

## 20. Il pensiero sistemico per trasformare la salute globale

Fabrizio Tediosi, Don de Savigny

### Introduzione

La salute globale deve affrontare nuove sfide dovute ai cambiamenti nel peso delle diverse malattie e dei relativi fattori di rischio, alla moltiplicazione delle disuguaglianze, all'aumentata rilevanza delle interazioni fra salute e sviluppo economico, e ai nuovi assetti di governance con nuovi attori come le fondazioni filantropiche e le multinazionali, la società civile e le Organizzazioni non governative (ONG). La prolungata crisi economica sta, inoltre, cambiando il panorama del finanziamento della salute globale, mettendo a rischio la sostenibilità dei sistemi sanitari nazionali, esacerbando le tendenze alla frammentazione e a strategie di breve termine. Per affrontare queste sfide, sia a livello globale sia nei singoli Paesi, sono in corso riforme di vario genere, dai sussidi globali per aumentare l'accesso ai farmaci essenziali alle partnership pubblico-privato, dalle modalità di pagamento degli erogatori di prestazioni sanitarie in base alla performance (*pay-for-performance*) agli incentivi alla domanda di prestazioni, come per esempio i cosiddetti *conditional cash transfers*.<sup>a</sup>

La recente ricomparsa sulla scena del concetto di copertura sanitaria universale (*Universal Health Coverage*, UHC)<sup>1-3</sup> non fa che aumentare l'enfasi sulla finalità fondamentale dei sistemi sanitari - migliorare la salute -, sulle dimensioni di una sua giusta distribuzione e su un giusto finanziamento, in modo tale che il peso del sostegno del sistema sia equamente distribuito e tutti siano protetti dalle conseguenze finanziarie negative della malattia. Mentre i Paesi a economia avanzata vedono minacciati i loro sistemi di welfare, molti Paesi a medio e basso reddito stanno pianificando e attuando riforme miranti all'UHC, una tendenza senza precedenti nella salute globale. Forze globali e locali, e le interazioni tra esse, diventano sempre più i determinanti chiave della salute umana, e i sistemi sanitari nazionali assumono una maggiore rilevanza

---

<sup>a</sup> Per *conditional cash transfer* si intende la consegna di una somma di denaro a un individuo o a una famiglia condizionata all'uso di specifici servizi di salute (parto assistito, vaccinazioni, eccetera). Il pagamento basato sulla prestazione (*pay-for-performance*) comporta che il fornitore della prestazione sia pagato in base alla qualità della stessa.

per affrontare le disuguaglianze in aumento, l'ingiustizia e l'insicurezza sociale. Al fine di potenziare i sistemi sanitari sono tuttavia necessarie idee innovative su come intervenire contestualmente su tutte le componenti che li costituiscono.<sup>4,5</sup> Per perseguire efficacemente l'obiettivo della UHC è, inoltre, importante comprendere non solo quali sono le politiche più efficaci, ma anche cosa funziona per chi e in quali circostanze, e pertanto come effettivamente implementare tali politiche. In effetti, mentre vi sono evidenze solide sull'efficacia teorica di molte strategie per migliorare la salute, meno evidenze sono disponibili su come i sistemi sanitari possano effettivamente attuare tali strategie. In tal senso, sia le componenti *soft* sia quelle *hard* dei sistemi sanitari sono importanti,<sup>6,7</sup> ed è necessario far fronte a quello che Julio Frenk<sup>b</sup> ha recentemente chiamato il pregiudizio della "scatola nera", "la credenza che le cose siano troppo complicate e che non si comprendano gli intricati meccanismi dei sistemi sanitari, per cui basta semplicemente mettere le tecnologie al posto giusto e i risultati arriveranno in qualche modo da soli".<sup>4</sup> C'è invece bisogno di maggiore conoscenza su come i sistemi sanitari possano effettivamente erogare le prestazioni di provata efficacia. C'è anche bisogno di una maggiore comprensione delle dinamiche complesse dei sistemi sanitari, andando oltre i tradizionali approcci riduzionistici focalizzati su uno o pochi aspetti specifici del sistema o su qualche malattia.

