



PERSONALE
SANITARIO
PER TUTTI
E TUTTI PER IL
PERSONALE
SANITARIO



CHI SIAMO

AMREF

AMREF, African Medical and Research Foundation, è una tra le principali organizzazioni sanitarie no profit del continente africano. Nata a Nairobi nel 1957 per iniziativa di tre chirurghi ricostruttivi, ha guadagnato una reputazione continentale e internazionale nella fornitura e gestione di programmi sanitari efficaci e nello sviluppo di modelli innovativi per l'erogazione di cure sanitarie in Africa. Nel 2005 è stata la prima organizzazione africana insignita del Gates Award per la Salute Globale, nel riconoscimento del suo contributo straordinario al miglioramento della salute nelle comunità più povere dell'Africa.

AMREF è un'organizzazione africana. La sede centrale è a Nairobi, Kenya, ed ha programmi-paese ampi, multisettoriali e complessi che toccano l'Etiopia, il Kenya, il Sud Africa, il Sud Sudan, la Tanzania e l'Uganda. Conta su un personale di oltre 800 persone che, per il 97%, sono pro-

fessionisti africani del settore sanitario e dello sviluppo. AMREF pone al centro delle proprie attività le donne e i bambini e concentra il proprio impegno nelle comunità più emarginate e povere, nelle aree remote e nelle periferie urbane. AMREF costruisce partenariati efficaci con i governi, le comunità e il settore privato in Africa.

I sistemi sanitari africani sono sottoposti a molteplici pressioni: pandemie apparentemente incontrollabili, insufficienza di risorse umane, inefficienze organizzative, finanziamenti carenti e uno scarso coinvolgimento delle comunità, a partire dalla progettazione e implementazione fino alla valutazione dei servizi. AMREF lavora per colmare la distanza esistente tra le comunità e i servizi sanitari, rafforzando i sistemi sanitari africani nelle aree periferiche, formando e aggiornando gli operatori e rafforzando i sistemi informativi per la salute. All'interno del-

le comunità AMREF promuove lo sviluppo di legami forti tra la comunità e il sistema sanitario formale: forma e rinnova le competenze delle strutture comunitarie - inclusi le organizzazioni e il personale sanitario di comunità - nel promuovere la salute, diffondere la consapevolezza del diritto ad essa e gestire servizi sanitari di comunità.

AMREF è una "learning organisation" impegnata nello sviluppo e nella sperimentazione di modelli innovativi di rafforzamento dei sistemi sanitari e di fornitura di servizi al fine di garantire sistemi sanitari capaci di rispondere ai bisogni delle comunità più povere ed emarginate.

Il network internazionale di AMREF è composto da 12 sedi in Europa, Stati Uniti e Canada. AMREF Italia ha una sede centrale a Roma e una sede regionale a Milano.

SOMMARIO

INTRODUZIONE

La Ricerca
La Struttura
La Metodologia
Raccomandazioni generali

PRIMA PARTE

La salute globale nell’Agenda Internazionale per lo Sviluppo
La crisi del personale sanitario a livello globale
La risposta della comunità internazionale
Il “sistema Italia” di Cooperazione in Sanità

SECONDA PARTE

Il Governo italiano: il Ministero degli Affari Esteri e il Ministero dell’Economia e delle Finanze
Raccomandazioni al Governo italiano
L’Istituto Superiore di Sanità (ISS)
Raccomandazioni all’Istituto Superiore di Sanità
Due regioni italiane: la Regione Lombardia e la Regione Toscana
Raccomandazioni alle Regioni
Le organizzazioni non governative italiane (ONG)
Raccomandazioni alle organizzazioni non governative
Le Fondazioni
Raccomandazioni alle Fondazioni
Le professioni sanitarie italiane
Raccomandazioni alle professioni sanitarie italiane

TERZA PARTE

Le migrazioni internazionali di personale sanitario
Raccomandazioni alle autorità sanitarie nazionali e regionali italiane e a IPASVI

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

ACRONIMI E ABBREVIAZIONI

BIBLIOGRAFIA

GUIDA AGLI ALLEGATI

ALLEGATI

*“Personale sanitario per tutti e
tutti per il personale sanitario”*

Dichiarazione e Agenda d’Azione Globale di Kampala

INTRODUZIONE

LA RICERCA

Le risorse umane rappresentano il cardine di ogni sistema sanitario. Nessun sistema sanitario, infatti, può funzionare senza un numero sufficiente di medici, infermieri, ostetriche e di personale sanitario di comunità motivati e preparati. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2006 ha stimato che, nel mondo, mancano all'appello circa 4,3 milioni di medici, infermieri e operatori sanitari. La situazione è particolarmente critica nell'Africa sub-sahariana che sostiene il peso del 24% delle malattie globali, ma ha solo il 3% del personale sanitario mondiale, pagato con meno dell'1% del budget globale per la salute.

La scarsità di personale sanitario qualificato è oggi riconosciuta dalla comunità internazionale come uno dei maggiori ostacoli al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute, che fissano impegni precisi per i paesi del Nord e del Sud del mondo nella riduzione della mortalità infantile, nel miglioramento della salute materna e nella lotta alle pandemie: si prevede infatti che molti paesi non raggiungeranno gli Obiettivi del Millennio in assenza di un numero sufficiente di operatori sanitari adeguatamente formati, opportunamente retribuiti e ben distribuiti sul territorio.

Nel riconoscimento che gli Obiettivi del Millennio impegnano dunque anche l'Italia - in quanto paese donatore - nella risoluzione della crisi del personale sanitario, AMREF Italia ha realizzato, attraverso questa ricerca pilota, una mappatura dell'impegno dei diversi soggetti italiani di cooperazione internazionale in quest'area. L'esercizio non ha la pretesa di riflettere in maniera esaustiva l'impegno di tutti i soggetti di cooperazione ma, attraverso la descrizione di una serie di esperienze diverse e significative, di identificare peculiarità e tendenze proprie dei rispettivi interventi.

Ci auguriamo che le analisi, gli elementi di criticità individuati e le raccomandazioni finali possano fornire spunto per ulteriori approfondimenti; che possano

inoltre offrire indicazioni utili ad individuare possibili sinergie e aree di coordinamento per il "sistema Italia" nel suo complesso, anche in vista del secondo Forum Globale sul Personale Sanitario (Second Global Forum on Human Resources for Health) che si terrà in Thailandia a gennaio 2011, al quale - ci auguriamo - l'Italia prenderà parte attiva.

LA STRUTTURA

Il rapporto si suddivide in quattro parti principali. La prima parte fornisce le informazioni di contesto utili alla lettura dei dati che seguiranno nelle parti successive, collocando la crisi del personale sanitario nel quadro dell'agenda internazionale per lo sviluppo e identificando le risposte provenienti dalla comunità internazionale: particolare attenzione verrà prestata alla Dichiarazione e all'Agenda di Azione Globale di Kampala del 2008, che sarà peraltro il riferimento di policy utilizzato per strutturare il presente rapporto. Sempre in questa sezione, inoltre, verrà presentato il cosiddetto "sistema Italia" di cooperazione internazionale in campo sanitario, introducendone i principali attori, che saranno in seguito oggetto dell'esercizio di mappatura qui proposto. La seconda parte del rapporto presenta i dati raccolti nel corso della mappatura, analizzando l'impegno di diversi soggetti italiani di cooperazione sanitaria nell'ambito specifico del rafforzamento del personale sanitario nei paesi a risorse limitate, a partire dal 2008: tra essi il Ministero degli Affari Esteri e il Ministero dell'Economia e delle Finanze, l'Istituto Superiore di Sanità, due regioni - Toscana e Lombardia - alcune ONG, una fondazione privata e due ordini delle professioni sanitarie italiane. L'impegno di questi soggetti viene esaminato sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, prendendo cioè in esame non solo l'ammontare dei fondi stanziati, ma anche le policies e le strategie adottate, che vengono analizzate attraverso la lente dei principi espressi dalla Dichiarazione e Agenda d'Azione Globale di Kampala.

La terza parte è dedicata al tema della migrazione di personale medico e infermieristico qualificato dal Sud al Nord del

mondo: essendo la responsabilità di questo fenomeno ascrivibile almeno in parte a soggetti e a dinamiche esterni al mondo della cooperazione internazionale in sanità, si è scelto di trattarlo in una sezione separata del rapporto.

L'ultima parte presenta le raccomandazioni elaborate sulla base delle analisi contenute nelle precedenti sezioni ed invita gli attori del "sistema Italia" ad una riflessione complessiva sulle strategie e sulle politiche adottate - oltre che sulla quantità dei fondi stanziati - nel sostegno al personale sanitario, anche in vista del secondo Forum Globale sul Personale Sanitario.

LA METODOLOGIA

La metodologia utilizzata si è basata sull'invio di richieste di partecipazione all'esercizio di mappatura a quelli che, tra gli attori considerati come rappresentativi del "sistema Italia" di cooperazione internazionale, operano in campo sanitario in Africa sub-sahariana. La scelta di concentrare l'attenzione su quest'area geografica è legata - oltre che all'expertise specifica di AMREF - al fatto che la maggior parte dei paesi che fronteggiano una crisi del personale sanitario si trova oggi concentrata proprio in Africa sub-sahariana¹.

I soggetti interpellati sono dunque stati: il Ministero degli Affari Esteri e il Ministero dell'Economia e delle Finanze, l'Istituto Superiore di Sanità, due regioni - Toscana e Lombardia - 16 ONG a vocazione sanitaria, 5 fondazioni private e i tre ordini delle professioni sanitarie italiane.

Non tutti gli attori interpellati hanno potuto partecipare alla ricerca, per diverse ragioni. A quelli che hanno accettato di partecipare all'esercizio, sono stati inviati una matrice e un questionario per la raccolta dei dati quantitativi e qualitativi che riportiamo, rispettivamente, negli allegati A e B. In alcuni casi l'invio degli strumenti di raccolta delle informazioni

è stato preceduto da colloqui ed interviste; in altri casi sono stati condotti solo colloqui informali ed interviste. Ci si è avvalsi inoltre della posta elettronica, soprattutto per interpellare attori internazionali o esperti tecnici su temi specifici.

Le categorie di analisi sulle quali ci si è basati nello strutturare il questionario qualitativo sono state le sei strategie prioritarie indicate dall'Agenda d'Azione Globale di Kampala², che sono state calate nel contesto italiano e girate in forma di domanda. Al fine di permettere l'estrapolazione dei dati, le matrici quantitative hanno invece indagato solo le aree dell'Agenda d'Azione di Kampala che si poteva ragionevolmente aspettare che trovassero riscontro in una linea di budget dedicata in un progetto di cooperazione sanitaria, ossia:

1. Formazione personale sanitario, suddivisa in a) iniziale o pre-service, ossia quella che ha luogo prima di prendere

servizio; b) continua o in-service, ossia quella che avviene durante il periodo di servizio;

2. Trattenimento in servizio (traduzione dell'inglese retention) del personale sanitario, attraverso due modalità: i) sostegno al salario; ii) incentivi di natura non

3. Altre potenziali attività

Al fine di facilitare la lettura del rapporto, si è scelto di riportare il dettaglio dei dati quantitativi raccolti negli allegati, includendo invece nella parte narrativa solo alcuni dati sintetici.



RACCOMANDAZIONI

AI SOGGETTI ITALIANI IMPEGNATI NEL RAFFORZAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO

Sulla base dei dati e delle informazioni raccolte, presentiamo qui di seguito le raccomandazioni finali del presente rapporto indirizzate non solo agli attori - governativi e non governativi - che hanno partecipato a questa mappatura, ma a tutti i soggetti che in Italia operano nel settore della cooperazione internazionale in ambito sanitario. AMREF ritiene che sia necessario che questi attori si impegnino nel:

1. FORNIRE LEADERSHIP

Dare visibilità - a livello italiano ed internazionale - alla crisi del personale sanitario e condividere l'urgenza di eliminare gli ostacoli che impediscono il suo superamento, anche promuovendo i principi espressi nella Dichiarazione e dall'Agenda di Azione Globale di Kampala. Sostenere, in quest'ottica, lo sviluppo e l'attuazione di

un piano per il personale sanitario all'interno di ogni partenariato o iniziativa che intenda rafforzare i sistemi sanitari e raggiungere gli Obiettivi del Millennio relativi alla salute.

2. PUNTARE AD UN NUOVO OBIETTIVO GLOBALE RELATIVO AL PERSONALE SANITARIO

Sostenere politicamente e finanziariamente il nuovo obiettivo globale che prevede la formazione, assunzione e gestione di almeno 3,5 milioni di nuovi operatori sanitari entro il 2015 nei paesi che fronteggiano una crisi del personale sanitario; sostenere l'adozione di tale obiettivo da parte del secondo Forum Globale per il Personale Sanitario di Bangkok.

3. AUMENTARE LA QUANTITÀ E LA QUALITÀ DEI FINANZIAMENTI DESTINATI AL PERSONALE SANITARIO

Aumentare la quantità dei fondi a disposizione del rafforzamento dei sistemi sanitari e in particolare del personale sanitario. In

salariale.

² Riportate nella prima parte del presente rapporto.

¹ Dei 57 paesi identificati come « in crisi », 36 sono africani. World Health Organization, The World Health Report, Working Together for Health, Geneva 2006.

questo quadro, assicurare che almeno il 25% di ogni finanziamento italiano per la salute globale sia impegnato per sostenere il personale sanitario, in applicazione della raccomandazione contenuta nel Rapporto dell'OMS *“Working Together for Health”* del 2006¹. I finanziamenti, inoltre, dovranno essere puntuali, prevedibili, armonizzati e allineati con le priorità nazionali. Dovranno, soprattutto, avere una durata temporale pluriennale in considerazione del fatto che quest'area - e in particolare la formazione *pre-service* - necessita per propria natura di investimenti prevedibili e di lungo periodo.

4. MIGLIORARE LA TRACCIABILITA' GLI IMPEGNI SUL PERSONALE SANITARIO

Promuovere la trasparenza dell'impegno di ciascun soggetto garantendo la disponibilità di dettagli chiari sugli attuali e futuri impegni di spesa relativi al rafforzamento del personale sanitario, e su ciò che attraverso tali impegni si intende attuare. Per fare ciò, è utile che le linee di budget destinate al personale sanitario siano chiaramente identificabili e i risultati attesi da questi investimenti chiaramente definiti; è necessario soprattutto che tutti i soggetti italiani di cooperazione internazionale migliorino le proprie banche dati, rendendo possibile la disaggregazione degli impegni finanziari anche per area tematica - inclusa l'area tematica del personale sanitario.

5. GARANTIRE LA CENTRALITA' DEI PIANI NAZIONALI PER IL RAFFORZAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO

Integrare qualsiasi iniziativa internazionale a sostegno degli operatori sanitari all'interno dei piani nazionali per il rafforzamento del personale sanitario, in modo da garantire la titolarità del paese partner nel guidare gli interventi in quest'ambito. Fornire inoltre sostegno tecnico e finanziario per garantire che i paesi partner che ancora non ne sono dotati possano sviluppare ed attuare piani di qualità, fondati su dati di evidenza, finanziariamente quantificati e opportunamente finanziati, concentrando inizialmente gli sforzi sui paesi e le popolazioni maggiormente impoveriti.

6. DARE PRIORITA' AL SOSTEGNO DEL PERSONALE SANITARIO DI LIVELLO INTERMEDIO E DI COMUNITA'

Assegnare priorità alla formazione e al trattenimento in servizio di personale sanitario di livello intermedio e di comunità, ove previsto dalla pianificazione del paese partner. Tale personale ha infatti un ruolo centrale nel quadro di un processo di *task-shifting* attraverso il quale determinate mansioni vengono affidate, ove appropriato, a operatori sanitari meno specializzati. Ciò permette - in presenza di un sistema di sostegno e supervisione adeguato - di migliorare la copertura dei servizi grazie ad un uso più efficiente degli operatori disponibili e di portare i servizi di sanità di base più vicino alle comunità.

7. DARE PRIORITA' ALLA FORMAZIONE INIZIALE O *PRE-SERVICE*

¹ Tale raccomandazione prevede che - nell'ambito dei flussi mondiali di aiuti destinati alla salute - il 50% sia utilizzato per il rafforzamento dei sistemi sanitari e un ulteriore 50% di quest'ultimo, ossia il 25% del totale, sia destinato ad affrontare la crisi del personale sanitario.

Re-orientare le attività di formazione dei soggetti italiani di cooperazione internazionale verso la formazione iniziale o *pre-service*, ove previsto dalla pianificazione del paese partner; essa deve divenire il focus principale in quest'ambito, avvalendosi anche di metodologie innovative. Una parte significativa della formazione che oggi viene fornita *in-service* può essere incorporata nei programmi formativi *pre-service*, in modo che in futuro le attività di formazione allontanino meno frequentemente il personale sanitario dal proprio lavoro quotidiano.

8. SOSTENERE LE POLITICHE DI *RETENTION*, ANCHE ATTRAVERSO UN'ANALISI DELLE POLITICHE RETRIBUTIVE IN LOCO DEI SOGGETTI ITALIANI

Rispondere alle politiche nazionali di *retention* e di equa distribuzione del personale sanitario locale attraverso finanziamenti internazionali prevedibili e di lungo periodo. Assicurare inoltre che le politiche di assunzione di personale sanitario locale da parte dei soggetti di cooperazione italiani siano fondate su valori etici condivisi e non provochino migrazioni interne o squilibri nel mercato del lavoro locale: in quest'ottica, è necessario che i soggetti italiani armonizzino le proprie politiche retributive rispetto a quelle dei servizi sanitari pubblici dei paesi partner e condividano informazioni in modo trasparente sul modo in cui la loro programmazione e presenza incide sulle migrazioni interne di personale sanitario.

9. SOSTENERE L'APPLICAZIONE DEL CODICE DI CONDOTTA PER IL RECLUTAMENTO INTERNAZIONALE DI PERSONALE SANITARIO DELL'OMS
Sostenere e dare diffusione ai principi espressi nel Codice di Condotta dell'OMS attraverso meccanismi di trasparenza e tracciabilità delle informazioni, contribuendo in particolare a: migliorare il monitoraggio delle migrazioni di personale sanitario straniero verso l'Italia, riportando i risultati periodicamente in sede OMS; arrestare le pratiche di reclutamento attivo di personale sanitario proveniente da paesi colpiti da crisi del personale sanitario; sostenere i paesi nei quali la crisi del personale sanitario è più acuta con interventi di cooperazione internazionale.

10. CREARE SINERGIE ALL'INTERNO DEL « SISTEMA ITALIA » E A LIVELLO INTERNAZIONALE

Anche sulla scorta delle analisi dei punti di forza e di debolezza di ciascun soggetto identificati dalla presente ricerca, creare sinergie con altri attori del « sistema Italia » impegnati nel rafforzamento del personale sanitario. I diversi soggetti italiani di cooperazione sanitaria possono ad esempio concentrare geograficamente gli interventi, a partire dai paesi che affrontano una più forte crisi del personale sanitario; prendere impegni concreti ed espliciti in aree precise, evitando in questo modo sovrapposizioni o la frammentazione degli interventi; aumentare la condivisione di buone pratiche, anche attraverso un forum tematico annuale. La partecipazione al secondo Forum Globale per il Personale Sanitario di Bangkok può offrire inoltre ai soggetti italiani un'occasione di esposizione al dibattito internazionale e di costruzione di meccanismi di mutua *accountability*, nel riconoscimento che la crisi del personale sanitario è una responsabilità condivisa a livello globale.

“Ogni persona, in ogni paese, deve poter avere accesso ad un operatore sanitario qualificato, motivato e sostenuto, che opera all'interno di un sistema sanitario solido”

Dichiarazione e Agenda d'Azione Globale di Kampala

PRIMA PARTE

LA CRISI DEL PERSONALE SANITARIO A LIVELLO GLOBALE

LA SALUTE GLOBALE NELL'AGENDA INTERNAZIONALE PER LO SVILUPPO

Nell'ultimo decennio la salute ha acquisito un posto centrale nell'agenda internazionale per lo sviluppo. Gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio - che dal 2000 impegnano 189 paesi nel mondo a sradicare la povertà entro il 2015 - identificano ad esempio ben tre obiettivi legati alla salute: la riduzione di due terzi della mortalità infantile; di tre quarti della mortalità materna e l'accesso universale alla salute riproduttiva; l'inversione della diffusione dell'HIV/AIDS e di altre importanti malattie.

Questa rinnovata attenzione per la salute deriva senza dubbio dal crescente riconoscimento che la spesa sanitaria non può essere considerata dai governi unicamente come un problema di spazio fiscale ma costituisce, oltre che uno strumento di attuazione di un diritto umano fondamentale, anche un fattore determinante per la crescita economica di ogni paese.

Il risultato forse più evidente della rinnovata attenzione per la salute globale è stato l'aumento del volume globale dei finanziamenti: mai come negli ultimi anni c'è stato così tanto denaro a disposizione di interventi sanitari nel mondo. Tra il 1990 e il 2007, ad esempio, l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) per la salute a livello mondiale è quadruplicato, passando da 5 a oltre 21 miliardi di dollari¹.

Tra i principali finanziatori di questi flussi di aiuti ci sono senz'altro i paesi appartenenti al Development Assistance Committee (DAC) dell'OCSE², anche se l'APS dei

paesi non appartenenti al DAC risulta in crescita. Contemporaneamente, gli stessi paesi partner hanno preso crescenti impegni nell'area sanitaria: i paesi membri dell'Unione Africana, ad esempio, si sono impegnati nel 2001 a destinare il 15% dei propri budget alla spesa sanitaria³.

Nonostante il moltiplicarsi degli sforzi, tuttavia, persiste oggi un divario profondo tra i livelli di finanziamento esisten-

solo anno 2015⁵. Parte di questo divario è ascrivibile all'inadempienza di alcuni paesi donatori - tra cui spicca l'Italia - rispetto all'impegno assunto nella Dichiarazione del Millennio di raggiungere lo 0,7 % del PIL in aiuto pubblico allo sviluppo⁶.

L'aumento complessivo dei volumi di finanziamenti per la salute globale, inoltre, sembra andare di pari passo anche con un'aumentata complessità dell'ar-



ti e quelli stimati come necessari per raggiungere gli Obiettivi del Millennio: secondo la *High Level Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems*⁴, ad esempio, per raggiungere gli Obiettivi del Millennio saranno necessari 36-45 miliardi di dollari in più per il

chitettura degli aiuti internazionali in ambito sanitario: a fronte di un senso crescente di inadeguatezza del sistema di aiuti tradizionale - incentrato su agenzie bilaterali e organizzazioni internazionali⁷

sia contratti di consulenze.

3 Unione Africana, Dichiarazione di Abuja su HIV/AIDS, tubercolosi e altre malattie infettive correlate, adottata al Vertice dell'Unione Africana su HIV/AIDS, tubercolosi e altre malattie infettive correlate, Abuja, 26-27 Aprile 2001.

4 La Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems è stata lanciata nel settembre del 2008 dal Primo Ministro inglese Gordon Brown e dal Presidente della Banca Mondiale Robert Zoellick per sostenere il rafforzamento dei sistemi sanitari nei 49 paesi più poveri al mondo. Nel maggio 2009 la Taskforce ha elaborato una serie di raccomandazioni che hanno identificato forme innovative di finanziamento per aumentare i fondi nel settore salute e accelerare il raggiungimento degli Obiettivi del Millennio.

5 I costi addizionali necessari per il periodo 2009-15 sono stati stimati invece tra i 112 e i 251 miliardi di dollari. High Level Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, More money for health, and more health for the money, 2009, <http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/Johansbourg/Final%20Taskforce%20Report.pdf>.

6 Tra i 15 paesi europei con l'obbligo di raggiungere l'obiettivo intermedio dello 0.56% del PIL entro il 2010, l'Italia è al quartultimo posto per i progressi fatti tra il 2008 e il 2009: siamo passati dallo 0.22% del PIL del 2008 allo 0.16% del 2009, allontanandoci quindi sempre più dall'obiettivo previsto.

7 Le principali agenzie ONU a vocazione sanitaria che usufruiscono dei finanziamenti per la salute globale sono l'OMS, l'UNICEF, UNAIDS e FNUAP (Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione.). Queste agenzie sono oggi finanziate dai governi e, sempre di più, da contributi volontari di governi e di soggetti privati, che hanno ad esempio superato il 70% del

- rispetto agli obiettivi sanitari posti dalla Dichiarazione del Millennio, sono infatti entrate sulla scena fondazioni filantropiche private - come Bill and Melinda Gates Foundation⁸ - e fondi globali - come il Fondo Globale per la lotta a AIDS, Tubercolosi e Malaria (GFATM)⁹ o la Global Alliance for Vaccines and Immunizations (GAVI)¹⁰; è nato il Segretariato delle Nazioni Unite su HIV/AIDS (UNAIDS) e sono state avviate iniziative specifiche come Roll Back Malaria e Stop TB Partnership. Il risultato è che oggi ci sono più soggetti globali di cooperazione nel settore sanitario che in ogni altro settore, con oltre un centinaio di diversi flussi di aiuto, pubblici e privati. Strumenti di finanziamento che tendono a semplificare tale architettura, come il sostegno diretto al bilancio dei paesi¹¹ o programmi settoriali come il Sector Wide Approach (SWAp)¹² rimangono relativamente poco utilizzati.

Molti dei nuovi soggetti di cooperazione sanitaria sopra citati sono stati efficaci nel mobilitare ingenti risorse, concen-

budget nel caso dell'OMS. Le principali organizzazioni intergovernative che canalizzano APS per la salute sono invece la Banca Mondiale e la Commissione Europea. La Banca Mondiale eroga doni e prestiti, attraverso l'International Development Association (IDA); nel 2006 quelli inerenti alla salute globale sono stati 800 milioni di dollari. La Commissione Europea nel 2006 ha erogato 580 milioni di dollari per i programmi relativi a salute e popolazione.

8 La Bill & Melinda Gates Foundation nel 2008 ha investito nel Programma Salute un totale di 1.818.949 dollari, mentre nel 2009 il totale è stato di 1.826.446 dollari.

9 Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: dal 2001 ad oggi il Fondo ha approvato finanziamenti per 19,7 miliardi di dollari. Nell'ultima conferenza di rifinanziamento - che si è tenuta nell'ottobre 2010 a New York - sono stati impegnati 11.7 miliardi di dollari per il periodo 2011-2013.

10 Tra il 1999 e il 2009 GAVI ha mobilitato un totale di 1.768.420.190 miliardi di dollari, di cui 255.988.260 milioni di dollari erogati nel 2009.

11 Con il termine di sostegno al bilancio si fa riferimento a (i) fondi che transitano attraverso il bilancio nazionale e (ii) il rispetto delle priorità e delle procedure nazionali nell'allocazione e nella gestione di tali fondi.

12 Con il termine di Sector-Wide Approach si fa riferimento a meccanismi di coordinamento nei quali il sostegno ad un particolare settore viene ottimizzato attraverso un dialogo politico e il coordinamento degli aiuti destinati ai piani settoriali nazionali. I partner di sviluppo e i paesi destinatari coordinano i propri sforzi in un particolare settore in maniera strutturata, usando diversi strumenti quali progetti, sostegno al bilancio, trust funds o assistenza tecnica.

trando la propria azione a favore della lotta a specifiche patologie (come, appunto, le grandi pandemie di AIDS, tubercolosi e malaria), seguendo cioè un approccio "verticale" alla salute. Permangono, tuttavia, forti disuguaglianze nella salute - in termini di carico di malattia, di bisogni di salute insoddisfatti, di livello di spesa per la salute - non solo a livello globale, ma anche all'interno dei singoli paesi. L'obiettivo dichiarato dei maggiori partenariati globali di semplificare l'accesso all'aiuto e di fornire maggior focus all'azione internazionale - inoltre - sembra essere stato solo parzialmente centrato: il gran numero di donatori - ciascuno con i propri specifici obiettivi - ha condotto infatti ad un sistema di aiuti sanitari globalmente frammentato e complesso, che comporta il rischio di creare linee di finanziamento e servizi per specifiche patologie scarsamente integrati rispetto al resto del sistema sanitario nel quale ambiscono ad inserirsi. Paradossalmente dunque, proprio i partenariati globali hanno contribuito al ripensamento, a livello internazionale, dell'idea che i sistemi sanitari di paesi a risorse limitate possano essere costruiti attorno ad interventi verticali su singole malattie: le barriere all'espansione dei servizi per queste stesse malattie si sono rivelate, al contrario, di natura strutturale, e hanno a che fare con la mancanza di accesso ai farmaci, l'inadeguatezza dei sistemi informativi e, soprattutto, con la scarsità di personale sanitario.

LA CRISI DEL PERSONALE SANITARIO A LIVELLO GLOBALE

Nel 2006 l'OMS ha stimato che ben 57 paesi nel mondo¹³ si trovano a fronteggiare una vera e propria crisi del personale sanitario: a livello globale, questa situazione determina una carenza pari a circa 4,3

milioni di operatori sanitari¹⁴. Più recentemente, nel 2009, l'*High Level Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems*¹⁵ ha concentrato la propria analisi su 49 paesi a basso reddito, stimando che sarà necessario formare e impiegare tra 2,6 e 3,5 milioni di operatori sanitari in più entro il 2015 per poter espandere la copertura dei servizi e raggiungere così gli Obiettivi del Millennio relativi alla salute. Le proiezioni più recenti, inoltre, indicano che per raggiungere questo obiettivo serviranno 40 miliardi di dollari in più da qui al 2015, equivalenti al 24% dell'investimento totale per la salute¹⁶.

La situazione è particolarmente critica nell'Africa sub-sahariana, dove l'OMS ha stimato che il personale sanitario dovrebbe crescere di almeno un milione di unità. Per rendere le proporzioni della crisi, illustrata anche dal grafico 1, possiamo dire che ci sono ad esempio molti più medici in Italia (215.000) che in tutti i paesi africani messi insieme (174.500)¹⁷.

Il messaggio che viene da queste stime è chiaro: dal momento che esiste una correlazione chiara tra la disponibilità di operatori sanitari, la copertura dei servizi sanitari e l'andamento degli indicatori di salute¹⁸, un numero consistente di paesi riuscirà a raggiungere gli Obiettivi del Millennio solo attraverso un'espansione significativa del proprio personale sanitario; ciò passa attraverso la formazione di nuovi operatori, ma anche attraverso il miglioramento delle condizioni di lavoro di quelli già esistenti.

I numeri, infatti, non sono tutto. È infatti fondamentale tenere in considerazione altre dimensioni della crisi in atto, tra cui la capacità dei paesi di prevedere e pianificare le proprie esigenze in termini di personale sanitario; la distribuzione degli operatori, che deve riflettere equa-

14 World Health Organization, The World Health Report, Working Together for Health, Geneva 2006.

15 High Level Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009

16 "Financial Estimates in the Global Strategy for Women's and Children's Health" Background Paper.

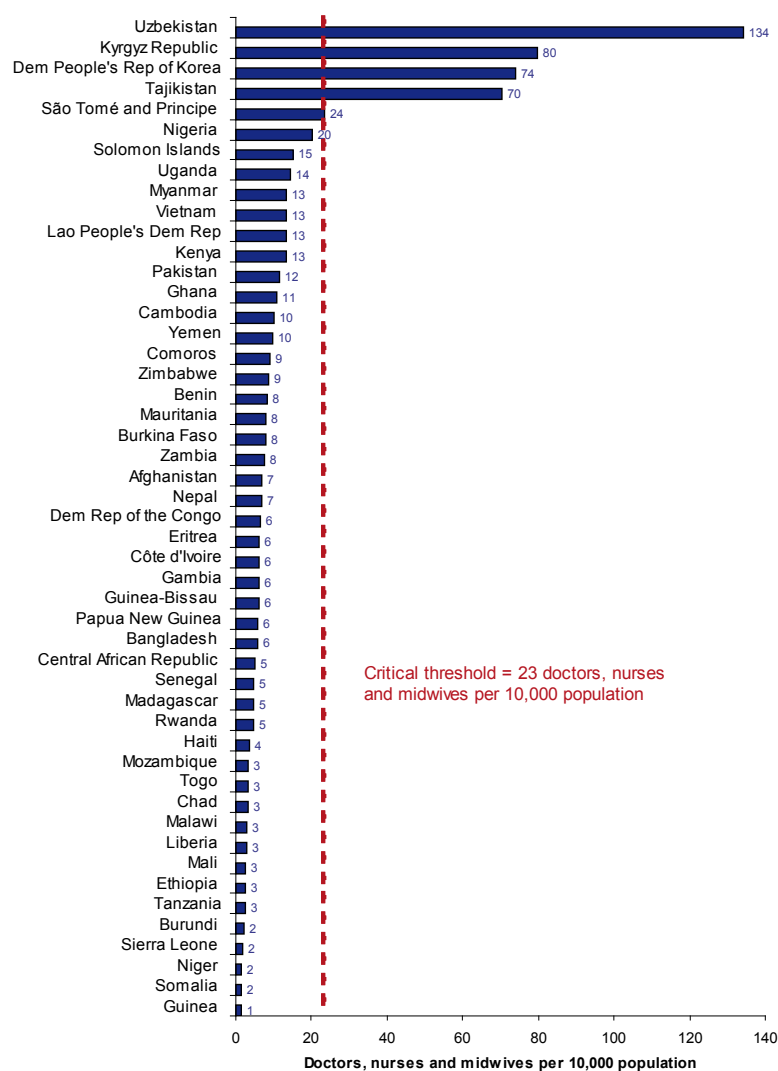
17 World Health Organization, *World Health Statistics*, 2010.

