

INVITED REVIEW

SERVIZI SANITARI CATTOLICI IN UGANDA: LA SFIDA DELLA FEDELTÀ ALLA MISSIONE.

DANIELE GIUSTI*, ANDREA MANDELLI**

*Uganda Catholic Medical Bureau

**AVSI – Project Manager

Abstract: The non-profit health sector in Uganda is a major actor in health care provision, whose services are estimated at about one third of the total volume of service provided. Catholic hospitals alone account for over 25% of the hospitals in the Country. They have gone through a severe crisis, threatening their existence, from which they are now emerging. This has been made possible by the introduction – few years ago - of public subsidies and by a strong focus on the Mission they have inherited from their founders. The article outlines the history of this important actor, the crisis and its factors, the corrective measures implemented. It underscores the fundamental role exercised by the corporate owners of the hospitals (the Bishops) in the definition of the Mission and by the co-ordination office for health of the Episcopal Conference (UCMB) in the development of the strategy and actions that have addressed and overcome the crisis. It also underscores the critical role played by information management in the analysis of the situation of crisis and in the identification of the corrective measures. It finally documents the results obtained vis-à-vis major intermediate objectives: access, equity, efficiency. The challenge presented by the delivery of health services in a severely resource constrained environment can be met, but it requires that the ethos of Christian solidarity received from the founders be recognised, positively upheld and sustained by the managers and personnel of these institutions. This goes along with the building of the capacity of managers to take decisions inspired by mission they have received and document the results they achieve. On the other hand, it is necessary, in line with the principle of subsidiarity, that the public administration provide financial support to the non-profit health care providers: without this support, a precious heritage may be lost.

Key Words: Non-profit hospital; Hospital management; Information management

Journal of Medicine and The Person, 2004; 8(1): 15-22

INTRODUZIONE

La sanità cattolica in Uganda opera in un panorama di grave carenza di risorse (umane, finanziarie, materiali – vedi box *“Sanità in Uganda – cifre che parlano”*). È dotata di 27 Ospedali (un quarto del totale) e 220 Unità sanitarie di primo livello e 12 scuole per la formazione di quadri sanitari intermedi (in maggioranza infermieri)¹. Le strutture sono quasi esclusivamente di proprietà delle diocesi. Metà di esse sono nominalmente gestite da congregazioni religiose – quasi esclusivamente locali; tuttavia la gestione si sta progressivamente professionalizzando e muovendo verso forme più organizzate e collegiali.

Benché generalmente conosciuto e riconosciuto come un servizio di pubblica utilità, di buona qualità ed efficienza, mosso da motivazioni sociali, la sanità cattolica ha attraversato, negli ultimi vent'anni, una grave crisi.

Benché in tempi più prossimi alcuni fattori di questa crisi siano stati affrontati con qualche successo, molto resta ancora da fare per preservare questo patrimonio di risorse, uomini, strutture e tradizioni che i Missionari, fin dagli albori dell'evangelizzazione in Uganda alla fine dell'800, hanno creato e messo a disposizione della persona malata e poi “passato” all chiesa locale.

Questo articolo intende presentare una sintesi del percorso fatto e tracciare le linee di quanto ancora resta da fare per mantenere questo patrimonio fedele alla missione che la Chiesa gli affida e che il popolo Ugandese necessita. Lo fa dalla prospettiva dell'ufficio che la Conferenza Episcopale Ugandese (l'organo collegiale che raduna i proprietari legali di queste opere – i Vescovi) ha stabilito per co-ordinare la sanità cattolica: l'Uganda Catholic Medical Bureau.

DAL PASSATO AL PRESENTE*La crisi*

Durante gli anni che vanno dall'inizio degli anni settanta alla fine degli anni ottanta, l'Uganda ha attraversato uno dei momenti più tormentati della sua storia, conosciuto da molti come il periodo della dittatura di Idi Amin Dada e del convulso periodo del "dopo liberazione". In questo periodo di paralisi dell'amministrazione pubblica e dei suoi servizi, incluso quello sanitario, fu la rete sanitaria non-profit a portare gran parte del peso dell'erogazione di un minimo di servizi alla popolazione. Perché questo potesse accadere, il settore dovette però accollarsi l'onere totale del suo finanziamento – che fu reso possibile dalla vasta rete di solidarietà cristiana e dai contributi dei pazienti –, nonché dalle misure draconiane di contenimento dei costi, in particolare contenimento dei salari, sostituzione dei quadri professionali con quadri meno qualificati, ritardo o annullamento delle spese miranti al finanziamento della riparazione e/o manutenzione dell'infrastruttura ed equipaggiamento. In qualche modo tutto questo resse per una quindicina di anni, ma all'inizio degli anni novanta era diventato palese che il settore non-profit era entrato in una crisi profonda: caduta dei livelli di utilizzo, della qualità, malcontento del personale, deterioramento dell'infrastruttura e dell'equipaggiamento..... Il pericolo che questa crisi rappresentava per il Paese, denunciato dagli uffici di co-ordinamento cattolico e protestante, fu ben colto dal governo, che verso la fine del decennio acconsentì ad accollarsi una quota dei costi di gestione. Maggiori dettagli su questo percorso sono forniti nel box *"La crisi ed i suoi fattori in una prospettiva storica"*.