In questo capitolo si proporrà di sviluppare e usare il pensiero sistemico (*system thinking*) per migliorare la salute della popolazione e i sistemi sanitari. Si discuterà di come, mentre la necessità di un pensiero sistemico è ormai chiara, la sua applicazione a livello globale sia ancora limitata.

## **Il pensiero sistemico per la salute e i sistemi sanitari**

I sistemi sanitari sono entità complesse mosse da molti e diversi tipi di portatori d'interessi quali pazienti, operatori sanitari, acquirenti di prestazioni, terzi paganti, agenzie regolatorie, governi e cittadini. Tutti costoro sono legati da molteplici relazioni e obblighi di responsabilità, flussi informativi e altri processi che tengono assieme le diverse parti del sistema facendole funzionare come un tutt'uno con un obiettivo comune. Per migliorare la performance dei sistemi sanitari è necessario agire su questa complessità. È importante sapere che tutti gli elementi

---

<sup>b</sup> Noto studioso dei sistemi sanitari, ex ministro della salute in Messico, attualmente preside della scuola di salute pubblica presso l'Università di Harvard.

che compongono un sistema complesso si influenzano a vicenda e che le loro interazioni sono più importanti dei singoli elementi.

Un ruolo sempre più importante nei sistemi sanitari è giocato dai cittadini. Come scrive Julio Frenk, “quando si tratta di salute, le persone giocano cinque ruoli diversi: (i) sono pazienti, con bisogni specifici che richiedono assistenza; (ii) sono consumatori, con aspettative sul come saranno trattate; (iii) sono contribuenti, e cioè fonti ultime di finanziamento; (iv) sono cittadini, che reclamano il diritto di accesso alle cure; e (v) sono co-produttori di salute, attraverso il ricorso ai servizi sanitari, l’aderenza o meno alle prescrizioni, e attraverso comportamenti e stili di vita che potrebbero promuovere o danneggiare la propria salute o quella degli altri”.<sup>4</sup> I sistemi sanitari dovrebbero quindi essere in grado di coinvolgere i cittadini nelle scelte, fornendo loro incentivi a mantenere stili di vita e comportamenti “salutari”, e in generale ad avere un ruolo attivo nell’ambito del sistema sanitario.

Con l’aiuto dello *Swiss Tropical and Public Health Institute*,<sup>c</sup> la *Alliance for Health Policy and Systems Research* (Alleanza per la ricerca sulle politiche e i sistemi sanitari) ha pubblicato nel 2009 un influente rapporto sul Pensiero sistemico per il rafforzamento dei sistemi sanitari,<sup>5</sup> per dimostrare la necessità di andare oltre gli approcci convenzionali al disegno e alla valutazione degli interventi sanitari. L’approccio sistemico mira a integrare la tradizionale logica del determinismo tecnico e a permettere valutazioni più realistiche mediante generalizzazioni euristiche (mirate a ottenere cioè una più chiara comprensione di ciò che succede nella realtà), più vicine ai bisogni dei *policy maker* poiché tengono in maggiore considerazione il contesto. Il pensiero sistemico può essere molto utile per comprendere e governare la complessità nell’ambito della salute globale. Questa complessità dinamica, caratterizzata spesso dal comportamento controintuitivo derivante dalle ritardate interazioni della rete di attori nel tempo, è in effetti una delle ragioni non solo delle inefficienze, ma anche della resistenza ai cambiamenti e all’introduzione di politiche sanitarie innovative.