18 Anand S, Barnighausen T, "Health workers and vaccination coverage in developing countries: an econometric analysis." The Lancet, April 14, 2007.

GRAFICO 1



Density of doctors, nurses and midwives in the 49 priority countries



Source: WHO Global Atlas of the Health Workforce

August 2010

mente quella della popolazione, evitando di discriminare le popolazioni che vivono in aree remote o svantaggiate; le competenze del personale sanitario, e l'adeguatezza dei sistemi di formazione; e infine l'ambiente di lavoro e i sistemi di supporto che esso offre agli operatori stessi, quali supervisione, sostegno, disponibilità di farmaci e di altre attrezzature e livelli salariali.

Le radici di una crisi di tale portata vanno senz'altro ricercate in decenni di sottoinvestimento - da parte dei paesi colpiti - in infrastrutture e in risorse umane per la salute, una situazione alimentata anche

dalle restrizioni dello spazio fiscale imposte dalle istituzioni finanziarie internazionali e dalla riluttanza dei donatori a finanziare spese ricorrenti come i salari del personale. Tale sottoinvestimento ha sostenuto sistemi sanitari complessivamente fragili ed iniqui, che offrono in molti casi condizioni di lavoro demotivanti e remunerazioni carenti. I sistemi di formazione degli operatori sanitari sono anch'essi insufficienti e sottofinanziati, in particolare nell'Africa sub-sahariana, dove i due terzi dei paesi hanno solo una scuola di formazione medica e alcuni ne sono del tutto sprovvisti.

La pandemia dell'HIV/AIDS sta inoltre peggiorando ulteriormente la situazione, causando la morte di numerosi operatori sanitari, infettati nello svolgimento del loro lavoro. Alla fine degli anni novanta, ad esempio, il Malawi perdeva a causa del virus un numero pari al 44% delle infermiere formate ogni anno nel paese.

La migrazione di personale sanitario formato in Africa verso l'Europa o il Nord America in cerca di condizioni di lavoro e di vita migliori, infine, aggrava le disparità nella distribuzione del personale sanitario, sulla quale già hanno un impatto negativo le migrazioni interne degli operatori dalle zone rurali a quelle urbane e dal settore pubblico a quello privato o alle ONG.

LA RISPOSTA DELLA COMUNITÀ INTERNAZIONALE

Negli ultimi anni una serie di rapporti internazionali hanno contribuito a definire i contorni della crisi del personale sanitario, portando il tema all'attenzione della comunità internazionale. Tra essi, il Rapporto dell'OMS del 2006 "Working Together for Health" descrive la crisi a livello globale e propone che, nell'ambito dei flussi mondiali di aiuti destinati alla salute, il 50% sia utilizzato per il rafforzamento dei sistemi sanitari e un ulteriore 50% di quest'ultimo sia destinato ad affrontare la crisi del personale sanitario. Anche grazie a questo rapporto, dunque, l'attenzione della comunità internazionale comincia a spostarsi da un approccio alla salute di tipo verticale, di cura delle singole malattie, ad una visione maggiormente sistemica di rafforzamento dei sistemi sanitari, all'interno della quale uno degli elementi portanti è costituito proprio dalle risorse umane.

L'OMS rafforza ulteriormente questa analisi in un rapporto del 2007¹⁹ che, individuando e definendo i sei pilastri su cui si reggono i sistemi sanitari - servizi sanitari; personale sanitario; sistemi informativi per la salute; farmaci, vaccini e altre

¹⁹ World Health Organization, Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes, Geneva, WHO, 2007.

tecnologie; finanziamenti; governance - ribadisce la centralità delle risorse umane, oltre che la loro forte interconnessione con gli altri elementi costitutivi dei sistemi sanitari.

L'analisi proposta da questi ed altri rapporti viene in parte recepita dalla comunità internazionale: nei recenti Summit del G8 di Toyako (Giappone, 2008), L'Aquila (Italia, 2009) e Muskoka (Canada, 2010) è stata reiterata - quanto meno a livello di dichiarazioni - la necessità di moltiplicare gli sforzi per far fronte alla scarsità di personale sanitario, anche incoraggiando l'OMS a sviluppare un codice di condotta capace di regolare il reclutamento internazionale di personale sanitario²⁰.

RIQUADRO 1

L'AGENDA D'AZIONE GLOBALE DI KAMPALA

L'Agenda d'Azione Globale di Kampala prevede la formazione di partenariati a livello globale, regionale, nazionale e locale tra diversi attori e costituenti. Questi partenariati mirano a dare corpo a sei strategie fondamentali ed interconnesse per far fronte alla crisi del personale sanitario¹:

- costruire una *leadership* nazionale e globale coerente capace di fornire solu-

zioni alla crisi;

ne l'adozione da parte della comunità internazionale - nel corso del primo Forum Globale sul Personale Sanitario promosso da *Global Health Workforce Alliance* (GHWA)²² - della Dichiarazione di Kampala e di un'Agenda d'Azione Globale (riquadro 1).

Questi sei principi costituiscono oggi il consensus più ampio sulle direzioni di lavoro in cui i governi nazionali, i soggetti privati, le ONG, il mondo della ricerca e le associazioni professionali stesse nel Nord e nel Sud del mondo devono attivarsi se intendono trovare soluzioni alla crisi del personale sanitario. Questi soggetti sono chiamati dall'Agenda d'Azione di Kampala non solo ad impegnarsi su questo terreno, ma anche a rendere conto reciprocamente del proprio operato.

In questo contesto nasce dunque la scelta del presente rapporto di assumere l'Agenda d'Azione di Kampala come riferimento

- garantire la capacità di rispondere alla crisi sulla base di dati oggettivi e di processi di apprendimento condivisi;
- espandere la formazione degli operatori sanitari;
- trattenere in servizio personale sanitario efficiente, dinamico ed equamente distribuito;
- gestire le pressioni del mercato internazionale del lavoro sul personale sanitario ed il loro impatto sulle migrazioni di quest'ultimo;
- assicurare investimenti nel personale sanitario addizionali e più efficaci.

¹ Il testo completo dell'Agenda d'Azione Globale di Kampala è riportato per intero nell'allegato C.

Una tappa cruciale nell'identificare e promuovere soluzioni sostenibili per la crisi del personale sanitario²¹ è stata infi-

per l'analisi dell'impegno dei diversi soggetti italiani di cooperazione internazionale nell'area del personale sanitario: a gennaio 2011 si terrà infatti a Bangkok,

personale sanitario preparato e motivato all'interno di solidi sistemi sanitari".

²² GHWA è un partenariato tra governi, società civile, organizzazioni internazionali, istituti finanziari, ricercatori, educatori e associazioni professionali ospitato dall'OMS a Ginevra; GHWA nasce con l'obiettivo di portare la crisi del personale sanitario all'attenzione della comunità internazionale e di identificare, sviluppare e promuovere soluzioni appropriate.

in Tailandia, un secondo Forum Globale sul Personale Sanitario, che ha l'obiettivo di analizzare i risultati raggiunti rispetto ai sei principi generali espressi nell'Agenda d'Azione di Kampala e di identificare le sfide future. Il presente rapporto sarà dunque uno strumento per presentare in quell'occasione alla comunità internazionale un quadro indicativo dell'impegno del "sistema Italia" nel rafforzamento del personale sanitario.

IL "SISTEMA ITALIA" DI COOPERAZIONE IN SANITÀ

Per capire come è articolata la risposta dell'Italia - in quanto paese donatore - alla crisi del personale sanitario sopra descritta, è necessario introdurre brevemente l'architettura del sistema italiano di cooperazione in sanità.

L'espressione "sistema Italia" - peraltro frequentemente utilizzata dal Ministero degli Affari Esteri (MAE) stesso²³ - vuole indicare in questo lavoro l'insieme di tutti quegli attori e interventi che si occupano, in questo caso, di salute globale: risulta evidente che, ad oggi, tali attori e i loro interventi non sono in grado di "fare sistema" in modo coerente e strutturato. Vogliamo dunque immaginare qui il "sistema Italia" di cooperazione in sanità non tanto come una situazione acquisita, quanto come un processo in fieri, che necessita di ulteriori ed energici sforzi di individuazione dei ruoli degli attori e di una costruzione più sistematica delle modalità di interazione e di coordinamento, ai fini della ricerca di un assetto più coerente ed efficace delle azioni.

In questo contesto, i soggetti di cooperazione sanitaria che sono stati considerati rilevanti ai fini di questa ricerca includono: il Ministero degli Affari Esteri (MAE), il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), l'Istituto Superiore di Sanità (ISS),

²³ Ad esempio nelle Linee guida della DGCS sulla cooperazione decentrata, Marzo 2010. http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgcs/italiano/LineeGuida/pdf/Linee_guida_Decentrata.pdf



le Regioni, le ONG, le Fondazioni, gli ordini delle professioni sanitarie italiane e le università. Essendo il coinvolgimento di queste ultime nell'ambito del rafforzamento del personale sanitario relativamente recente, tuttavia, ne è stato dato conto trasversalmente, evidenziando i casi di interventi resi possibili grazie al sostegno di università italiane, senza tuttavia dedicare a questi soggetti una sezione specifica.

Il Ministero degli Affari Esteri e il Ministero dell'Economia e delle Finanze

In virtù della legge 49/1987 che regola le attività di cooperazione internazionale, la titolarità dell'azione di coordinamento e di indirizzo delle attività di cooperazione internazionale del Governo italiano appartiene al MAE (attraverso la Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, DGCS). I fondi di cooperazione - inclusi quelli per l'area sanitaria - sono suddivisi invece tra MAE e MEF: il primo si occupa principalmente degli interventi bilaterali²⁴, oltre che del Fondo Globale per la lotta all'AIDS, alla tubercolosi e alla malaria (GFATM); il secondo gestisce i finanziamenti destinati a fondi multilaterali - come il Fondo Europeo di Sviluppo - a meccanismi di finanza inno-

vativa per la salute - come gli Advanced Market Commitments (AMC) e l'International Finance Facility for Immunization (IFFIm) - e alle istituzioni finanziarie internazionali (tra cui la Banca Mondiale e il Fondo Monetario Internazionale), che hanno spesso un impatto rilevante nel finanziamento dei sistemi sanitari nei paesi a risorse limitate.

Complessivamente, in termini quantitativi, la cooperazione internazionale del governo italiano risulta non solo inadempiente rispetto agli impegni assunti in sede internazionale²⁵, ma anche insufficiente a garantire al paese un ruolo politico di rilievo a livello internazionale: a seguito di drastici tagli di bilancio proposti nella Finanziaria 2011, la disponibilità per le attività di cooperazione della DGCS per l'anno prossimo diminuirebbe del 45%, attestandosi a 175 milioni di euro, che al netto di impegni pregressi e delle spese di gestione del MAE scenderebbero sotto i 100 milioni di euro²⁶.

L'APS per la salute non fa eccezione: sul

canale bilaterale nel 2007 venivano impegnati per la salute 111 milioni di dollari, ossia al 17% dell'APS bilaterale²⁷. Nel 2008 si arrivava a 133 milioni di dollari sullo stesso canale, su un totale di impegni in termini di APS per la salute di 645.56 milioni di dollari²⁸. L'Italia rimane ad oggi inadempiente rispetto ai finanziamenti addizionali promessi per il Fondo Globale - che ammontano a 260 milioni di euro più 30 milioni di dollari a fine 2010 - mentre rimane tra i pochissimi paesi donatori che non si sono ad oggi ancora impegnati a rifinanziare questo Fondo per i prossimi tre anni.

Per quanto riguarda gli indirizzi dell'attività di cooperazione sanitaria, la DGCS-MAE ha tradizionalmente promosso - negli interventi bilaterali - un approccio alla salute tendenzialmente "orizzontale" che pone il rafforzamento di sistemi sanitari pubblici fondati su un approccio di sanità di base come preconditione essenziale per migliorare lo stato di salute delle popolazioni, evitando approcci selettivi a singole tematiche o malattie, e mirando invece all'inclusione di strategie e interventi nei piani sanitari nazionali e locali.

Nel 2009, con la formulazione dei Principi guida della cooperazione italiana sulla salute globale, la DGCS ha confermato l'attenzione verso questo tipo di approccio. Il documento, frutto di un'iniziativa congiunta della DGCS e degli Stati Generali per la Solidarietà e la Cooperazione Internazionale, riporta sette principi guida che riguardano: la lotta alla povertà e alle disuguaglianze socioeconomiche; l'accesso universale ed equo ai servizi sanitari; i sistemi sanitari nazionali; la partecipazione delle comunità; la ricerca scientifica e le reti di conoscenza; le emergenze complesse; l'efficacia dell'aiuto allo sviluppo per la salute globale.

Sempre nel 2009 l'Italia presiede il G8 de

L'Aquila e, seppur indebolita per i tagli drastici subiti dalla cooperazione allo sviluppo, rinnova anche in quella sede il proprio impegno in direzione di un approccio integrato alla salute, dell'importanza di sostenere sistemi sanitari nazionali a copertura universale, dell'adesione ai principi della *Primary Health Care* attraverso un coinvolgimento attivo della società civile e di un approccio multisettoriale alla salute che tenga conto dei determinanti sociali di quest'ultima.

Parallelamente, l'Italia è tra i paesi europei che, in percentuale sul totale degli aiuti allo sviluppo, maggiormente utilizza il canale multilaterale: nel 2008, ad esempio, il 59% dell'APS era costituito da aiuti multilaterali. Le organizzazioni multilaterali e i partenariati globali a vocazione sanitaria, come abbiamo visto, hanno teso a favorire un approccio verticale alla salute, legato alla cura di specifiche malattie, come nel caso del Fondo Globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria. L'Italia ha dunque finanziato in maniera rilevante, attraverso il canale multilaterale, interventi di natura verticale, forse più a seguito della scelta di utilizzare questo canale di finanziamento²⁹ che non per una precisa scelta di politica di cooperazione sanitaria, sollevando così una questione di coerenza rispetto agli indirizzi portati avanti a livello bilaterale. Oggi, nel contesto di un riorientamento di molti soggetti multilaterali e partenariati verso una maggiore attenzione all'integrazione dei servizi e al rafforzamento dei sistemi sanitari, tale incoerenza tende a diminuire.

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS)

L'ISS è il principale organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale; come ente pubblico l'ISS coniuga l'attività di ricerca a quella di consulenza, formazione e controllo applicate alla tutela della salute pubblica. Per quanto concer-

ne il settore della formazione l'Istituto progetta, sviluppa e organizza attività di formazione e di aggiornamento in sanità pubblica per le esigenze del Servizio Sanitario Nazionale. Sperimenta e sviluppa metodologie formative innovative, soprattutto nel campo della formazione a distanza. L'offerta formativa dell'Istituto comprende sia moduli rivolti ad operatori nazionali di sanità pubblica sia corsi più articolati rivolti a categorie professionali più ampie, a livello nazionale ed internazionale.

L'ISS svolge diverse attività di cooperazione internazionale³⁰, specialmente nell'ambito della governance sanitaria. In questi casi l'ISS cerca di contribuire alla riforma dei sistemi informativi e di raccolta dei dati sanitari nei paesi partner, al fine di facilitare le autorità locali nel prendere decisioni politiche in base a dati corretti. Inoltre l'ISS promuove l'utilizzo di indicatori che permettono di verificare i risultati ottenuti sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. La formazione svolta dall'ISS in tali paesi è indirizzata ai diversi livelli della gerarchia decisionale, ma generalmente i primi interventi sono rivolti ai livelli di *policy* più elevati del sistema sanitario.

La Cooperazione decentrata

Come si può evincere da analisi recenti³¹ la cooperazione decentrata delle regioni e degli enti locali italiani ha aumentato notevolmente i volumi di aiuti mobilitati negli ultimi anni, pur con modelli normativi ed organizzativi molto differenti a seconda delle regioni di riferimento. Dal 2000 al 2005 i finanziamenti propri delle amministrazioni locali per la cooperazione decentrata sono infatti aumentati da 20 ad oltre 50 milioni di euro.

La cooperazione sanitaria, in particolare,

è considerata uno dei settori di maggiore interesse, al punto che alcune regioni hanno proposto specifiche strategie settoriali e programmi che, pur basandosi solitamente su impegni finanziari biennali, sono molto spesso il frutto del lavoro di anni di cooperazione tra territori. Tutto ciò è in linea con un progressivo aumento di richieste di assistenza sanitaria in seguito ad emergenze internazionali e con il progressivo decentramento delle competenze dallo Stato alle Regioni attraverso la riforma costituzionale del 2001.

Tra le regioni italiane che sono dotate di una cooperazione sanitaria più strutturata sono da menzionare il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana e la Lombardia: queste regioni - a differenza di altre che fanno rientrare la cooperazione sanitaria all'interno della programmazione e dei servizi che si occupano di relazioni internazionali - hanno al contrario affidato responsabilità specifiche in materia a strutture quali la Direzione Sanità e il sistema sanitario del territorio.

Le regioni italiane svolgono cooperazione sanitaria attraverso diverse iniziative e tipologie d'interventi che possono essere raggruppate come segue³²:

- scambio di esperienze attraverso la formazione professionale in materia sanitaria sia in loco sia negli ospedali italiani;
- potenziamento dei servizi degli ospedali locali e sostegno alla loro riorganizzazione gestionale attraverso la forma del gemellaggio tra strutture ospedaliere;
- programmi umanitari che prevedono il ricovero in strutture italiane di cittadini stranieri - prevalentemente in età pediatrica - che non possono essere curati nel loro paese;
- invio di attrezzature sanitarie dismesse;
- messa a disposizione rapida di personale sanitario, di farmaci e di attrezzature per interventi di emergenza internazionale;
- partecipazione, attraverso contributi finanziari, ai programmi dell'OMS,

²⁴ Il MAE gestisce inoltre i contributi volontari alle organizzazioni multilaterali.

²⁵ Nel quadro degli Obiettivi del Millennio l'Italia si è assunta l'impegno di raggiungere lo 0,7% del PIL in Aiuto Pubblico allo Sviluppo. Nel 2009 l'Italia ha stanziato solo un magro 0,16% del PIL. Coordinamento Italiano Network Internazionali (CINI), Dati OCSE 2009: Gli Aiuti dell'UE diminuiscono e la povertà aumenta, 17 aprile 2010.

²⁶ Coordinamento Italiano Network Internazionali (CINI), Presentato il testo della Finanziaria 2011: la cooperazione? Mai così in basso, 19 ottobre 2010.

²⁷ OECD-DAC, Measuring Aid to Health, November 2009, www.oecd.org/dac/stats/health

²⁸ "Promoting Global Health". L'Aquila G8 Health Experts' Report and Accountability Exercise, G8 Summit 2009, versione aggiornata, <http://www.g8italia2009.it>.

²⁹ La scelta di utilizzare il canale multilaterale potrebbe essere legata al fatto che comprimere questi finanziamenti implica un costo politico a livello internazionale valutato come maggiore rispetto a quello legato alla diminuzione dei finanziamenti a disposizione del canale bilaterale.

³⁰ Informazioni tratte da: Centro Studi di Politica Internazionale e Osservatorio Interregionale Cooperazione Sviluppo, Indagine sulla cooperazione sanitaria internazionale delle Regioni italiane, Working Papers 50, Novembre 2008.

³¹ Centro Studi di Politica Internazionale e Osservatorio Interregionale Cooperazione Sviluppo, Indagine sulla cooperazione sanitaria internazionale delle Regioni italiane, Working Papers 50, Novembre 2008.

³² Ibidem.

a programmi di ricerca finanziati dall'UE e ad altri programmi internazionali;

- promozione di e-health, avvio di teleconsultazioni, telemedicina e telediagnosi.

Varie e vaste sono le aree geografiche in cui operano le Regioni, anche se principalmente gli interventi vengono svolti nei paesi dell'Africa sub-sahariana e dei Balcani. In Africa sub-sahariana gli interventi di cooperazione sanitaria si concentrano sulla lotta alle pandemie, la prevenzione dell'HIV e la riabilitazione di strutture sanitarie. Molto frequenti sono gli interventi per la formazione di personale locale.

Le organizzazioni non-governative (ONG)

Le organizzazioni non-governative italiane occupano un ruolo di rilievo nello svolgimento di attività ed iniziative di cooperazione sanitaria internazionale, concentrandosi generalmente sulla cooperazione dal basso e sul rafforzamento della società civile nei paesi in cui operano.

La maggior parte delle ONG implementa i propri progetti di cooperazione sanitaria direttamente, in partenariato con organizzazioni locali o con le sedi-paese dei network internazionali a cui appartengono.

Parte delle ONG italiane finanzia i propri interventi attraverso la raccolta fondi istituzionale: le ONG accreditate presso il MAE, ad esempio, sono circa 240. Nel periodo tra il 2000 e il 2008 la DGCS - MAE ha sostenuto circa 990 progetti in 51 paesi e in diversi ambiti. Gran parte delle ONG, tuttavia, raccoglie fondi anche autonomamente attraverso finanziamenti privati, inclusi quelli provenienti dai singoli cittadini. Le ONG italiane ad oggi raccolgono e inviano nei paesi partner attraverso la raccolta fondi da privati circa il 61% in più³³ di quello di cui dispone



il MAE per attività di cooperazione allo sviluppo, attestandosi collettivamente come il soggetto italiano che raccoglie e gestisce la parte più consistente di finanziamenti in quest'ambito.

Numerose ONG italiane attive nell'area sanitaria svolgono anche attività di *advocacy* in Italia, singolarmente o all'interno di coalizioni ampie: attraverso queste attività esse intendono influire sulle politiche e le pratiche delle istituzioni italiane così che esse - nel loro ruolo di partner di sviluppo dei governi e delle comunità dei paesi a risorse limitate - possano contribuire alla realizzazione degli obiettivi di salute identificati come prioritari dalle ONG stesse e riconosciuti dalle *policies* internazionali di riferimento.

Le Fondazioni

E' sempre più alto il numero degli enti di diritto privato senza fini di lucro - in gran parte Fondazioni - che in Italia si occupano di iniziative di cooperazione sanitaria internazionale in veste di soggetti erogatori di fondi destinati a enti terzi.

Tra esse un posto rilevante è occupato oggi dalle Fondazioni di origine bancaria, come ad esempio Fondazione Cariplo, Monte Dei Paschi di Siena, Compagnia S. Paolo, UNIDEA etc.: la maggior parte di esse sono nate dalle società bancarie

negli anni '90, in accordo con la legislazione varata in quegli anni³⁴, per svolgere attività sociali in parallelo al business principale. Si calcola che nel 2009 questi soggetti abbiano erogato oltre 25 milioni di euro per attività di cooperazione internazionale³⁵. Per quanto concerne il settore non-profit, ogni Fondazione ha i propri documenti di indirizzo programmatico e le relative modalità di erogazione dei fondi e alcune, ad esempio, indicano bandi di concorso per enti terzi.

Accanto alle Fondazioni di origine bancaria, anche alcune Fondazioni di impresa investono oggi in cooperazione sanitaria³⁶.

Non è possibile avere un quadro preciso del volume dei fondi mobilitati da questi attori del "sistema Italia" nel settore sanitario; ciò che può essere sottolineato è che negli anni essi stanno acquisendo un peso crescente sulla scena della cooperazione internazionale italiana, anche a fronte di volumi decrescenti di aiuto pubblico allo sviluppo.

“Quasi 60 paesi, la maggior parte dei quali in Africa, affrontano carenze di personale sanitario talmente drammatiche da non essere in grado di fornire servizi sanitari di base ai propri cittadini. E' giunto il momento di fare ogni sforzo per sostenere e trattenere in servizio chi davvero, di ogni paese, salva centinaia di vite”

Ban Ki-Moon, Segretario Generale delle Nazioni Unite

SECONDA PARTE

L'IMPEGNO DEI SOGGETTI ITALIANI DI COOPERAZIONE SANITARIA NEL RAFFORZAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO IN AFRICA SUB-SAHARIANA

33 Il totale della raccolta fondi da privati è stimato attorno ai 289 milioni di euro nel 2009. Fonte: Coordinamento Italiano Network Internazionali, Finanziaria 2011. Aiuto allo sviluppo solo grazie all'Europa, novembre 2010, <http://www.cininet.org>.

34 Il riferimento è alla legge "Amato" 218/90.

35 Conversazione con Dr. Giorgio Righetti, Presidente Acri, novembre 2010.

36 L'ENI, ad esempio, sostiene attività di cooperazione sanitaria nei paesi in cui è presente con le proprie attività petrolifere, quali la Nigeria, il Congo e l'Angola.

In questa sezione verranno presentati i dati raccolti nel corso della ricerca, analizzando l'impegno di diversi soggetti italiani di cooperazione sanitaria nell'ambito specifico del rafforzamento e sviluppo delle risorse umane in sanità nei paesi a risorse limitate, a partire dal 2008: tra essi il Ministero degli Affari Esteri e il Ministero dell'Economia e delle Finanze, l'Istituto Superiore di Sanità, due regioni - Lombardia e Toscana - alcune ONG, una Fondazione privata e due ordini delle professioni sanitarie italiane. L'impegno di questi soggetti viene esaminato sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, prendendo cioè in esame non solo l'ammontare dei fondi stanziati, ma anche le *policies* e le strategie adottate, analizzate attraverso la lente dei principi espressi dalla Dichiarazione e Agenda d'Azione Globale di Kampala.

IL GOVERNO ITALIANO: IL MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI E IL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

La Reperibilità Dei Dati

Al fine di poter svolgere una mappatura dei fondi messi a disposizione dalla cooperazione del Governo italiano per lo sviluppo delle risorse umane in sanità in paesi a risorse limitate attraverso il canale bilaterale e quello multilaterale, si è proceduto ad interpellare la banca-dati della DGCS - MAE.

Il sistema di registrazione degli impegni finanziari utilizzato dalla DGCS è impostato secondo le categorie utilizzate dal Development Assistance Committee (DAC)¹. Quest'ultimo raccoglie i dati

1 Il Comitato di aiuto allo sviluppo è un'organismo dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) che raggruppa i 22 paesi maggiori donatori, più la Commissione Europea. Il Comitato ha la finalità di: 1) indagare in che modo la cooperazione internazionale contribuisce alla capacità dei paesi beneficiari di partecipare e

sull'APS dei paesi donatori - includendo il canale bilaterale, quello multilaterale, e altre tipologie di risorse finanziarie destinate ai paesi in via di sviluppo². La banca dati DAC-CRS³, in particolare, si basa su codici di settore ampi, all'interno dei quali vengono accorpate differenti attività ed interventi. Nel caso della salute, la categoria del DAC di aiuto alla salute (*aid to health*) è suddivisa in due settori:

1. Salute di base e salute in generale.
2. Popolazione e salute riproduttiva.

A loro volta questi due settori sono suddivisi in 17 "sotto settori" formulati per identificare in modo più preciso quali siano le aree d'intervento dei paesi⁴. Il sistema DAC-CRS, tuttavia, non prevede categorie come "personale sanitario" o "rafforzamento dei sistemi sanitari", pur essendo queste aree di fondamentale importanza nell'ambito della cooperazione sanitaria.

La banca dati della DGCS, riprende la struttura dei codici DAC. Il sistema, inoltre, è in grado di fornire informazioni solo riguardo le delibere dei vari programmi/progetti e allocazioni, ma non mette a disposizione nessun dato disaggregato sul singolo obiettivo e/o voce di spesa. Di conseguenza non è possibile far corrispondere la delibera di un progetto ad un obiettivo e quindi non è possibile estrapolare dati e informazioni specifiche relative al personale sanitario. Se si prova ad inserire nel data-base un campo specifico come ad esempio il rafforzamento del personale sanitario, anzi, il meccanismo che si instaura è puramente interpretativo: il monitoraggio dell'impegno del Governo italiano nel settore del

personale sanitario attraverso l'utilizzo della banca-dati della DGCS risulta di conseguenza impossibile.

In assenza di dati quantitativi attendibili si è reso necessario trovare - ai fini di questa mappatura - soluzioni alternative per raccogliere i dati.

Canale bilaterale

Il rapporto degli esperti salute del G8 2009 de L'Aquila⁵ riporta un totale di 7,57 milioni di dollari impegnati nel 2007 sul canale bilaterale per il personale sanitario, e di 19,54 milioni di dollari nel 2008. Si assiste quindi ad un incremento dei fondi stanziati per lo sviluppo delle risorse umane in sanità. Con il G8 2010 tenutosi in Canada, tuttavia, l'Italia riporta un contributo pari a 12,45 milioni di dollari per il rafforzamento del personale sanitario nel periodo 2005-09⁶.

Questi dati possono essere ritenuti indicatori dell'ordine di grandezza dell'impegno bilaterale della DGCS - MAE in quest'area. Tuttavia - come affermato anche dagli stessi esperti dell'Unità Tecnica Centrale del MAE - la corrispondenza tra il dato fornito dal Governo e i reali flussi di APS italiano relativi al rafforzamento del personale sanitario può essere opinabile, in quanto il sistema di monitoraggio utilizzato è in grado di fornire solo dati interpretativi, per i motivi illustrati sopra.

Per riuscire ad analizzare la quantità e la qualità dell'APS italiano nell'area delle risorse umane in sanità si è dunque scelto in questa sede di selezionare alcune iniziative approvate dalla DGCS, estrapolando attraverso una disaggregazione dei dati le informazioni riguardanti il personale sanitario. Con l'utilizzo di questa metodologia a campione lo scenario

5 "Promoting Global Health". L'Aquila G8 Health Experts' Report and Accountability Exercise, G8 Summit 2009, versione aggiornata, <http://www.g8italia2009.it>.

6 Muskoka Accountability Report. Annex Five: G8 Member Reporting - Health, G8 Summit 2010, <http://g8.gc.ca>. L'incoerenza tra i dati forniti al G8 nel 2009 e quelli forniti nel 2010 potrebbe essere spiegata con il fatto che nel 2009 il riferimento è agli impegni finanziari, mentre nel 2010 è agli esborsi.

dell'impegno della DGCS in quest'area non potrà ritenersi esaustivo, ma consentirà di svolgere un'analisi che introduce anche elementi qualitativi, a cui far seguire riflessioni e raccomandazioni. Con il sostegno della DGCS, AMREF ha avuto dunque accesso alle proposte di finanziamento approvate per alcuni tra i paesi partner e, sulla scorta di interviste agli esperti che si occupano di salute presso gli uffici dell'Unità Tecnica Centrale della DGCS, ha successivamente identificato alcuni casi significativi sia in termini di strategie e di attività, che di impegni finanziari. I paesi selezionati sono Etiopia, Mozambico, Tanzania e Sud Sudan. Etiopia e Mozambico sono stati selezionati in quanto considerati paesi prioritari per gli interventi della DGCS-MAE: in Etiopia, l'Italia ha avviato da alcuni anni un interessante partecipazione al sostegno alle politiche sanitarie nazionali dapprima attraverso un contributo finalizzato diretto al settore sanitario e successivamente partecipando a *pooled fund mechanisms*. In Mozambico, la DGCS ha una forte esperienza nel sostegno ai sistemi sanitari locali e ha recentemente approvato un progetto interamente focalizzato sulla formazione di personale sanitario. L'intervento in Tanzania offre invece un esempio interessante di sostegno a programmi verticali, mentre l'intervento in Sud Sudan è sembrato utile a fornire un esempio di ricostruzione di un sistema sanitario in un contesto post-bellico, dopo l'accordo di pace del 2005.

PAESE: Etiopia

In Etiopia la situazione del personale sanitario è molto critica: esso è insufficiente a tutti i livelli ed esiste un'elevata percentuale di abbandono del servizio sanitario pubblico a causa delle insoddisfacenti condizioni salariali e di carriera. Secondo i dati dell'OMS solo il 6% dei parti avviene in presenza di personale sanitario qualificato⁷; il numero dei medici è di 1936, con una densità inferiore a 1 medico ogni 10.000 abitanti. Il numero di infermieri ed ostetriche si aggira invece

7 Per avere un termine di riferimento, in Italia oltre il 99% dei parti è assistito da personale qualificato.

intorno alle 15.544 unità⁸. I programmi verticali promossi dalle grandi iniziative di lotta alle pandemie, inoltre, hanno contribuito negli ultimi anni ad una dispersione delle risorse umane, che sono state assorbite dal settore privato e dalle organizzazioni internazionali, e ad una diminuzione dell'attenzione politica verso la necessità di rafforzare il sistema sanitario nazionale nel suo complesso.

tore (MDTF) gestito dalla Banca Mondiale e denominato "Protection of Basic Services - Fase II (PBS II)". Il PBS II rappresenta la modalità di finanziamento che dal 2006 ha sostituito, per la maggior parte dei donatori in Etiopia, il sostegno diretto al bilancio. La componente sanitaria del PBS II, insieme ad altri strumenti di finanziamento come ad esempio GFATM, GAVI e PEPFAR⁹, ha come scopo principale

TABELLA 1

Progetto - informazioni generali	
Progetto	Finanziamento italiano al Protection of Basic Services - Fase II (PBS II)
Durata	12 mesi, a partire dal 2008 (ma prolunga un intervento pre-esistente)
Collegamento con gli Obiettivi del Millennio	MDG 4; MDG 5 e MDG 6
Obiettivo	Contribuire al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio attraverso l'espansione dell'accesso ed il miglioramento della qualità dei servizi sanitari di base.
Totale allocato (Euro)	8.048.400 (di cui 7.500.000 di contributo al PBS II, 360.000 di Fondi Esperti e 188.400 di Fondo in Loco)
Controparte	Ministero della Sanità - Ministero delle Finanze e dello Sviluppo Economico
Strumenti di finanziamento	Dal 2008, canale multi-bilaterale e in piccola parte a Gestione Diretta (in precedenza, l'intervento è stato solo a Gestione Diretta DGCS fino al 2002. Dal 2003 al 2007 ha fornito un contributo finalizzato diretto alle Regioni beneficiarie e al Ministero della Salute federale.