Servizio ed ethos

Mentre sono in molti a riconoscere lo sforzo eroico fatto dal settore non-profit, pochi notano che, accanto alla garantita erogazione dei servizi, queste strutture forniscono il luogo necessario a proteggere e tramandare anche un prezioso ethos professionale. Personalità come il Dr. Matthew Lukwya², oggi noto in tutto il mondo come figura professionale esemplare, sono il frutto di una cultura di servizio tramandata, ricevuta, accolta e resa feconda seguendo maestri come i coniugi Corti o il Dr. Ambrosoli. Questi importanti "fattori in gioco" raramente vengono portati alla superficie in un'era in cui ciò che non è misurabile sembra non esistere, forse anche per l'inadeguatezza degli strumenti a nostra disposizione. Come ottenere e "far parlare" i numeri che danno evidenza al persistere di una tradizione di ethos professionale come quello citato sopra? Al momento è solo l'aneddotica che viene in nostro aiuto, ma questa trova

spazio limitato nella letteratura scientifica e quindi, ultimamente poco conta, benché, di tanto in tanto, qualcuno tenti l'avventura. Una interessante "policy research working paper" della Banca Mondiale ha concluso recentemente che, nella sanità non-profit ugandese, "working for God matters"³ [*lavorare per Dio conta*].

La consapevolezza di un patrimonio da preservare

In campo cattolico, la Conferenza dei Vescovi Ugandesi, i proprietari legali e custodi delle opere sanitarie, si pose davanti alla gravità della situazione con estremo realismo. Cominciò con un giro di consultazioni dei quadri dirigenti degli ospedali, a cui fu chiesto come la Conferenza avrebbe potuto servire meglio le opere sanitarie. I suggerimenti ricevuti indicarono che l'ufficio di co-ordinamento centrale andava rafforzato per meglio guidare il processo di cambiamento che andava intrapreso. Così fu, ed i Vescovi coagularono il mandato dato all'ufficio di co-ordinamento nel motto "La sfida della fedeltà alla Missione". Nei paragrafi seguenti cercheremo di dare conto del lavoro fatto in obbedienza a questa sfida dall'ufficio medico della Conferenza.

"LA SFIDA DELLA FEDELTA' ALLA MISSIONE"*La definizione della Missione: un momento di consapevolezza*

Una pietra miliare fu posta nel 1999 con la definizione della Missione dei servizi sanitari cattolici. In sintesi il "Mission Statement" raccoglie la consapevolezza che la cura della persona malata è parte integrante dell'evangelizzazione, ad imitazione dei gesti di Gesù, la cui presenza continua nella storia attraverso la Chiesa e le sue opere. Anche se i poteri pubblici o il mercato fossero in grado di prendersi cura del bisogno di salute, la Chiesa continuerebbe ad avere una specifica responsabilità e un mandato inalienabile per rispondere ai bisogni, inseparabili, di guarigione e di senso che la malattia provoca nella persona umana. Per questo si abbandonava ogni tentazione "a disfarsi" delle opere sanitarie, per quanto onerose esse fossero diventate: le si riconoscevano anzi come una eredità storica che andava servita con coraggio e creatività nelle mutate circostanze. Fondamentale è il richiamo, nello "Statement" all'opzione preferenziale per i poveri, in un momento in cui la preoccupazione per l'onere finanziario di queste opere avrebbe potuto far perdere di vista questa scelta tanto difficile quanto chiara.

La "Policy": le comuni linee di indirizzo

Chiarita la Missione comune, restavano da chiarire gli indirizzi comuni. In sintesi questi furono definiti come:

- Ricerca di unità di intenti, priorità e metodo, da perseguirsi con la stretta collaborazione tra servizi cattolici e con l'accettazione del co-ordinamento ed accreditamento dell'ufficio medico della conferenza episcopale e degli uffici di coordinamento diocesano.
- Consolidamento dei servizi, da privilegiarsi, nel medio termine, rispetto ad una nuova spinta espansiva.
- Garanzia di professionalità e formazione permanente del personale allo scopo di assicurare la qualità dei servizi erogati.
- Ricerca di una equa sostenibilità finanziaria dei servizi senza esclusione dei poveri, da perseguirsi attraverso la professionalizzazione della gestione.
- Integrazione e collaborazione con altri fornitori di servizi (pubblici e privati), nel rispetto dei regolamenti e linee di politica sanitaria nazionale, quando non lesivi dell'identità cattolica.

Gli obiettivi specifici della policy: la concretizzazione della sfida.

Era necessario a questo punto porre i servizi sanitari cattolici davanti a concreti obiettivi da raggiungere entro un limite di tempo (fissato in cinque anni). Prioritaria, ed in qualche modo sottesa a tutti gli obiettivi specifici, restava l'assoluta necessità di consolidare le opere sanitarie: arrestare ed invertire gli indici della crisi, stabilizzare l'assetto organizzativo delle opere e chiarirne gli aspetti giuridici, migliorare la gestione economica e finanziaria... insomma, si trattava, prima di ogni altra cosa, di salvaguardare e consolidare "il luogo" dentro cui l'atto terapeutico si svolge⁴.

Altri obiettivi specifici riguardano il contenuto e la qualità delle prestazioni, lo stile ed i fini della gestione, la formazione di base e permanente, il compattamento della rete di servizi⁵.