Il pensiero sistemico è un modo di comprendere la realtà che enfatizza le relazioni tra le diverse parti del sistema, piuttosto che le parti in sé. Ha le sue origini all’inizio del secolo XX in settori come l’ingegneria, l’economia e l’ecologia per capire e riconoscere le relazioni all’interno dei sistemi, e per disegnare e valutare gli interventi sugli stessi. Inco-

---

<sup>c</sup> [www.swisstph.ch/](http://www.swisstph.ch/)

raggia inoltre a pensare a problemi e soluzioni in un'ottica di lungo periodo, e a considerare conseguenze non volute. Il pensiero sistemico è un approccio alla soluzione di problemi che li vede come parte di un sistema più ampio e dinamico nel quale è il sistema stesso la causa dei propri comportamenti. Richiede pertanto una comprensione più profonda dei legami, delle relazioni, delle interazioni e dei comportamenti tra gli elementi che caratterizzano l'intero sistema.<sup>5</sup> Il pensiero sistemico costituisce perciò un approccio più olistico a un'analisi che mette a fuoco il comportamento emergente di sistemi complessi. Analizza come le parti che costituiscono un sistema interagiscano e come il sistema lavori nel tempo e nel contesto di sistemi più ampi (sociale, politico, economico) nei quali quello sanitario si annida. Il pensiero sistemico si applica a molti campi per valutare e gestire attività complesse, e permette di capire cosa funziona per chi, fino a che punto, e in quali circostanze. Aiuta anche a prevedere e mitigare possibili conseguenze non volute di specifiche azioni, ed è un modo per vedere il mondo usando la logica generale implicita in varie teorie, quali la teoria generale dei sistemi, la teoria del caos o quella della complessità, con l'aiuto di un'ampia gamma di strumenti e metodi, quali per esempio i modelli dinamici, la concettualizzazione strutturata o l'analisi delle reti sociali, la scelta dei quali dipenderà in larga parte dalle domande, dal contesto e dalle competenze disponibili.<sup>8</sup>

Il pensiero sistemico è stato applicato raramente ai sistemi sanitari. Ciò è in parte dovuto alla mancanza di metodi pratici e guide facilmente applicabili, per la valutazione della performance dei sistemi di salute in generale e delle attività di salute pubblica in particolare. L'uso del pensiero sistemico consentirebbe valutazioni più robuste, superando gli approcci attuali focalizzati in genere solo su una o poche dimensioni, quali l'impatto sulla salute o il rapporto costo/efficacia, e permetterebbe di considerare effetti sistematici. Questi metodi possono essere distinti tra quelli che tendono a descrivere situazioni e quelli che mirano ad analizzarle. Questi ultimi includono l'applicazione in ambito sanitario di strumenti quali: la mappatura dei circuiti causali per esplorare le relazioni non lineari; la dinamica dei sistemi per cercare di scoprire le conseguenze delle relazioni non lineari; l'analisi delle reti sociali per mappare la natura delle relazioni tra i diversi attori; la mappatura dei risultati per cercare di conoscere come gli interventi contribuiscano a determinarli eccetera. Gli altri metodi, più rilevanti per operatori e policy maker, sono più a fini gestionali e comprendono: la pianificazione per presupposti; l'inquadramento e l'analisi delle reti per distinguere situazioni semplici, complicate, complesse e caotiche; il focus sulle so-

luzioni per raggiungere una situazione ideale, eccetera.<sup>9</sup> Molte delle recenti tendenze che caratterizzano la salute globale richiedono approcci maggiormente in grado di affrontare la complessità.