L'iniziativa italiana è iniziata nel 2003 e attualmente è in fase di conclusione dopo il finanziamento PBS II. Era stata avviata sotto forma di contributo per il supporto del piano sanitario etiopico sia a livello federale che per 4 regioni beneficiarie selezionate (Afar, Oromia, Tigray e Somali), in tre tranches per complessivi 15.750.000 euro. La seconda fase - a cui si fa riferimento qui - è caratterizzata da un contributo al fondo fiduciario multi-dona-

8 World Health Organization, *World Health Statistics*, WHO, 2009. Per offrire un termine di paragone, la stessa fonte indica che in Italia il numero di medici per 10.000 abitanti è 37, mentre il numero di infermiere è 69.

il sostegno al programma ventennale di sviluppo del settore sanitario lanciato nel 1997, - Health Sector Development Programme (HSDP) - con un mandato ampio che comprende, oltre alle attività di approvvigionamento e distribuzione di beni, anche lo sviluppo dei sistemi sanitari e la relativa assistenza tecnica. L'HSDP comprende una componente di sviluppo delle risorse umane e l'*Health Extension Programme* (HEP), il cui obiettivo è quello di migliorare la copertura, l'accessibilità e la qualità dei servizi sanitari di base. Il Ministero della Sanità è l'ente esecutore del PBS II ed ha piena responsabilità di

9 United States President's Emergency Plan for AIDS Relief.



coordinamento e monitoraggio delle attività, congiuntamente il tavolo dei partners di sviluppo.

Il contributo italiano al sostegno del HSDP, avviato nel 2003, si concentrava soprattutto sul rafforzamento dei sistemi sanitari attraverso il sostegno a tre settori: risorse umane, servizi farmaceutici e sviluppo di un sistema informativo sanitario. Con l'avvio del PBS - pur essendo la componente del sostegno al personale sanitario ben delineata all'interno del HSDP - non è possibile calcolare quale percentuale del contributo italiano venga investito in quest'area specifica: il principio di meccanismi di finanziamento quali il *pooled funding*, infatti, è che la titolarità delle scelte di allocazione dei fondi internazionali viene affidata completamente al paese partner, mentre il paese donatore si astiene dall'influenzare tali decisioni.

In precedenza, il contributo allo sviluppo delle risorse umane costituiva poco più di un terzo dell'intero budget, sia in attività hardware (riabilitazione ed espansione in 12 scuole regionali per operatori sanitari di livello intermedio), che in attività software (fornitura di attrezzature e materiali per la didattica, organizzazione e supervisione di corsi, assistenza tecnica e task force per la strategia di sviluppo delle risorse umane in sanità nel paese)¹⁰.

Per quanto concerne l'attuale fondo in loco, l'ammontare totale è di 188.400

¹⁰ Etiopia - Contributo italiano al Programma di Sviluppo del Settore Sanitario. Cinque anni di esperienza (2003-2007), DGCS-UTC, Ministero degli Affari Esteri, 2008.

euro. L'obiettivo di questa parte del finanziamento è quello di consentire l'operatività dell'assistenza tecnica da parte della cooperazione italiana e delle attività di studio, ricerca operativa, pubblicazione e disseminazione delle esperienze. Tra queste attività non risulta nessuna voce specifica riguardante il sostegno al personale sanitario. Il Fondo Esperti, che ammonta a 360.000 euro, è distribuito su personale espatriato che riveste ruoli di rilievo in numerosi comitati tecnici, negli organi di coordinamento del settore sanitario e nei meccanismi di coordinamento della comunità dei donatori con il Governo etiope; esso permette così all'Italia di partecipare in modo qualificato alla definizione delle strategie sanitarie nazionali e al loro svolgimento.

In generale, pur essendo impossibile estrapolare dal finanziamento preso in esame (2008-10) il dato quantitativo relativo al contributo italiano al rafforzamento del personale sanitario, questa iniziativa appare interessante per alcuni suoi aspetti qualitativi. Essa si inserisce infatti nel processo di armonizzazione degli aiuti nel settore sanitario e di allineamento con i piani sanitari nazionali. L'iniziativa fa parte infatti dell'accordo paese promosso dall'*International Health Partnership (IHP+)*¹¹ attraverso il quale 12 donatori - tra cui l'Italia - si sono impegnati a collaborare sulla base di *one*

¹¹ L'International Health Partnership è un partenariato, lanciato nel 2007, che intende ottenere risultati di salute migliori mobilitando i paesi donatori ed altri partner di sviluppo attorno ad un'unico piano sanitario guidato dal paese beneficiario, secondo i principi sull'efficacia degli aiuti di Parigi 2005 e Accra 2008.

plan, one budget, one report (un unico programma, un unico piano finanziario e un unico sistema di monitoraggio e valutazione), in linea con i principi della Dichiarazione di Parigi e di Accra.

Il meccanismo di dialogo e collaborazione non solo con il paese beneficiario ma anche con la comunità internazionale nel quadro del quale si inserisce l'intervento italiano dovrebbe favorire inoltre una ripartizione sostenibile delle risorse disponibili fra le varie componenti del piano sanitario nazionale, evitando la frammentazione o concentrazione di fondi su alcuni programmi verticali (in particolare quello per il controllo dell'AIDS).

Il contributo italiano, infine, sceglie di sostenere un piano sanitario, l'HSDP che ha una forte componente di rafforzamento del personale sanitario a tutti i livelli¹², ma che dedica una particolare attenzione al personale sanitario di comunità: l'*Health Extension Programme* (HEP) è un programma strategico di formazione di massa (*flooding strategy*) lanciato nel 2004 che ha come obiettivo quello di raggiungere una rapida copertura totale dei servizi di sanità di base per la popolazione etiopica entro il 2010. Per il raggiungimento dell'obiettivo è prevista la costruzione di 15.000 centri di salute e la formazione di 33.200 Health Extension Workers (HEWs) o operatrici sanitarie di villaggio (di cui 24.534 sono state formate dal 2004 al 2008)¹³. Recentemente è stato raggiunto il target previsto (due HEWs ogni circa 5000 abitanti), anche se permangono problemi di sostenibilità nel tempo, di qualità del personale formato in tempi rapidi e di scarsa supervisione. Le HEWs sono di sesso femminile per poter facilitare l'erogazione dei servizi materno-infantili e rappresentano il primo contatto delle comunità di riferimento con il sistema sanitario; si occupano

¹² Le componenti dell'HSDP prevedono le seguenti attività: Erogazione di servizi di qualità; Riabilitazione ed espansione delle strutture sanitarie; Sviluppo delle Risorse Umane; Rafforzamento dei servizi farmaceutici; Informazione, Educazione e Comunicazione; Sistema Informativo di gestione sanitaria e Monitoraggio e Valutazione; Finanziamento del Sistema Sanitario.

¹³ "Extension workers drive Ethiopia's primary health care", Lancet, 372: 880, 2008.

	2006	2015	Differenza
Popolazione	20.366.795	24.517.582	20%
Personale sanitario	25.683	45.904	79%
Personale x 1.000 abitanti	1.26	1.87	
Abitanti x operatore sanitario	793	534	-33%
N. medici	874	1.915	119%
N. medici x 1.000 abitanti	0,043	0,078	
N. infermieri	4.282	7.195	68%
N. infermieri x 1.000 abitanti	0,21	0,29	
N. ostetriche per 1.000 abitanti	2.906	4.856	67%

Fonte: PNDRHS 2008-2015 riferito in "Adressing the Health Workforce crisis in Mozambique: a call for support", Maputo, Settembre 2008.

di attività di prevenzione, promozione di buone pratiche e anche di alcune attività di cura. Esse rappresentano una sorta di tramite tra le popolazioni e il sistema sanitario nazionale, sostenendo la continuità delle cure nelle diverse fasi della vita. Il programma è stato lanciato anche nelle regioni a predominante componente nomadico-pastoralista con una serie di modificazioni in linea con il contesto socio-culturale.

PAESE: Mozambico

In Mozambico la densità degli operatori sanitari è una tra le più basse al mondo (12,6 per 10.000 abitanti, contro i 23 stimati necessari). Il paese rientra tra i 57 stati che sostengono le più gravi carenze di risorse umane per il settore sanitario, anche a seguito del recente conflitto. Di seguito si riporta una tabella con alcuni dati recenti che illustrano la gravità della crisi nel paese, affiancati dagli obiettivi fissati per il 2015 dal nuovo Piano Nazionale di Sviluppo delle Risorse Umane in Sanità (PNDRHS): Alcune aree di criticità - identificate dall'iniziativa italiana stessa - aggravano inoltre la carenza numerica di operatori sanitari: condizioni di lavoro insoddisfacenti per carenza di attrezzature e materiali anche di auto-protezione, inadeguatezza delle infrastrutture; carico eccessivo di lavoro individuale a causa di una carenza generalizzata di personale; mancanza di applicazione dei meccani-

TABELLA 2	
Progetto - informazioni generali	
Progetto	Sostegno allo sviluppo delle Risorse Umane del Settore Sanitario
Durata	36 mesi, a partire dal 2009
Collegamento con gli Obiettivi del Millennio	MDG 4
Obiettivi	Incremento del volume e della qualità dei servizi sanitari a livello nazionale e, in particolare, nelle Province di Sofala e Maputo.
Totale allocato (Euro)	7.499.350 (di cui 4.856.400 di sostegno al bilancio pubblico (Art.15 - Legge 49), 585.000 di Fondo Esperti, 2.057.950 di Fondo in Loco)
Controparte	Ministero della Sanità
Strumenti di finanziamento	Bilaterale - dono

in un'iniziativa totalmente centrata sul sostegno al personale sanitario (tabella 2).

L'intervento è finalizzato a sostenere l'incremento del volume e della qualità dei servizi sanitari a livello nazionale ed in particolare nelle aree di Maputo e Sofala, che sono tradizionali aree di presenza della cooperazione bilaterale italiana fin dagli anni '90. La strategia d'intervento si inserisce a pieno titolo nella programmazione della DGCS 2007-09 in termini di scelta geografica e tematica. L'intervento ha due componenti: 1) formazione/qualità della formazione del personale sanitario; 2) gestione del personale sanitario. La metodologia impiegata si basa su di un approccio integrato allo sviluppo del personale sanitario che include la selezione dei candidati, la formazione, il collocamento, l'integrazione e la loro ritenzione e motivazione all'interno del sistema sanitario attraverso un sistema premiante. Il meccanismo d'intervento è stato elaborato sulla base di missioni preparatorie ed incontri con le autorità nazionali che hanno portato all'elaborazione di un'analisi delle necessità del paese in quest'ambito, anche in un'ottica di divisione dei compiti tra i vari donatori che partecipano al sostegno del bilancio sanitario del paese.

L’iniziativa contribuisce a finanziare il PN-DRHS 2008-2015. Quest’ultimo ha come obiettivo quello di aumentare del 79% il numero degli operatori sanitari entro il 2015, secondo le modalità indicate nella tabella 2. Per raggiungere questi obiettivi il Piano prevede un finanziamento addizionale stimato tra 550 e 600 milioni di dollari su di un valore totale previsto di 1.7 miliardi di dollari fino al 2015. Il valore include i salari e gli incentivi per 20 mila lavoratori in più, i costi della formazione (iniziale, continua, borse di studio), gli investimenti in infrastrutture per potenziare la rete formativa nazionale, i costi di gestione e di implementazione del Piano nonché quelli relativi al sistema di prestazione dei servizi.

L’iniziativa italiana prevede di contribuire al PNDRHS con un 9-10% del totale previsto nei tre anni di intervento, con l’obiettivo di formare circa 500 operatori a cui si aggiungono i beneficiari di iniziative di formazione continua con i seguenti obiettivi:

- circa 600 tecnici aggiornati in aree tematiche non coperte dai programmi verticali, per il potenziamento di Nuclei Distrettuali di Formazione Continua nella Provincia di Sofala;
- circa 300 docenti e tutori di tirocinio aggiornati e riqualificati in metodologie di insegnamento pratico e teorico nei tre istituti di formazione e unità sanitarie selezionate;
- circa 120 manager aggiornati in materia di gestione decentrata del personale sanitario (gestori provinciali, distrettuali e di grandi unità sanitarie di Sofala e Maputo).

Dall’iniziativa si attendono inoltre benefici a medio e lungo termine per la riqualificazione tecnica della rete di formazione sanitaria in particolare degli Istituti di Beira e Maputo, del Centro di formazione di Nhamatanda e di sei unità sanitarie selezionate per la formazione pratica, sia iniziale che continua. Inoltre i benefici interesseranno a medio e breve termine anche il sistema di gestione decentrato del personale sanitario nelle province di Sofala e Maputo, attraverso iniziative di supporto istituzionale e misure per l’integrazione e il trattenimento in servizio

del personale sanitario.

I rischi dell’intervento comprendono la scarsità di operatori dei servizi da contrattare come docenti o per la supervisione degli studenti in tirocinio; un insufficiente numero di candidati idonei per i corsi di formazione regolare; e infine la scarsità di risorse finanziarie, che riducono le capacità del sistema di assumere e pagare i nuovi quadri formati.

I dati finanziari raccolti nell’allegato 1, tabelle 1 e 2, evidenziano una concentrazione netta delle risorse dell’intervento

tabella 3. L’iniziativa coinvolge varie istituzioni a livello nazionale e provinciale¹⁴.

PAESE: Sud Sudan

Dopo numerosi anni di guerra civile il Sudan è finalmente giunto alla firma del Comprehensive Peace Agreement (CPA), il trattato di pace siglato a gennaio 2005. L’attuazione dell’accordo è tuttavia accompagnata da tensioni fra Nord e Sud del paese e da minacce sempre più frequenti di una ripresa del conflitto. A seguito della guerra, il sistema sanitario

TABELLA 3

Progetto - informazioni generali	
Progetto	Sviluppo dei servizi sanitari nello Stato dei Laghi, Sud Sudan
Durata	36 mesi, a partire dal 2008
Collegamento con gli Obiettivi del Millennio	MDG 4, 5 e 6
Obiettivi	Migliorare lo stato di salute della popolazione dello Stato dei Laghi, Sud Sudan. In particolare: - Sostegno tecnico e finanziario all’Ospedale di Rumbek per l’organizzazione e gestione dei servizi; - Assistenza tecnica e finanziaria al Ministero della Salute dello Stato dei Laghi nello svolgimento delle sue funzioni di pianificazione, gestione e monitoraggio dei servizi di Primary Health Care sul territorio.
Totale allocato (Euro)	3.000.000 (di cui 1.476.000 per Fondo Esperti e 1.524.000 per Fondo in Loco)
Controparte	Direzione Sanitaria della Provincia dei Laghi
Strumenti di finanziamento	Bilaterale - dono (legato al 50%)

italiano sulle attività di formazione (oltre il 90% dei fondi) rispetto a quelle relative al trattenimento in servizio degli operatori sanitari (8,2%). All’interno delle attività di formazione, inoltre, positivo è l’investimento dell’83% delle risorse nella formazione iniziale o *pre-service*, che dovrebbe poter assicurare un impatto dell’intervento di lungo periodo.

Le risorse sono messe a disposizione dalla DGCS-MAE attraverso il Fondo Esperti, il Fondo in Loco e il sostegno al bilancio pubblico, come illustrato nell’allegato 1,

del Sud Sudan è da ricostruire: solo il 25% della popolazione ha accesso ai servizi sanitari. Secondo il rapporto del Ministero della Sanità del Sud Sudan (MOH/

14 Le principali istituzioni sono: Direzione della Risorse Umane (DRH) del MISAU; Direzione Amministrazione e Finanze (DAF) del MISAU; Direzione Provinciale di salute di Sofala (DPS-S); Istituti di Scienze della Salute di Maputo e di Beira (ICS-B; ICS-M) e il Centro di Formazione di Nhamatanda nella provincia di Sofala (CF -S). Inoltre attraverso la DRH verranno avviate altre collaborazioni con diversi altri enti nazionali quali ad esempio la Direzione Provinciale di Salute di Maputo, l’Istituto Nazionale di Salute del MISAU ect.

GoSS) del 2006¹⁵ c’è una forte carenza di personale sanitario nel paese, aggravata da una distribuzione diseguale e da una generale mancanza di competenze professionali: la metà del personale non ha mai ricevuto una formazione, un quarto è stato formato per 1-2 anni e il rimanente quarto per 3-5 anni. La spesa sostenuta nel 2008 per gli stipendi del personale è stata di 13,3 milioni di dollari¹⁶; considerando tuttavia che la stima della spesa necessaria per gli stipendi si aggirava sui 29,5 milioni di dollari, risulta chiaro che più della metà del personale impiegato dal Ministero della Salute non riceveva alcuna remunerazione, con conseguente assenza dal posto di lavoro e mancata operatività della struttura sanitaria. Esistono 15 scuole di formazione che offrono 33 programmi di formazione differenti. In totale si stima che tali scuole formino 875 quadri l’anno, ancora decisamente insufficienti per i bisogni del paese.

Il budget del GoSS per il settore sanitario negli anni 2006-08 è stato rispettivamente di 109, 82 e 72 milioni di dollari, in chiara diminuzione anche a causa di una capacità di spesa molto ridotta¹⁷. Nel 2008, per incrementare il budget di 72 milioni di dollari messi a disposizione del Governo, la comunità dei donatori ha contribuito con ulteriori 86 milioni di dollari. Il 4,1% del totale è stato impiegato per l’area dei sistemi sanitari e delle risorse umane (vedi tabella 3).

L’iniziativa in esame si svolge nella regione dei Laghi dove da molti anni l’Italia è presente attraverso il lavoro di alcune ONG e congregazioni religiose. Recentemente la DGCS si è inoltre impegnata con un progetto a gestione diretta per la riabilitazione e sostegno all’Ospedale di Rumbek, che rappresenta la principale struttura sanitaria.

15 Ministry of Health, Government of Southern Sudan, *Situation Analysis on Human Resources for Health*, 2006.

16 Tale cifra include 2,8 milioni di dollari per il personale amministrativo e manageriale a livello di Stato, 2,9 milioni di dollari per quello a livello centrale e 7,6 milioni per il personale dei tre ospedali di riferimento di Juba, Wau e Malakal (1386 persone).

17 La capacità di spesa è stata del 43% nel 2006 e del 62% nel 2007.

L’approccio adottato dalla DGCS in questa zona colpita da una lunga situazione di emergenza complessa è quello di sostegno ad uno sviluppo di medio termine, in linea con il quadro di riferimento principale per la salute che è costituito

la ricostruzione del sistema sanitario Sudanese.

L’obiettivo principale dell’intervento italiano è di fornire assistenza tecnica al Ministero della Salute anche attraverso

TABELLA 3.1

Formazione (generale)			
Attività	N.	Costo unitario	Totale
Formazione - corso di formazione	12	9.000 €	108.000 €

dalla *Southern Sudan National Health Policy 2007-2011*, il cui principale obiettivo è di ridurre la mortalità e morbidità della popolazione. Questo documento, che riconosce come prioritari il rafforzamento della sanità di base e la gratuità dei ser-

l’individuazione dei servizi più carenti, la pianificazione di interventi su base geografica, l’applicazione delle linee guida del Ministero ed in particolare del *Basic Package of Health Services* e la creazione di un coordinamento orizzontale tra i vari

TABELLA 3.2

Sostegno al personale sanitario locale impiegato nell’iniziativa				
Personale locale	N.	Euro/mese	N. mesi	Totale
Infermiere	2	1.300	72	93.600
Ostetrica	1	1.300	36	46.800
Farmacista	1	1.500	36	54.000
Tecnico di Laboratorio	1	1.400	36	50.400
Esperto Sanità Pubblica	1	1.800	36	64.800
Totale: Euro 309.600				

vizi erogati¹⁸, individua nella questione delle risorse umane un nodo critico per

erogatori di servizi. In questo contesto l’Ospedale di Rumbek dovrebbe diventare il centro di riferimento principale della regione a cui dovranno fare capo diverse unità periferiche.

La componente fondamentale del rafforzamento del personale sanitario si estrinseca attraverso la definizione di una politica di gestione delle risorse umane dell’ospedale - identificandone composizione e i ruoli - oltre che attraverso lo sviluppo di un sistema di gestione del personale stesso (registro presenze, turni, reperibilità, ferie ect). A ciò si ag-

18 La decentralizzazione del sistema sanitario è ancora agli inizi e si articola su quattro livelli: centrale, statale, di contea e comunitario. In tutto il Sud Sudan ci sono 19 ospedali e 106 Primary Health Care Centers (1 PHCC ogni 75.000 abitanti e 1 ospedale ogni 400.000). Le condizioni di buona parte di queste infrastrutture sono inadeguate e spesso gestite da ONG internazionali che assumono personale sanitario espatriato dai paesi limitrofi quali Uganda e Kenya. Per quanto concerne la Regione dei Laghi non si hanno informazioni dettagliate sullo stato di funzionalità delle 70 strutture sanitarie esistenti, di cui 30 sono gestite da ONG e le rimanenti - che dovrebbe essere gestite dal Ministero della Salute - non sono funzionanti.

giunge la valutazione delle competenze del personale sanitario e l'identificazione dei bisogni formativi e relative attività di formazione.

Nelle tabelle che seguono (3.1 e 3.2) si riportano le risorse impegnate e spese - nel quadro dell'intervento - per il rafforzamento del personale sanitario. Il totale previsto all'interno del Fondo in loco è suddiviso tra un budget specifico per la Formazione di Risorse Umane (108.000 euro, v. tabella 3.1) e il budget relativo al Personale Sanitario Locale che verrà assunto per la durata del progetto (309.600 euro, v. tabella 3.2).

I corsi di formazione coperti da questa porzione del finanziamento sono stati individuati a seguito di un'analisi del contesto delle risorse umane sia in ambito clinico che di sanità pubblica. Tali corsi hanno luogo in Sud Sudan e - secondo la decisione della controparte locale - vengono condotti in buona parte da AMREF; è previsto che alcuni di essi possano essere svolti nei paesi limitrofi (Kenya e Uganda), se necessario, ma in questo caso non vengono menzionate misure intese a incentivare il ritorno degli studenti nel paese alla fine della formazione. I corsi avranno una durata che varia da 3 a 6 mesi per un costo medio di circa 9.000 euro comprensivi di diaria, trasporto e iscrizione. La DGCS/MAE ha l'obiettivo di formare durante l'iniziativa circa 12 persone.

L'ammontare del Fondo in loco dedicato al rafforzamento del personale sanitario è dunque di 417.600 euro, pari al 27% del Fondo stesso (e al 14% dell'intero finanziamento). Il 26% di questa cifra è dedicato alla formazione continua, mentre il 74% può essere ascrivibile al trattenimento in servizio del personale sanitario impegnato nell'iniziativa, anche se ciò non è garanzia della ritenzione di questi operatori all'interno del servizio sanitario.

Alla cifra del Fondo il loco bisognerebbe aggiungere anche la percentuale del Fondo Esperti utilizzata in questo settore, che è tuttavia impossibile da quantificare. La DGCS opera in gestione diretta affiancando e sostenendo la Direzione Regionale della salute dei Laghi e la Direzione

TABELLA 4

Progetto - informazioni generali	
Progetto	Intervento sanitario di potenziamento della Diagnosi e Cura dell'infezione da HIV/AIDS, Tubercolosi, Malaria e patogeni emergenti
Durata	24 mesi (2007-2008)
Collegamento con gli Obiettivi del Millennio	MDG 4; MDG 5 e MDG 6
Obiettivi	Contribuire alla riduzione della mortalità e morbilità per HIV/AIDS, TB, malaria e altre malattie infettive emergenti in Tanzania. In particolare: - Miglioramento dell'accesso ai servizi per l'HIV/AIDS, TB e malaria; - Potenziamento della capacità di diagnosi e cura per l'infezione da HIV/AIDS, incluse gestanti e bambini; - Approfondimento eziologico, epidemiologico e possibili applicazioni diagnostiche e terapeutiche nell'ambito delle patologie studiate di HIV, TB, malaria, patologie nosocomiali ed emergenti; - Mantenimento dell'osservatorio epidemiologico e di monitoraggio della malaria a Dar e a Zanzibar.
Totale allocato (euro)	2.427.500 (di cui 920.000 per Fondo Esperti e 1.507.500 per Fondo in Loco)
Controparte	Ministero della Sanità - Regioni Sanitarie di Dodoma, Iringa e Zanzibar
Strumenti di finanziamento	Bilaterale - dono

dell'Ospedale di Rumbek, che sono le controparti operative dell'intervento. Il Direttore dei Servizi di Salute Nazionale, per la sua funzione di governo della sanità nazionale, è la controparte istituzionale.

PAESE: Tanzania

In Tanzania la percentuale degli adulti tra i 15 e i 49 anni che convivono con l'HIV è del 6,2%, gli orfani da AIDS sono circa 970.000 e i sieropositivi attorno ai 1.400.000¹⁹. Per far fronte a questo livello di incidenza dell'HIV il paese necessita di personale preparato oltre che di un aumentato accesso ai farmaci e ai test diagnostici e di monitoraggio. I servizi diagnostici e assistenziali sono almeno il 50% al di sotto dei livelli richiesti per un'erogazione di qualità accettabile. La densità di medici è inferiore a 1 su 10.000

¹⁹ UNAIDS - Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS, 2008

abitanti, mentre il loro numero totale - secondo stime dell'OMS - si aggira intorno alle 820 unità; infermieri/e ed ostetriche non raggiungono invece le 13.300 unità²⁰.

Questa iniziativa s'inserisce nella strategia della DGCS di sostegno alla lotta alle malattie infettive in Tanzania²¹ in collaborazione con la *Tanzanian Commission for AIDS* - l'organo politico che guida la politica sanitaria su questo tema e identifica le priorità nazionali - e con il *National AIDS Control Programme*, la relativa unità tecnica.

I fondi a disposizione del rafforzamento del personale sanitario nel quadro di questo intervento ammontano a 168.000

²⁰ World Health Organization, *World Health Statistics*, WHO, 2009.

²¹ L'Italia sostiene la lotta all'AIDS in Tanzania non solo attraverso questa iniziativa bilaterale ma anche attraverso il finanziamento al Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, tubercolosi e malaria.

TABELLA 4.1

Risorse impegnate e spese per il rafforzamento del personale sanitario (formazione)			
Attività	I anno	II anno	Totale
Formazione, diarie - Zanzibar	5.000	3.000	8.000
Formazione clinica	15.000	15.000	30.000
Formazione Laboratorio	4.500	4.500	9.000
Formazione Radiologia	1.500	1.500	3.000
Workshop, seminari e conferenze	20.000	42.000	62.000
Trasferimenti, Viaggi, Diarie	28.000	28.000	56.000
Totale	74.000	94.000	168.000

euro e sono utilizzati esclusivamente per attività di formazione: esse rappresentano l'11% del totale del Fondo in loco, e il 7% dell'intero finanziamento, indicando un'attenzione limitata di questa iniziativa per il rafforzamento del personale sanitario (vedi tabella 4.1).

La formazione si concentra su figure professionali di livello intermedio e riguarda specifiche malattie: un'attenzione particolare viene rivolta ai tecnici di laboratorio in servizio presso i centri di *Voluntary Counselling and Testing* (VCT) per l'HIV e presso i laboratori, ma anche al personale infermieristico e medico che viene formato all'uso dei protocolli terapeutici e alla diagnosi delle infezioni opportunistiche, oltre che informato sui rischi professionali legati alla trasmissione del virus dell'HIV. Tale formazione - continua - si avvale di eventi in loco, di stage, di corsi brevi²² e di borse di studio.

Le attività si inseriscono all'interno di un approccio verticale alla salute, che privilegia il rafforzamento dei servizi per determinate malattie piuttosto che la loro integrazione all'interno di sistemi sanitari rafforzati. I limiti di questo approccio possono essere, ad esempio, che il personale formato può trovarsi poi ad operare in sistemi sanitari scadenti o in contesti in cui le priorità non sono rappresentate

²² Esempi di corsi brevi sono il corso per tecnici di laboratorio sulla metodica di biologia molecolare presso il centro della Fondazione Ivo de Carneri a Pemba per la diagnosi della tubercolosi, o sulla diagnosi tramite biologia molecolare e sierologia di febbri emorragiche virali.

unicamente dalla lotta all'AIDS. In aggiunta rispetto alle attività illustrate, la DGCS fornisce in loco anche sostegno tecnico nella formulazione delle proposte da presentare al GFATM, così come nella programmazione ed esecuzione delle attività.

Nonostante non sia possibile calcolare la percentuale del Fondo esperti dedicata alla formazione, è importante segnalare l'impegno degli esperti nel coordinare gruppi di lavoro collegati al Ministero della Salute che prevedono anche la formazione di personale sanitario, come nel caso del gruppo sulla gestione di farmaci antimalarici.

Analisi degli interventi

Le quattro tipologie d'intervento prese in considerazione sono molto differenti le une dalle altre e offrono esempi interessanti di come la cooperazione italiana intervenga nei paesi beneficiari nel settore del rafforzamento del personale sanitario con buona capacità di adattamento ai sistemi locali e flessibilità nell'implementazione delle iniziative.

Tutti e quattro gli interventi si pongono - correttamente - la questione del rispetto della titolarità dei paesi partner nel definire le proprie priorità sanitarie. Le risposte che individuano sono tuttavia diverse: esse vanno dal ricorso a sistemi di finanziamento come il pool funding nei quali il donatore, accettando che il proprio contributo venga « fuso » in un

unico budget, rinuncia a definire l'utilizzo dei fondi messi a disposizione (Etiopia); a meccanismi di sostegno al bilancio settoriale che tuttavia appaiono accompagnati da una negoziazione sulla destinazione dei fondi (Etiopia fino al 2007 e Mozambico); a progetti che fanno riferimento agli indirizzi di politica sanitaria del paese, pur non contribuendo direttamente al budget relativo (Sud Sudan); a interventi, infine, che mantengono un dialogo stretto con le istituzioni sanitarie locali, ma senza un'esplicita adesione ai piani da queste elaborati (Tanzania). In questo contesto, le iniziative in Etiopia e Mozambico presentano l'indubbio vantaggio di sostenere il rafforzamento del personale sanitario attraverso un approccio non frammentato e chiuso in piccoli progetti, ma di partecipazione attiva alla formulazione di strategie ed iniziative nazionali, nel rispetto della titolarità dei governi partner.

Tutti gli interventi, tuttavia, si caratterizzano per la breve durata del finanziamento (da un minimo di uno ad un massimo di tre anni): questo appare un aspetto limitante che interroga la sostenibilità di lungo periodo delle iniziative, in particolare in considerazione del fatto che il rafforzamento del personale sanitario necessita, per sua natura, di processi lunghi, specialmente per programmi di formazione *pre-service*. In nessuno dei casi in esame la durata e le modalità di finanziamento possono essere giudicate rispondenti all'esigenza di quel *"long term and predictable funding"* a più riprese menzionato dall'Agenda d'Azione Globale di Kampala.

Le scelte di intervento sembrano orientarsi più su attività di formazione che non di ritenzione e motivazione o di equa distribuzione del personale sanitario: è da rilevare tuttavia che alcune componenti delle attività di formazione, in particolare quelle relative alla formazione nella gestione dei servizi sanitari, hanno generalmente un impatto positivo anche in termini di *retention* in quanto tendono a creare condizioni di lavoro più funzionali, che coinvolgano gli operatori a rimanere in servizio.

All'interno delle attività di formazione, inoltre, solo l'intervento in Mozambico prevede un grosso investimento (83%)

nella formazione iniziale o *pre-service*: quest'ultima, per sua natura, richiede generalmente finanziamenti più elevati e di lungo periodo, che necessitano di essere accompagnati da un intenso dialogo istituzionale e che danno risultati di salute solo nel medio termine. Per questo motivo alcuni donatori prediligono il sostegno ad attività di formazione continua o *in-service*, che tuttavia corrono il rischio di allontanare il personale sanitario dal proprio lavoro, talvolta alla ricerca di diarie che vengono percepite (e talvolta proposte dai donatori) non come tali ma piuttosto come fonti di introiti aggiuntivi rispetto ai magri stipendi. Negli interventi di formazione continua attuati dalla DGCS, inoltre, non è sempre chiaro in che misura essi siano legati ad una progressione di carriera²³, o se ci sia la possibilità di incorporarli progressivamente nel quadro di corsi iniziali o *pre-service*.