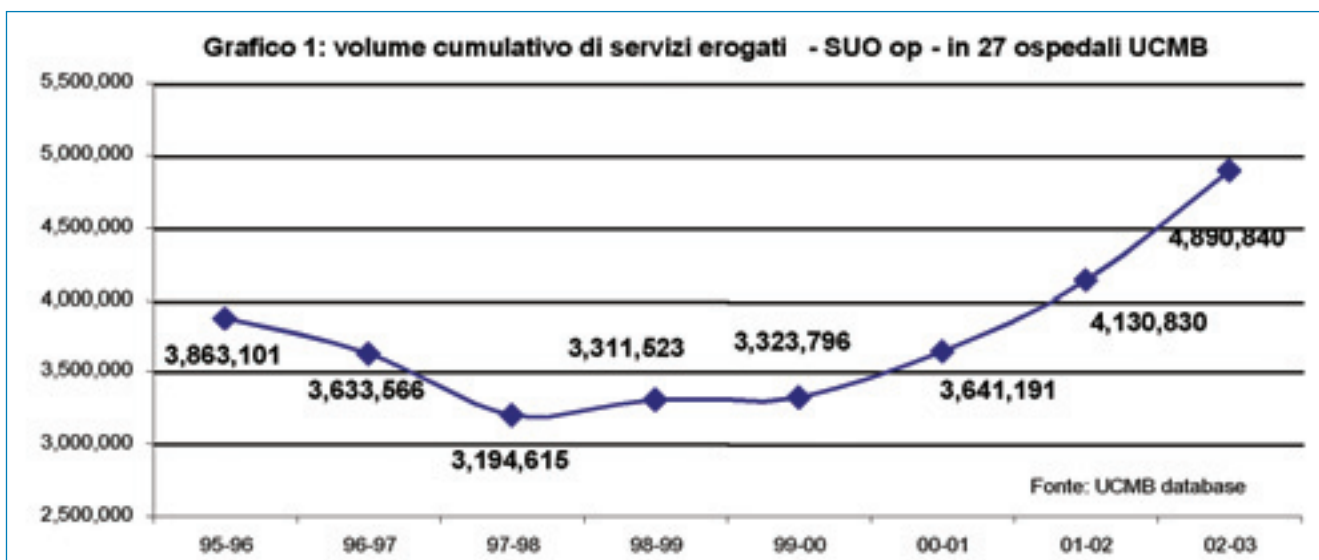
In altre parole, ciò che era necessario era un processo di trasformazione che, cominciando dall'affronto della crisi, mirasse a consolidare la gestione delle opere e la loro "compattazione" per poi affrontare problematiche di contenuto, stile e qualità dei servizi offerti. Il "via" formale a questo processo fu dato nel 2000, con appuntamenti triennali di valutazione e ripensamento.

IL BISOGNO DI INFORMAZIONE

Fu evidente fin dall'inizio che non sarebbe stato possibile gestire la trasformazione che si intendeva attuare senza la disponibilità di adeguata informazione sui processi in atto. La cura per la documentazione del lavoro fatto al servizio del malato, l'analisi critica dei dati, l'accuratezza e completezza dei dati contabili... tutto questo non faceva parte – ahimé – dell'eredità ricevuta, ed andava costruito. La convinzione che sostenne lo sforzo in questa direzione fu che "i dati raccontano la storia" e che la storia di queste opere era grande e meritava di essere raccontata oltre l'aneddotica.

Su una nota più pragmatica, la richiesta di riconoscimento, sostegno e dei necessari finanziamenti per le opere sanitarie cattoliche basata semplicemente su un apriori (es. sono opere della chiesa e quindi "buone") sarebbe stata inevitabilmente "debole" e di vita corta. Nessuna richiesta di privilegi, dunque, ma del dovuto sulla base del lavoro "ben fatto", se ben fatto. Se non "ben fatto"..... è meglio disporre di strumenti che creino la consapevolezza della necessaria correzione.

Fondamentale in questo campo è stato l'apporto di risorse e di competenza che AVSI⁶ ha messo a disposizione dell'ufficio medico della conferenza episcopale ugan- dese. Nel giro di un paio di anni dalla richiesta iniziale, tutti gli ospedali cattolici ed uffici di co-ordinamento diocesano sono stati dotati di computers ed e-mail, il



personale è stato formato sia alla gestione dell'informazione sanitaria, sia all'uso della tecnologia informatica. Molte sono le domande a cui si è data risposta. Ma molte più sono quelle a cui è necessario rispondere, ora o nel prossimo futuro: non per tutte esiste al momento una risposta esauriente, ma le basi sono poste per un sistema informativo che può continuare a crescere per conoscere la realtà sempre più e sempre meglio. Ma le prime risposte ci sono e confermano nel cammino intrapreso, come vorremmo documentare qui di seguito.

LE PRIME RISPOSTE

A tre anni di distanza è necessario poter rispondere ad alcune domande ineludibili. Lo esige innanzitutto la Missione stessa. Ma questo documenta anche come la chiesa renda conto del suo operato in campo sanitario a chiunque abbia titolo per porre delle domande: potere pubblico, donatori, gestori sanitari, pazienti....

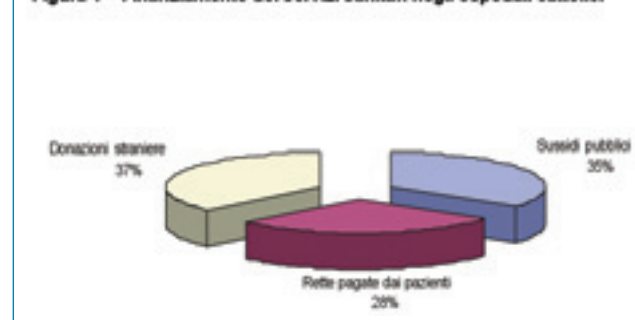
Tra i molteplici parametri che sono usati per valutare un sistema sanitario, in Uganda quattro hanno una particolare rilevanza: accesso, equità, efficienza, qualità. È legittimo dunque applicare questi criteri valutativi alla rete sanitaria ospedaliera cattolica, osservandone soprattutto l'evolvere nel tempo (vedi box *prodotti, risultati, impatto: quadro concettuale ed indicatori*).