### *1. Cambiamenti nella salute globale e nella governance dei sistemi sanitari*

L'attuale architettura della salute globale è molto più complessa di quanto fosse fino a pochi anni fa. L'aumento del volume degli aiuti allo sviluppo per la salute dell'ultimo decennio, prima dell'attuale crisi economica e finanziaria, è stato accompagnato da una proliferazione di iniziative globali, nuovi attori e nuove modalità che hanno reso progressivamente più complessi i meccanismi di governance e le corrispondenti strutture gestionali. Definire le politiche sanitarie non è più compito esclusivo dei governi nazionali, dipende sempre meno dai governi dei Paesi ad alto reddito e dalle poche agenzie internazionali, tra le quali l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Ora ci sono molti altri importanti attori, tra cui donatori emergenti, come le fondazioni filantropiche, altri enti che intermediano i finanziamenti, come il *Global Fund to fight HIV/Aids, Tuberculosis and Malaria* (GFATM) e la *Global Alliance on Vaccines and Immunization* (GAVI Alliance), altre grandi iniziative di salute globale, le partnership pubblico/privato per malattie specifiche o meno che spesso competono con programmi pre-esistenti. Inoltre, Paesi emergenti come il Brasile, la Russia, l'India e la Cina, ma anche il Messico e il Sudafrica, assumono crescente importanza e presentano nuove opportunità e sfide per la salute globale. L'intensificarsi della globalizzazione richiede maggiore coordinamento e regolazione per gestire i numerosi rischi globali, non solo inerenti la diffusione delle malattie infettive, ma anche gli stili di vita che influenzano la salute, i consumi non sanitari e le politiche o ideologie sulle quali sono basati. La mobilità di pazienti e operatori sanitari ha reso più complicate le regolamentazioni nazionali, mentre prodotti e servizi sanitari sono ora commerciati con maggiore intensità attraverso i canali commerciali tradizionali e via internet.

Gli attori che governano i sistemi sanitari nazionali comprendono: a) attori pubblici, dai politici ai policy maker ai funzionari governativi, dentro e fuori il settore sanitario, come per esempio le commissioni parlamentari, le agenzie regolatorie, i ministeri delle finanze, eccetera; b) gli operatori sanitari pubblici e privati, comprese le organizzazioni che sostengono la fornitura di servizi, come le assicurazioni, l'industria farmaceutica, i produttori di attrezzature e i fornitori; c) gli utenti dei

servizi e il pubblico in generale. Questi attori hanno spazi e gradi di potere diversi e la governance complessiva del sistema è il risultato della struttura del potere, di come è distribuito e del modo in cui è usato per stabilire le regole. Oltre a ciò, nei cosiddetti Paesi in via di sviluppo, ci sono altri importanti attori che influenzano la governance dei sistemi sanitari: i programmi di cooperazione bilaterali e multilaterali, le partnership pubblico-privato, oltre a tutti gli attori privati, dalle multinazionali alle organizzazioni non-profit.

## *2. Determinanti sociali della salute e benessere*

Negli ultimi decenni è emersa in modo evidente l'importanza per la salute delle condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano. Questi determinanti sociali di salute, che dipendono da come le società sono strutturate e da come si distribuiscono risorse e potere, influenzano non solo i risultati complessivi di salute, ma anche, ed è l'aspetto più importante, il modo in cui la salute si distribuisce nei diversi gruppi di popolazione. Ciò richiede un approccio più ampio alla protezione della salute, un coordinamento delle politiche sanitarie con quelle di altri settori, quali il lavoro, l'abitazione, l'ambiente e, più in generale, tutte le politiche di protezione sociale. C'è perciò bisogno di istituzioni capaci di sviluppare e mettere in atto politiche e strategie multisettoriali. In molti Paesi, i ministeri della salute sono deboli e non lavorano di concerto con altri ministeri; sono incapaci di esercitare un ruolo di leadership nel promuovere approcci generalizzati di protezione e sostegno della salute. Inoltre, nelle società moderne, salute e benessere coincidono sempre di più, aumentando la pressione sui sistemi sanitari perché rispondano alle aumentate aspettative dei cittadini. Anche i recenti cambiamenti nel peso globale delle malattie richiedono strategie coordinate. Per esempio, gli incidenti stradali sono diventati la seconda causa di morte negli uomini, al pari dell'AIDS con il 10,7 per cento del totale, e alcuni fattori di rischio, come l'inattività fisica e la dieta inappropriata (poca frutta, troppo sale) sono responsabili del 10 per cento del totale di anni di vita senza disabilità persi. Il consumo di tabacco, alcol, la salute mentale, il dolore e i traumi salgono in proporzione in questa speciale classifica, assieme al morbo di Alzheimer, all'HIV e ai disastri naturali.<sup>10</sup>