Interessante risulta invece l'attenzione delle quattro iniziative al rafforzamento di personale sanitario di livello intermedio (tecnici di laboratorio, infermieri..) e di comunità (HEW): questi operatori sono infatti centrali nel quadro di una strategia di *task-shifting*, attraverso la quale determinate mansioni vengono affidate, ove praticabile ed appropriato, a operatori sanitari meno specializzati²⁴. Ciò permette - in presenza di un sistema di sostegno e supervisione adeguato - di migliorare la copertura dei servizi, come nel caso dell'HIV/AIDS, grazie ad un uso più efficiente ed economico degli operatori disponibili e di rispondere al bisogno di salute di base considerato come prioritario in molti paesi a risorse limitate.

Solo l'iniziativa in Mozambico sembra prendere in considerazione il rischio che l'impossibilità da parte del paese partner di espandere la propria spesa sanitaria al fine di poter impiegare e pagare gli ope-



ratori addizionali che l'intervento contribuisce a formare possa vanificare l'impatto dell'iniziativa italiana, lasciando sostanzialmente disoccupati gli operatori formati. Non è noto tuttavia se alla constatazione di questo rischio sia seguito un dialogo politico bilaterale sul tema, che verta sulla necessità di garantire al settore sanitario maggiore spazio fiscale.

Notiamo infine che alcuni interventi (Etiopia e Mozambico in particolare) contengono voci di spesa relative ad attività di ricerca. Tuttavia non è generalmente possibile comprendere se gli obiettivi di tale ricerche siano concordati con il paese partner e se siano pensati come parte della risposta alla grave carenza di dati, informazioni ed analisi necessari alla definizione dei piani di sviluppo delle risorse umane fondati su evidenze verificate.

Borse di studio e contributi a corsi e master

Al fine di completare il quadro dell'azione bilaterale della DGCS-MAE nell'area del rafforzamento del personale sanitario, è utile dare uno sguardo alle attività di formazione in Italia di cittadini provenienti dai paesi partner. Tali interventi si inscrivono nel quadro normativo della legge 49/1987 che regola le attività di cooperazione in Italia e sono stati fino ad oggi realizzati dall'Ufficio IX della DGCS.

Le attività formative in Italia riguardano prevalentemente studi di livello univer-

sitario e *post lauream* e sono realizzate tramite due meccanismi:

1. l'assegnazione di borse di studio a cittadini dei paesi partner ("gestione diretta");
2. l'erogazione di contributi a corsi o a programmi organizzati da Università italiane e altri enti specializzati a prevalente partecipazione pubblica.

Sia nell'assegnazione delle borse di studio che nel finanziamento dei corsi o programmi, "la specializzazione di giovani medici e/o di gestori dei sistemi ospedalieri" per il potenziamento degli apparati sanitari rientra tra le aree tematiche privilegiate dall'Ufficio IX²⁵.

1) Le borse di studio "a gestione diretta" sono assegnate a seguito di richieste formali presentate alla DGCS dalle autorità governative dei paesi di provenienza dei candidati, per il tramite delle ambasciate italiane all'estero. Le borse sono finalizzate al conseguimento di titoli di laurea, specializzazioni *post lauream* e dottorati di ricerca in settori tecnico-scientifici (ingegneria, agraria, economia, medicina)²⁶. I borsisti sono tenuti a sostenere un numero annuale di esami, al di sotto del quale perdono il beneficio

²⁵ Le aree tematiche privilegiate sono: i) gestione delle risorse primarie (acqua, agricoltura, ambiente); ii) sviluppo della piccola e media impresa; iii) capacity e institution building e iv) assetto del territorio, good governance e peace-keeping.

²⁶ La materia è disciplinata dalla circolare del MAE del 3 novembre 1994, n. 13

della borsa. Le aree geografiche prioritarie vengono, di anno in anno, definite dalla DGCS.

Dai primi anni '90 fino al 2007 è stato erogato un gran numero di borse di studio per studenti in medicina. Molti di questi medici formati in Italia sono ritornati nei rispettivi paesi di origine; in alcuni casi particolari, ad esempio in situazioni di conflitto quali la Somalia, la maggioranza dei medici non è tuttavia ritornata nel paese di origine. Il fatto che queste informazioni non siano sostanziate da dati ma si basino sulla memoria storica del personale dell'Ufficio IX²⁷ evidenzia l'assenza di un sistema di monitoraggio sistematico dei percorsi professionali del personale sanitario formato in Italia attraverso fondi della DGCS, nonostante il rientro nei paesi di origine sia un chiaro obiettivo degli accordi tra i paesi beneficiari e l'Italia. Di conseguenza - complici anche un debole coordinamento tra la DGCS e le Ambasciate italiane e/o debolezze organizzative - è impossibile risalire a potenziali effetti di *brain drain* di questi interventi, o anche semplicemente valutarne l'efficacia nell'immettere nei sistemi sanitari dei paesi beneficiari personale sanitario formato.

Nell'allegato 2 riportiamo un elenco delle borse di studio indirizzate al continente africano nel settore sanitario per l'anno 2008 (659.000 euro), 2009 (886.000 euro) e 2010 (508.000 euro).

Negli ultimi anni, a causa dei tagli finanziari subiti, la DGCS non riesce più ad assicurare i periodici corsi di aggiornamento o di formazione continua in loco che offriva invece nei decenni precedenti al personale medico formatosi in Italia, una volta esauritosi il percorso della borsa di studio.

2) I contributi a corsi sono invece fondi che vengono erogati ad istituzioni italiane come Università, centri di ricerca ed organizzazioni non-governative che si occupano di formazione di cittadini provenienti dai paesi partner. Essendo questi finanziamenti destinati ad istituzioni italiane, il tema non è stato approfondito in

questa sede; l'allegato 2 riporta comunque, per completezza di informazione, l'elenco dei Master a tematica sanitaria finanziati dalla DGCS nel 2009.

Non esiste un vero e proprio coordinamento tra l'Ufficio IX e gli altri dipartimenti della DGCS. Sarebbe al contrario auspicabile la creazione di sinergie tra gli interventi a sostegno di strutture sanitarie nei paesi partner e le eventuali borse di studio erogate.

A seguito della diminuzione dei fondi a disposizione della DGCS è previsto lo smantellamento dell'Ufficio IX, l'interruzione dei suoi attuali interventi e la ridistribuzione del personale in altri uffici.

Canale multilaterale

Risulta estremamente difficile arrivare a stimare la quantità di fondi destinati dall'Italia al rafforzamento del personale sanitario attraverso il canale multilaterale: le istituzioni multilaterali destinatarie di tali finanziamenti, infatti, raramente forniscono dati disaggregati per quest'area. Qui sotto ci limitiamo dunque ad identificare le istituzioni attive nel supporto al personale sanitario e a condividere i dati rilevanti ad oggi disponibili.

Le *policies* relative al personale sanitario che guidano l'utilizzo di tali finanziamenti, invece, sono di competenza delle istituzioni multilaterali stesse - non del Governo italiano - e dunque non rientrano nei termini di riferimento della presente ricerca.

Il Governo italiano sostiene un numero consistente di agenzie multilaterali a vocazione sanitaria: tra esse nel 2008 figuravano l'OMS con 24,98 milioni di dollari e FNUAP con 2,88 milioni di dollari. Più consistenti, nello stesso anno, gli impegni di spesa italiani imputabili specificamente alla salute all'interno del finanziamento di altre istituzioni multilaterali quali la Banca Mondiale (52,29 milioni di dollari), la Commissione Europea (53,65 milioni di dollari) o il Fondo di Sviluppo Europeo

(85,1 milioni di dollari)²⁸. In nessuno di questi casi, tuttavia, le istituzioni in questione mettono a disposizione le informazioni che permettano di disaggregare la percentuale del contributo italiano che l'istituzione sceglie di dedicare specificamente al rafforzamento del personale sanitario.

Il monitoraggio dell'utilizzo dei contributi italiani per attività specifiche quali il



rafforzamento del personale sanitario è molto complesso anche nel caso di partenariati pubblico-privati come il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria. Quest'ultimo, pur mantenendo il proprio focus sulla prevenzione e la cura delle tre malattie in questione, negli ultimi anni ha progressivamente incrementato la propria capacità di finanziare proposte aventi una componente di rafforzamento dei sistemi sanitari²⁹: i finanziamenti del Fondo Globale coprono dunque oggi aree quali l'espansione delle capacità dei centri di formazione; il sostegno a "pacchetti *retention*" per il personale sanitario; il rafforzamento della sicurezza sui luoghi di lavoro; il miglioramento delle capacità manageriali del personale sanitario. Attraverso stime approssimative si può ipotizzare che il contributo italiano al rafforzamento del personale sanitario canalizzato attraverso il Fondo Globale nel 2008 possa essere stato pari a circa 15, 21 milioni di dollari³⁰.

²³ In Etiopia, tuttavia, vi è stato tra il 2003 e il 2006, un appoggio finanziario e tecnico ai corsi di upgrading di alcuni quadri sanitari di base che hanno favorito l'aggiornamento e la progressione di carriera di quelle categorie professionali.

²⁴ Belayneh Y, Tekola F, Madeo M, Resti C. « Task-shifting of HIV/AIDS services down the professional ladder: Current status in Ethiopia and lessons from other African countries » Ethiopian Journal of Health Development, 2009; 23(3).

²⁸ "Promoting Global Health". L'Aquila G8 Health Experts' Report and Accountability Exercise, G8 Summit 2009, versione aggiornata, <http://www.g8italia2009.it>.

²⁹ Nel 2009 il totale investito dal Fondo Globale per il rafforzamento dei sistemi sanitari ammontava a 738,3 milioni di dollari. L'obiettivo stabilito per il 2010 e' di 750 milioni di dollari.

³⁰ Tale stima si basa sul fatto che nel Round 8 il 42% del totale dei finanziamenti del Fondo destinati

RACCOMANDAZIONI

AL GOVERNO ITALIANO

In aggiunta rispetto alle raccomandazioni che questo rapporto indirizza a tutti i soggetti italiani impegnati nell'ambito della cooperazione sanitaria, le seguenti indicazioni sono rivolte specificamente al Governo italiano:

Ministero degli Affari Esteri

Promuovere e sostenere la Dichiarazione e Agenda di Azione Globale di Kampala sia a livello nazionale che a livello internazionale; partecipare al secondo Forum Globale per il Personale Sanitario per prendere parte attiva al monitoraggio dell'attuazione della Dichiarazione in una prospettiva di mutua *accountability* con gli altri attori internazionali.

Giocare appieno anche nell'ambito del rafforzamento del personale sanitario il ruolo di indirizzo e di coordinamento dei diversi attori di cooperazione internazionale che la legge 49/1987 assegna al MAE.

Aumentare i fondi dedicati al rafforzamento del personale sanitario nel quadro del doveroso rispetto degli impegni in termini di Aiuto Pubblico allo Sviluppo assunti dall'Italia con l'adesione alla Dichiarazione del Millennio, con particolare riferimento alla destinazione all'APS dello 0,7% del PIL entro il 2015.

Modificare l'attuale sistema di raccolta dei dati interno alla DGCS-MAE così da permettere di reperire informazioni sull'impegno finanziario nel rafforzamento del personale sanitario, anche in una prospettiva di monitoraggio di medio e lungo termine.

Concentrare le attività di formazione del personale sanitario nell'area della formazione *pre-service*: la DGCS-MAE è infatti posizionata favorevolmente in quest'ambito, avendo la possibilità di programmare investimenti di durata media o lunga, di sostenerli con un intenso dialogo politico bilaterale, di mobilitare le *expertise* tecniche necessarie e di testare approcci innovativi.

Instaurare una maggiore sinergia tra le attività di cooperazione internazionale e le borse di studio erogate a personale sanitario proveniente dai paesi partner.

Promuovere - anche attraverso un dialogo inter-ministeriale - la coerenza delle politiche esterne del nostro paese, così che gli investimenti in APS a supporto del personale sanitario non vengano vanificati da fenomeni di *brain drain*, dall'imposizione di tetti di bilancio eccessivamente restrittivi per la spesa sanitaria, da politiche commerciali sfavorevoli o da conflitti.

Promuovere l'attuazione del Codice di Condotta per il reclutamento internazionale di personale sanitario dell'OMS presso i rilevanti ministeri italiani, con particolare riferimento al Ministero degli Interni e della Salute.

Associare il finanziamento di interventi a sostegno del personale sanitario ad un dialogo con i paesi partner che tocchi il tema della necessaria espansione dello spazio fiscale per accomodare la crescente spesa sanitaria.

Ministero dell'Economia e delle Finanze

Usare il proprio ruolo di membro del Comitato Esecutivo del FMI affinché:

- il Fondo permetta ai governi dei paesi partner di esplorare ed adottare opzioni di politiche fiscali e monetarie maggiormente espansive - in particolare nel contesto di crisi economiche e finanziarie quali quella in corso - tali da permettere maggiore flessibilità nel finanziamento del deficit, così da reperire maggiori risorse per la spesa sociale.
- il Fondo segnali chiaramente ai paesi che i tetti per la spesa salariale non costituiscono più condizione di accesso ai prestiti, cancellandoli anche dalla lista degli obiettivi indicativi negli accordi siglati con il Fondo.

Finanziare prioritariamente gli enti multilaterali che sostengono il rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali e, in particolare, del personale sanitario.

L'Italia partecipa infine ad un altro partenariato pubblico-privato, il GAVI³¹, attraverso i propri contributi a meccanismi di finanziamento innovativi come l'International Finance Facility for Immunisation (IFFIm) e l'Advanced Market Commitment

(AMC)³². GAVI ha annunciato un impegno di 800 milioni di dollari in 5 anni per il rafforzamento dei sistemi sanitari indicando recentemente che il 21% di questo finanziamento viene attualmente utilizzato per il sostegno delle risorse umane³³. E' certo dunque che una percentuale dei contributi italiani che confluiscono nel GAVI viene dedicata al rafforzamento del personale

sanitario. Tuttavia le informazioni attualmente disponibili non sono sufficienti a determinare tale percentuale.

La posizione del Ministero dell'Economia e delle Finanze in materia di tetti di bilancio e salariali nei paesi a risorse limitate

Al di là degli interventi attuati in materia di rafforzamento del personale sanitario nei paesi a risorse limitate attraverso l'APS bilaterale e multilaterale, il Governo italiano ricopre - attraverso il MEF - un altro ruolo potenzialmente cruciale nel sostenere le risorse umane in questi paesi: sedendo nell'Executive Board del Fondo Monetario Internazionale (FMI), esso è infatti un attore centrale nella definizione delle politiche del Fondo stesso: esse hanno a loro volta un impatto di primaria

importanza nel determinare i budget sanitari nei paesi a risorse limitate, oltre che i fondi a disposizione dei salari degli operatori sanitari.

Le politiche macroeconomiche di riduzione del deficit e dell'inflazione proposte dal Fondo Monetario Internazionale³⁴ a partire dagli anni '70 come condizioni per l'accesso ai prestiti ai paesi in via di sviluppo, infatti, hanno tradizionalmente imposto restrizioni ai budget di questi paesi per settori come la sanità. Questi settori soffrono dunque di un sottofinanziamento cronico: l'assunzione di medici e infermieri - in particolare - è fortemente limitata da tetti sulla spesa destinata agli stipendi dei dipendenti pubblici, tetti finalizzati alla riduzione del deficit. Tali limitazioni si sono tradotte, tra gli anni '80 e '90, in congelamenti delle assunzioni, tagli di personale e incentivi ai pensionamenti. Esse hanno favorito, in paesi come il Kenya, la coesistenza paradossale di una forte disoccupazione di medici ed infermieri con un'acuta carenza di personale sanitario e una percentuale elevata di "fuga dei cervelli" da questo settore. Nonostante il FMI affermi che, nel contesto della crisi finanziaria ed economica iniziata nell'autunno 2007, la suddetta politica dei tetti sulla spesa salariale sia stata abbandonata³⁵, i dati indicano che persistono tali tetti in 18 su 41 paesi aventi un programma del FMI³⁶, in alcuni casi mantenuti dai paesi stessi, probabilmente in conseguenza del fatto che spesso essi rimangono obiettivi indicativi negli accordi siglati con il Fondo.

La medesima attenzione da parte del FMI alla preservazione della stabilità macroeconomica ha portato il Fondo inoltre a richiedere ai paesi con cui ha accordi di "dirottare" i tre quarti dei flussi addizio-

nali di aiuti internazionali verso il rafforzamento delle riserve monetarie e il ripagamento del debito³⁷. Questo ha fatto sì che per 10 dollari erogati in aiuti solo 2,70 siano utilizzati per la spesa sociale, sacrificando la realizzazione degli Obiettivi del Millennio a vantaggio di una stabilizzazione macroeconomica da molti giudicata eccessiva e di lenta realizzazione. In questo contesto, tuttavia, fonti del MEF sposano senza riserve le posizioni del FMI, affermando di condividere che "la stabilità macroeconomica e l'inde-

la spesa sanitaria. Analogamente, condiciamo l'analisi del Fondo secondo cui la determinazione di tetti di spesa non è di per sé pregiudizievole, anche se occorre assicurare la necessaria flessibilità soprattutto quando si è in presenza di flussi di aiuto che prevedano un aumento della spesa per retribuzioni in determinati settori³⁸."

Il MAE, dal canto suo, non risulta avere una posizione in materia, nonostante le politiche del FMI di fatto annullino l'im-



bitamento sostenibile (sono) condizioni indispensabili per assicurare una crescita durevole e la riduzione della povertà nei paesi in via di sviluppo. Riteniamo quindi che la condizionalità sia un aspetto imprescindibile dei finanziamenti del Fondo. Siamo tuttavia favorevoli a proseguire il processo di razionalizzazione della condizionalità per evitare un eccesso di condizioni in aree che non sono strettamente indispensabili per il successo dei programmi con il Fondo. Nello stesso tempo pensiamo che occorra tener conto della situazione dei singoli paesi e ciò vale, in particolare per quanto riguarda la possibilità ammettere un maggior spazio fiscale per il finanziamento di determinati investimenti o per favorire

patto di parte dei flussi di Aiuto Pubblico allo Sviluppo provenienti dal MAE.



al rafforzamento dei sistemi sanitari - 593 milioni di dollari - è destinato al sostegno del personale sanitario e alla formazione (GFATM, Health System Funding, <http://www.theglobalfund.org/en/performance/effectiveness/hss/target/?lang=en>), per un totale di 249,06 milioni di dollari. Sapendo che nel 2008 il Governo italiano ha contribuito con il 6,11% degli impegni totali destinati al Fondo dalla comunità dei donatori (elaborazione sulla base di: GFATM, Pledges and Contributions, <http://www.theglobalfund.org/en/resources/?lang=en>), si può ipotizzare che il contributo italiano al rafforzamento del personale sanitario canalizzato attraverso il Fondo Globale nel 2008 possa essere pari a 15, 21 milioni di dollari.

31 Global Alliance for Vaccines and Immunizations. GAVI promuove e sostiene le vaccinazioni per le malattie dell'infanzia in 72 paesi in via di sviluppo.

32 Nel 2006 l'Italia, attraverso il MEF, si è impegnata a contribuire a IFFIm per un totale di 473,5 milioni di euro in 20 anni. Nel febbraio 2007 l'Italia si è impegnata inoltre per un totale di 635 milioni di euro per il lancio del primo AMC finalizzato a sostenere lo sviluppo e disponibilità per i paesi a risorse limitate del vaccino per lo pneumococco. Questi impegni si sono tradotti in versamenti pari a 35,79 milioni di dollari a IFFIm e a 51,99 milioni di dollari a AMC nel 2008 ("Promoting Global Health". *L'Aquila G8 Health Experts' Report and Accountability Exercise, G8 Summit 2009*, versione aggiornata, <http://www.g8italia2009.it>).

33 Il riferimento è ai primi 49 finanziamenti per i sistemi sanitari messi a disposizione da GAVI (www.gavialliance.org/vision/policies/hss/index.php).

34 A questo proposito si veda: Coordinamento Italiano Network Internazionali (CINI), *Coerenza delle politiche per lo sviluppo: Obiettivi, Strategie, Strumenti*, 2010, www.cininet.org

35 Letter from IMF Managing Director to Civil Society Organizations, 27 Aprile, 2009, <http://www.imf.org/external/np/vc/2009/042709.htm>.

36 CEPR, "IMF-Supported Macroeconomic Policies and the World Recession: A Look at Forty-One Borrowing Countries", ottobre 2009. <http://www.cepr.net/index.php/publications/reports/imf-supported-macroeconomic-policies-and-the-world-recession/>

37 Independent Evaluation Office, 2007 http://www.iewimf.org/eval/complete/eval_03122007.html

38 Dirigente, Ufficio III - Rapporti istituzionali con il Fondo Monetario Internazionale, MEF, 20 gennaio 2010.

L'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' (ISS)

Il rafforzamento della formazione del personale sanitario è parte della missione dell'ISS e costituisce un obiettivo prioritario per l'Istituto, che lo realizza attraverso un approccio multisettoriale e di *mainstreaming*, in virtù delle componenti e competenze diversificate che costituiscono l'ISS.

L'ISS generalmente non utilizza fondi propri in quest'area, ma finanziamenti provenienti da enti terzi, attualmente dalla DGCS-MAE. I finanziamenti vengono utilizzati prevalentemente per attività di assistenza tecnica. L'interesse ai fini di questa ricerca si concentra di conseguenza soprattutto sugli indirizzi di *policy* seguiti dall'Istituto nella definizione e nell'implementazione di tali interventi: a questo scopo si farà riferimento anche alle caratteristiche del progetto "Supporto alla facoltà A.M. Dogliotti di Monrovia" implementato da ISS in Liberia a partire dal 2009, che attualmente è anche l'unico intervento di rafforzamento del personale sanitario nei paesi a risorse limitate gestito dall'Istituto (per i dati quantitativi del progetto, si veda l'allegato 3).

In termini di *policies* per il rafforzamento del personale sanitario l'Istituto applica, nella definizione dei propri interventi, quelle elaborate dall'OMS e dalla DCGS-MAE, come appropriato. Sono note la Dichiarazione e Agenda d'Azione Globale di Kampala del 2008 e se ne segue con interesse il processo di implementazione.

A livello paese, il sostegno avviene in linea con le *policies* nazionali: il confronto con le controparti in loco - in particolare con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Educazione - è sempre presente nei progetti sviluppati. L'ISS collabora ad esempio al sostegno dei piani sanitari nazionali e la componente di assistenza tecnica prevede il sostegno alla componente di pianificazione e - come nel progetto in Liberia - di produzione di un nuovo *curriculum* universitario. In aggiunta, quanto proposto sperimentalmente nei progetti dell'ISS necessita di un avallo anche da

parte di comitati etici presenti in loco.

Le modalità di attuazione dei progetti prevedono spesso un confronto con soggetti di cooperazione italiani: nel caso del progetto "Supporto alla facoltà A.M. Dogliotti di Monrovia" vi è stata sinergia di azione con la DCGS-MAE, con alcune ONG, oltre che il coinvolgimento di Università italiane. Meno intensa sembra essere l'interazione con la cooperazione decentrata delle Regioni italiane, che potrebbero tuttavia beneficiare fortemente da un confronto con l'*expertise* tecnica di ISS.

La tipologia di attività di rafforzamento del personale sanitario portata avanti dall'ISS vede una forte componente di sostegno alla formazione iniziale o *pre-service*: data l'*expertise* tecnica interna all'ISS, l'Istituto emerge anzi come uno dei pochi attori del "sistema Italia" in grado di strutturare interventi complessi di formazione di questo tipo, e questo patrimonio potrebbe essere utilmente condiviso con gli altri attori italiani. Nel caso del progetto condotto in Liberia si prevede ad esempio il supporto ad un'istituzione formativa di terzo livello, mirando alla definizione condivisa di un nuovo *curriculum* di studi per il personale medico del paese che ponga al centro la promozione della salute. In collaborazione con i ricercatori della locale Università, ISS ha condotto uno studio di analisi della situazione per la definizione di un *Training needs assessment* per gli studenti della Facoltà di Medicina. I risultati di tali studi saranno consegnati al personale della facoltà che, supportato da esperti internazionali, definirà i metodi formativi e i contenuti dei moduli del nuovo *curriculum*, da cui scaturirà la formazione dei medici del paese.

Gli interventi di rafforzamento del personale sanitario di ISS hanno spesso anche una componente mirata a trattenere personale sanitario all'interno del sistema sanitario del paese di origine (*retention*). Nel caso del progetto in Liberia, ad esempio, l'Istituto ha previsto l'utilizzo di specifiche politiche di reclutamento che - anche a causa della specifica realtà della Liberia - danno titolo preferenziale a personale sanitario fuoriuscito dal pae-

se nel periodo bellico, e disposto a rimpatriare. Non esistono tuttavia ad oggi dati sull'impatto di questa componente, in quanto il progetto è in fase iniziale di sviluppo.

In relazione al fenomeno del *brain drain* di personale sanitario¹, ISS ha seguito con interesse l'elaborazione del Codice di Condotta per il reclutamento internazionale di personale sanitario dell'OMS. Per quanto riguarda l'impatto in termini di *brain drain* delle proprie attività, non risulta ad oggi che partecipanti ai master internazionali (*Management* sanitario) tenuti in Istituto negli anni passati si siano fermati in Italia per lavoro, anche in considerazione del fatto che era stata prevista la partecipazione di personale già sufficientemente integrato nei paesi di origine, e dunque non a rischio di *brain drain*. Ad oggi, tuttavia, ISS non ha svolto un monitoraggio specifico di questo aspetto.

DUE REGIONI ITALIANE

Il presente rapporto ha preso a campione due regioni virtuose nel settore della cooperazione sanitaria internazionale - la Regione Lombardia e la Regione Toscana - per l'analisi del loro impegno nel rafforzamento del personale sanitario in Africa sub-sahariana. La scelta di queste due Regioni è stata dettata dal fatto che, a differenza di altre, esse attribuiscono alla cooperazione sanitaria una programmazione e organizzazione autonome e complementari rispetto a quelle della cooperazione decentrata. Sono dotate di specifiche leggi e/o programmi per la cooperazione sanitaria internazionale e sono inoltre le sole Regioni ad avere uno specifico riferimento alla cooperazione sanitaria internazionale nei propri piani sanitari regionali². A ciò si aggiunge che queste due Regioni contribuiscono alla cooperazione sanitaria internazionale

¹ Il fenomeno del *brain drain* è analizzato in modo compiuto nella terza parte di questo rapporto.

² Si tratta del Piano sociosanitario 2007-2009 approvato con DCR n. VII/257 nel caso della Lombardia; del "Piano Sanitario regionale 2008-2010" approvato con DCR n.53/2008 nel caso della Toscana.

RACCOMANDAZIONI

ALL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

In aggiunta rispetto alle raccomandazioni che questo rapporto indirizza a tutti i soggetti italiani impegnati nell'ambito della cooperazione sanitaria, le seguenti indicazioni sono rivolte specificamente all'ISS.

Data l'*expertise* tecnica interna all'ISS, l'Istituto è uno tra i pochi attori del "sistema Italia" in grado di strutturare interventi complessi di formazione *pre-service*. E' utile dunque condividere questo patrimonio con gli altri protagonisti del « sistema Italia »; un dialogo con le Regioni, che in quest'ambito sono attualmente meno

strutturate, potrebbe essere proficuo.

Testare, valutare e condividere con altri soggetti italiani e a livello internazionale sistemi innovativi di formazione, con particolare riferimento alla formazione *pre-service*.

Data l'*expertise* tecnica interna all'ISS, l'Istituto può sostenere la formazione del personale sanitario africano nell'area specifica della *leadership* e del *management*. Il rafforzamento dell'area del *management* sanitario è infatti cruciale per dare attuazione a strategie di *retention* ben concepite, coerenti e complete.

con ingenti risorse finanziarie: basti pensare che su un totale di circa 8 milioni e mezzo investiti da cinque cooperazioni decentrate in ambito sanitario nel 2007, la Toscana e la Lombardia hanno contribuito rispettivamente con 3 milioni e 2.5 milioni di euro.

L'analisi dell'impegno delle due regioni in oggetto nell'area del rafforzamento del personale sanitario locale è proceduta attraverso l'invio del questionario riportato nell'allegato B ai funzionari regionali di competenza, con i quali si sono in seguito tenuti incontri e colloqui. Entrambe le Regioni hanno inoltre fornito accesso alle proposte di finanziamento presentate dalle diverse aziende ospedaliere e approvate dalla Regione negli anni di riferimento 2008-2010; sulla base di questa documentazione per alcuni progetti selezionati sono stati estrapolati i dati relativi al personale sanitario, secondo i criteri individuati nell'allegato A.

LA REGIONE LOMBARDIA

La Regione Lombardia opera nel settore della cooperazione internazionale attraverso differenti modalità:

1. progetti di cooperazione di iniziativa regionale diretta, realizzati in risposta a necessità di intervento in situazioni di emergenza umanitaria per calamità naturali o belliche, o a seguito di accordi, protocolli e intese di cooperazione con i paesi beneficiari;

2. co-finanziamento di progetti di cooperazione allo sviluppo, elaborati e presentati dalle organizzazioni non governative lombarde, dalle associazioni di solidarie-

tà internazionale e dalle Fondazioni, in attuazione della L.R. n. 20/1989 che regola le attività di cooperazione;

3. progetti internazionali in ambito sanitario e socio-sanitario ai sensi della L.R. n. 20/1989, mediante la promozione e realizzazione di gemellaggi tra aziende ospedaliere lombarde e strutture sanitarie straniere, al fine di sostenerle e renderle operativamente autonome; mediante l'assistenza sanitaria a favore di cittadini stranieri; e mediante progetti di sviluppo integrati nella rete sociale e sociosanitaria dei paesi partner con l'attuazione di gemellaggi internazionali;

4. progetti di destinazione del patrimonio mobiliare dismesso dalle aziende sanitarie lombarde a favore dei paesi in via di sviluppo e ad economia in fase di transizione ai sensi L.R. n. 10/2001 in materia di "Utilizzazione a fini umanitari del patrimonio mobiliare dismesso delle aziende sanitarie."

Gli interventi in ambito sanitario vengono approvati ogni anno dalla Direzione Generale della Sanità attraverso la Struttura di Programmazione e Sanità Internazionale³.

Tutte e quattro le modalità di finanziamento sopra elencate possono poten-

³ Le competenze della Struttura di Programmazione e Sanità Internazionale riguardano: interventi sanitari a favore di cittadini stranieri per erogare prestazioni di ricovero presso le strutture sanitarie lombarde; proseguimento dei gemellaggi in atto e promozione di quelli nuovi richiesti e approvati tra strutture ospedaliere; valutazione di progetti di cooperazione sanitaria messi a bando dalla Direzione Relazioni Internazionali; emergenze Sanitarie internazionali; presentazione di progetti sanitari finanziati dall'Unione Europea.

zialmente essere usate per interventi di rafforzamento del personale sanitario⁴. Ai fini della ricerca, tuttavia, si prenderà in considerazione solo le attività sostenute dalla Regione Lombardia attraverso i gemellaggi tra le strutture ospedaliere lombarde e quelle dei paesi beneficiari negli anni di riferimento 2008 e 2009, con eventuali informazioni sul 2010 laddove disponibili. Tale scelta è stata operata in considerazione del fatto che i gemellaggi costituiscono una modalità di intervento peculiare alla cooperazione decentrata e territoriale, che hanno una consistente componente di rafforzamento del personale sanitario e che, inoltre, essa non viene catturata dall'analisi degli interventi di nessun altro soggetto esaminato nella presente ricerca⁵.

Progetti di gemellaggi tra le strutture ospedaliere

Gli obiettivi dei gemellaggi tra strutture ospedaliere coinvolgono entrambe le strutture gemellate e comprendono:

- il sostegno allo sviluppo e al rafforzamento dei sistemi sanitari nei paesi partner, l'autonomia delle strutture per la cura di alcune gravi patologie, il miglioramento delle condizioni di vita di tutta la comunità al fine di evitare migrazioni e viaggi della speranza;
- la disponibilità di uno strumento agile di collaborazione diretta anche laddove non dovessero essere presenti ONG;
- la creazione di collaborazioni con

⁴ A differenza delle tipologie di interventi 1 e 4, per natura scarsamente orientate al rafforzamento del personale sanitario.

⁵ A differenza della tipologia 2, che emerge in parte nella sezione dedicata alle ONG.

- strutture straniere anche in termini di consorzi progettuali destinatari di finanziamenti, per il sostegno ad iniziative riguardanti ad esempio la lotta all'AIDS o alla tubercolosi, l'organizzazione della sanità territoriale e il confronto con modelli sanitari più evoluti;
- la creazione di sinergie con la programmazione della cooperazione allo sviluppo del Ministero degli Affari Esteri;
 - il coinvolgimento e la rimotivazione delle professionalità sanitarie presenti nelle strutture della Regione;
 - la visibilità alla dimensione aziendale delle strutture ospedaliere con ricadute positive anche sul territorio;
 - l'esportazione dell'immagine della Regione Lombardia e del suo sistema sanitario.