La risposta è indubbia, e documenta tra l'altro che la crisi degli anni '90 è in via di superamento. Il volume cumulativo di servizi erogati, espresso in unità standard di output (SUO op)⁷ è in aumento costante e ciò indica un migliorato accesso.

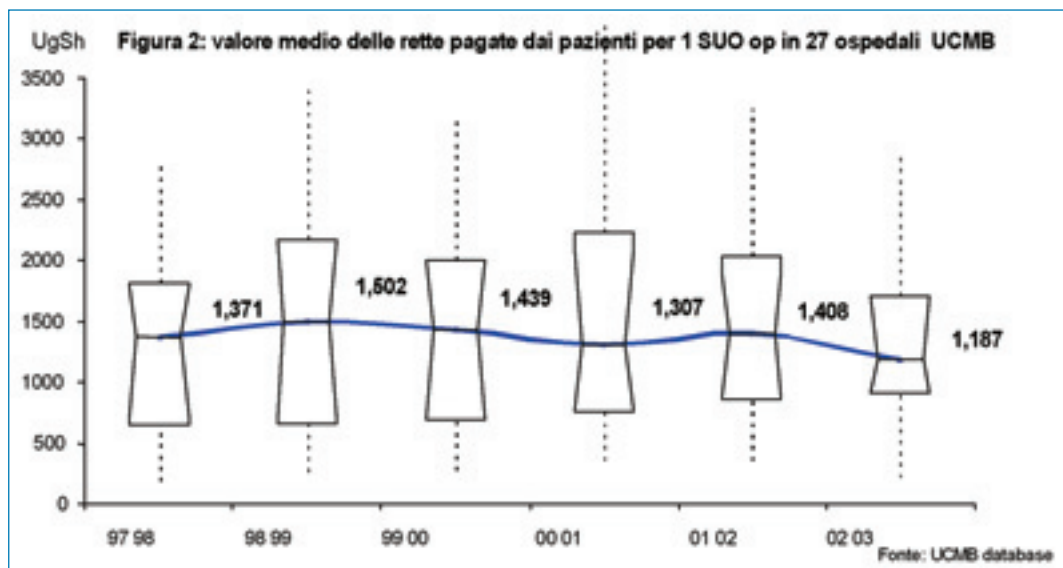
Anche questa domanda ha una risposta positiva. La mediana delle rette pagate dai pazienti è la più bassa degli ultimi sei anni, indice dello sforzo fatto soprattutto negli

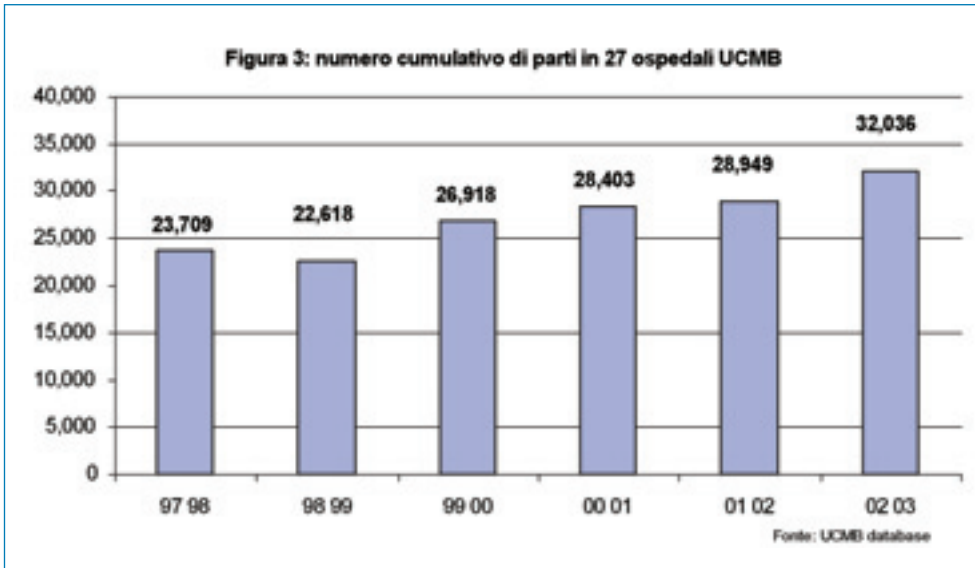
ultimi due anni⁸. Da quando, cioè, l'ufficio medico della conferenza ha concordato con gli ospedali l'obiettivo di ridurre le rette (e renderle forfettarie) per bambini e gravide – i gruppi di popolazione più vulnerabili⁹: infatti il numero cumulativo dei parti è sensibilmente aumentato. Molti tra coloro che conoscono solamente sistemi sanitari in cui i servizi sono gratuiti (o pressoché tali) per il paziente al punto di erogazione, grazie all'intervento di un "terzo pagante" – per lo più enti assicurativi pubblici e/o sociali – si stupiscono del fatto che in un Paese povero come l'Uganda le opere della Chiesa chiedano ai pazienti una partecipazione al costo dei servizi. Non sarebbe possibile fare altrimenti: al momento attuale i pazienti pagano il 28% del costo del servizio, i sussidi pubblici il 35%. Il resto è coperto dalla rete di solidarietà di benefattori e dagli aiuti provenienti da organizzazioni caritative estere, per lo più private – *Figura 4*. I costi sono, naturalmente, molto contenuti, anche per il contesto: il costo mediano di una unità di servizio è di 2,1 \$ USA¹⁰.