## *3. La necessità di un continuum tra assistenza sanitaria e sociale*

La transizione epidemiologica, con l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili, rende necessaria una maggiore integrazione tra cure

primarie e secondarie e tra cure sanitarie e sociali. I sistemi sanitari stanno sempre più adottando un'ampia varietà di modelli assistenziali miranti a mettere in relazione l'assistenza ospedaliera con quella territoriale post-acuta e di base e a migliorarne la continuità e la qualità. L'adozione di forme di assistenza che facilitino il coordinamento dei servizi ospedalieri con quelli territoriali per i pazienti post-acuti e cronici è una questione di grande rilevanza al giorno d'oggi.<sup>11,12</sup> Si è visto che il raggiungimento di un buon livello di integrazione tra diversi livelli e contesti di assistenza può portare a miglioramenti nella qualità delle cure e nella soddisfazione dei pazienti, ma anche nell'efficienza complessiva del sistema attraverso una riduzione del numero di ricoveri ospedalieri inappropriati e costosi.<sup>13,14</sup>

#### *4. La specializzazione della salute e degli operatori sanitari*

Gli operatori sanitari sono sempre più specializzati. La formazione medica è strutturata per discipline sempre più specialistiche. La formazione tradizionale, per esempio in medicina o epidemiologia, incoraggia a capire i determinanti di salute e il comportamento dei sistemi sanitari in termini riduzionistici, piuttosto che in termini di relazioni tra le diverse parti di un sistema. Questo approccio ha contribuito a fare grandi progressi in medicina e salute pubblica, ma i benefici sono ostacolati dalla complessità dei problemi, dagli insuccessi della formazione e dalle sfide dell'attuazione.<sup>15,16</sup> Un effetto collaterale della specializzazione è la compartimentazione o frammentazione dell'assistenza, con operatori in genere poco inclini a lavorare in équipe multidisciplinari e a favorire l'integrazione della loro specialità con le altre.

#### *5. La natura mista pubblico-privata dei sistemi sanitari*

In molti Paesi, i sistemi sanitari sono in pratica pluralistici, con molti e diversi fornitori pubblici e privati di beni e servizi sanitari.<sup>17,18</sup> Il settore privato include, nei cosiddetti Paesi in via di sviluppo, molti diversi tipi di fornitori di beni e servizi: i moderni operatori e professionisti, i guaritori informali, le ONG e organizzazioni missionarie, le istituzioni for-profit individuali o di gruppo, i fornitori privati di beni e dispositivi della filiera produttiva. In questi Paesi è invece meno frequente, ancorché in aumento, la presenza di operatori finanziari istituzionali come enti assicurativi privati. Nonostante la rilevanza del settore privato, i governi di questi Paesi spesso si concentrano solo sul settore pubblico e non hanno esperienza nel creare o gestire regimi regolatori appropriati a governare il comportamento e la performance dei privati.<sup>17-19</sup>

Nonostante i numerosi esempi di collaborazioni pubblico-privato finalizzate a mettere in atto strategie per aumentare l'accesso all'assistenza sanitaria, come il sistema di voucher per le zanzariere impregnate di insetticida della Tanzania per la prevenzione della malaria, frutto di una partnership tra governo, ONG, produttori e distributori privati,<sup>20-22</sup> le collaborazioni tra i settori pubblico e privato sono ancora limitate.<sup>18</sup> Un settore pubblico forte e capace di gestire i processi di *policy making* in maniera efficace è fondamentale per coinvolgere il settore privato nell'estendere la fornitura di servizi sanitari.<sup>23</sup> Per sfruttare le potenzialità del settore privato è necessaria un'attenta comprensione delle sue caratteristiche, nonché un adeguato quadro di regole nello specifico contesto sociale, economico e culturale di ogni Paese.<sup>24</sup>

### **Il pensiero sistemico per una migliore governance della salute globale**

*Oggi e sempre la gente muore e morirà, e la vita non migliorerà per il modo in cui la salute globale è e sarà governata e attuata.*<sup>25</sup>