Le attività - che vengono approvate su base annuale dalla Giunta Regionale - hanno sempre una componente di rafforzamento del personale sanitario, riguardando la formazione di personale medico, infermieristico e tecnico sia in loco che a distanza, l'assegnazione di borse di studio sia in Italia che nel paese di riferimento, lo scambio di stagisti, missioni in loco di personale italiano specializzato, telemedicina e interventistica a distanza. A queste attività si aggiungono in genere la ristrutturazione di infrastrutture, la fornitura di attrezzature, il rafforzamento delle attività di prevenzione, i trasferimenti di pazienti in Italia qualora fosse necessario ed, infine, il monitoraggio e la valutazione del progetto. Queste due ultime attività sono solitamente affidate alle aziende ospedaliere responsabili dello svolgimento del progetto, attraverso rendicontazioni semestrali e missioni in loco⁶. Per una descrizione delle attività previste da alcuni gemellaggi si rimanda all'allegato 4.

Il progetto di gemellaggio segue diverse fasi che vanno dall'individuazione ed analisi delle strutture sanitarie da sostenere, allo sviluppo del progetto. La proposta di finanziamento segue poi il

suo iter di approvazione attraverso la Direzione Generale Presidenza, di concerto con la Direzione Generale Sanità⁷. Ad approvazione avvenuta, i coordinatori individuati dai rispettivi ospedali e i rappresentanti istituzionali dei due paesi (Regione Lombardia e autorità locale) firmano protocolli di gemellaggio. Qui di seguito riportiamo l'ammontare totale dei finanziamenti approvati da Regione Lombardia per i gemellaggi dal 2008 al 2010 (tabella 1.)

Solitamente nel piano finanziario di riferimento, che per lo più è della durata di due anni, la Regione Lombardia non è l'unica fonte di finanziamento, in quanto spesso partecipano anche l'azienda ospedaliera di riferimento e le università o strutture ospedaliere nei paesi partner. Non esiste ad oggi un dialogo o una forma di coordinamento con le altre Regioni nella determinazione delle strategie e attività da svolgere nei paesi partner, così come per le aree geografiche di intervento. In termini di banca dati, la Regione è dotata di un sistema strutturato per aree geografiche e non per aree tematiche che non consente dunque un monitoraggio dei finanziamenti destinati al rafforzamento del personale sanitario nei paesi partner.

Analisi degli interventi di gemellaggio

AMREF ha svolto un'analisi su un campione di nove progetti di gemellaggio di Regione Lombardia (cinque approvati nel 2008 e quattro approvati nel 2009) con strutture sanitarie nei paesi partner. L'analisi completa è riportata nell'allegato 4. Essa non intende ovviamente essere esaustiva, ma si propone come un utile strumento per identificare le modalità di intervento prevalenti della Regione a sostegno del personale sanitario. Qui di seguito si riportano le osservazioni che tale analisi ha stimolato.

Le proposte di finanziamento analizzate nascono prevalentemente da contatti

tra ospedali pre-esistenti al gemellaggio stesso, e dall'analisi dei bisogni che tali contatti hanno stimolato. Esse non contengono generalmente rimandi ai piani nazionali sul personale sanitario dei paesi con i quali il gemellaggio avviene, e si può ipotizzare dunque un collegamento debole con tali piani; solo nel caso del progetto in Mozambico le attività di formazione fanno riferimento alle strategie di formazione del Ministero dell'Educazione Superiore.

L'ammontare dei finanziamenti appare di entità generalmente limitata, mentre non appare dal campione una chiara focalizzazione geografica.

Data anche la natura dei soggetti coinvolti - generalmente due ospedali - appare spesso promossa una sanità di tipo ospedaliero, con una propensione per gli interventi di specializzazione, mentre più rari appaiono gli interventi di rafforzamento dei servizi sanitari territoriali o di comunità. Questo approccio si riflette anche sulle attività di formazione del personale sanitario, che si rivolgono generalmente a personale medico ed infermieristico. Minore attenzione sembra essere data alla formazione di personale sanitario di comunità.

Frequenti sono gli interventi di formazione *in-service*, svolti attraverso personale

TABELLA 1

Finanziamenti approvati da Regione Lombardia per i gemellaggi dal 2008 al 2010		
2008	2009	2010
1.194.719,00 €	1.271.472,00 €	1.948.892,00 €

medico italiano: essi attirano oltre il 66% dei finanziamenti destinati al rafforzamento del personale sanitario, una parte rilevante dei quali viene assorbita dai frequenti viaggi internazionali necessari per questa modalità di formazione. I settori di tali interventi formativi sono diversificati e determinati dalle aziende ospedaliere lombarde proponenti. I dati specifici sul numero di operatori sanitari formati

non sono tuttavia esplicitati, così come l'esatto dato finanziario. Sarebbe senza dubbio utile una sistematizzazione di tali dati, così come delle informazioni sulle modalità di formazione utilizzate. Nel caso di interventi di *retention* attuati tramite il sostegno al salario del personale sanitario (allegato 4, tabelle 4 e 5), non ci sono informazioni circa un eventuale dialogo con le autorità locali per l'estensione di questo sostegno oltre il periodo di intervento. Nel caso del progetto in Senegal, tuttavia, è interessante la segnalazione di un'attività di "perorazione presso le autorità locali di sostegno a personale qualificato," che segnala un dialogo mirato a promuovere e sostenere le risorse umane in sanità.

Non esistono informazioni riguardo all'impatto in termini di *brain drain* dei gemellaggi finanziati, né all'attuazione, in collaborazione con le autorità locali, di politiche per frenare questo fenomeno. I funzionari di Regione Lombardia intervistati, inoltre, non erano al corrente di misure adottate dalla Regione - in quanto "finanziatore" del sistema sanitario lombardo - per evitare di attrarre all'interno di quest'ultimo personale sanitario formato in paesi partner. E' lecito dunque ipotizzare che non esista attualmente un coordinamento tra le attività di cooperazione nell'area del rafforzamento del personale sanitario e le politiche di reclutamento del personale sanitario straniero di Regione Lombardia.

Dagli incontri intercorsi con funzionari della Regione Lombardia è emerso che la Regione non è al corrente dei contenuti della Dichiarazione e Agenda d'Azione Globale di Kampala, e che non è coinvolta nel processo di implementazione e monitoraggio di quest'ultima che culminerà nel secondo Forum Globale sul Personale Sanitario nel 2011.

LA REGIONE TOSCANA

Il sistema di cooperazione sanitaria della Regione Toscana si basa su di un modello in cui le strategie vengono definite di comune accordo tra l'Assessorato al diritto alla salute e l'Assessorato alla coopera-

zione internazionale. A partire dal Piano Sanitario in vigore, la Giunta Regionale adotta su base annuale il Programma delle iniziative di cooperazione sanitaria internazionale.

La Regione Toscana si è dotata di una specifica Strategia di cooperazione sanitaria internazionale per l'anno 2009/2010⁸, che colloca tali attività nel quadro della lotta alla povertà, della difesa dei diritti umani e dell'uguaglianza di genere. Tra gli obiettivi ricordiamo, assieme al miglioramento dei servizi di sanità di base, anche la "formazione, motivazione e incremento delle risorse umane destinate al servizio sanitario," entrambe collocate in un contesto di rafforzamento dei sistemi sanitari nel loro complesso⁹.

"La [Regione Toscana] lavora con i sistemi sanitari pubblici, ha un modello, la sanità pubblica, che è replicabile in altri Paesi. Per questo sosteniamo, anche metodologicamente, strutture del management sanitario e stiamo lavorando su aspetti gestionali e manageriali dei servizi, perché in essi c'è la chiave per offrire i migliori servizi alla popolazione. In alcune realtà potenziamo infrastrutture, ma soprattutto investiamo moltissimo nelle risorse umane, il focus del nostro lavoro. In molti paesi mancano gli operatori sanitari, non ci sono medici né infermieri, e quindi bisogna far sì che i sistemi si automantengano e crescano.

⁸ La Strategia è stata approvata con Delibera della Giunta Regionale n. 695 del 03/08/2009.

⁹ La lista completa degli obiettivi specifici della strategia di cooperazione sanitaria della Regione Toscana comprende: Rafforzare i sistemi sanitari nel loro complesso attraverso: i) supporto istituzionale ai sistemi sanitari pubblici; ii) miglioramento dei servizi di *Primary Health Care* (PHC); iii) rafforzamento, anche in termini di qualità delle cure, dell'assistenza materna neonatale e infantile; iv) potenziamento di infrastrutture e dei sistemi di programmazione e controllo, di acquisto e distribuzione di farmaci; v) formazione, motivazione e incremento delle risorse umane destinate al servizio sanitario; vi) miglioramento dell'accessibilità ai farmaci essenziali ed altre prestazioni sanitarie; vii) azione sui diritti inerenti la salute sessuale e riproduttiva delle donne; viii) lotta contro l'AIDS, TB e Malaria e altre malattie dimenticate; ix) intervento sui diritti delle persone con disabilità; x) potenziamento della ricerca scientifica, dello sviluppo e dell'innovazione in ambito sanitario non solo dei paesi destinatari dei progetti ma anche della Toscana; xi) creazione di sinergie con le tematiche di Ricerca e Sviluppo prevedendo strategie comuni e occasioni di contatto.

Perciò lavoriamo molto sulla formazione, soprattutto sostenendo attività in loco."¹⁰

Dal 2007 l'attuazione della strategia di cooperazione sanitaria internazionale è affidata all'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer di Firenze¹¹. Questa lavora in coordinamento con la Direzione Generale per il Diritto alla salute e le politiche di solidarietà, alla quale spettano le scelte strategiche. Il Comitato delle Aree Vaste (CAV), ente preposto alla raccolta e diffusione delle informazioni da e verso il territorio regionale, affianca il Meyer nell'attuazione della strategia. Attraverso le Aree Vaste¹² enti locali, aziende sanitarie, associazioni, ONG ed imprese vengono coinvolte nella realizzazione dei progetti della Regione e sottopongono a quest'ultima proposte di finanziamento.

I fondi erogati dalla Regione Toscana prevedono due meccanismi:

1. Progetti di Interesse Regionale (PIR) (Legge Regionale n.17/99), che costituiscono il principale strumento della Regione per realizzare direttamente i propri progetti.

2. Progetti a bando, che sono rivolti a sostenere iniziative proposte da enti locali, altri enti pubblici, o enti privati con sede in Toscana. I progetti possono avere durata annuale o biennale e il contributo richiesto alla Regione Toscana non può

¹⁰ Maria José Caldes, Responsabile Cooperazione sanitaria internazionale, Regione Toscana. Da: *Innovazione e sviluppo in Sanità: l'integrazione delle medicine complementari e tradizionali nei sistemi pubblici*, Seminario Internazionale, Firenze, ottobre 2008.

¹¹ La scelta del Meyer come struttura di coordinamento è dovuta all'esperienza pluriennale di questo ospedale nel settore della cooperazione internazionale, oltre che alla sua specializzazione nell'area pediatrica, che coincide con la priorità assegnata dalla Regione Toscana alla salute materno-infantile.

¹² Le 12 Aziende Usl della Regione Toscana sono raggruppate in tre Aree Vaste, ognuna dotata di un'Azienda Ospedaliero-universitaria di riferimento. Le Aree Vaste hanno un ruolo di coordinamento delle Aziende Sanitarie, che hanno a loro volta un proprio referente per la cooperazione sanitaria internazionale: questo è un punto di riferimento per i numerosi organismi privati e pubblici presenti sul territorio, che sono coordinati a livello provinciale attraverso i forum e i tavoli della cooperazione decentrata.

superare la somma di 25.000 euro.

Per quanto concerne i volumi finanziari, nel 2008 la Regione Toscana ha approvato un totale complessivo di 2.800.000 euro per progetti di cooperazione sanitaria internazionale. Nel 2009 il totale approvato è di 3.274.607 euro.

L'Africa sub-sahariana - e in particolare Congo, Uganda, Ruanda, Senegal, Burkina Faso, Kenya, Eritrea, Swaziland e Sudafrica - figura tra le aree geografiche

stemi sanitari pubblici con particolare attenzione alla sanità di base e alla salute materno-infantile.

Alcuni elementi di criticità del sistema toscano di cooperazione sanitaria emergono da uno studio triennale sostenuto dalla Regione stessa. Tra essi si ricordano¹³:

- la frammentazione delle iniziative dei PIR rispetto all'identificazione di settori sanitari specifici;
- la difficoltà ad operare uno sposta-

mento dagli interventi di assistenza ed emergenza a programmi di partenariato strategico;

- la mancanza di procedure standard consolidate per le attrezzature sanitarie dimesse dal Sistema Sanitario Toscano;
- lo scarso coinvolgimento dei migranti e delle loro associazioni, oltre che delle università, centri di ricerca, enti di erogazione dei servizi pubblici, nelle iniziative di cooperazione sanitaria;
- i rapporti ancora poco sistematici con le organizzazioni internazionali;

RACCOMANDAZIONI

ALLE REGIONI

In aggiunta rispetto alle raccomandazioni che questo rapporto indirizza a tutti i soggetti italiani impegnati nell'ambito della cooperazione sanitaria, le seguenti indicazioni sono rivolte specificamente alle Regioni.

Concentrare il sostegno su di un numero più limitato di interventi a cui attribuire finanziamenti più elevati, per garantire un impatto significativo.

Concentrare geograficamente gli interventi su un numero molto limitato di paesi, o di regioni, ricercando un coordinamento con gli altri attori del "sistema Italia" su territori specifici.

Estendere la durata temporale dei progetti, che è attualmente molto limitata. La formazione *pre-service*, in particolare, necessita di fondi prevedibili e di lungo periodo.

Affinare le valutazioni d'impatto degli interventi mirati al rafforzamento del personale sanitario, in modo da replicare o rifinanziare solo gli interventi di provata efficacia.

Utilizzare linee di budget specifiche per le attività di rafforzamento del personale sanitario, a cui corrispondano risultati attesi definiti. Creare o migliorare le banche dati così che queste possano fornire informazioni disaggregate sulle attività di rafforzamento del personale sanitario.

Finanziare prioritariamente gli interventi che si inseriscono all'interno dei piani sanitari nazionali dei paesi partner, così come nei piani di sviluppo delle risorse umane, ove esistenti. Rafforzare l'aderenza degli interventi ai principi della Dichiarazione di Parigi e dell'Agenda d'Azione di Accra sull'efficacia degli aiuti e di conse-

guenza intensificare il dialogo non solo con le autorità locali, ma anche con altri attori internazionali attivi nella regione di intervento.

Gli interventi di formazione *in-service* assorbono oggi una proporzione estremamente importante dei finanziamenti messi a disposizione dalle Regioni per il rafforzamento del personale sanitario. E' necessario spostare il focus delle attività di formazione dagli interventi *in-service* a quelli *pre-service*, avvalendosi anche di eventuali partenariati con le Università presenti sul territorio regionale, che possono condividere competenze ed esperienza a sostegno di quest'ultima tipologia di formazione.

In considerazione del fatto che ad oggi gli interventi delle Regioni hanno una durata limitata, le attività di *retention* attraverso il sostegno al salario sollevano interrogativi circa la loro sostenibilità di medio e lungo termine. Nella situazione attuale, dunque, è opportuno esplorare anche interventi di *retention* di natura non salariale, che creino incentivi maggiormente duraturi (ad esempio piccole infrastrutture per il personale sanitario o mezzi di trasporto)

Nei progetti di cooperazione sanitaria internazionale, farsi promotori del modello italiano di *Primary Health Care* piuttosto che di una sanità di alta specializzazione.

Elaborare meccanismi di monitoraggio dell'impatto dei progetti finanziati in termini di *brain drain*; attuare procedure di reclutamento delle risorse umane destinate al sistema sanitario regionale che escludano il reclutamento attivo di personale sanitario formato nei paesi che fronteggiano una crisi del personale sanitario (per una trattazione più dettagliata di questo punto si rimanda anche alle raccomandazioni alla fine della Parte Terza) Nelle Regioni italiane in questo ancora non avviene, promuovere l'approvazione di legislazioni regionali che permettano agli operatori sanitari di usufruire di congedi per attività di cooperazione.

prioritarie della cooperazione sanitaria della Regione. Qui gli interventi si concentrano sulla lotta alle pandemie di AIDS, tubercolosi e malaria e le malattie dimenticate, e sul rafforzamento dei si-

¹³ Nel 2008 la Regione Toscana ha sostenuto il progetto PIR "La salute come motore di co-sviluppo" che ha dato il via ad uno studio triennale non ancora concluso che intende accompagnare il rafforzamento del sistema toscano di cooperazione sanitaria offrendo una serie di strumenti analitici ed indicazioni operative che potranno essere introdotte dalla Regione stessa.

- le iniziative fondate ancora prevalentemente sull'iniziativa delle persone e meno sulle capacità organizzative delle singole strutture coinvolte;
- la debole integrazione degli strumenti

operativi e delle attività della cooperazione sanitaria nel quadro più ampio delle strategie di internazionalizzazione della Regione Toscana;

- l'incerta capacità di orientare le risorse finanziarie messe a disposizione attraverso i progetti di interesse regionale (PIR).

La Regione Toscana sostiene il dialogo con le istituzioni a livello nazionale ed ha partecipato all'elaborazione dei nuovi Principi guida della cooperazione italiana in materia di Salute Globale. Tuttavia non esiste un dialogo e coordinamento consolidato con le altre Regioni e tutti gli altri potenziali attori del « sistema Italia ». Per quanto concerne il dialogo con la società civile, la Regione partecipa - attraverso l'AOU Meyer - al Tavolo della cooperazione internazionale della Regione Toscana che facilita un maggior dialogo con la società civile, le università ed altri attori di cooperazione internazionale. A livello internazionale, infine, la Regione Toscana non è coinvolta nel monitoraggio della Dichiarazione e dell'Agenda d'Azione Globale di Kampala, pur esprimendo un particolare interesse verso i principi enunciati dal documento.

Analisi dei Progetti di Interesse Regionale

Ai fini della presente ricerca si è deciso di prendere in esame i PIR: essi infatti rappresentano lo strumento a disposizione della Regione per la realizzazione di azioni cui si riconosce una particolare rilevanza nell'ambito della strategia di cooperazione sanitaria.

AMREF ha svolto un'analisi di un campione di otto PIR di Regione Toscana tratto dal biennio 2008-2009; essa è riportata in forma completa nell'allegato 5. Come nel caso della Regione Lombardia, tale analisi non intende essere esaustiva; tuttavia è un utile strumento per identificare alcune modalità di intervento della Regione a sostegno del personale sanitario. Qui di seguito si riportano le osservazioni che essa ha stimolato.

Si riscontra innanzitutto che in più di un'iniziativa viene fatto riferimento ai

piani sanitari e alle strategie di lotta all'HIV/AIDS dei paesi beneficiari (tabella 4 e 8) - anche se non ai piani nazionali per il personale sanitario - evidenziando un confronto con le priorità identificate dai partner. Forse in conseguenza di questo tendenziale allineamento - e in accordo con la strategia di Regione Toscana - si riscontra un'attenzione al rafforzamento della sanità di base e di comunità, e ad interventi riguardanti l'area della salute materno-infantile.

La dimensione della formazione del personale sanitario sia medico che infermieristico appare costante, con una maggiore attenzione, rispetto a Regione Lombardia, alla formazione di personale di comunità. I dati specifici sul numero di operatori sanitari formati, tuttavia, sono spesso non quantificabili, così come il dato finanziario. In molti casi la formazione viene svolta attraverso personale medico espatriato e non le viene attribuita una linea di budget dedicata. Gli interventi puntuali di formazione *in-service* hanno un ruolo meno importante (32% dell'ammontare totale destinato al personale sanitario) rispetto a quanto avviene negli interventi di Regione Lombardia; essi sono affiancati da finanziamenti destinati ad attività formative *pre-service*, che possono presentare il vantaggio di avere un impatto sistemico che va al di là della formazione su specifiche patologie, oltre a non distogliere lo scarso personale medico esistente dal proprio lavoro quotidiano. Positivo, in questo contesto, è il partenariato con le Università del territorio toscano, che possono condividere competenze ed esperienza a sostegno di iniziative di formazione *pre-service*.

Si riscontrano inoltre numerosi interventi di *retention*, ovvero mirati a trattenere il personale all'interno del sistema sanitario; essi sono attuati prevalentemente tramite un sostegno al salario (tabelle 1, 4, 5, 8), la cui sostenibilità dopo la fine del finanziamento non viene però analizzata.

Anche nel caso della Regione Toscana sarebbe utile una maggiore sistematizzazione dei dati finanziari così come dei risultati progettuali: non solo quelli sul numero di personale medico, infermieri-

stico o di comunità formato, ma anche quelli relativi ai meccanismi di aggiornamento della formazione. La Regione utilizzava in passato una banca dati impostata su una distinzione sia geografica che tematica. In seguito questa banca dati è stata sospesa.

La durata dei finanziamenti è di norma di un solo anno. Nel caso di finanziamenti a sostegno del personale sanitario, che necessitano generalmente di investimenti di medio e lungo termine, questo rappresenta un limite dei progetti in esame. La formazione *pre-service*, in particolare, necessita spesso di fondi prevedibili e di lungo periodo. In alcuni casi Regione Toscana rinnova i finanziamenti su più anni per dare continuità al medesimo intervento, ma il rinnovo sembra poter essere attribuito solo al momento della valutazione delle proposte di finanziamento PIR dell'anno successivo.

Come nel caso di Regione Lombardia, non esistono informazioni riguardo all'impatto in termini di *brain drain* dei progetti finanziati, né all'attuazione, in collaborazione con i governi locali, di politiche per frenare questo fenomeno. I funzionari di Regione Toscana intervistati, inoltre, non erano al corrente di misure adottate da Regione Toscana - in quanto "finanziatore" del sistema sanitario toscano - per evitare di attrarre all'interno di quest'ultimo personale sanitario formato in paesi partner. E' lecito dunque ipotizzare che non esista attualmente un coordinamento tra le attività di cooperazione nell'area del rafforzamento del personale sanitario nei paesi partner e le politiche di reclutamento del personale sanitario straniero nel sistema sanitario regionale.

LE ORGANIZZAZIONI NON GOVERNATIVE ITALIANE (ONG)

Per poter esaminare l'impegno delle ONG italiane nel settore del rafforzamento del personale sanitario è stato chiesto a 16 organizzazioni "campione" - selezionate

in relazione al loro impegno in ambito sanitario - di compilare la matrice ed il questionario riportati negli allegati A e B. Molte delle ONG a cui ci siamo rivolti non hanno avuto la possibilità di rispondere per molteplici motivi, o hanno compilato solo uno dei due strumenti di raccolta dei dati. Di conseguenza, quale risultato finale, riportiamo qui di seguito le informazioni che abbiamo ricevuto da AMREF, Comunità di S. Egidio, COOPI, Fondazione Corti, Medicus Mundi, OXFAM Italia e Terres des Hommes. I dati finanziari relativi ad alcuni interventi sono riportati invece negli allegati dal 6 al 10. Sebbene nel complesso le informazioni e i dati ricevuti non forniscano un quadro esaustivo, essi ci consentono di cogliere alcune tendenze e di elaborare alcune raccomandazioni.

AMREF

AMREF Italia fa parte del network internazionale di AMREF, al quale contribuisce attraverso attività di raccolta fondi, sensibilizzazione ed *advocacy* in Italia. La strategia 2007-17 del network identifica chiaramente tra le aree prioritarie “il miglioramento delle competenze degli operatori sanitari, con particolare attenzione al personale sanitario di comunità.” L’organizzazione ha progetti interamente dedicati alla formazione, ma il rafforzamento del personale sanitario è integrato anche all’interno di altre tipologie di interventi.

Dal punto di vista delle *policies*, il lavoro di AMREF Italia sul personale sanitario è allineato con i Principi Guida della Cooperazione Italiana sulla salute globale del 2009¹⁴. Gli orientamenti di *policy* sul rafforzamento del personale sanitario, tuttavia, non vengono decisi da AMREF Italia, ma dalla sede centrale di AMREF a Nairobi e dalle sedi-paese in Africa, che hanno un dialogo stretto con i Ministeri della Salute e operano rigorosamente nel quadro dei piani sanitari nazionali.¹⁵

Contribuiscono alla definizione delle *policies* di intervento le “buone pratiche” provenienti dai progetti AMREF, oltre che le indicazioni provenienti dalla comunità internazionale; AMREF ha contribuito alla definizione dei contenuti della Dichiarazione e dell’Agenda d’Azione Globale di Kampala ed è stato membro di varie Task forces di *Global Health Workforce Alliance* (GHWa).

Dal punto di vista dei finanziamenti destinati al personale sanitario, AMREF Italia tende a creare sinergie tra la cooperazione decentrata, le Fondazioni, il Ministero degli Affari Esteri, l’Unione Europea, le aziende e i donatori privati, nel tentativo di far convergere le risorse dei diversi attori su progetti di lungo termine portati avanti dalle sedi-paese di AMREF in Africa.

AMREF investe massicciamente in formazione *pre-service*. Gli interventi in genere combinano un livello tecnico (ad esempio la definizione dei *curricula* formativi nazionali per la specifica categoria professionale), un livello finanziario (finanziamento del centro di formazione) e un livello di *advocacy* (dialogo con il Ministero della salute affinché sostenga l’istituzione di formazione nel lungo periodo). Un esempio - in aggiunta al corso per assistenti medici di Maridi descritto in allegato 6, tabella 6 - è la formazione di ostetriche comunitarie in Sud Sudan: su richiesta del Governo, AMREF gestisce e finanzia un corso, della durata di 18 mesi, che forma circa 40 ostetriche all’anno presso le città di Yei, Lui e Maridi.¹⁶

Come emerge dagli esempi riportati in allegato, AMREF assegna la massima priorità alla formazione di personale sanitario di livello intermedio e comunitario. Ogni anno l’organizzazione forma più di

10.000 operatori sanitari di livello intermedio (tra cui infermieri, assistenti medici, ostetriche, tecnici di laboratorio e farmacisti). AMREF ritiene che gli operatori di livello intermedio e di comunità possano essere infatti i pilastri di un sistema di *task-shifting*, che intende spostare mansioni tradizionalmente assegnate a personale medico specializzato verso i livelli inferiori, ove opportuno. AMREF enfatizza tuttavia che il *task-shifting* può essere una strategia di risposta alla crisi del personale sanitario in Africa solo nel caso in cui vengano rafforzati parallelamente i sistemi di selezione, formazione, supervisione, retribuzione ed equipaggiamento degli operatori sanitari di livello intermedio e di comunità.

AMREF ha inoltre numerose attività di formazione *in-service*, tra cui:

- i corsi che si svolgono nei centri di formazione di AMREF, il più affermato tra i quali è l’*International Training Centre* di Nairobi, che offre formazione continua per vari profili di operatori sanitari delle aree rurali;¹⁷
- il programma di *e-learning* per la specializzazione degli infermieri in Kenya: gli infermieri rivestono un ruolo d’importanza fondamentale nella fornitura di servizi sanitari in Africa. Il 70% del personale infermieristico in Kenya, tuttavia, non è specializzato: con metodi di formazione tradizionale, ci vorrebbero centinaia di anni per riuscire a formare i 22.000 infermieri specializzati necessari nel paese. Dal 2005 AMREF - insieme al *Nursing Council* del Kenya (NCK), Accenture, al Ministero della Salute e alle scuole di formazione infermieristica - ha avviato un programma di specializzazione per infermieri basato sull’*e-learning*. La fase di avvio ha generato dati a supporto della necessità dell’espansione a

livello nazionale di questo tipo di formazione continua.

AMREF promuove strategie di *retention* destinate al personale sanitario di comunità che includono spesso incentivi monetari (*per diem*) per la partecipazione



ai momenti di formazione e per il lavoro nelle comunità, soprattutto in relazione alle vaccinazioni¹⁸. Anche la distribuzione di gadget come magliette, cappelli o borse viene considerato un incentivo in alcuni casi. Nel caso del personale sanitario di livello intermedio, in alcuni casi AMREF offre incentivi salariali.

Il contributo più significativo di AMREF in termini di *retention* parte però dalla formazione stessa. Esempio ne è il lavoro di “*curricula design*” per quadri sanitari di livello intermedio, come nel caso degli assistenti medici in Sud Sudan: i *curricula* sono pensati per adattarsi al profilo epidemiologico del paese e di conseguenza per essere scarsamente spendibili in altri contesti. Ricerche pubblicate da AMREF¹⁹ dimostrano che il *curriculum* risponde all’esigenza di trattenere gli operatori all’interno del sistema sanitario in quanto tutti i diplomati sono attualmente al lavoro nelle proprie comunità di appartenenza. Allo stesso modo, la modalità dell’*e-learning* utilizzata nei corsi di specializzazione per infermieri in Uganda e Kenya è pensata per non sottrarre questo personale al proprio lavoro durante il periodo di specializzazione.

18 Non tutti gli operatori sanitari di comunità di AMREF, tuttavia, ricevono *per diem*.

19 P. Ngatia and V. Kimotho, *Retention of Clinical officers in Southern Sudan: A tracer study of Maridi National Health Training Institute (NHTI) Graduates*, Medicine & Health 2010.

AMREF produce ricerca propria sul tema del rafforzamento del personale sanitario: l’esperienza di AMREF in quest’ambito viene documentata attraverso *Discussion papers*, *Technical briefing papers* e altro materiale. Sul piano dei sistemi informativi per la salute, le comunità vengono formate nella raccolta di dati ed informazioni utili a stabilire quali siano i profili di personale sanitario a loro necessari. A livello di *advocacy*, l’organizzazione raccomanda ai governi (del nord e del sud del mondo) di sostenere finanziariamente la ricerca africana sui sistemi sanitari.

AMREF non ha mai svolto una valutazione compiuta dell’impatto in termini di *brain drain* delle proprie politiche di reclutamento. E’ noto tuttavia che gli stipendi del personale sanitario dell’organizzazione - che è sempre personale locale, poiché non viene mai utilizzato personale espatriato - sono generalmente superiori a quelli del personale sanitario pagato dai rispettivi sistemi sanitari. Si va dal doppio ad addirittura il triplo, a seconda dei paesi e dei profili professionali. I posti di AMREF sono dunque ambiti e attirano personale sanitario in proporzioni diverse, a seconda dei paesi²⁰. Gli stipendi di AMREF sono, a loro volta, notevolmente inferiori rispetto agli stipendi di grandi agenzie internazionali o di ONG straniere, per cui un posto ad AMREF viene spesso usato come “ trampolino ” per carriere in questi organismi; in questo senso anche AMREF sperimenta fenomeni di *brain drain* - e alto *turn over* - verso questi enti.

Per quanto concerne il *brain drain* internazionale, nel caso di personale sanitario formato da AMREF questi casi sono relativamente rari perché l’organizzazione forma profili sanitari intermedi o di co-

20 In alcuni casi il personale sanitario di AMREF lavora dentro alle strutture pubbliche, a supporto dello staff esistente. In altri casi invece sono le strutture pubbliche stesse che forniscono ad AMREF personale per interventi in partenariato, con un accordo di secondment (assegnazione) di durata limitata: questo personale continua ad essere pagato dal Ministero della Salute, ma ottiene un incentivo salariale da AMREF al quale in alcuni casi risponde. Accade a volte che questo personale, dopo il contratto di secondment con AMREF, non torni al proprio lavoro, ma passi al settore non governativo (non necessariamente ad AMREF).

munità poco spendibili sul mercato internazionale. L’organizzazione ha seguito da vicino lo sviluppo e l’adozione del Codice di Condotta per il reclutamento internazionale di personale sanitario dell’OMS ed è impegnata nel monitoraggio della sua implementazione.

AMREF Italia, infine, ha sviluppato un’attività di *advocacy* attraverso la quale si rivolge alle istituzioni italiane affinché il rafforzamento del personale sanitario rimanga prioritario nelle loro agende di cooperazione internazionale; lo fa sia singolarmente che nel quadro di coalizioni e piattaforme con altre organizzazioni della società civile, anche in occasione di appuntamenti internazionali quali ad esempio i vertici G8 o i processi direttivi del Fondo Globale per la lotta all’AIDS, TB e Malaria.

Comunità di S. Egidio Progetto DREAM

Il rafforzamento del personale sanitario rappresenta un obiettivo prioritario per la Comunità di S. Egidio. Ai fini di questa ricerca, la Comunità di S. Egidio ha condiviso il proprio approccio in quest’area a partire dall’esperienza maturata attraverso il programma DREAM, condotto all’interno dell’iniziativa « *Project Malawi* » e descritto nella sua componente finanziaria nell’allegato 7.

Il programma DREAM ha come obiettivo principale la lotta all’AIDS e alla malnutrizione. E’ un programma che intende coprire vari aspetti: il rafforzamento o creazione delle strutture necessarie (centri di cura, laboratorio di biologia molecolare etc), il reperimento delle risorse tecniche, l’educazione sanitaria, il lavoro di *advocacy* per il diritto alla cura dei pazienti, etc. All’interno di questo approccio il rafforzamento del personale sanitario è un aspetto centrale. La Comunità di S. Egidio assume esclusivamente personale locale per svolgere e coordinare tutte le attività. Il personale espatriato (europeo) svolge esclusivamente funzioni di controllo e si occupa della formazione, sia attraverso corsi che attraverso l’affiancamento sul lavoro. Nessun espatriato si trasferisce nel paese ma vi

14 La redazione dei Principi guida della Cooperazione Italiana sulla salute globale è stata coordinata da AMREF Italia, nel quadro di un’iniziativa promossa dagli Stati Generali della Solidarietà e Cooperazione Internazionale.