Figura 4 – Finanziamento dei servizi sanitari negli ospedali cattolici



In un ambiente dominato dalla estrema scarsità di risorse – destinata a durare ancora a lungo – solo un guadagno di efficienza può finanziare l'aumento di accesso ai servizi. Con tutti i limiti di questo approccio, di cui siamo ben consapevoli, rimangono dei margini, benché ristretti, in cui l'efficienza può finanziare un aumento di accesso senza compromettere la qualità. Anche in questo caso la risposta data, espressa dalla mediana del costo di una unità standard di output e dalla produttività del personale sanitario, è positiva.





di mortalità nosocomiale materna e fetale, indici di soddisfazione dei pazienti... Ma in questo campo molto resta ancora da fare. La mancanza relativa di dati in questo campo riflette anche lo sviluppo cronologico delle priorità. Nel prossimo triennio, avendo ottenuto l'arresto della crisi, ed una stabilizzazione gestionale delle opere sanitarie, si mirerà ad una maggior attenzione verso gli aspetti di qualità.

La qualità dei servizi prodotti è in miglioramento?

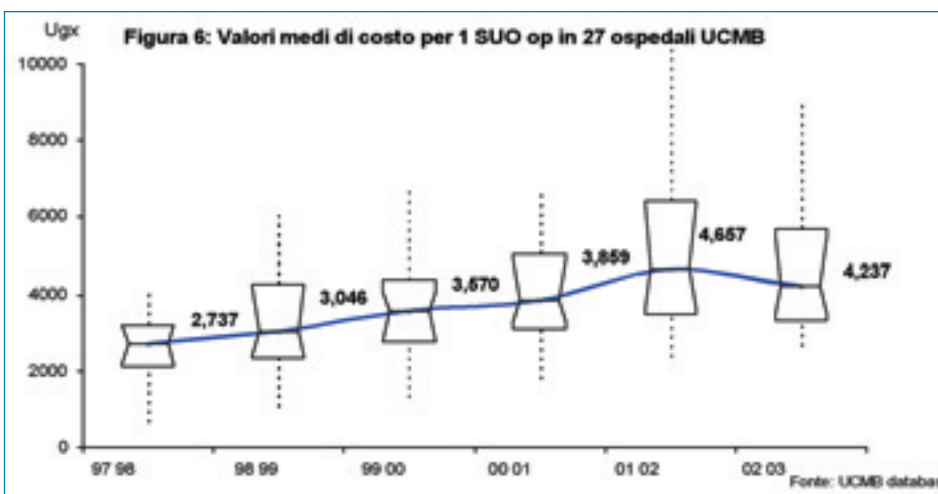
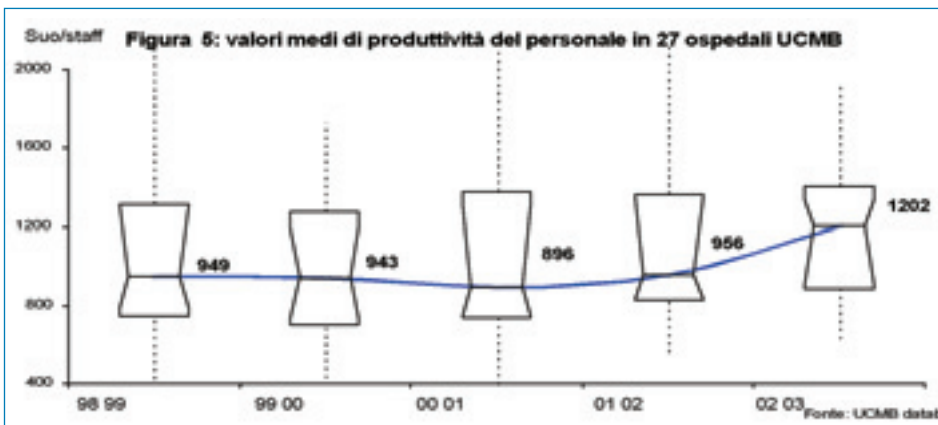
Questa è la domanda più difficile, per cui non esistono risposte esaurienti. Un indicatore indiretto è la percentuale del personale qualificato (che è peraltro migliorata – un altro segno che la crisi sta per essere messa alle spalle), ma si tratta di un indicatore di input. Il sistema informativo è già stato aggiornato per valutare indicatori quali la percentuale di infezioni chirurgiche, la percentuale

CONCLUSIONE

Il settore sanitario non profit in Uganda sta forse mettendo alle spalle la crisi che lo aveva seriamente minacciato. In parte questo è stato reso possibile dal riconoscimento della valenza pubblica delle opere sanitarie della Chiesa e dai sussidi erogati da parte del Governo: un riconoscimento implicito del principio di sussidiarietà a

fronte dell'ethos di solidarietà che queste opere testimoniano. Altrettanto importante è stata l'azione della Conferenza Episcopale, che ha fornito un chiaro strumento di guida ai processi di trasformazione, richiamando le ragioni per la cui Chiesa si occupa della persona del malato ed indicando come le opere sanitarie debbano essere gestite perché "il ministero della salute" possa continuare nella storia.