La comunità impegnata nel migliorare la salute globale è sempre più cosciente del bisogno di potenziare i sistemi sanitari nei Paesi a medio e basso reddito. Il come farlo è tuttavia controverso. Negli ultimi anni, il GFATM e la GAVI Alliance hanno investito parecchio nel potenziamento dei sistemi sanitari, sebbene con approcci diversi. Ma andando al nocciolo, i loro investimenti continuano a puntare prioritariamente a specifiche malattie o interventi, senza un portafoglio equilibrato di investimenti in interventi articolati su tutte le componenti dei sistemi sanitari.<sup>26</sup> Ironicamente, il successo a breve termine degli interventi contro specifiche malattie ha svelato le inadeguatezze degli approcci adottati per potenziare i sistemi sanitari. E ha reso evidente la necessità di una maggiore comprensione su: a) cosa sono i sistemi sanitari, a cominciare dal riconoscere che sono qualcosa di più dell'assistenza sanitaria, dal considerare la loro natura relazionale, l'ampia gamma di fattori che influenzano la salute e le influenze istituzionali che incorporano; b) come operano i sistemi sanitari, guardando non solo alle loro diverse componenti, ma anche alle relazioni tra le parti, alle retroazioni continue che legano le varie componenti tra loro, e ai processi di apprendimento e adattamento nel tempo. Poiché i sistemi sanitari sono aperti e dinamici, e interagiscono con l'ambiente esterno, è necessario abbandonare un approccio del tipo *command and control* che riflette una prospettiva meccanica.



La governance della salute globale è costituita da una costellazione di portatori d'interessi e di regole interconnesse che formano una rete globale molto complessa. Ma il modo in cui la governance e lo sviluppo della salute globale sono stati trattati negli ultimi anni è stato incline alla retorica sulla necessità di una maggiore titolarità locale, dell'allineamento e dell'armonizzazione delle strategie dei donatori, di risultati misurabili e mutuamente rendicontabili tra donatori e beneficiari, sui principi cioè prima della Dichiarazione di Parigi, e poi dell'Agenda per l'azione di Accra,<sup>d</sup> riaffermati in seguito al 4° Forum di alto livello sull'efficacia degli aiuti della partnership per un'efficace cooperazione allo sviluppo a Busan l'1 dicembre 2011.<sup>e</sup> Questi principi enfatizzano la necessità di un allineamento dei donatori a sostegno dei sistemi sanitari nazionali, ma non offrono nessuna indicazione su come farlo. A un livello più pratico, numerose piattaforme globali stanno ora emergendo per affrontare il potenziamento dei sistemi sanitari in un modo più coerente; per esempio, l'*International Health Partnership*,<sup>f</sup> la Piattaforma per il finanziamento dei sistemi sanitari del GFTAM, della GAVI Alliance e della Banca mondiale.<sup>g</sup>

In tale contesto, si assiste a un aumento dell'interesse per il pensiero sistemico che negli ultimi anni ha attratto l'interesse di studiosi e operatori della salute globale, come dimostrato dall'aumento del suo insegnamento nelle scuole di sanità pubblica e nella trattazione generale sul tema. Molte scuole di sanità pubblica hanno recentemente introdotto il pensiero sistemico nei loro curricula e l'Associazione americana delle scuole di sanità pubblica ha incluso i moduli didattici sullo stesso nel suo piano di studi. Anche l'applicazione del pensiero sistemico nella ricerca sanitaria sta aumentando. Cercando nel database SCOPUS con le parole chiave "*system thinking*" e "*health*" non si rintraccia nessuna pubblicazione fino alla fine degli anni ottanta; durante gli anni novanta sono stati pubblicati pochi articoli l'anno e negli ultimi anni questa tendenza si è consolidata ed è in aumento. Il rapporto "Pensiero sistemico per il rafforzamento dei sistemi sanitari" dell'*Alliance for*

---

<sup>d</sup> La Dichiarazione di Parigi e l'Agenda per l'azione di Accra si fondano su cinque principi che si presuppone possano far aumentare l'efficacia dell'aiuto allo sviluppo: la titolarità dei beneficiari, l'allineamento dei donatori, l'armonizzazione nei Paesi, l'attenzione ai risultati e la mutua rendicontabilità [www.oecd.org/dac/effectiveness/parisdeclarationandaccraagendaforaction.htm](http://www.oecd.org/dac/effectiveness/parisdeclarationandaccraagendaforaction.htm)