15 AMREF è spesso coinvolta nella redazione



si reca solo per brevi missioni, lasciando così spazio al personale locale per acquisire capacità sia tecniche che gestionali.

Il programma DREAM intende fornire servizi di eccellenza. La Comunità di S. Egidio è convinta che la ricerca dell'eccellenza sia necessaria in Africa come in Europa, non solo per garantire a tutti i malati uguale diritto ad ottenere cure di buona qualità, ma anche come risposta alla necessità di trattenere il personale sanitario nel paese: a questo scopo, l'organizzazione è convinta che più che fornire incentivi salariali, creando così squilibri all'interno del mercato del lavoro locale, sia utile consentire al personale sanitario africano di lavorare in un ambiente qualificato²¹.

Il programma funge anche da centro di formazione permanente per studenti locali e per personale impiegato nel settore pubblico o in altre organizzazioni. I corsi di formazione che si tengono con cadenza semestrale sono pan-africani: si svolgono cioè in uno dei dieci paesi africani dove opera il programma, ma coinvolgono personale sanitario proveniente da tutta l'Africa sub-sahariana. Oltre alla formazione diretta, i corsi divengono quindi un'occasione di condivisione e scambio di esperienze tra diverse realtà del continente.

La Comunità di S. Egidio investe fortemente anche sul personale sanitario di comunità. Nel quadro del programma DREAM alcuni pazienti vengono formati per diventare operatori del programma: essi - per lo più donne - vengono definiti

²¹ La Comunità di S. Egidio sostiene ad esempio che un laboratorio di biologia molecolare in Africa non è, come si può pensare, una inutile cattedrale nel deserto, ma un luogo dove bravi biologi e tecnici di laboratorio, possono esercitare la loro professionalità senza bisogno di emigrare all'estero.

« attiviste » in quanto acquistano un ruolo attivo nell'iniziativa stessa, divenendo esperte di educazione sanitaria, combattendo lo stigma e sensibilizzando le comunità e i villaggi fino nelle aree più remote. In Mozambico il movimento delle attiviste, "Eu dream," ha esercitato una funzione di *advocacy* per il diritto alla cura delle persone sieropositive nel paese.

L'organizzazione segue con interesse il dibattito internazionale sul rafforzamento del personale sanitario e conosce la Dichiarazione e Agenda d'Azione Globale di Kampala; pur non avendo seguito da vicino l'elaborazione del Codice di Condotta per il reclutamento internazionale di personale sanitario dell'OMS, considera molto importante la questione delle migrazioni internazionali di personale sanitario.

La Comunità di S. Egidio in genere si confronta con il Ministero degli Affari Esteri, con alcune ONG internazionali e italiane, con università italiane e con i principali attori pubblici competenti in materia di salute e di lotta all'AIDS nei paesi in cui opera (Ministero della Salute e i Dipartimenti che si occupano di AIDS). A livello paese, le strategie di intervento sono generalmente in linea con le politiche e i piani nazionali. L'organizzazione si dichiara *accountable* verso i propri donatori privati, con un bilancio certificato annualmente.

COOPI - Cooperazione internazionale

Il COOPI non ha una vera e propria specializzazione in ambito sanitario. La componente sanitaria - nella quale il rafforzamento del personale ha un ruolo centrale - è tuttavia spesso integrata nei settori prioritari d'intervento, che includono l'accesso all'acqua, la violenza di genere e la lotta alla malnutrizione.

L'organizzazione non solo investe sulla formazione e gli incentivi per il per-

sonale dei sistemi sanitari pubblici, ma anche sul personale sanitario²² locale che lavora con COOPI. Per quanto concerne quest'ultimo, le condizioni lavorative si differenziano da paese a paese. In un'ottica di *retention* COOPI - in accordo con il donatore e con i Ministeri della Salute - ha eliminato, in alcuni paesi, gli incentivi per il proprio personale sanitario; invece di creare gli effetti positivi sperati, infatti, essi erano all'origine di una faticosa negoziazione della diaria. L'organizzazione ha invece preferito utilizzare un compenso forfettario più alto.

In termini di rafforzamento del personale dei sistemi sanitari pubblici, COOPI ha attualmente un solo progetto con una grossa componente sanitaria: l'iniziativa si occupa del sostegno e riabilitazione delle strutture sanitarie nel Distretto della Tshuapa, nella Repubblica Democratica del Congo, ed è finanziato dalla Banca Mondiale. Le attività intendono partecipare al processo nazionale di potenziamento dei sistemi locali in un contesto di post-conflitto e al relativo sostegno ai piani sanitari nazionali, all'interno dei quali la formazione del personale è prioritaria.

La quantificazione degli investimenti in attività specifiche come il rafforzamento del personale sanitario è tuttavia impossibile per l'organizzazione, a causa di modalità differenti di rendicontazione legate alle esigenze dei diversi enti finanziatori (prevalentemente l'Unione Europea, le Nazioni Unite, alcune cooperazioni straniere e la Banca Mondiale).

Nella definizione delle strategie d'intervento e delle attività, incluse quelle mirate al rafforzamento del personale sanitario, COOPI tende a confrontarsi con altri soggetti non governativi italiani e con le istituzioni Universitarie, collaborando ad esempio al *Master in Cooperazione allo Sviluppo* dell'Istituto Universitario di Studi Superiori di Pavia; più debole, invece, il confronto con la DGCS-MAE. A livello internazionale l'organizzazione ha seguito da vicino il dibattito sul rafforzamento del personale sanitario e l'elaborazione

²² Che includono *per diem* e benefits ecc.

della Dichiarazione e Agenda d'Azione Globale di Kampala.

La Fondazione Piero e Lucille Corti Onlus²³

La Fondazione Corti opera a Gulu nel nord dell'Uganda e sostiene un solo partner locale, il St. Mary Lacor Hospital.²⁴ Lo fa attraverso un meccanismo di sostegno al bilancio che prevede una totale titolarità dell'Ospedale nel determinare le proprie *policy*, anche per quanto riguarda il personale sanitario. Le politiche e strategie dell'Ospedale vengono approvate a livello di Consiglio di amministrazione, di cui la Fondazione fa parte. Esiste un accordo tra la Fondazione e l'Ospedale in base al quale la Fondazione si impegna a dare un contributo finanziario annuale a sostegno dei costi di funzionamento dell'Ospedale fino al 2012. L'Ospedale è libero di utilizzare questi fondi come ritiene meglio in base alle proprie esigenze di erogazione di servizi sanitari; esso è tuttavia tenuto a raggiungere gli obiettivi del piano strategico 2007-2012, che comprendono indicazioni forti sulla valorizzazione del personale sanitario e sul rafforzamento del ruolo di quest'ultimo come centro di apprendimento.²⁵

L'Ospedale impiegava, nel 2009, 592 dipendenti africani con un turn-over intorno al 10% a causa dell'elevata domanda di personale da parte di altri enti non governativi e del governo ugandese. Vengono svolte di routine attività di selezione del personale e assunzioni su base regolare. Fin dai primi anni i fondatori prima, e i successori poi, hanno attribui-

²³ Si è scelto di includere la Fondazione Corti nella sezione dedicata alle ONG, e non in quella dedicata alle Fondazioni, in ragione dei suoi meccanismi di raccolta fondi che appaiono più simili a quelli delle prime che non delle seconde.

²⁴ L'ospedale fu fondato nel 1959 dai missionari comboniani e sviluppato a partire dal 1961 dai coniugi Piero Corti, pediatra italiano, e Lucille Teasdale, chirurgo canadese.

²⁵ Gli obiettivi identificati dall'ospedale sono: i) portare i servizi vicino alla comunità decentralizzando la fornitura di servizi; ii) consolidare, espandere o introdurre un numero selezionato di servizi specialistici; iii) rafforzare il ruolo dell'ospedale come centro di apprendimento; iv) accrescere la qualità della comunicazione e della gestione della conoscenza dell'ospedale; v) assicurare finanziamenti sostenibili all'ospedale.

to particolare attenzione al trattamento riservato al personale, offrendo incentivi di varia natura in una prospettiva di *retention*. A fine giugno 2009, 34 tra medici, tecnici, infermieri e personale amministrativo hanno partecipato a master e corsi di specializzazione sponsorizzati dall'Ospedale; gli operatori godono inoltre di benefici quali un salario puntuale e adeguato, accesso a prestiti a tasso zero, residenza gratuita all'interno del comprensorio, contributi per l'abitazione se non si vive nel comprensorio e contributi per la previdenza sociale. Esistono anche attività di formazione continua per medici, paramedici, tecnici e caposala.

Per quanto riguarda i programmi di formazione, come si è visto la Fondazione non si occupa direttamente di questa attività, delegandola all'Ospedale. Quest'ultimo dal 2003 è diventato un vero e proprio polo universitario per la facoltà di medicina dell'Università di Gulu e gli specialisti del Lacor sono docenti nei corsi universitari. Il direttore sanitario di Lacor è designato Rettore onorario ed è responsabile del coordinamento delle attività universitarie all'interno dell'Ospedale. La popolazione degli studenti di medicina per l'anno 2008/2009 era di 169 aspiranti medici e alcuni tra i primi laureati si sono fermati per il training presso il Lacor Hospital.

Fin dai primi anni '80 l'Ospedale è sede di tirocinio per le due facoltà di medicina (Makerere e Mbarara). Normalmente sono presenti in ospedale 5-10 medici tirocinanti.

La *Lacor Nurse Training School*, scuola convitto riconosciuta a livello nazionale, rilascia diplomi di infermiere professionale (corsi triennali) e di infermiere caposala (corsi biennali). Dalla formazione infermieristica tradizionale si è passati, nel novembre del 2003, alla formazione di *"Enrolled Comprehensive Nursing"*

(ECN), conformemente alla *policy* nazionale ugandese circa la formazione infermieristica. L'ultimo gruppo di infermieri tradizionali ha terminato la formazione nel novembre 2004. La *Lacor School of Laboratory Assistant* prepara tecnici di laboratorio sempre secondo i programmi nazionali. La scuola dura 2 anni e il corso è residenziale, permettendo la frequenza anche agli studenti provenienti da altri distretti; i partecipanti a giugno 2009 erano 46. Quest'anno, per la prima volta, la scuola si è dotata di due tutor qualificati che sono stati sostenuti dall'Ospedale per la propria formazione.

La presenza di studenti nelle scuole è andata sempre crescendo e il numero di ammissioni è più che raddoppiato negli ultimi 5 anni, arrivando a 103 nel 2009 (tabella 2).

Il bilancio complessivo dell'ospedale²⁶ a giugno 2009 era di 3,5 milioni di euro circa, di cui 2,8 milioni di euro per spese correnti. Il 54% delle spese correnti è rappresentato dagli stipen-

TABELLA 2

Andamento delle ammissioni di studenti, anno fiscale 2003 - 2009

Anni/Corso	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ECN	35	35	41	49	50	55
URN	7	28	32	38	28	23
Assistenti di Laboratorio	16	15	20	20	21	25
Totale	58	78	93	107	2107	103

di. Gli altri costi operativi sono rappresentati da forniture, farmaci e carburante. L'Ospedale si sostiene attraverso fondi provenienti da donatori esteri (70%) i contributi degli utenti (21%) e contributi del Governo ugandese (9%). Tra i donatori esteri la Fondazione italiana è tra i maggiori finanziatori. I fondi raccolti dalle fondazioni non sono vincolati ad un progetto specifico di conseguenza è difficile quantificare in che misura la Fondazione

²⁶ Il bilancio è revisionato da PWC Uganda.

Corti partecipa al rafforzamento del personale sanitario dell'Ospedale e dei centri sanitari periferici ad esso collegati.

Medicus Mundi Italia

Medicus Mundi si occupa di cooperazione sanitaria dal 1968. E' partner di *Medicus Mundi International*, ed è ufficialmente riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, con cui collabora regolarmente. La finalità dell'organizzazione è di contribuire alla promozione della persona umana mediante la realizzazione di programmi sanitari di sviluppo e di emergenza. Le attività svolte dall'organizzazione nei paesi in cui opera includono la formazione di operatori socio-sanitari ad ogni livello, tra cui medici, infermieri professionali, agenti di salute, ostetriche e tecnici di laboratorio. In quest'ambito l'organizzazione ha sostenuto, ad esempio, i corsi di Dental therapist ad Addis Abeba (Etiopia) e di aiuti della riabilitazione a Rilima in Rwanda. Medicus Mundi sostiene inoltre la ristrutturazione di ospedali pubblici e/o missionari con dotazione di nuovi strumenti e apparecchiature radiologiche, oltre che progetti di sanità di base focalizzati sulla prevenzione, l'educazione sanitaria e l'igiene ambientale.

I progetti sanitari condivisi dall'organizzazione in relazione alla presente ricerca si riferiscono a tre paesi: Mozambico, Sud Sudan e Burkina Faso.²⁷ Il progetto di rafforzamento delle attività sanitarie in Sud Sudan intende sostenere la formazione iniziale o *pre-service* di figure quali i "Village Volunteers", ossia personale sanitario di comunità a cui è stata data una specifica formazione nella diagnosi e trattamento delle più comuni malattie infantili e sulle norme igieniche da applicare nell'approccio ai malati; una simile formazione ricevono anche le levatrici tradizionali, le cosiddette "*Traditional Birth Assistants*." I progetti in Mozambico e Burkina Faso riguardano invece il sostegno alla lotta all'AIDS attraverso interventi di formazione *in-service*. Nel caso del Mozambico è interessante l'esperienza di appoggio alle cosiddette "brigade

mobili", un'équipe di infermieri-tecnici che operano spostandosi di villaggio in villaggio.

L'organizzazione si dedica inoltre alla formazione del futuro personale italiano espatriato: il *Corso di formazione in malattie tropicali*, tenuto da Medicus Mundi in collaborazione con la Clinica di Malattie Infettive e Tropicali dell'Università di Brescia, è destinato a medici, odontoiatri e operatori sanitari interessati a partecipare a progetti sanitari nei paesi a risorse limitate. Esso è strutturato per fornire una preparazione di base sulle patologie più diffuse in questi paesi, con accenni a problemi inerenti i sistemi sanitari nei paesi partner.

Oxfam Italia

Oxfam Italia considera il rafforzamento del personale sanitario come parte della propria mission. In particolare, l'organizzazione ritiene che sia importante che la comunità internazionale contribuisca alla formazione di personale sanitario qualificato nei paesi a basso reddito sostenendo il coinvolgimento di operatori sanitari di comunità, incoraggiando la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario e garantendo sufficienti investimenti per assicurare un'adeguata retribuzione e limitare l'esodo dei professionisti.

Le *policy* sulla salute globale dell'organizzazione sottolineano l'importanza del coordinamento tra attori e iniziative bilaterali, multilaterali, agenzie pubbliche private e paesi partner al fine di superare l'attuale frammentazione degli interventi, garantendo il coinvolgimento attivo delle comunità locali in tutte le fasi dei programmi stessi. Oxfam ritiene, inoltre, che debba essere pienamente recuperato il ruolo di *leadership* istituzionale dell'OMS, come istituzione qualificata a livello tecnico e politico in ambito sanitario.

Il valore aggiunto di Oxfam è la capacità di sostenere e svolgere - grazie anche al proprio network internazionale - attività di *advocacy* che promuovono un investimento continuo, prevedibile e di lunga durata da parte dei donatori nell'assun-

zione e nella formazione di personale sanitario nei paesi partner. La principale campagna di opinione su questo tema è *For All*, che mira a raccogliere sei milioni di firme nel mondo, ossia tante quante sono gli operatori sanitari e gli insegnanti che mancano all'appello per garantire l'accesso universale alle cure mediche di base e all'istruzione primaria. In Italia, Oxfam sostiene la necessità di investire nel personale sanitario nei paesi partner non solo promuovendo la versione italiana della campagna *Per Tutti. Salute Acqua Istruzione*, ma anche sostenendo lo stanziamento di quantità maggiori di aiuto pubblico allo sviluppo sotto forma di sostegno al bilancio.

Nei paesi in cui opera l'organizzazione si confronta con istituti di ricerca, università, ministeri e i sistemi sanitari locali mantenendo come riferimento i piani sanitari nazionali, nell'ottica di un rafforzamento delle competenze locali. Nella Repubblica Dominicana Oxfam lavora in partenariato con il Ministero della Sanità sostenendo diverse attività formative, tra cui quelle mirate al coinvolgimento degli operatori dei servizi di base nel miglioramento dei sistemi informativi per la salute, e al rafforzamento dei sistemi gestionali dei servizi sanitari. In termini di *retention*, nella Repubblica Dominicana vengono erogati incentivi agli operatori del servizio pubblico maggiormente coinvolti nell'esecuzione dei progetti. Inoltre, in un contesto dove la permanenza nel posto di lavoro è strettamente legata all'appartenenza politica, le competenze tecniche acquisite grazie alla partecipazione agli eventi formativi in alcuni casi hanno evitato il licenziamento degli operatori.

A livello italiano, Oxfam Italia si confronta in particolare con le Università italiane (Università di Firenze) e con alcune ASL (Arezzo, Reggio Emilia, Bologna) nella definizione delle strategie d'intervento e delle attività promosse sul rafforzamento del personale sanitario. A livello internazionale Oxfam è al corrente dell'elaborazione della Dichiarazione e Agenda d'Azione di Kampala, anche se i contenuti del documento non sono ancora patrimonio dell'organizzazione a tutti i livelli.

Terres des Hommes

Terres des Hommes Italia - membro della Federazione Internazionale Terre des Hommes (IFTDH)²⁸ - è un'organizzazione non governativa che lavora per la difesa dei diritti dell'infanzia nei paesi a basso reddito, attraverso progetti di aiuti d'emergenza e di cooperazione internazionale.

L'organizzazione ha partecipato alla presente ricerca attraverso la condivisione di alcuni dati relativi ad un'iniziativa biennale in corso in Costa d'Avorio: il progetto « Tutti al servizio della sanità per una sanità al servizio di tutti », finanziato dall'Unione Europea, intende migliorare i servizi di prevenzione e cura primari del sistema sanitario pubblico nei distretti sanitari di Bondoukou e Tanda attraverso il potenziamento delle strutture sanitarie individuate in collaborazione con le autorità locali; si intende inoltre rafforzare la capacità e motivazione del personale sanitario e migliorare la qualità dei servizi sanitari erogati come parte del Pacchetto Minimo di Prestazioni previsto dal Mini-

stero della Salute. Il progetto si appoggia sulla partecipazione attiva delle comunità interessate alla promozione e gestione della salute, in particolare nelle zone rurali. L'apporto del progetto consisterà nel rafforzamento delle capacità dei due Distretti Sanitari per quanto concerne la logistica (trasporti, riabilitazione delle strutture, equipaggiamento) e le attività di prevenzione e cura di base attraverso sostegno tecnico, formativo e materiale ai servizi materno-infantili, nutrizionali, di vaccinazione, d'igiene, di gestione delle urgenze sanitarie, di gestione sanitaria, di supervisione e di monitoraggio delle attività.

La componente di rafforzamento del personale sanitario è relativamente limitata, ed è pari circa al 7% del finanziamento totale: i due terzi di questa quota sono utilizzati per attività di formazione *in-service*, mentre il rimanente è dedicato ad interventi di *retention*.²⁹ Centrale è il ruolo assegnato dal progetto al personale sanitario di comunità - in particolare nell'area della salute materno-infantile - al quale vengono destinati i due terzi dei fondi.

RACCOMANDAZIONI

ALLE ONG ITALIANE

In aggiunta rispetto alle raccomandazioni che questo rapporto indirizza a tutti i soggetti italiani impegnati nell'ambito della cooperazione sanitaria, le seguenti indicazioni sono rivolte specificamente alle ONG.

Seguire attentamente il dibattito internazionale sul rafforzamento del personale sanitario - incluso in secondo Forum Globale sul Personale Sanitario - riportandone i contenuti nel contesto italiano attraverso azioni di sensibilizzazione e di *advocacy*.

Rafforzare i propri investimenti nei sistemi di supporto al personale sanitario di comunità, ove previsto dalla programmazione sanitaria del paese partner. In particolare, sostenere adeguati sistemi di selezione, formazione, supervisione, equipaggiamento, re-indirizzo dei pazienti (referral) ed equa compensazione destinati agli operatori di comunità, al fine di integrarli pienamente all'interno del sistema sanitario stesso.

Produrre e pubblicare ricerche e valutazioni d'impatto dei sistemi di incentivi utilizzati dalle diverse organizzazioni per sostenere la *retention* del personale sanitario. Condividere i risultati di tali ricerche con gli altri soggetti del « sistema Italia », oltre che con la comunità internazionale, al fine di orientare interventi futuri in quest'area.

Testare, valutare e condividere con altri soggetti italiani e a livello internazionale sistemi innovativi di formazione, con particolare riferimento alla formazione *pre-service*.

Monitorare potenziali fenomeni di *brain drain* innescati dai propri interventi; armonizzare le proprie politiche retributive del personale sanitario locale con quelle dei sistemi sanitari pubblici dei paesi partner.

Creare o rafforzare sistemi di monitoraggio dei propri investimenti nel rafforzamento del personale sanitario tali da permettere la disaggregazione dei dati su queste attività.

Analisi degli interventi delle ONG

Come si può evincere dalle iniziative riportate in questa sezione, la caratteristica che accomuna molte ONG è quella di lavorare in località remote, lontane dalle capitali o martoriate da un recente conflitto, dove l'assistenza sanitaria è spesso precaria se non addirittura assente. In queste zone la carenza di personale sanitario è talmente acuta che, in attesa di estese politiche di incentivi che vi attirino personale professionista, la scelta più ovvia è spesso quella del sostegno al personale sanitario di comunità, che infatti viene formato e rafforzato dalla maggior parte delle ONG. Come nel caso di altri soggetti presi in esame precedentemente, tuttavia, anche nel caso delle organizzazioni non governative non sempre viene sciolto il nodo del sostegno di lungo periodo al personale sanitario di comunità formato: in assenza di adeguati sistemi di selezione, formazione, supervisione, equipaggiamento ed equa compensazione, infatti, il personale sanitario di comunità rischia di rimanere isolato rispetto ai sistemi sanitari formali, e dunque di divenire inefficace.

La formazione di personale sanitario di comunità, inoltre, deve poter procedere di pari passo con l'espansione del per-

²⁷ Per una descrizione degli interventi e i relativi dati finanziari, si veda l'allegato 8.

²⁸ La Federazione ha sedi in Belgio, Canada, Danimarca, Francia, Germania, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Spagna, Svizzera, Siria e presente con 1.164 progetti in 72 paesi.

²⁹ La quota relativa al rafforzamento del personale sanitario ammonta a 63.000 euro, di cui 41.500 euro vengono utilizzati per attività di formazione *in-service*.



sonale sanitario professionista: la Fondazione Corti ed AMREF investono molto nella formazione iniziale o *pre-service*, che si indirizza non solo a profili medici ma anche - e soprattutto - a personale sanitario di livello intermedio. E' interessante notare come i soggetti che puntano su questo tipo di formazione coincidano con quelli che hanno una presenza pluridecennale sul territorio e nei quali i processi decisionali sono interamente affidati ad una *leadership* africana.

L'analisi dei soggetti non governativi lascia emergere una grande diversità di approcci - non necessariamente contraddittori tra loro - sul tema della *retention*: alcuni soggetti, come la Comunità di S. Egidio, ritengono che per trattenere il personale sanitario all'interno del sistema sanitario e del paese stesso sia fondamentale consentirgli di lavorare in un ambiente qualificato o addirittura di eccellenza, puntando dunque sulla dimensione della crescita professionale quale stimolo a rimanere in servizio. Questo approccio sembra adeguato in particolare in un ambiente ospedaliero e rispetto a profili professionali specializzati. Pone tuttavia il problema della possibilità di essere esteso oltre la singola iniziativa, in presenza di possibilità limitate di spesa sanitaria nei paesi in questione.

Altri soggetti utilizzano invece gli incentivi salariali quale stimolo per trattenere in servizio il personale sanitario: in questo caso viene fatta leva sulla possibilità di maggiori guadagni, presupponendo

che il personale sia comunque pronto a lavorare in contesti di servizi sanitari sotto-finanziati. Questo approccio si rivela indubbiamente efficace nell'immediato, ma pone il problema della creazione di possibili distorsioni del mercato del lavoro locale, oltre che

della sostenibilità degli incentivi dopo la fine dell'intervento.

Soggetti quali AMREF, infine, collegano il problema della *retention* a quello della formazione iniziale o *pre-service*, investendo sulla formazione di profili professionali di livello intermedio che non siano spendibili sul mercato del lavoro internazionale; viene posto l'accento, inoltre, su processi di selezione dei candidati che avvengano all'interno delle comunità stesse, vincolando dunque questi ultimi a farvi rientro una volta terminato il percorso di formazione. Questo approccio presenta l'inconveniente opposto rispetto al precedente, e cioè che non ha nessun impatto in termini di *retention* fino a quando il percorso formativo dello studente non arriva a termine.

Un tratto comune alle organizzazioni esaminate, invece, è la mancanza di informazioni e dati sull'impatto in termini di *brain drain* delle proprie attività. In particolare sono scarse le analisi dell'impatto sui sistemi sanitari locali dei livelli salariali - generalmente più alti della media locale - offerti dalle ONG italiane. Non è noto infatti in che misura i soggetti non governativi contribuiscano ad attrarre e a drenare personale sanitario qualificato dai servizi sanitari pubblici.

LE FONDAZIONI

Come nel caso degli altri soggetti di cooperazione internazionale coinvolti in

questa ricerca, anche nel caso delle Fondazioni si è proceduto a contattare un campione di cinque di esse che in Italia operano nel settore della cooperazione sanitaria internazionale, inviando loro - in seguito - gli strumenti di raccolta dei dati. Purtroppo la maggior parte delle Fondazioni interpellate non hanno potuto partecipare alla mappatura per motivazioni differenti.

Riportiamo dunque in questa sezione le informazioni raccolte da Fondazione Unidea, unica che ha potuto fornire i dati richiesti; esse sono precedute da alcune indicazioni generali sulle attività di cooperazione sanitaria delle Fondazioni che risultano dall'analisi delle attività di altri soggetti che hanno partecipato a questa ricerca.

Il ruolo di alcune Fondazioni emerge trasversalmente dalla sezione di questa ricerca dedicata alle ONG: l'iniziativa *Fondazioni 4 Africa*, ad esempio, vede impegnate quattro Fondazioni di origine bancaria, per la prima volta insieme: Compagnia di San Paolo, Fondazione Cariparma, Fondazione Cariplo e Fondazione Monte dei Paschi di Siena. Il progetto prevede due interventi, il primo in Nord Uganda e il secondo in Senegal, finanziati con le risorse combinate messe a disposizione dai quattro soggetti, per un totale di 11,1 milioni di euro per i primi 3 anni. Gli interventi sono stati concepiti ed implementati da una rete di 12 soggetti espressione della società civile italiana, ai quali le Fondazioni riconoscono una competenza specifica in virtù del fatto che da molti anni operano nei territori di intervento. L'intervento in Nord Uganda ha l'obiettivo di sostenere, in una situazione post-conflitto, il rientro degli sfollati verso i villaggi d'origine o verso altri luoghi di insediamento, al fine di promuovere il consolidamento della pace e uno sviluppo locale sostenibile nei distretti di Gulu, Amuru, Kitgum e Pader. L'iniziativa in Senegal si propone invece di migliorare le condizioni economiche e sociali delle popolazioni che vivono in aree rurali e peri-urbane del Senegal. Il ruolo delle Fondazioni promotrici di questi interventi risulta innovativo per il meccanismo di finanziamento utilizzato, che è simile a quello di un *pool funding* e che ha il van-

taggio di promuovere sinergie e coordinamento sia tra le Fondazioni che tra le ONG coinvolte; per il coinvolgimento diretto, inoltre, mantenuto degli enti erogatori nell'intervento stesso, attraverso un processo di co-progettazione che vede le Fondazioni partecipi nella definizione delle strategie da implementare così come dei sistemi di monitoraggio e valutazione. Per quanto riguarda le attività di rafforzamento del personale sanitario finanziate da questa iniziativa, la decisione circa il loro eventuale allineamento rispetto ai piani sanitari dei paesi partner viene delegata ai soggetti implementatori, che applicano le proprie *policies* interne; essa non è stata considerata dunque come un elemento strutturante dell'intervento stesso. A titolo indicativo, la descrizione dell'intervento di AMREF riportata nell'allegato 6, tabella 5, fornisce un esempio dell'approccio utilizzato da uno dei soggetti implementatori.

La Fondazione Cariplo, insieme ad IntesaSanpaolo, ha lanciato nel 2005 *Project Malawi*, un progetto di lotta all'AIDS in Malawi che si svolge attraverso attività di formazione, di rafforzamento della coesione sociale e di ripresa economica. Il progetto si fonda sulla collaborazione tra alcune ONG che operano in Malawi e il governo locale. Il progetto ha a disposizione un budget di 9 milioni di euro per i primi tre anni (3 milioni di euro da Fondazione Cariplo, 6 milioni di euro da IntesaSanpaolo). Per ogni area di intervento è stato individuato un partner operativo; per quanto riguarda la salute e la cura dell'AIDS è stato individuato e sostenuto il modello Dream Malawi della Comunità di Sant'Egidio, il cui approccio nel rafforzamento del personale sanitario è stato presentato nella sezione dedicata alle ONG, oltre che nell'allegato 7.

Fondazione Unidea

La Fondazione Unidea progetta, implementa e monitora interventi di sviluppo in Africa sub-Sahariana; è impegnata nella promozione della filantropia d'impresa con una forte partecipazione nella definizione delle strategie e delle politiche, così come nelle attività da svolgere. La descrizione che segue si appoggia sui dati

forniti da Unidea relativamente ai propri interventi in Benin e Burkina Faso (si veda l'allegato IX).

In Africa la Fondazione opera in campo sanitario prevalentemente con attività di formazione del personale, ispirandosi ai principi di « salute per tutti » della Dichiarazione di Alma Ata³⁰. Conosce inoltre la Dichiarazione e l'Agenda d'Azione Globale di Kampala, e ne segue con interesse l'implementazione. I progetti, definiti in accordo con le politiche e le strategie identificate dai governi locali, mirano al consolidamento dei sistemi sanitari pubblici, con i quali Unidea lavora a stretto contatto. In questo contesto il ruolo della Fondazione è spesso quello di coordinamento tra i distretti sanitari a livello locale e i Ministeri della Salute a livello centrale. In Burkina Faso e in Benin Unidea opera prevalentemente con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'offerta dei servizi sanitari di base, attraverso il rafforzamento del personale sanitario pubblico: in Burkina Faso la Fondazione ha introdotto a livello nazionale (Scuola Nazionale per Infermieri) un *curriculum* di studi sull'epidemiologia comunitaria; in Benin sta lavorando per introdurre a livello nazionale nuove procedure di applicazione dei protocolli sulla salute materno-infantile.

Sia in Burkina Faso che in Benin Unidea agisce prevalentemente sulla formazione di personale sanitario di livello intermedio e di comunità, in particolare di personale infermieristico e dei cosiddetti *relais*, gli operatori di villaggio. La comunità è coinvolta inoltre in attività di sensibilizzazione, oltre che in programmi di epidemiologia comunitaria nel caso del Burkina Faso.

L'83% dei fondi destinati alla formazione nei due progetti in esame è dedicato ad attività di formazione *in-service*, che escludono dunque solo il lavoro svolto con la Scuola Nazionale per Infermieri di Ouagadougou: in Burkina Faso, oltre

alla formazione in aula, è stato creato un sistema di accompagnamento del personale sanitario, organizzato come formazione *on the job* gestita da infermieri locali. In Benin la Fondazione sostiene il Distretto sanitario nel rafforzamento del personale sanitario, in collaborazione con un'associazione che si occupa di formazione a livello nazionale.

In termini di *retention* o trattenimento in servizio del personale sanitario pubblico con il quale lavora, la Fondazione si confronta prevalentemente con movimenti interni di infermieri, che dalle aree rurali si spostano verso le grandi città: in questi casi non ritiene opportuno fornire incentivi salariali al di fuori delle regolamentazioni nazionali. Tende tuttavia a favorire il permanere in servizio del personale sanitario delle strutture pubbliche attraverso il miglioramento delle infrastrutture che essi utilizzano: nelle aree rurali ha sostenuto infatti i Distretti Sanitari nella realizzazione di strutture di accoglienza per gli infermieri all'interno dei villaggi; altrettanto è stato realizzato con l'ospedale di riferimento, dove è stata anche installata una biblioteca con connessione internet per favorire le attività di aggiornamento del personale.

La formazione di personale specializzato nella raccolta di dati, analisi ed informazioni non rappresenta invece un ambito di intervento specifico per la Fondazione, che tuttavia ha lavorato in questo senso in Benin, supportando dal punto di vista tecnico e finanziario il Distretto sanitario che gestisce i centri di salute.