In tutto questo un ruolo chiave spetta alla gestione dell'informazione, a cui l'ufficio di coordinamento medico della Conferenza ha dedicato una attenzione particolare, con l'aiuto di AVSI, cercando di sviluppare strumenti che permettessero di "leggere" la realtà, cogliendone, il più possibile, tutti i fattori in gioco. A tre anni dall'inizio del cammino, cominciano ad emer-



gere i primi risultati positivi ed a delinarsi meglio le sfide che ancora restano da affrontare. Tra queste, la qualità dell'atto terapeutico e lo sviluppo di strumenti che possano rendere onore a chi, nella cura del malato, sceglie di guardarlo nella sua unità di persona.

Indirizzo per la corrispondenza:

Daniele Giusti

.....

e-mail:

Sanità in Uganda – cifre che parlano

La popolazione Ugandese ha un reddito medio pro capite di circa 259 USD per anno; 36% della popolazione vive sotto la soglia di povertà assoluta¹¹.

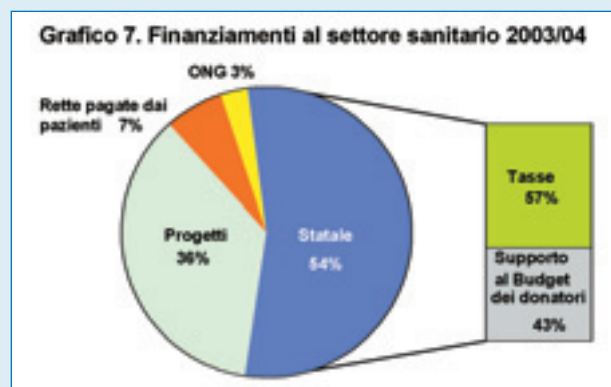
Gli indicatori dello stato di salute della popolazione parlano chiaro:

La sanità non-profit in Uganda conta circa la metà degli ospedali del Paese ed il 25% delle strutture sanitarie di primo livello. Al momento esistono solo stime circa la ripartizione dei volumi di servizio resi dalle differenti componenti del sistema sanitario (a proprietà pubblica, privato non-profit, privato for-profit), che vedrebbero - in termini di contatti - una distribuzione in parti eguali nei tre sottosettori¹².

Le cose cambiano alquanto quando si considera il contenuto dei servizi erogati: mentre il settore pubblico e non-profit sottoscrivono alla politica sanitaria nazionale che obbliga l'erogatore del servizio alla fornitura di un pacchetto minimo di servizi integrati (l'Uganda Minimum Health Care Package - con componenti curative di primo e secondo livello, preventive e riabilitative), il settore privato for-profit si limita quasi esclusivamente alla risposta della domanda curativa di primo livello, a basso contenuto tecnologico ed altamente lucrativa.

Secondo stime recenti la spesa sanitaria globale è di circa 15 USD pro capite (rappresentanti il 6% del PIL pro capite). Di questi 8 \$ USD pro capite vengono spesi dal Governo per finanziare l'erogazione dei servizi nei settori pubblico e non-profit. Quanto all'origine del finanziamento del settore pubblico e non profit, 54% delle risorse provengono dal settore pubblico (di cui 57% da tassazione generale e 43% dal supporto

bi e multilaterale al budget dello stato), 36% da progetti a finanziamento estero, 7% dai pazienti (questi ultimi, formalmente, solo nel settore non-profit) ed infine 3% dal supporto dell'attività di ONG operanti nel paese¹³ (grafico 7). Esistono pochi sistemi assicurativi, ancora in fase embrionale ed in dubbia situazione di viabilità economico-finanziaria, il cui contributo al finanziamento dei servizi è assolutamente marginale. Dal 2001 l'erogazione dei servizi nelle strutture pubbliche è, almeno formalmente, gratuita¹⁴.



Sempre secondo stime recenti, sarebbe necessaria una spesa di almeno 28 USD pro capite per garantire l'erogazione del pacchetto minimo di servizi, che salgono a 40 USD (probabilmente una sottostima) se al pacchetto viene aggiunto il trattamento dell'AIDS con farmaci antiretrovirali.

È difficile fare una stima accurata del capitale umano operante nel settore sanitario: nel pubblico e non profit operano circa 20,000 lavoratori della sanità, ma è forse più significativa la stima del bisogno che ancora non ha trovato risposta. Si stima che al sistema manchino almeno 6,000 operatori, di cui circa un terzo da attribuirsi al solo settore non-profit cattolico.

PMTCT site

	Uganda	Italia
Mortalità <5 anni per 1,000 nati	124	6
Mortalità Materna per 100,000 nati vivi	1,100	11
Contatti persona anno col sistema sanitario	0.72*	n.d.
Prevalenza HIV popolazione sentinella	6.2%**	n.d.
% Parti protetti	38%	n.d.
Spesa Sanitaria pro capite (pubblica e privata)	15 \$***	1,498 \$
% Spesa pubblica/spesa sanitaria	54%	74%
% Spesa sanitaria/PIL	6%***	8,1%
Reddito pro capite	259 \$	18,960 \$

WDR 2004 (dati riferiti al 2000 e 2001)

*, ** - Rapporto 2003/3 del Ministero della Sanità

*** Stima del Ministero della Sanità (Dicembre 2003). Di questi circa 8 \$ sono di spesa pubblica

La crisi ed i suoi fattori in una prospettiva storica

Il passato remoto

Esiste pochissima documentazione sui servizi sanitari nel periodo precedente l'indipendenza dell'Uganda dal protettorato britannico (1962).

