sulla comunità sono riconosciute sempre più come elementi chiave in direzione dell'UHC[27].

7. Lussuria (intenso desiderio di denaro, fama o potere) vs. Purezza (essere onesti con se stessi, la propria famiglia, gli amici e l'umanità intera)

Infine, l'UHC dovrebbe essere scandita e posizionata entro un quadro di riferimento basato sui diritti umani. La Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e la Convenzione Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali stabiliscono con chiarezza che la realizzazione dei diritti umani in salute dipende dalla realizzazione di altri diritti, al cibo, a una casa, al lavoro, all'istruzione, alla non discriminazione, alla partecipazione, alla libertà di associazione. Più in dettaglio, la Convenzione Internazionale afferma che, nonostante "il diritto alla salute non debba essere

interpretato come diritto ad essere in buona salute”, è “un diritto inclusivo che si estende non solo a un’assistenza sanitaria tempestiva ed appropriata, ma anche ai soggiacenti determinanti di salute”, e aggiunge che “un ulteriore importante aspetto è la partecipazione della popolazione in tutte le decisioni relative alla salute a livello comunitario, nazionale e locale”[28]. Afferma anche che “Il diritto all’assistenza sanitaria in tutte le sue forme e a tutti i suoi livelli contiene i seguenti elementi essenziali e tra loro relazionati”: (a) disponibilità, (b) accessibilità nelle sue quattro sovrapposte dimensioni: non discriminante, fisica, economica (abbordabilità) e di informazione, (c) accettabilità, e (d) qualità dei servizi. Se la comunità internazionale non spinge il diritto alla salute più in alto nella sua scala di valori, se non la smette di considerare la salute una variabile dipendente dell’economia globale, se non rende il rispetto dei diritti umani obbligatorio e coloro che li violano legalmente responsabili, è improbabile che l’UHC produca i risultati sperati.

Per concludere, l’incorporazione del concetto di UHC nell’agenda per lo sviluppo dopo il 2015 dovrebbe mirare a massimizzare i benefici e a minimizzare i danni. Ciò si può ottenere solo rispettando tutti i criteri sopra descritti ed integrandoli nell’UHC, con meccanismi esecutivi che obblighino i governi a rispondere delle proprie azioni. **In particolare, l’UHC dovrebbe essere intesa come un modo per garantire il diritto alla salute. Solo in un ambito di diritti umani l’UHC trarrebbe beneficio da un approccio integrale, in contrapposizione a un approccio frammentato, verticale e trincerato nella copertura assicurativa con attori multipli, sia dal lato del pagante sia da quello del fornitore, che pongono l’enfasi principalmente sui servizi curativi individuali e centrati sulla malattia.** Affrontare l’UHC in un quadro di diritti umani aiuterebbe a riposizionare il diritto alla salute nel contesto dell’agenda per lo sviluppo dopo il 2015.

Adriano Cattaneo con la collaborazione di Giorgio Tamburlini, Angelo Stefanini, Eduardo Missoni, Gavino Maciocco, Gianni Tognoni, Carlo Resti, Claudio Beltramello, Chiara Bodini e Nicoletta Denticò a nome dell’Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG)

Bibliografia

1. United Nations General Assembly. Global health and foreign policy (A/67/L.36). United Nations, New York, 2012.
2. World Health Organization. Universal health coverage: report by the Secretariat (EB 132/22). WHO, Geneva, 2013.
3. Editorial. The struggle for universal health coverage. *Lancet* 2012;380:859.
4. WHO/UNICEF. Declaration of Alma Ata. WHO, Geneva, 1978.
5. WHO Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. WHO, Geneva, 2008
6. Joint statement of the UN Platform on Social Determinants of Health. Health in the post-2015 development agenda: need for a social determinants of health approach. United Nations, New York, 2013.
7. World Health Organization. Health systems financing: the path to universal coverage. The world health report 2010. Geneva, 2010.

8. Sachs JD. Achieving universal health coverage in low-income settings. *Lancet* 2012;380:944-7.
9. Jan Swasthya Abhiyan. *Universalising Health Care for All*. Amit Sengupta, New Delhi, 2012.
10. Dye C, Mertens T, Hirnschall G, Mpanju-Shumbusho W, Newman RD, Raviglione MC et al. WHO and the future of disease control programmes. *Lancet* 2013;381:413-8.
11. Williams C, Maruthappu M. "Healthconomic crises": public health and neoliberal economic crises. *Am J Public Health* 2013;103:7-9.
12. Illich I. *Medical nemesis: the expropriation of health*. Pantheon Books, New York, 1976.
13. Moynihan R, Doran E, Henry D. Disease mongering is now part of the global health debate. *PLoS Med* 2008;5:e106.
14. Missoni E. Understanding the impact of global trade liberalization on health systems pursuing universal health coverage. *Value Health* 2013;16:S14-S18.
15. van den Broek NR, Graham WJ. Quality of care for maternal and newborn health: the neglected agenda. *BJOG* 2009;116 Suppl 1:18-21.
16. Graham WJ, McCaw-Binns A, Munjanja S. Translating coverage gains into health gains for all women and children: the quality care opportunity. *PLoS Med* 2013;10:e1001368.
17. Campbell H, Duke T, Weber M, English M, Carai S, Tamburlini G. Global initiatives for improving hospital care for children: state of the art and future prospects. *Pediatrics* 2008;121:e984-e992.
18. Duke T, Keshishyan E, Kuttumuratova A, Ostergren M, Ryumina I, Stasii E et al. Quality of hospital care for children in Kazakhstan, Republic of Moldova, and Russia: systematic observational assessment. *Lancet* 2006;367:919-25.
19. Tamburlini G, Siupsinskas G, Bacci A. Quality of maternal and neonatal care in Albania, Turkmenistan and Kazakhstan: a systematic, standard-based, participatory assessment. *PLoS One* 2011;6:e28763.
20. Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *Lancet* 2012;380:933-43.
21. Swanson RC, Cattaneo A, Bradley E, Chunharas S, Atun R, Abbas KM et al. Rethinking health systems strengthening: key systems thinking tools and strategies for transformational change. *Health Policy Plan* 2012;27 Suppl 4:iv54-iv61.
22. de Savigny D, Adam T. *Systems thinking for health systems strengthening*. WHO, Geneva, 2009.
23. Cecchini S, Martinez R. *Inclusive social protection in Latin America: a comprehensive, rights-based approach*. Economic Commission for Latin America and the Caribbean, Santiago, Chile, 2012.
24. Gwatkin DR, Ergo A. Universal health coverage: friend or foe of health equity? *Lancet* 2011;377:2160-1.
25. Legge D. Future of WHO hangs in the balance. *BMJ* 2012;345:e6877.
26. Chen LC, Berlinguer G. Health equity in a globalizing world. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. Oxford University Press, New York, 2001: 35-44.

27. Loewenson R, Flores W, Shukla A, Kagis M, Baba A, Ryklief A et al. Raising the profile of participatory action research at the 2010 Global Symposium on Health Systems Research. *MEDICC Rev* 2011;13:35-8.
28. United Nations Economic and Social Council. The right to the highest attainable standard of health (E/C.12/2000/4). United Nations, New York, 2000.