Nella definizione delle strategie d'intervento delle attività promosse sul rafforzamento del personale sanitario la Fon-

RACCOMANDAZIONI

ALLE FONDAZIONI

Non avendo avuto la possibilità di esaminare un numero rilevante di casi di rafforzamento del personale sanitario sostenuti dalle Fondazioni, non verranno qui formulate raccomandazioni specifiche per questi soggetti, rimandando invece alle raccomandazioni generali.

³⁰ La Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria venne adottata alla Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria tenutasi nel 1978 ad Alma Ata, ex-Unione Sovietica. La Dichiarazione sottolinea l'importanza dell'assistenza sanitaria primaria come strategia per ottenere un miglior livello di salute della popolazione.

RACCOMANDAZIONI

AGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI SANITARIE ITALIANE

In aggiunta rispetto alle raccomandazioni che questo rapporto indirizza a tutti i soggetti italiani impegnati nell'ambito della cooperazione sanitaria, le seguenti indicazioni sono rivolte specificamente agli ordini delle professioni sanitarie italiane.

IPASVI:

Monitorare le iniziative di rafforzamento del personale infermieristico attuate dai singoli collegi, anche attraverso la creazione di una semplice banca dati ad esse relativa.

Favorire il coordinamento delle iniziative di rafforzamento del personale infermieristico dei singoli collegi con gli interventi di altri attori di cooperazione internazionale attivi in quest'area.

Mettere a disposizione di interventi di rafforzamento del personale

infermieristico nei paesi a risorse limitate le competenze tecniche della Federazione (*curricula design*, peer to peer oversight...).

FNCO:

Facilitare la circolazione di informazioni sul rafforzamento del personale sanitario nei paesi a risorse limitate tra le proprie iscritte e favorire il coordinamento e la messa in relazione degli interventi a cui partecipano singole ostetriche.

Mettere a disposizione di interventi di rafforzamento del personale ostetrico nei paesi a risorse limitate le competenze tecniche della federazione (*curricula design*, peer to peer oversight...).

Entrare in dialogo con gli ordini delle ostetriche nei paesi che fronteggiano una crisi del personale sanitario.

dazione si confronta costantemente con altri attori del « sistema Italia », in particolare attraverso collaborazioni con centri di ricerca, ospedali, ONG e università italiane ed europee; più complesso risulta essere il coordinamento con la DGCS-MAE, che in passato è stato scarsamente operativo. In termini di *accountability*, tuttavia, la Fondazione rende conto del proprio operato unicamente ai Distretti Sanitari e ai Ministeri della Salute dei paesi partner, ai quali è vincolata dalla firma di convenzioni.

LE PROFESSIONI SANITARIE ITALIANE

AMREF ha inteso dare conto in questo rapporto anche dell'impegno degli ordini delle professioni sanitarie italiane nell'area del rafforzamento del personale sanitario nei paesi a risorse limitate. Sono stati richiesti incontri alla Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO), alla federazione Nazionale Collegi Infermieri Professionali Assistenti Sanitari Vigilatrici d'Infanzia (IPASVI) e alla Federazione Nazionale Collegi delle Ostetriche (FNCO). E' stato possibile incontrare solamente IPASVI e FNCO.

Federazione Nazionale Collegi Infermieri Professionali Assistenti Sanitari Vigilatrici d'Infanzia (IPASVI)³¹

La Federazione Nazionale in quanto tale non ha attività di cooperazione internazionale strutturate. Queste vengono portate avanti invece a livello dei singoli collegi provinciali che costituiscono la Federazione. Alcuni collegi provinciali hanno piccoli budget di cooperazione internazionale, che vengono generalmente usati, talvolta anche attraverso veri e propri bandi, per finanziare progetti implementati da ONG o da altre organizzazioni. La parte più consistente delle attività di cooperazione svolte dagli infermieri si svolge tuttavia a livello individuale: singoli infermieri partono per periodi brevi o lunghi per lavorare in progetti di ONG, di missioni religiose, in interventi di interesse regionale o attraverso organizzazioni di altra natura. In alcune regioni (ad esempio Toscana e in Lazio) la legislazione regionale permette a questi operatori sanitari di usufruire di congedi fino a 30 giorni per attività di cooperazione³². Il ruolo svolto da molti collegi IPASVI, in questi casi, è quello della diffusione delle informazioni ai propri iscritti. Rilevante, infine, è il ruolo di IPASVI nella gestione dei flussi migratori di infermieri verso l'Italia, di cui viene dato conto nella sezione successiva di questo rapporto, relativa alle migrazioni internazionali di personale sanitario.

Federazione Nazionale Collegi delle Ostetriche (FNCO)³³

FNCO non gestisce attività di rafforzamento del personale sanitario nei paesi

a risorse limitate, né ha seguito direttamente il percorso che ha portato alla definizione della Dichiarazione e Agenda di Azione Globale di Kampala. Ritiene tuttavia opportuno avviare un processo di avvicinamento a questi temi in futuro, in quanto la tutela della salute sessuale e riproduttiva in ogni luogo fa parte degli obiettivi della Federazione.

FNCO è al corrente dell'impegno individuale di singole ostetriche che dedicano parte del loro tempo a lavorare in paesi impoveriti (spesso avvalendosi della possibilità di ottenere congedi per attività di cooperazione, come nel caso degli infermieri). Non esistono dati ufficiali su queste attività a disposizione della Federazione, che non svolge al momento nessun ruolo di indirizzo, regolazione o diffusione di informazioni rispetto a tali iniziative.

L'Italia non è tradizionalmente un paese di arrivo di flussi migratori di ostetriche provenienti dal Sud del mondo. Il ruolo di FNCO nella gestione delle migrazioni internazionali di personale sanitario è pertanto molto limitato, come emerge dalla sezione successiva di questo rapporto, relativa alle migrazioni internazionali di personale sanitario.

“Fare fronte alla crisi del personale sanitario nei singoli paesi è responsabilità collettiva di tutti gli attori a livello nazionale, regionale e globale.”

Dichiarazione e Agenda d'Azione Globale di Kampala

TERZA PARTE

LE MIGRAZIONI INTERNAZIONALI DI PERSONALE SANITARIO

31 Conversazione con Annalisa Silvestro, Presidente della Federazione Nazionale Collegi IPASVI e Gennaro Rocco, Vice Presidente della Federazione Nazionale Collegi IPASVI e Presidente IPASVI Roma, 24 settembre 2010.

32 Alcuni operatori sanitari prendono inoltre dei periodi di aspettativa non retribuiti, nel corso dei quali l'organizzazione che li impiega offre loro rimborsi spese o stipendi.

33 Conversazione con Antonella Cinotti, Vice Presidente FNCO, 17 settembre 2010.

LE MIGRAZIONI INTERNAZIONALI DI PERSONALE SANITARIO

Tra i fattori che sono all'origine dell'attuale crisi del personale sanitario a livello globale figurano anche gli alti tassi di migrazione di personale medico e infermieristico qualificato dal Sud al Nord del mondo: cinque paesi africani¹ hanno addirittura tassi di emigrazione di medici superiori al 50%, vale a dire che la metà dei medici che formano lasciano il paese per lavorare in paesi OCSE. Questa migrazione alla legittima ricerca di migliori condizioni di vita e di lavoro è alimentata - nei paesi di origine - da salari molto bassi, dalla mancanza cronica di medicinali e attrezzature mediche o dall'assenza di possibilità di carriera. È una vera e propria “fuga dei cervelli”, che comporta un costo altissimo per il continente dal punto di vista economico e ancora di più in termini di negazione del diritto alla salute per centinaia di migliaia di cittadini africani.

La Dichiarazione e Agenda d'Azione Globale di Kampala sottolineano la necessità di “gestire le pressioni del mercato internazionale del lavoro nelle professioni sanitarie e il suo impatto sulle migrazioni”. Ciò sottende la necessità di stabilizzare tale mercato per ridurre gli impatti negativi della mobilità sui sistemi sanitari e formativi dei paesi d'origine, che rischiano altrimenti di investire ingenti risorse pubbliche per formare personale sanitario che si vedono poi sfuggire. Sottende ugualmente il diritto di ognuno di lasciare il proprio paese di origine, alla ricerca di migliori opportunità di lavoro.

La responsabilità di frenare la “fuga” di personale sanitario dai paesi a risorse limitate è innanzitutto dei paesi di origine, che devono offrire condizioni lavorative e stipendi adeguati al personale sanitario che

hanno formato, sostenendo politiche di *retention* e gestione del personale sanitario tali da incentivarlo a rimanere nel paese. I paesi di destinazione di questi flussi migratori - tra cui anche l'Italia - hanno tuttavia la responsabilità di formare al proprio interno un numero sufficiente di operatori per i propri sistemi sanitari, così da non creare un'offerta di lavoro sanitario tale da attrarre flussi migratori dal Sud del mondo.

Essendo tale responsabilità in parte ascrivibile a dinamiche esterne al mondo della cooperazione internazionale in sanità, si è scelto di trattare il tema in una sezione separata del rapporto, qui di seguito.

Le migrazioni di personale sanitario verso l'Italia: medici, infermieri e ostetriche

L'Italia non fa parte ad oggi dei paesi che maggiormente contribuiscono ad attirare personale sanitario formato all'estero. Per quanto riguarda la migrazione di medici, infatti, la parte del leone in termini assoluti la fanno Stati Uniti e Regno Unito, ma anche Australia, Irlanda e Nuova Zelanda, che hanno percentuali di medici formati all'estero tra il 20 e il 40 per cento². Inferiori sono in genere le percentuali relative alle infermiere, nonostante un paese come l'Irlanda sfiori addirittura il 50% di infermiere formate all'estero.

I medici in Italia, al contrario, sono ad oggi addirittura in sovrannumero a causa del gran numero di iscritti alle facoltà di medicina nei decenni passati. Rimane difficile, inoltre, sia per i medici formati all'estero che per i medici stranieri formati in Italia, praticare la professione nel nostro paese, a causa di barriere linguistiche e/o burocratiche. La situazione tuttavia cambierà nelle prossime decadi quando, a seguito dei pensionamenti dei medici oggi attivi, il paese sperimenterà una scarsità di medici, che peraltro è già segnalabile in alcune specialità come anestesia e radiologia. Il quadro invece è già oggi più critico se si guarda alla professione infermieristica³. At-

tualmente mancano in Italia circa 60.000 infermieri. Esiste infatti una carenza cronica nel numero degli infermieri formati ogni anno: essa ha a che fare con una sottovalutazione dell'evoluzione epidemiologica nel paese (aumento delle malattie croniche e degenerative), dell'evoluzione del modello di servizio (che è chiamato a rivalutare la figura dell'infermiere) e dell'evoluzione della popolazione (invecchiamento). Per ovviare a questo deficit, ogni anno la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI⁴ chiede che vengano messi a bando 22.000 posti nei corsi di laurea in scienze infermieristiche⁵. I posti realmente disponibili, tuttavia, si aggirano intorno ai 14-16.000, creando una carenza di circa 6-8.000 posti all'anno. Nonostante si registrino segnali di attenzione da parte del Ministero della Salute, persiste infatti una carenza di fondi a disposizione della formazione nelle singole Aziende sanitarie⁶, che impedisce di innalzare il numero dei posti a bando.

Questa grave carenza di infermieri attrae un numero consistente di personale formato all'estero. In Italia lavorano oggi circa 35.000 infermieri stranieri iscritti all'albo (circa il 10% del totale). Al contrario di quanto avviene in altri paesi “grandi importatori” di personale sanitario, nel nostro paese la maggioranza viene dalla Romania e dalla Polonia. Tra gli infermieri extracomunitari, i numeri maggiori provengono dal Centro e Sud America, dall'India, dalle Filippine e dal Brasile. Tra chi viene dal continente africano, la maggioranza è magrebina. Il ruolo degli infermieri stranieri è oramai fondamentale per la tenuta del sistema sanitario italiano stesso, e il loro ingresso è necessariamente caldeggiato sia

da IPASVI che dalle autorità sanitarie a livello nazionale e regionale.

Fino a qualche tempo fa il sistema di ingresso in Italia per gli infermieri stranieri era penalizzante, in quanto essi erano costretti ad entrare come normali migranti. Da qualche anno la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI collabora invece con il Ministero della Salute e con le agenzie di lavoro interinale, inviando propri rappresentanti nei paesi di provenienza per prendere parte agli esami di iscrizione all'albo, che si tengono ora nei paesi stessi. In questo modo gli infermieri stranieri hanno la possibilità di entrare in Italia in quanto tali, usufruendo di quote di ingressi riservate alla categoria⁷, nonostante poi si ritrovino spesso relegati al settore privato e a contratti brevi. Il contributo al reclutamento attivo di infermieri da paesi a risorse limitate, tuttavia, non è accompagnato - all'interno del Ministero della Salute, delle autorità sanitarie regionali e di IPASVI stessa - da una valutazione dell'impatto di tali pratiche sui sistemi sanitari dei paesi di provenienza, che hanno investito nella formazione di personale sanitario che vedono poi emigrare. Ancora diversa è la situazione dei flussi

migratori di ostetriche dal Sud del mondo verso l'Italia⁸: in questo caso l'Italia non costituisce un paese di destinazione di tali flussi, in quanto il mercato italiano è già saturo. La ragione non è da ricercare tanto in una sovrabbondanza di ostetriche, quanto in un modello di servizio che fa scarso uso di questa figura professionale⁹. Le ostetriche straniere - e formate all'estero - attive in Italia sono in numero esiguo. Barriere all'esercizio di questa professione in Italia sono sia la lingua che il lungo percorso di riconoscimento dei titoli stranieri. Per esercitare la professione ostetrica in Italia, infatti, bisogna essere iscritti all'albo. Il prerequisito, tuttavia, è il riconoscimento del titolo straniero che, dal 2009, passa generalmente attraverso la necessità di ottenere un numero variabile di crediti formativi in corsi universitari. I tempi sono molto lunghi: può trascorrere circa un anno tra la domanda di riconoscimento del titolo e l'inizio del percorso, cui si aggiungono a volte due anni di studi per ottenere i crediti formativi e il successivo riconoscimento del titolo. Il risultato è che molte ostetriche straniere si scoraggiano durante il percorso e rinunciano ad esercitare la propria professione. Tra esse, molte fanno le badanti.



⁷ È interessante notare, tuttavia, come l'Italia non sia solo un paese di arrivo per personale sanitario formato all'estero: per molti infermieri extracomunitari, infatti, l'Italia rappresenta un paese di passaggio per poi spostarsi altrove in Europa, in quanto il titolo ha riconoscimento in tutti i paesi dell'Unione.

⁸ Conversazione con Antonella Cinotti, Vice Presidente FNCO, 17 settembre 2010.

⁹ Le ostetriche in Italia tendono a lavorare solo in sala parto e nelle degenze ostetriche. Nei nidi delle maternità, nei consultori, nei servizi domiciliari sono invece spesso sostituite da figure professionali considerate come più “riconvertibili”.

L'Italia, in conclusione, pur rimanendo un paese da cui - ancora per qualche anno - figure professionali come i medici continueranno ad emigrare, è allo stesso tempo una meta per altre professionalità sanitarie, provenienti solo in misura limitata dal continente africano.

La risposta italiana: il sostegno all'approvazione del Codice di Condotto per il reclutamento internazionale di personale sanitario dell'OMS

AMREF non è al corrente di segnali di attenzione da parte delle autorità sanitarie regionali - da cui dipendono le politiche di reclutamento del personale sanitario italiano - rispetto al fenomeno della “fuga dei cervelli” sanitari da paesi a risorse limitate, e al suo conseguente impatto sui sistemi sanitari d'origine.

Il Ministero della Salute, invece, ha recentemente sostenuto in sede OMS l'approvazione del *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, avvenuta il 21 maggio 2010 durante la 63ª sessione dell'Assemblea dell'OMS, a Ginevra. Si tratta del nuovo Codice di Condotto per il reclutamento internazionale di personale sanitario che punta a regolare e contenere la migrazione di medici e infermieri qualificati formati in paesi a risorse limitate verso i paesi del Nord del mondo, attraverso meccanismi che rafforzano al tempo stesso i sistemi sanitari di provenienza di questi professionisti. La definizione del Codice in sede OMS era stata raccomandata già dalla Dichiarazione di Kampala e Agenda d'Azione Globale e dà seguito dunque a quella riflessione: pur riconoscendo il diritto individuale di migrare alla ricerca di migliori condizioni di vita, esso identifica una serie di principi a cui ciascun paese - attraverso i propri attori pubblici, privati e no profit - può aderire per mitigare gli effetti negativi di tale migrazione sui sistemi sanitari dei paesi di provenienza. Tra essi:

- il sostegno alla cosiddetta “migrazione circolare” del personale sanitario emigrato, così che competenze e conoscenze acquisite siano fruibili sia dal paese di origine che da quello di arrivo;
- la rinuncia al reclutamento attivo di

¹ Mozambico, Angola, Sierra Leone, Tanzania e Liberia. Numerosi paesi africani francofoni, inoltre, hanno tassi di emigrazione di medici superiori al 40%. Fonte: OECD Policy Brief, International Migration of Health Workers. Improving International Co-operation to address the Global Health Workforce Crisis, February 2010.

² OECD Policy Brief, International Migration of Health Workers. Improving International Co-operation to address the Global Health Workforce Crisis, February 2010.

³ Conversazione con Annalisa Silvestro, Presidente

Federazione Nazionale Collegi IPASVI e Gennaro Rocco, Vice Presidente Federazione Nazionale Collegi IPASVI e Presidente IPASVI Roma, 24 settembre 2010.

⁴ Infermieri Professionali Assistenti Sanitari Vigatrici d'Infanzia.

⁵ Questa cifra è calcolata per coprire il *turn over* e parte dell'ammanco esistente.

⁶ In virtù di un buon modello di integrazione tra università e sistema sanitario per la formazione del personale sanitario, l'attivazione di corsi di laurea in scienze infermieristiche in Italia deve essere sostenuta infatti sia da fondi provenienti dell'Università che da quelli messi a disposizione da una o più Aziende sanitarie; questi ultimi sono ad oggi carenti, in parte perché rappresentano investimenti che hanno un impatto positivo sul sistema sanitario, ma non necessariamente sull'Azienda stessa.

personale sanitario dai paesi che affrontano le carenze più marcate;

- il sostegno - da parte dei paesi che assumono personale sanitario da paesi a risorse limitate - allo sforzo di formazione nei paesi d'origine attraverso accordi di assistenza tecnica e finanziaria;
- una accurata pianificazione - da parte di ogni sistema sanitario - delle proprie necessità di personale sanitario sul medio e lungo periodo, così da ridurre la propria dipendenza da personale sanitario migrante.

Il nuovo Codice ha anche una portata innovativa in materia di raccolta di dati sulla migrazione di personale sanitario e punta a creare dati empirici affidabili, ad oggi inesistenti, su cui basare l'azione internazionale. Ogni paese membro dell'OMS, inclusa l'Italia, sarà infatti chiamato a dotarsi di una banca dati e a condividere informazioni su questo fenomeno ogni tre anni.

te dell'Assemblea del cosiddetto Code of Practice è stato un grande successo frutto di un negoziato (...) su un argomento molto delicato e a lungo dibattuto dai vari membri. L'obiettivo era infatti quello di conciliare gli interessi e le istanze di quei Paesi che subiscono fenomeni di brain drain e di carenza di personale sanitario formato adeguatamente (...) e di quelli che - invece - hanno carenza di personale sanitario e reclutano spesso in modo aggressivo dai paesi in via di sviluppo. Si trattava quindi di lavorare in termini di pianificazione e di politiche di retention del personale, e anche di reclutamento legato ad accordi tra paesi con possibili compensazioni per i paesi più svantaggiati. Il tutto senza ledere il diritto alla mobilità del personale sanitario.”¹²

In generale, quindi, l'approvazione del Codice invita il nostro paese, e in particolare il nostro sistema sanitario, ad una riflessione di lungo termine sulle proprie necessità

casione per sostenere più attivamente i sistemi sanitari dei paesi di origine del personale sanitario che lavora nelle strutture italiane attraverso accordi di cooperazione internazionale, oltre che di stringere accordi bilaterali con questi paesi per favorire la migrazione “circolare” e di ritorno. Nell'immediato, infine, il Codice richiede all'Italia di aumentare gli sforzi nella raccolta dei dati e nel monitoraggio dei flussi di personale sanitario verso il nostro paese, anche attraverso l'istituzione di una banca dati e l'individuazione di un'autorità nazionale responsabile del monitoraggio. L'adozione del Codice, infine, con i suoi meccanismi procedurali che permetteranno di monitorarne l'applicazione, impegna anche l'Italia al riconoscimento della responsabilità che tutti gli Stati condividono di rafforzare i sistemi sanitari nei paesi a risorse limitate e di dare attuazione al diritto alla salute.

RACCOMANDAZIONI

ALLE AUTORITA' SANITARIE NAZIONALI E REGIONALI ITALIANE E A IPASVI

Pianificare accuratamente e finanziare adeguatamente le necessità di personale sanitario del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano sul medio e lungo periodo, così da ridurre la dipendenza da personale sanitario migrante; in particolare, assicurare che vengano messi a bando un numero maggiore di posti per il corso di laurea in scienze infermieristiche, stanziando contestualmente maggiori fondi per la formazione infermieristica nelle Aziende sanitarie.

Rinunciare al reclutamento attivo di personale sanitario dai paesi che affrontano le carenze più marcate, in assenza di uno specifico accordo bilaterale che sostenga - attraverso accordi di assistenza tecnica e finanziaria - lo sforzo di formazione che tali paesi sostengono.

Monitorare attentamente le migrazioni di personale sanitario verso l'Italia, riportando i risultati periodicamente in sede OMS secondo le modalità identificate dal Codice di Condotta per il reclutamento internazionale di personale sanitario.

Sostenere la cosiddetta “migrazione circolare” del personale sanitario emigrato, così che competenze e conoscenze acquisite siano fruibili sia dal paese di origine che da quello di arrivo.

Svolgere una valutazione dell'impatto dell'assunzione massiccia di infermieri da paesi a risorse limitate sui sistemi sanitari di provenienza.

Mettere pienamente a frutto il potenziale della diaspora di personale sanitario straniero in Italia per migliorare i servizi sanitari nei paesi di provenienza, anche attraverso attività di cooperazione sanitaria.

Il Governo italiano, attraverso il Ministero della Salute¹⁰, “ha espresso il proprio sostegno durante gli innumerevoli incontri di coordinamento comunitario. La UE, per l'appunto, ha svolto un ottimo ruolo di mediazione tra le parti”¹¹. L'adozione da par-

interne di personale sanitario ai vari livelli professionali, oltre che sulla necessità di tarare ancora più attentamente le proprie esigenze formative, in modo da ridurre la dipendenza da personale formato a spese di altri paesi.

A medio termine, il Codice offre un'oc-

Come per ogni accordo internazionale ora la sfida sta nella sua effettiva applicazione, che richiederà il monitoraggio attento e reale non solo da parte dell'OMS e di tutti gli stati membri - e in particolare di quelli che maggiormente attraggono personale sanitario - ma anche della società civile e del personale sanitario dei paesi del Nord e del Sud. Se così non fosse, rischierebbe di rimanere un'altra *soft law* che orienta e consiglia i Governi senza attuare risposte concrete alla crisi delle risorse umane.

“Le sfide legate alla crisi del personale sanitario non possono essere lasciate ai singoli paesi, né delegate alle agenzie internazionali. La comunità internazionale e i singoli paesi devono creare lo spazio necessario per un'azione efficace, nella quale molteplici attori uniscono i propri sforzi guidati da dati di evidenza, innovazione, solidarietà e mutua accountability.”

Dichiarazione e Agenda d'Azione Globale di Kampala

QUARTA PARTE

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

¹⁰ All'Assemblea dell'OMS interviene infatti la Presidenza di turno della UE a nome e per conto degli altri Stati membri e della Commissione.

¹¹ Essenzialmente USA, Canada, Australia, Giappone da una lato, e Thailandia, India, Brasile,

America latina e Paesi Africani dall'altro.

¹² Contributo del Dott. Francesco Cicogna, che ha partecipato all'elaborazione del Codice nel corso dell'Assemblea Mondiale dell'OMS per conto del Ministero della Salute italiano.

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

La Dichiarazione e Agenda d'Azione Globale di Kampala richiamano i governi nazionali, i soggetti privati, le ONG, il mondo della ricerca e le associazioni professionali stesse nel Nord e nel Sud del mondo non solo ad attivarsi per trovare soluzioni alla crisi del personale sanitario, ma anche a rendere conto reciprocamente del proprio operato, nella convinzione che il sostegno al personale sanitario nel quadro di sistemi sanitari rafforzati è una responsabilità condivisa a livello nazionale ed internazionale. A gennaio 2011 si terrà a Bangkok, in Thailandia, il secondo Forum Globale sul Personale Sanitario, che ha l'obiettivo di analizzare i risultati raggiunti rispetto ai sei principi espressi dall'Agenda d'Azione di Kampala e di identificare le sfide future.

Il presente rapporto ha inteso dunque porsi come uno strumento di riflessione su come la Dichiarazione e Agenda d'Azione Globale siano state recepite in Italia e - soprattutto - su quali siano le caratteristiche del contributo al rafforzamento del personale sanitario che il « sistema Italia » porta al Forum di Bangkok.

L'esercizio - il primo in quest'ambito in Italia¹ - si è rilevato tecnicamente complesso dal momento che i principali attori mappati non hanno una banca dati che possa fornire dati disaggregati sul rafforzamento del personale sanitario, ed è stata necessaria dunque un'estrapolazione delle informazioni da alcuni campioni di proposte di finanziamento. A ciò si è aggiunta la diversa disponibilità di vari soggetti a partecipare alla mappatura, che ha permesso di includere solo una parte, per quanto ampia, degli attori rilevanti. Il quadro che ne risulta non ha caratteristiche di completezza ed esaustività ma è in grado di fornire una descrizione ampia ed indicativa dell'impegno italiano in quest'ambito.

Complessivamente emerge un «sistema Italia» che mette a disposizione del raffor-

zamento del personale sanitario nei paesi partner fondi quantitativamente limitati - per quanto non esattamente definibili - se comparati a quanto investito da altri paesi OCSE, o se rapportato alle proporzioni della crisi delle risorse umane in sanità. Tali fondi non sono tuttavia trascurabili dal punto di vista relativo considerando che, dall'analisi del campione di interventi qui analizzati, emerge che quasi tutti i soggetti si avvicinano a quel 25% raccomandato indicativamente dall'OMS².

Emerge inoltre come tutti i soggetti analizzati, nessuno escluso, riservino un'attenzione trasversale e significativa al tema del rafforzamento del personale sanitario. Molti soggetti italiani sembrano tuttavia investire in queste attività in maniera funzionale rispetto al raggiungimento di obiettivi sanitari diversi, applicando talvolta approcci standardizzati e senza sviluppare necessariamente una riflessione propria su quali siano le modalità di formazione e retention più adeguate nei diversi contesti. Gli interventi di rafforzamento del personale sanitario, in alcuni casi, sembrano addirittura guidati più dalle competenze o dalle capacità finanziarie del soggetto italiano che non da un'analisi dei bisogni del paese o del territorio partner, dando origine ad esempio ad alcuni dei casi di sovrainvestimento della formazione *in-service* - rispetto a quella *pre-service* - offerta da attori italiani.

Si delinea un «sistema Italia» che è tale solo potenzialmente, dal momento che continua a mancare di una forte azione di indirizzo e di coordinamento. La drastica diminuzione dei fondi a disposizione dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo, inoltre, viene oggi a sottrarre capacità di leadership proprio a quel soggetto - il MAE - a cui la legge di cooperazione³ assegna un ruolo di indirizzo, ma che è sempre meno attrezzato per esercitare tale funzione. Risultato ne è che il soggetto che collettivamente oggi raccoglie e gestisce la maggior parte

dei fondi di cooperazione internazionale sono le ONG: esse, pur avendo numerose buone pratiche da diffondere, non hanno ancora un'analisi condivisa o un approccio coordinato su come affrontare i temi legati al rafforzamento del personale sanitario.

Emerge infine un «sistema Italia» che, complessivamente, tende ad apprendere poco dall'esperienza che matura nell'ambito del rafforzamento del personale sanitario: sia dal punto di vista del monitoraggio quantitativo degli investimenti - per il quale non è attrezzato - sia da quello della condivisione qualitativa di buone pratiche. A questo deficit conoscitivo può essere collegata la scarsità di approcci innovativi sviluppati da soggetti italiani nell'area del sostegno alla formazione e alla retention degli operatori sanitari.

Allo stesso modo, anche le occasioni di confronto e di apprendimento provenienti dall'esterno non sembrano essere colte appieno: i soggetti italiani sono solo in parte coinvolti nel dibattito internazionale sul personale sanitario. Tenue, di conseguenza, è la percezione di fare parte di un impegno internazionale più ampio e della necessità di entrare all'interno di meccanismi di apprendimento e di mutua accountability. A questa situazione può essere collegata, ad esempio la quasi totale mancanza di analisi ed iniziative italiane che recepiscano il dibattito internazionale sul fenomeno del brain drain, da tutti i soggetti italiani riconosciuto come rilevante ma da nessuno indagato.

Sulla base dei dati e delle informazioni raccolte, e nella convinzione che le criticità appena menzionate possano essere superate, presentiamo qui di seguito le raccomandazioni finali del presente rapporto indirizzate non solo agli attori - governativi e non governativi - che hanno partecipato a questa mappatura, ma a tutti i soggetti che in Italia operano nel settore della cooperazione internazionale in ambito sanitario. AMREF ritiene che sia necessario che questi attori si impegnino nel:

1. FORNIRE LEADERSHIP

Dare visibilità - a livello italiano ed internazionale - alla crisi del personale sanitario e condividere l'urgenza di eliminare gli ostacoli che impediscono il suo superamento, anche promuovendo i principi espressi nella Dichiarazione e dall'Agenda di Azione Globale di Kampala. Sostenere, in quest'ottica, lo sviluppo e l'attuazione di un piano per il personale sanitario all'interno di ogni partenariato o iniziativa che intenda rafforzare i sistemi sanitari e raggiungere gli Obiettivi del Millennio relativi alla salute.

2. PUNTARE AD UN NUOVO OBIETTIVO GLOBALE RELATIVO AL PERSONALE SANITARIO

Sostenere politicamente e finanziariamente il nuovo obiettivo globale che prevede la formazione, assunzione e gestione di almeno 3,5 milioni di nuovi operatori sanitari entro il 2015 nei paesi che fronteggiano una crisi del personale sanitario; sostenere l'adozione di tale obiettivo da parte del secondo Forum Globale per il Personale Sanitario di Bangkok.

3. AUMENTARE LA QUANTITÀ E LA QUALITÀ DEI FINANZIAMENTI DESTINATI AL PERSONALE SANITARIO

Aumentare la quantità dei fondi a disposizione del rafforzamento dei sistemi sanitari e in particolare del personale sanitario. In questo quadro, assicurare che almeno il 25% di ogni finanziamento italiano per la salute globale sia impegnato per sostenere il personale sanitario, in applicazione della raccomandazione contenuta nel Rapporto dell'OMS «*Working Together for Health*» del 2006¹. I finanziamenti, inoltre, dovranno essere puntuali, prevedibili, armonizzati e allineati con le priorità nazionali. Dovranno, soprattutto, avere una durata temporale pluriennale in considerazione del fatto che quest'area - e in particolare la formazione *pre-service* - necessita per propria natura di investimenti prevedibili e di lungo periodo.

4. MIGLIORARE LA TRACCIABILITÀ GLI IMPEGNI SUL PERSONALE SANITARIO

Promuovere la trasparenza dell'impegno di ciascun soggetto garantendo la disponibilità di dettagli chiari sugli attuali e futuri impegni di spesa relativi al rafforzamento del personale sanitario, e su ciò che attraverso tali impegni si intende attuare. Per fare ciò, è utile che le linee di budget destinate al personale sanitario siano chiaramente identificabili e i risultati attesi da questi investimenti chiaramente definiti; è necessario soprattutto che tutti i soggetti italiani di cooperazione internazionale migliorino le proprie banche dati, rendendo possibile la disaggregazione degli impegni finanziari anche per area tematica - inclusa l'area tematica del personale sanitario.

5. GARANTIRE LA CENTRALITÀ DEI PIANI NAZIONALI PER IL RAFFORZAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO

Integrare qualsiasi iniziativa internazionale a sostegno degli operatori sanitari all'interno dei piani nazionali per il rafforzamento del personale sanitario, in modo da garantire la titolarità del paese partner nel guidare gli interventi in quest'ambito. Fornire inoltre sostegno tecnico e finanziario per garantire che i paesi partner che ancora non ne sono dotati possano sviluppare ed attuare piani di qualità, fondati su dati di evidenza, finanziariamente quantificati e opportunamente finanziati, concentrando inizialmente gli sforzi sui paesi e le popolazioni maggiormente impoveriti.