Si può dire in generale che nella prima metà del secolo scorso, la cura dei malati fosse soprattutto preoccupazione delle missioni cattoliche e protestanti. Questo è il periodo delle grandi fondazioni, iniziato nel sud del Paese ed estesosi poi, con qualche ritardo, al nord, seguendo la storia della nascita della presenza della Chiesa. Gli interventi sanitari del governo Coloniale a quel tempo miravano soprattutto alla lotta contro le grandi epidemie – epica fu la lotta contro la malattia del sonno. Dobbiamo arrivare al secondo dopoguerra, probabilmente sotto la spinta culturale della creazione, in madrepatria, del NHS (sistema sanitario nazionale britannico) per vedere un impegno più netto del governo Coloniale nella creazione di una rete capillare di strutture sanitarie pubbliche.

È anche di questo periodo il riconoscimento formale della valenza pubblica del "Voluntary health sector" e la decisione del governo Coloniale di contribuire al suo finanziamento attraverso "Grants in aid" per finanziarne sia parte delle spese ricorrenti che spese in conto capitale.

Gli anni del caos

Al momento dell'indipendenza la scelta del governo Coloniale non fu messa in discussione. Ma nel giro di pochi anni, la grave crisi sociale, politica ed economica che travolse il Paese fece sparire non solo i Grants in aid ma anche, di fatto, la spesa pubblica per la sanità.

Nel periodo tormentato che va dall'inizio degli anni '70 fino all'inizio dei '90, in cui i servizi pubblici giunsero alla quasi totale paralisi, di fatto la sanità non-profit continuò a garantire l'erogazione dei servizi sanitari essenziali al Paese. Questo fu reso possibile da misure draconiane di contenimento dei costi, dalla rete di solidarietà cristiana e dai contributi richiesti ai pazienti. Ma la crisi del Paese fu ben più profonda: il concetto stesso di servizio venne sostituito da una logica di "lotta per la sopravvivenza", anche nella mente degli operatori sanitari, che ancora non è sparita.

Il palesarsi della crisi

Si potrebbe dire che nel momento in cui il Paese esce dalla sua grave crisi, negli anni '90, comincia a rendersi palese, invece, la crisi del settore sanitario non-profit, estenuato dal peso dell'emergenza sostenuta, dai meccanismi di contenimento dei costi e da altri, non meno importanti fattori quali:

- il ritirarsi delle congregazioni missionarie dalla gestione diretta delle strutture sanitarie, ed il conseguente passaggio a congregazioni religiose ed alla chiesa locali, erano avvenuti rapidamente – talvolta

convulsamente – durante gli anni difficili, anche sulla spinta delle minacce di espulsione degli stranieri da parte del regime di Idi Amin Dada.

- l'accelerazione delle riforme sanitarie e l'instaurazione di nuove regolamentazioni che, se dal un lato ponevano termine alla virtuale anarchia, imponevano anche nuovi e pesanti oneri alle strutture: infatti i costi di gestione cominciarono ad esplodere.

Una crisi provocata, dunque, da fattori esogeni e da fattori endogeni: la limitata capacità gestionale rendeva più difficile e certo rischioso il delicato processo di cambiamento ed adattamento reso necessario dalla mutata situazione.

Il quadro che emergeva verso la metà degli anni novanta non era incoraggiante: l'utilizzo delle strutture non profit era in caduta libera (e non compensato da un analogo aumento di utilizzo delle strutture pubbliche) con esclusione più marcata (tranne lodabili eccezioni) dei settori più poveri della popolazione e con un progressivo impoverimento della qualità dei servizi; il personale cominciava a dare segni chiari di scontento; interventi di riabilitazione fisica si imponevano mentre i donatori tradizionali davano segni di fatica e cominciarono a chiedere "fino a quando?"...

Il passato prossimo

Come risposta i proprietari legali dei servizi, i Vescovi – cattolici e protestanti – scelsero di rafforzare il mandato degli uffici di co-ordinamento (Medical Bureau), chiedendo loro di tracciare la strada che il settore non-profit avrebbe dovuto seguire.

Nel 1996, in un Memorandum dettagliato al Ministero della Sanità, i due Bureaux congiuntamente ricordavano al Governo che

- Le opere sanitarie non-profit erano espressione della solidarietà della chiesa con la popolazione ugandese, opere stabilite in modo permanente, a costo di gravi sacrifici, in aree del Paese spesso ignorate dal settore privato ed anche, talvolta, pubblico: esse andavano considerate un patrimonio del Paese la cui presenza autonoma chiedeva di essere riconosciuta e sostenuta, secondo il principio di sussidiarietà
- Il mancato sostegno di queste opere, tra l'altro così numerose e capillari, avrebbe avuto conseguenza disastrose per la popolazione ed ultimamente il problema sarebbe "passato" al Governo, le cui risorse erano e sarebbero rimaste comunque limitate: conveniva al Governo preservare l'investimento già fatto piuttosto che (cercare di) sostituirsi a quanto già esistente.

Il primo riconoscimento del Governo fu l'immediato ripristino (1997) di limitati sussidi: benché le cifre di allora fossero irrisorie (circa 5% dei costi di gestione, ora saliti al 35%), rappresentarono un segnale chiaro su cui basare un lavoro di collaborazione e partenariato che è continuato e continua tuttora e che in qualche modo ha dato un contributo essenziale al superamento della crisi.