<sup>e</sup> [www.oecd.org/dac/effectiveness/fourthhighlevelforumonaideffectiveness.htm](http://www.oecd.org/dac/effectiveness/fourthhighlevelforumonaideffectiveness.htm)

<sup>f</sup> Un gruppo di partner che si dedicano al miglioramento della salute dei cittadini dei cosiddetti Paesi in via di sviluppo [www.internationalhealthpartnership.net/en/](http://www.internationalhealthpartnership.net/en/)

<sup>g</sup> [www.gavialliance.org/support/hsfp/](http://www.gavialliance.org/support/hsfp/)

*Health Policy and Systems Research*”,<sup>5</sup> in soli tre anni è stato citato 126 volte e sono stati pubblicati numerosi articoli.<sup>h</sup>

La necessità di un pensiero sistemico è diventata quindi evidente, è cresciuto l’interesse negli ambiti accademici e sta aumentando il numero di pubblicazioni sulla sua applicazione.<sup>27</sup> Ciononostante, i principali donatori sono sempre alla ricerca di risultati rapidi e adottano ancora una visione settoriale e principalmente di breve termine nelle decisioni sugli investimenti per la salute globale. Un esempio lampante di tale atteggiamento è rappresentato dalla recente esperienza dell’*Affordable Medicine Facility* per la malaria,<sup>i</sup> nel quale le decisioni su investimenti ingenti e a lungo termine sono prese sulla base di valutazioni dell’impatto di studi pilota a breve termine. Un approccio fondato sul pensiero sistemico darebbe più importanza alla dinamica, all’apprendimento e all’adattamento, valuterebbe cioè il probabile impatto su un periodo più lungo prendendo in considerazione il fatto che gli elementi del sistema evolvono continuamente, così come le loro relazioni interne ed esterne.

Il pensiero sistemico aiuta a capire come i cambiamenti globali dentro e fuori dai sistemi sanitari (per esempio, i cambiamenti climatici o nei prezzi dei beni alimentari) potrebbero influenzare la salute umana, favorendo in questo modo azioni più coordinate a livello globale per migliorare la salute. Può anche aiutare a trasformare la governance della salute globale spingendo i donatori a muoversi verso interventi e investimenti più integrati e coordinati. Il rapporto sul pensiero sistemico dell’*Alliance for Health Policy and Systems Research* invocava sforzi per accelerarne l’applicazione nei sistemi sanitari:<sup>5</sup> una *task force* globale, una rete o una comunità di praticanti, attività di formazione per la gestione dei sistemi sanitari, lo sviluppo di metodi e strumenti specificamente adatti alla sanità, maggiori investimenti in interventi sui sistemi sanitari disegnati e valutati in base alle linee proposte dal rapporto. Una comunità di praticanti sta già emergendo, ma sono pochi gli investimenti resi disponibili per sostenere l’attuazione di queste raccomandazioni. A livello globale vi è perciò bisogno di maggiore leadership per sostenere l’uso del pensiero sistemico in sanità. Tra le agenzie internazionali, l’OMS è quella meglio attrezzata per avocare a sé questa sfida e riconoscere la natura globale dei più importanti de-

---

<sup>h</sup> Google scholar, 12 febbraio 2013

<sup>i</sup> Un meccanismo finanziario creato per cercare di aumentare l’accesso ai trattamenti più efficaci per la malaria [www.theglobalfund.org/en/amfm/](http://www.theglobalfund.org/en/amfm/)

terminanti della salute. Per fare ciò sarà necessario trasformare la cultura dell'OMS, sostenendo una nuova governance della salute globale mirata ai sistemi sanitari e alla salute pubblica piuttosto che alle malattie e agli interventi sanitari.