BIBLIOGRAFIA

1. Il settore sanitario non-profit è costituito da strutture appartenenti alla Chiesa Cattolica, alla Comunione Anglicana ed, in misura minore, a varie altre denominazioni ed organizzazioni umanitarie. Stime recenti calcolano che, in termini di volumi di servizi erogati, il settore non profit renda conto di un terzo dei volumi di servizio, quello pubblico di un altro terzo, ed il privato for-profit di un altro terzo (quest'ultimo in ambiente soprattutto urbano)
2. L'epidemia di Febbre Virale Emorragica Ebola che colpì Gulu, nel Nord-Uganda, verso la fine del 2000, fu l'occasione che permise al Dr Lukwiya ed ad altri con lui di scegliere il servizio alla persona malata prima di ogni altra considerazione, un chiaro esempio di pienezza e maturità cristiana e professionale. Non solo i pazienti furono accolti e curati (e non semplicemente isolati), ottenendo indici di letalità inferiori alle medie classiche, ma il quadro nosologico fu accuratamente studiato: il valore scientifico delle osservazioni fatte sulle malattie sono ampiamente riconosciute. Con il Dr Lukwiya morirono, vittime dell'epidemia, altri 13 infermieri del St Mary's Hospital.
3. Reinikka R., Svensson J. "Working for God?" Evaluating service delivery of Religious not-for-profit Health Care providers in Uganda. WB PRWP 3058. May 2003
4. La priorità data al momento amministrativo/gestionale non è fine a se stessa. Il fatto stesso che si sia posto un limite temporale a questa prima fase indica che occorrerà quanto prima rivedere le priorità.
5. Quest'ultimo obiettivo chiarisce anche che spetta all'ufficio della conferenza certificare se un'opera sanitaria possa considerarsi come operante "in nome della Chiesa" sulla base dei passi fatti per accettare la sfida della Missione. Quest'ultimo punto è molto importante perché muove l'appartenenza dall'ambito giuridico a quello operativo, da una concezione statica ad una dinamica. Lo strumento identificato è l'accreditamento, da effettuarsi annualmente sulla base di obiettivi prioritari concordati tra uffici di coordinamento (diocesano e nazionale) e servizi. È importante altresì che la possibilità di accreditamento non sia stata limitata a servizi giuridicamente appartenenti alla Chiesa, ma resti aperta anche a realtà non ecclesiastiche/canoniche, purché desiderose di operare nell'alveo della missione della chiesa in campo sanitario.
6. AVSI: Associazione Volontari Servizio Internazionale
7. Gli "outputs" finali principali di un ospedale, sulla base del pacchetto minimo di attività, sono contatti ambulatoriali (OP), degenze (IP), contatti prenatali (ANC), parti, vaccinazioni. È possibile seguire il trend di ognuno di questi outputs isolatamente, ma avrebbe scarso significato per lo scopo qui preposto. Il parametro di output utilizzato qui è un indicatore composito di volume che attribuisce a ciascuno dei parametri che lo compongono un peso relativo al costo di produzione di servizio (standard unit di output – SUO – "pesata" in riferimento al contatto ambulatoriale).

$$1 \text{ SUO}(\text{op}) = [15 * n. \text{ Dimissioni} + 1 * n. \text{ Contatti ambulatoriali} + 5 * n. \text{ parti} + 0.2 * n. \text{ dosi vaccinali amministrate} + 0.5 * n. \text{ Contatti monitoraggio prenatale e post natale}].$$
 È chiaro che i pesi relativi attribuiti valgono per un contesto definito (quello Ugandese e, verosimilmente, di altri Paesi con simili parametri di sviluppo economico).
8. L'osservazione che, tra il 2000/01 e l'anno seguente le rette avevano cessato di diminuire ha permesso al Bureau di lanciare una strategia per l'accelerazione della riduzione delle rette. Si è trattato di mettere a frutto e ripetere esperienze positive fatte precedentemente in un piccolo gruppo di ospedali. La grande elasticità della domanda di servizio da parte dei gruppi più vulnerabili permette di sviluppare strategie mirate ad aumentarne l'accesso. Si tratta di strategie di breve termine che sfruttano i margini di efficienza acquisibile.
9. Sono i due gruppi sociali con minima disponibilità di reddito.
10. La parità della valuta Ugandese (Scellino Ugandese – Ugx) è di 1.950 Ugx per 1 \$ USA.
11. Le stime più recenti della Banca Mondiale attestano che 9 milioni di ugandesi vivono con meno di 1 \$ al giorno (World Bank, Dicembre 2003).
12. Hutchinson P., (2001). "Combating illness," in Uganda's Recovery: The Role of Farms, Firms, and Government. Reinikka and Collier eds. Washington, D.C.: The World Bank, Regional and Sectoral Studies.
13. Stime del Ministero della Sanità Ugandese, Dicembre 2003.
14. Di fatto, dato il grave sottofinanziamento globale del sistema pubblico, il paziente deve accollarsi una proporzione variabile del costo del servizio: di solito si tratta dei farmaci che, non essendo disponibili al punto di erogazione del servizio, devono essere acquistati nelle farmacie private.

Il Journal of Medicine and The Person è rivista a pubblicazione trimestrale

Persone Fisiche:	Abbonamento annuale alla rivista per non soci M&P	euro 80,00
	Abbonamento annuale alla rivista per soci M&P	euro 50,00
	Abbonamento annuale + iscrizione M&P	euro 100,00
Enti e Istituzioni:	Abbonamento annuale alla rivista	euro 150,00

L'abbonamento può essere effettuato mediante:

– c/c postale n. 39504568 intestato a Limes SrL, via F. Turati 40, 20121 Milano

– bonifico bancario c/c 452/00 Banca Intesa Spa-Cariplo-Ag Milano, via F. Turati 40, ABI 3069 CAB 9480

– dall'estero Codice Swift BCI TIT 33100