### **Riferimenti bibliografici**

1. WHO Department of Health System Financing. Achieving Universal Health Coverage: developing the health financing system. WHO, Geneva, 2005
2. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. WHO, Geneva, 2007
3. World Health Organization. World Health Report 2010. Health systems financing. The path to universal health coverage. WHO, Geneva, 2010
4. Frenk J. The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress. *PLoS Med* 2010;7:e1000089. doi:10.1371/journal.pmed.1000089
5. de Savigny D, Adams T. System thinking for health systems strengthening. WHO Alliance for Health Policy and Systems Research, Geneva, 2009
6. Fattore G, Tediosi F. The importance of values in shaping how health systems governance and management can support universal health coverage. *Value in Health* 2013;16(1 Suppl):S19-23
7. Gilson L. Health policy and systems research: a methodological reader. WHO Alliance for Health Policy and Systems Research, Geneva, 2012 [www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr\\_reader.pdf](http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_reader.pdf)
8. Best A, Clark PI, Leischow SJ et al. Greater than the sum: systems thinking in tobacco control. Tobacco Control Monograph No. 18. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute. NIH Pub. No. 06-6085, Bethesda, MD, April 2007 [http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/18/m18\\_complete.pdf](http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/18/m18_complete.pdf)
9. Williams B, Hummelbrunner R. Systems concepts in action: a practitioner's toolkit. Stanford University Press, Stanford, CA, 2009
10. Murray CJ, Vos t, Lozano R et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2197-223
11. Cotter JJ, Smith WR, Boling PA. Transitions of care: the next major quality improvement challenge. *Br J Clin Governance* 2002;7:198-205
12. Hofmarcher M, Oxley H, Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination. OECD Health Working Paper n. 30, Paris, 2007
13. Hearld LR, Alexander JA. Patient-centered care and emergency department utilization: a path analysis of the mediating effects of care coordination and delays in care. *Medical Care Research and Review* 2013;69:560-80
14. Olden P, Hoffman KE. Hospitals' health promotion services in their com-

- munities: findings from a literature review. *Health Care Management Review* 2011;36:104-13
15. Adam T, Hsu J, de Savigny D et al. Evaluating health systems strengthening interventions in low-income and middle-income countries: are we asking the right questions? *Health Policy Plan* 2012;Suppl 4:9-19
  16. Sterman JD. Learning from evidence in a complex world. *Am J Public Health* 2006;96:505-14
  17. Bloom G, Standing H. Pluralism and marketisation in the health sector: meeting health needs in context of social change in low and middle income countries. IDS Working Paper n. 136, Institute of Development Studies, Brighton, 2001
  18. Lagomarsino G, Nachuk S, Kundra SS. Public stewardship of private providers in mixed health systems. Results for Development Institute, Washington DC, 2009
  19. Siddiqui ST, Nishtar S, Peters D et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. *Health Policy* 2009;90:13-25
  20. de Savigny D, Webster J, Agyepong IA et al. Introducing vouchers for malaria prevention in Ghana and Tanzania: context and adoption of innovation in health systems. *Health Policy Plan* 2012;27 Suppl 4:iv9-19
  21. Hanson K, Gilson L, Goodman C et al. Is private health care the answer to the health problems of the world's poor? *PLoS Med* 2008;5:e233
  22. Mulligan JA, Yukich J, Hanson K. Costs and effects of the Tanzanian national voucher scheme for insecticide-treated nets. *Malaria Journal* 2008;7:32
  23. Patouillard E, Goodman C, Hanson K et al. Can working with the private for-profit sector improve utilization of quality health services by the poor? A systematic review of the literature. *Int J Equity Health* 2007;6:17
  24. Fattore G, Tediosi F. Attaining universal health coverage: the role of governance and management. In Missoni E (Editor): *Attaining universal health coverage: a research initiative to support evidence-based advocacy and policy-making*. Bocconi University, Milan, 2010
  25. Dybul M, Piot P, Frenk J. Reshaping global health. *Policy Review* 2012;173
  26. World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *Lancet* 2009;373:2137-69
  27. Adam T, de Savigny D. Systems thinking for health systems strengthening in LMICs: seizing the opportunity. *Health Policy Plan* 2012;27(Suppl 4):1-66