6. DARE PRIORITÀ AL SOSTEGNO DEL PERSONALE SANITARIO DI LIVELLO INTERMEDIO E DI COMUNITÀ

¹ Tale raccomandazione prevede che - nell'ambito dei flussi mondiali di aiuti destinati alla salute - il 50% sia utilizzato per il rafforzamento dei sistemi sanitari e un ulteriore 50% di quest'ultimo, ossia il 25% del totale, sia destinato ad affrontare la crisi del personale sanitario.

Assegnare priorità alla formazione e al trattenimento in servizio di personale sanitario di livello intermedio e di comunità, ove previsto dalla pianificazione del paese partner. Tale personale ha infatti un ruolo centrale nel quadro di un processo di *task-shifting* attraverso il quale determinate mansioni vengono affidate, ove appropriato, a operatori sanitari meno specializzati. Ciò permette - in presenza di un sistema di sostegno e supervisione adeguato - di migliorare la copertura dei servizi grazie ad un uso più efficiente degli operatori disponibili e di portare i servizi di sanità di base più vicino alle comunità.

7. DARE PRIORITÀ ALLA FORMAZIONE INIZIALE O PRE-SERVICE

Re-orientare le attività di formazione dei soggetti italiani di cooperazione internazionale verso la formazione iniziale o *pre-service*, ove previsto dalla pianificazione del paese partner; essa deve divenire il focus principale in quest'ambito, avvalendosi anche di metodologie innovative. Una parte significativa della formazione che oggi viene fornita *in-service* può essere incorporata nei programmi formativi *pre-service*, in modo che in futuro le attività di formazione allontanino meno frequentemente il personale sanitario dal proprio lavoro quotidiano.

8. SOSTENERE LE POLITICHE DI RETENTION, ANCHE ATTRAVERSO UN'ANALISI DELLE POLITICHE RETRIBUTIVE IN LOCO DEI SOGGETTI ITALIANI

Rispondere alle politiche nazionali di *retention* e di equa distribuzione del personale sanitario locale attraverso finanziamenti internazionali prevedibili e di lungo periodo. Assicurare inoltre che le politiche di assunzione di personale sanitario locale da parte dei soggetti di cooperazione italiani siano fondate su valori etici condivisi e non provochino migrazioni interne o squilibri nel mercato del lavoro locale: in quest'ottica, è necessario che i soggetti italiani armonizzino le proprie politiche retributive rispetto a quelle dei servizi sanitari pubblici dei paesi partner e condividano informazioni in modo trasparente sul modo in cui la loro programmazione e presenza incide sulle migrazioni interne di personale sanitario.

9. SOSTENERE L'APPLICAZIONE DEL CODICE DI CONDOTTA PER IL RECLUTAMENTO INTERNAZIONALE DI PERSONALE SANITARIO DELL'OMS

Sostenere e dare diffusione ai principi espressi nel Codice di Condotta dell'OMS attraverso meccanismi di trasparenza e tracciabilità delle informazioni, contribuendo in particolare a: migliorare il monitoraggio delle migrazioni di personale sanitario straniero verso l'Italia, riportando i risultati periodicamente in sede OMS; arrestare le pratiche di reclutamento attivo di personale sanitario proveniente da paesi colpiti da crisi del personale sanitario; sostenere i paesi nei quali la crisi del personale sanitario è più acuta con interventi di cooperazione internazionale.

10. CREARE SINERGIE ALL'INTERNO DEL « SISTEMA ITALIA » E A LIVELLO INTERNAZIONALE

Anche sulla scorta delle analisi dei punti di forza e di debolezza di ciascun soggetto identificati dalla presente ricerca, creare sinergie con altri attori del « sistema Italia » impegnati nel rafforzamento del personale sanitario. I diversi soggetti italiani di cooperazione sanitaria possono ad esempio concentrare geograficamente gli interventi, a partire dai paesi che affrontano una più forte crisi del personale sanitario; prendere impegni concreti ed espliciti in aree precise, evitando in questo modo sovrapposizioni o la frammentazione degli interventi; aumentare la condivisione di buone pratiche, anche attraverso un forum tematico annuale. La partecipazione al secondo Forum Globale per il Personale Sanitario di Bangkok può offrire inoltre ai soggetti italiani un'occasione di esposizione al dibattito internazionale e di costruzione di meccanismi di mutua *accountability*, nel riconoscimento che la crisi del personale sanitario è una responsabilità condivisa a livello globale.

ACRONIMI E ABBREVIAZIONI

AAA - Accra Agenda for Action
AMC - Advanced Market Commitments
AO - Azienda Ospedaliera
APS - Aiuto Pubblico allo Sviluppo
ASL - Azienda Sanitaria Locale
CEPR - Center for Economic and Policy Research
CF-S - Centro di Formazione di Nhamatanda, provincia di Sofala
CPA - Comprehensive Peace Agreement
CRS - Creditor Reporting System
DAF - Direzione Amministrazione e Finanze
DGCS-MAE - Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri
DAC - Development Assistance Committee
DPS-S - Direzione Provinciale della Salute di Sofala
DRH - Direzione della Risorse Umane
FMI - Fondo Monetario Internazionale
FNUAP (UNFPA) - Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione
GAVI - Global Alliance for Vaccines and Immunization
GFATM - Fondo Globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria
GHW - Global Health Workforce Alliance
GoSS - Government of Southern Sudan
HEP - Health Extension Programme
HEWs - Health Extension Workers
HSDP - Health Sector Development Programme
HSS - Health System Strengthening
ICS-M - Istituto di Scienze della Salute di Maputo
IFFIm - International Finance Facility for Immunization
IHP - International Health Partnership
ISS - Istituto Superiore di Sanità
MAE - Ministero degli Affari Esteri
MDTF - Multi Donor Trust Fund
MEF - Ministero dell'Economia e delle Finanze
MOH/GoSS - Ministry of Health/Government of Southern Sudan
OCSE - Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità
ONG - Organizzazioni Non Governative
ONU - Organizzazione delle Nazioni Unite
OICS - Osservatorio Interregionale Cooperazione Sviluppo
PASDEP - Plan for Accelerated and Sustained Development to end Poverty
PBS - Protection of Basic Services
PEPFAR - President Emergency Plan for AIDS Relief
PHC - Primary Health Care
PNDRHS - Piano Nazionale di Sviluppo delle Risorse Umane in Sanità
SWAp - Sector Wide Approach
TB - Tubercolosi
UE - Unione Europea
UTC - Unità Tecnica Centrale
UTL - Unità Tecnica Locale
UNAIDS - Joint United Nations Programme for HIV/AIDS
VCT - Voluntary Counselling and Testing

BIBLIOGRAFIA

Accorsi S., et al., “Countdown to 2015: comparing progress towards the achievement of the health Millennium Developments Goals in Ethiopia and other sub-Saharan African countries”, *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2009.

ActionAid, *L'Italia e la lotta alla povertà nel mondo. 2010 cala il sipario*, giugno 2010.

AMREF, *Soluzioni africane alla crisi del personale sanitario*, 2008.

Anand S., Barnighausen T., “Health workers and vaccination coverage in developing countries: an econometric analysis” *The Lancet*, April 14, 2007.

Belayneh Y, Tekola F, Madeo M, Resti C., “Task-shifting of HIV/AIDS services down the professional ladder: Current status in Ethiopia and lessons from other African countries” *Ethiopian Journal of Health Development*, 23(3), 2009.

CEPR, *IMF-Supported Macroeconomic Policies and the World Recession: A Look at Forty-One Borrowing Countries*, 2009.

CeSPI- OICS, *Indagine sulla cooperazione sanitaria internazionale delle Regioni italiane, Working Papers*, 50/2008, 2008.

CINI, *Dati OCSE 2009: Gli Aiuti dell'UE diminuiscono e la povertà aumenta*, 17 aprile 2010.

CINI, *Presentato il testo della Finanziaria 2011: la cooperazione? Mai così in basso*, 19 ottobre 2010.

CINI, *Coerenza delle politiche per lo sviluppo: Obiettivi, Strategie, Strumenti*, 2010.

Crisp N, Gawanas B, Sharp I. “Training the health workforce: scaling up, saving lives” *The Lancet*, 371, 2008.

CSDH, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, WHO*, 2008.

De Ponte G., “Un Codice per frenare la fuga dei cervelli”, *saluteinternazionale.info*, settembre 2010.

De Ponte G., “Verso nuovi indirizzi per l'azione italiana di tutela della salute globale” *Ilaria*, marzo 2008.

DGCS-MAE, *Etiopia: Contributo Italiano al programma di sviluppo del settore sanitario. Cinque anni di esperienza (2003-2007) - Project Monitoring Unit, Italian Contribution to HSDP* - Addis Ababa, 2008.

Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ministry of Health, “Policy and Practice - Information for action” *Quarterly Health bulletin, Volume 2, Number 2*, 2009.

G8 Summit 2009, “Promoting Global Health” *L'Aquila G8 Health Experts' Report and Accountability Exercise*, versione aggiornata, <http://www.g8italia2009.it>.

G8 Summit 2010, *Muskoka Accountability Report. Annex Five: G8 Member Reporting - Health*, <http://g8.gc.ca>.

High Level Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, *More money for health, and more health for the money*, 2009.

MAE - DGCS, *Linee guida della DGCS sulla cooperazione decentrata*, marzo 2010.

MAE - DGCS, *Salute globale: principi guida della cooperazione italiana*, luglio 2009.

Martin, J.P., “The Medical Brain Drain: Myths and Realities” *International Migration Outlook*, OECD, 2007.

Ministry of Health, Government of Southern Sudan, *Situation Analysis on Human Resources for Health*, 2006.

Missioni E., “The Italian Contribution to Global Health - Unleashing the unexploited potential” *Policy Research*, Volume 3, Università Commerciale “Luigi Bocconi”, 2009.

Morestin F. and Ridde V., *The abolition of user fees for health services in Africa. Lessons from the Literature*, Université de Montréal, 2009.

OECD, “Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration” *International Migration Outlook*, 2007.

OECD-DAC, *The Accra Agenda for Action*, OECD, 2008.

OECD, “The Looming Crisis in the Health Workforce - How can OECD countries respond?” *Health Policy Studies*, 2008.

OECD-DAC, *Measuring Aid to Health*, November 2009.

OECD, *Health at a glance 2009: OECD Indicators*, 2009.

Regione Toscana, *Strategia Regionale di Cooperazione Sanitaria Internazionale biennio 2009-2010*, Delibera della Giunta Regionale n.695 del 03/08/2009.

Reich MR, Takemi K, “G8 and strengthening of health systems: follow-up to the Toyako summit” *The Lancet*, February 2009.

Tediosi F., “La crescente complessità del finanziamento della salute globale” *saluteinternazionale.info*, aprile 2010.

UNAIDS, *Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS*, 2008.

Unione Africana, *Dichiarazione di Abuja su HIV/AIDS, tubercolosi e altre malattie infettive correlate*, adottata al Vertice dell'Unione Africana su HIV/AIDS, tubercolosi e altre malattie infettive correlate, Abuja, 26-27 Aprile 2001.

Wakabi W., “Extension workers drive Ethiopia’s primary health care” *The Lancet*, 372: 880. 2008.

World Bank, OECD, WHO, Effective Aid - Better Health, High Level Forum on aid effectiveness, 2008.

World Health Organization, *World Health Repor., Working together for health*, Geneva 2006

World Health Organization, *Strengthening Health Systems to improve health outcomes*, Geneva 2007.

World Health Organization, *World Health Report, Primary Health Care. Now More Than Ever*, Geneva, 2008.

World Health Organization, *World Health Statistics*, WHO, 2009.

World Health Organization, *World Health Statistics*, WHO, 2010.

WHO, UNICEF, *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care*, Geneva, 1978.

WHO, GHWA, *The Kampala Declaration and Agenda for Global Action*, WHO, 2008.

SITI INTERNET

www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it
www.internationalhealthpartnership.net/en/home
www.theglobalfund.org/
www.cininet.org
www.gavialliance.org
www.oecd.org/dac/
www.saluteinternazionale.info
www.who.org

GUIDA AGLI ALLEGATI

- ALLEGATO A**
Matrice per la raccolta dei dati quantitativi
- ALLEGATO B**
Questionario per la raccolta delle informazioni qualitative
- ALLEGATO C**
Dichiarazione e Agenda d’Azione di Kampala

ALLEGATI riguardanti gli interventi dei soggetti mappati:

- ALLEGATO 1**
DGCS - Mozambico
- ALLEGATO 2**
DGCS - Borse studio
- ALLEGATO 3**
Istituto Superiore di Sanità
- ALLEGATO 4**
Regione Lombardia
- ALLEGATO 5**
Regione Toscana
- ALLEGATO 6**
AMREF
- ALLEGATO 7**
Comunità di S.Egidio
- ALLEGATO 8**
Medicus Mundi
- ALLEGATO 9**
UNIDEA

SOSTEGNO ALLO SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE DEL SETTORE SANITARIO

Le tabelle qui riportare offrono un approfondimento dell’iniziativa della DGCS attraverso la fornitura dei dati relativi alla tipologia di formazione sostenuta dall’iniziativa (tab 1), le risorse impegnate per tipologia di intervento (tab 2) e la distribuzione dei fondi per canali di finanziamento (tab 3).

TABELLA 1. TIPOLOGIA DI FORMAZIONE

CORSI/DURATA	LIVELLO	ISTITUTO DI FORMAZIONE	N. CORSI	FINALISTI¹
Corsi in diverse aree tecniche². Durata: tre anni	Bachelor	UCM³ di Beira ISCISA⁴ di Maputo	-	40/50
Corso superiore ad hoc per tecnici SNS Corso post laboratoriale. Durata: da definirsi.	Laurea	UCM di Beira ISCISA di Maputo	-	20/30
Corso di specializzazione per la docenza. Durata: 12 mesi.	Medio specializzato	ISC - Beira ICS⁵ - Maputo	2	50
Corsi iniziali o di promozione per tecnici intermedi⁶. Durata: 30 mesi (corsi iniziali) 12 mesi (promozione)	Medio	ISC - Beira ICS - Maputo	12	300
Corsi iniziali per Agenti di Medicina. Durata: 20 mesi	Base	Centro formazione Nhamatanda ISC - Beira	4	100
Corso modulare in gestione del personale sanitario per gestori provinciali, ditrettuali, maggiori unità sanitarie. Durata: 30 giorni + supervisione post formazione	Formazione continua	In collaborazione con CRDS; ISAP; IFAPA; Progetto DANIDA	6	120
TOTALE: 60/80 borse di studio; 18 corsi regolari; 1 corso ad hoc per 6 edizioni; 60/80 Tecnici superiori; 350 medi; 100 basici; 120 gestori di personale sanitario.				

1. Il nuovo PNDRHS si basa su proiezioni che prevedono una perdita dei partecipanti del 16% nei corsi regolari. Di conseguenza il numero di tecnici formati con il contributo del progetto è calcolato a partire da queste previsioni.

2. Corsi per diverse figure professionali quali infermiere generale; infermiere per la salute materna; infermiere pediatrico; tecnico superiore di farmacia; tecnico di chirurgia, amministratore e gestione ospedaliera.

3. Università Cattolica del Mozambico - Beira.

4. Istituto Superiore di Scienze della Salute, Maputo.

5. Istituto di Scienze della Salute.

6. Corsi/aree al momento identificate: Tecnici di Medicina; Laboratorio; Farmacia; Stomatologia; Infermieri Generali; tecnici di Amministrazione ospedaliera.

TABELLA 2. RISORSE IMPEGNATE PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO

FORMAZIONE				
Formazione iniziale o pre-service (83,5%)				4.478.600
	I ANNO	II ANNO	III ANNO	TOTALE
18 Corsi regolari livello medio/base	1.040.000	1.040.000	520.000	2.600.000
60-80 Borse di studio corsi superiori	150.000	150.000	150.000	450.000
Visita di studio in Italia per scuole formazione infermieri (6 persone per 20 giorni)	0	0	25.200	25.200
Revisione curricula	15.400	15.400	0	30.800
Attrezzature e materiali per 3 istituti di formazione	200.000	100.000	0	300.000
Produzione manuali, altri sussidi didattici	100.000	200.000	0	300.000
Manutenzione e piccole opere	100.000	100.000	50.000	250.000
Kit piccole attrezzature e materiali per tirocini per 6 unità sanitarie	200.000	100.000	0	300.000
Mezzi di trasporto per tirocini (1 minibus)	120.000	0	0	120.000
Manutenzione/Combustibile mezzi trasporti	9.600	9.600	9.600	28.800
Fondo Miglioramento organizzazione unità sanitarie/tirocini per 6 unità sanitarie	27.600	27.600	27.600	82.800
Formazione continua (16,5%)				888.000
	I ANNO	II ANNO	III ANNO	TOTALE
Formazione continua docenti e tutori tirocini	100.000	100.000	100.000	300.000
Programma corso gestori personale sanitario	12.000	0	0	12.000
Materiali didattici corso gestori personale sanitario	4.000	4.000	4.000	12.000
Corso modulare gestori personale sanitario	44.000	132.000	88.000	264.000
Fondo Formazione continua on the job (Sofala) per 200 persone sui tre anni	60.000	120.000	120.000	300.000
Totale formazione (90,4%)	2.182.600	2.098.600	1.094.400	5.375.600
TRATTENIMENTO IN SERVIZIO (RETENTION)				
	I ANNO	II ANNO	III ANNO	TOTALE
Supervisione e gestione e personale sanitario distretti	7.200	14.400	14.400	36.000
Kit ufficio distrettuale gestione personale sanitario (28 distretti)	0	196.000	0	196.000
Manutenzione e piccole opere	0	60.000	0	60.000
Kit inserimento tecnici in zone periferiche (50 tecnici)	36.000	72.000	72.000	180.000
Incentivi per tecnici assegnati a zone periferiche (50 per sei mesi)	9.300	9.300	0	18.600
Totale trattenimento in servizio (retention) (8,2%)	52.500	351.700	86.400	490.600
ALTRO				
	I ANNO	II ANNO	III ANNO	TOTALE
Studi e ricerche	20.000	20.000	0	40.000
Studi e ricerche	20.000	20.000	0	40.000
Totale altro (1,3%)	40.000	40.000	0	80.000

Nota alla tabella 2: nella presente iniziativa anche il totale previsto per assistenza tecnica (totale di euro 585.000) e per assistenza tecnica in loco (578.400 euro) è dedicata al rafforzamento del personale sanitario, così come il coordinamento e il monitoraggio e valutazione (389.750 euro) Diversamente che in altri contesti, nel caso di questa iniziativa è stato possibile effettuare la ripartizione del piano finanziario tra fondo in loco e contributo al bilancio (ex Art.15 del Regolamento Legge 49/87). Le attività vengono così distribuite tra fondo in loco e ex-art.15 come da tabella 3.

TABELLA 3. DISTRIBUZIONE DEI FONDI PER CANALE FINANZIARIO

SOSTEGNO AL BILANCIO				
	I ANNO	II ANNO	III ANNO	TOTALE
Corsi regolari (Maputo e Sofala)	1.040.000	1.040.000	520.000	2.600.000
Formazione continua docenti di 3 istituti di formazione	50.000	100.000	100.000	250.000
Attrezzature didattiche per 3 istituti di formazione	200.000	100.000	0	300.000
Opere e manutenzione istituti di formazione e uffici gestione personale sanitario	100.000	160.000	50.000	310.000
Kit tirocini in unità sanitarie selezionate	200.000	100.000	0	300.000
Trasporti per istituti di formazione, manutenzione, assicurazione	129.600	9.600	9.600	148.800
Fondo annuale per centro formazione di sofala	60.000	120.000	120.000	300.000
Kit uffici distrettuali responsabili gestione personale sanitario	0	196.000	0	196.000
Corso gestori personale sanitario (Sofala e Maputo)	0	132.000	88.000	220.000
Kit inserimento tecnici in zone periferiche	36.000	72.000	72.000	180.000
Incentivi per tecnici assegnati a zone periferiche	9.300	9.300	0	18.600
Uditoria finanziaria	11.000	11.000	11.000	33.000
Tot sostegno al bilancio (64%)	1.835.900	2.049.900	970.600	4.856.400
FONDO IN LOCO				
	I ANNO	II ANNO	III ANNO	TOTALE
Personale locale	195.600	195.600	187.200	578.400
Capitolo Formazione	363.000	413.000	202.800	978.800
Capitolo Gestione personale sanitario	87.200	38.400	18.400	144.000
Coordinamento, monitoraggio e valutazione	143.050	96.850	116.850	356.750
Tot Fondo in loco (28%)	788.850	743.850	525.250	2.057.950
FONDO DGCS				
	I ANNO	II ANNO	III ANNO	TOTALE
Assistenza tecnica (8%)	195.000	208.000	182.000	585.000
TOTALE GENERALE				
	I ANNO	II ANNO	III ANNO	TOTALE
Totale (100%)	2.819.750	3.001.750	1.677.850	7.499.350

BORSE DI STUDIO FINANZIATE DALLA DGCS, UFFICIO IX (2008 - 2010)

ANNO 2008 - TOTALE PER L'ANNO: 659.000 €

ANGOLA	38.000 €
1 specializzazione in ginecologia 1 specializzazione in pediatria 2 dottorati di ricerca in perinatologia	
BENIN	18.000 €
1 specializzazione in chirurgia generale	
BURKINA FASO	21.000 €
1 specializzazione in pediatria 1 stage in malattie infettive	
CAMERUN	264.000 €
1 dottorato in cardiologia 1 specializzazione in cardiologia 2 specializzazioni in ginecologia 2 specializzazioni in anestesia 1 specializzazione in neurologia 1 specializzazione in medicina interna 1 specializzazione in chirurgia generale 1 specializzazione in pediatria 1 specializzazione in chirurgia toracica 1 specializzazione in chirurgia apparato digerente 1 specializzazione in ortopedia 1 specializzazione in malattie infettive 1 specializzazione in radiodiagnostica	
ERITREA	39.000 €
1 specializzazione in endocrinologia 4 lauree in medicina	
ETIOPIA	12.000 €
2 perfezionamenti in diabetologia	
GABON	29.000 €
3 dottorati in scienze tecnologiche e cliniche 1 specializzazione in anestesia 1 stage in sanità pubblica	
GIBUTI	118.000 €
11 lauree in medicina 2 lauree in farmacia	
KENYA	18.000 €
3 perfezionamenti in diabetologia	
MALI	6.000 €
1 perfezionamento in diabetologia	
REPUBBLICA DEMOCRATICA DEL CONGO	31.000 €
1 specializzazione in igiene e medicina preventiva 1 specializzazione in ginecologia	
SOMALIA	65.000 €
1 specializzazione in chirurgia generale 1 specializzazione in radiodiagnostica 1 specializzazione in cardiologia	

ANNO 2009 - TOTALE PER L'ANNO: 886.000 €

ANGOLA	32.000 €
1 specializzazione in ginecologia 1 specializzazione in pediatria	
BENIN	27.000 €
1 specializzazione in chirurgia generale	
BURKINA FASO	26.000 €
1 specializzazione in pediatria 1 stage in malattie infettive	
CAMERUN	410.000 €
1 dottorato in cardiologia 1 specializzazione in cardiologia 2 specializzazioni in ginecologia 2 specializzazioni in anestesia 1 specializzazione in neurologia 1 specializzazione in medicina interna 1 specializzazione in chirurgia generale 1 specializzazione in pediatria 1 specializzazione in chirurgia toracica 1 specializzazione in chirurgia apparato digerente 1 specializzazione in ortopedia 1 specializzazione in malattie infettive 1 specializzazione in radiodiagnostica	
ERITREA	26.000 €
1 specializzazione in endocrinologia	
ETIOPIA	24.000 €
2 perfezionamenti in diabetologia	
GABON	61.000 €
3 dottorati in scienze tecnologiche e cliniche 1 specializzazione in anestesia	
GIBUTI	125.000 €
11 lauree in medicina 2 lauree in farmacia	
KENYA	29.000 €
3 perfezionamenti in diabetologia	
MALI	9.000 €
1 perfezionamento in diabetologia	
REPUBBLICA DEMOCRATICA DEL CONGO	32.000 €
1 specializzazione in igiene e medicina preventiva 1 specializzazione in ginecologia	
SOMALIA	85.000 €
1 specializzazione in chirurgia generale 1 specializzazione in radiodiagnostica 1 specializzazione in cardiologia	

ANNO 2010 - TOTALE PER L’ANNO: 508.000 €

ANGOLA	26.000 €
1 specializzazione in pediatria	
BENIN	26.000 €
1 specializzazione in chirurgia generale	
BURKINA FASO	26.000 €
1 specializzazione in pediatria	
CAMERUN	246.000 €
1 dottorato in cardiologia 2 specializzazioni in ginecologia 2 specializzazioni in anestesia 1 specializzazione in neurologia 1 specializzazione in medicina interna 1 specializzazione in chirurgia generale 1 specializzazione in pediatria 1 specializzazione in chirurgia toracica	
GABON	49.000 €
2 dottorati in scienze tecnologiche e cliniche 1 specializzazione in anestesia	
GIBUTI	109.000 €
7 lauree in medicina 2 lauree in farmacia	
SOMALIA	26.000 €
1 specializzazione in cardiologia	

CONTRIBUTI A CORSI E MASTER DELLA DGCS - MAE, UFFICIO IX

- È stato possibile prendere in considerazione l’anno 2009:
- Master in Salute internazionale e medicina per la cooperazione con i paesi in via di sviluppo, Università degli Studi di Parma, Centro Universitario per la Cooperazione Internazionale (CUCI). L’obiettivo del finanziamento è quello di formare 12 medici provenienti da paesi partner. Finanziamento a dono: 229.643,88 Euro;
 - Master di primo livello in Health System Management (2009), Università Carlo Cattaneo - LIUC - Castellanza (VA) e Istituto Superiore di Sanità (ISS). Ammontare finanziato non noto;
 - Master in Medicina Internazionale “Corrado Bianchini” (2009), International Medicine Society e Consorzio Interuniversitario per la Formazione e la Comunicazione. Ammontare finanziato non noto;
 - Master in “Humanitarian Medicine” (2009), Università di Palermo. Ammontare finanziato non noto.

PAESE	LIBERIA		
POTENZIAMENTO DELLE CAPACITÀ FORMATIVE DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA A.M. DOGLIOTTI			
Totale allocato	2.718.504 €		
Anno di approvazione del progetto	2009		
Durata prevista	3 anni		
Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2008	2009	2010-2011¹
Formazione			
In-service	-	-	310.500
Retention			
Escluso il sostegno al salario	-	-	402.000
Altro			
Ricerca	-	-	410.000
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	1.122.500 €		
Canali di finanziamento			MAE/DCGS
Strumenti di finanziamento (in-kind; assistenza tecnica; cash-grants; altro)			In-kind Assistenza tecnica Cash-grants
Percentuale del totale allocato per:			
Personale sanitario di comunità			2%
Personale sanitario con competenze specifiche nell'area materno-infantile			2%

Note generali: il progetto finanziato a partire dal 2009 ha avuto inizio in loco a partire dal 2 gennaio 2010.

1. Impegnato 2010-2011

PROGETTI DI GEMELLAGGIO FINANZIATI DALLA REGIONE LOMBARDIA 2008-2009

Nell’estrapolare dalle proposte di finanziamento relative ai gemellaggi i dati relativi al rafforzamento del personale sanitario si è posto il problema di come contabilizzare la quantità di fondi dedicati alla figura del capo-progetto, in quanto molto spesso questa figura occupa una percentuale non quantificabile del proprio tempo, e quindi del contratto, in attività di formazione di personale sanitario. Si è deciso di segnalare questa voce di spesa nella parte narrativa relativa a ciascun progetto. 2 -Nelle proposte di finanziamento dei gemellaggi spesso le attività di formazione del personale sanitario locale non trovano riscontro nei piani finanziari. Tale formazione, spesso on the job, del personale sanitario presente nelle strutture in cui si opera viene svolta di volta in volta da personale espatriato in missione breve e/o dal capo-progetto.

PROGETTI DI GEMELLAGGIO - ANNO 2008

TABELLA 1

PAESE	MOZAMBICO
GEMELLAGGIO TRA LA FONDAZIONE IRCCS CARLO BESTA E L’OSPEDALE CENTRALE DI MAPUTO	
Formazione neurologica di personale sanitario africano per una migliore gestione delle complicazioni neurologiche con particolare riferimento a quelle da virus HIV in particolare nei bambini.	
Totale allocato	246.000 €
Totale allocato dalla Regione Lombardia	150.000 €
Anno di avvio del progetto	2008
Durata prevista	2 anni

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2008	2009	2010-2011¹
Formazione			
In-service	26.000	26.000	
Retention	-	-	
Altro	-	-	
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	52.000 €		
Canali di finanziamento	Regione Lombardia		

Le attività di formazione sono le seguenti: percorsi formativi per il personale sanitario (medici, infermieri, personale tecnico sanitario) presso la Fondazione IRCCS Carlo Besta (sono previste borse di studio in Italia) e presso l’Ospedale Centrale di Maputo; follow up, accompagnamento e formazione on the job (non quantificato nella proposta di progetto) a completamento degli obiettivi formativi e missioni di verifica; formazione a distanza con teleconsulti su casi specifici. Trattandosi di un progetto in cui la formazione è l’obiettivo principale, le attività formative sono da considerarsi parte integrante anche del totale di euro 50.000 destinato al personale espatriato. Sia le spese per la formazione del personale che quelle per il personale espatriato sono state sostenute con il contributo di Regione Lombardia.

TABELLA 2

PAESE	KENYA
GEMELLAGGIO TRA ASL DI MANTOVA E AMURT (ANANDA MARGA UNIVERSAL RELIEF TEAM)	
Prevenzione sanitaria in Kenya	
Totale allocato	212.520 €
Totale allocato dalla Regione Lombardia	149.920 €
Anno di avvio del progetto	2008
Durata prevista	2 anni

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2008	2009	2010-2011¹
Formazione			
Pre-service	20.160²	-	
Retention	-	-	
Altro	-	-	
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	20.160 €		
Canali di finanziamento	Regione Lombardia		

A livello locale il progetto è sostenuto da attori quali il Governo del Kenya e UNICEF; partecipano al progetto anche altri partner. Il dato quantitativo relativo al sostegno al personale sanitario si riferisce alla formazione di 12 Community Health Workers formati ed impiegati dal progetto per 21 mesi in una specifica area geografica.

TABELLA 3

PAESE	MADAGASCAR
GEMELLAGGIO TRA OSPEDALE DI DESIO (AZIENDA OSPEDALIERA VIMERCATE) E L’OSPEDALE “ALFEO CORASSORI - LA VITA PER TE”³ DI FIANARANTSOA (MADAGASCAR)	
Prevenzione e cura del cancro della cervice uterina in Madagascar	
Totale allocato	312.549 €
Totale allocato dalla Regione Lombardia	159.799 €
Anno di avvio del progetto	2008
Durata prevista	2 anni

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2008	2009	2010-2011¹
Formazione			
In-service (viaggio docenti italiani per corso tecnici)	18.750	22.500	
Retention	-	-	
Altro	-	-	
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	41.250 €		
Canali di finanziamento	Regione Lombardia		

1. Impegnato 2010-2011
2. Dalla proposta di finanziamento si può evincere solo il dato unitario non suddiviso nelle due annualità.
3. L’ospedale “Alfeo Corassori - La Vita per Te” di Fianarantsoa è nato da un progetto dell’Associazione ONLUS Alfeo Corassoli - La Vita per Te, con sede a Modena, e la Diocesi di Fianarantsoa. È stato inaugurato nel 2006.

In questa proposta di finanziamento i fondi della Regione Lombardia sono utilizzati in gran parte per l’acquisto di attrezzature e strumentazione e per le spese legate alla telemedicina. È prevista una componente di formazione di personale sanitario specializzato in grado di diagnosticare il cancro della cervice uterina. Dalla proposta di finanziamento si deduce che parte del personale sanitario dell’ospedale partecipa al progetto, ma non si specifica il numero delle persone formate (il personale sanitario attuale è composto da sei medici, un dentista e quindici infermieri; l’ospedale al momento non possiede nessun medico specialista). Gli unici dati quantitativi che si riescono ad estrapolare riguardano i viaggi dei docenti italiani, i cui costi sono a carico della Regione Lombardia: si tratta di 15 docenti (patologi, biologi e tecnici) che hanno l’obiettivo di sviluppare e svolgere tutte le attività didattiche per preparare i tecnici di laboratorio e sensibilizzare i medici locali. Ad essi si aggiungono due ginecologi che formano il medico locale sulle tecniche di colposcopia, di conizzazione e di asportazione con ansa. Si segnalano, oltre ai costi del viaggio, un totale di 20.000 euro per un capo progetto e un totale di 11.000 euro per il valorizzato di docenti dell’ospedale di Desio; questi costi sono a carico dell’Azienda Ospedaliera di Desio e di altre fonti di finanziamento non specificate. L’ospedale inoltre garantisce il personale per la gestione del servizio di telemedicina e la creazione di un gruppo di lavoro, formato da specialisti riconosciuti a livello nazionale e internazionale, che effettuano la diagnosi on-line, discutono i casi più complessi con i medici e i tecnici dell’ospedale africano e tengono seminari e lezioni on-line. Si segnalano 10.000 euro da attribuire ad un medico italiano per il coordinamento dell’attività diagnostica. Risulta molto difficile nel caso di questo progetto avere un quadro preciso sui dati qualitativi e quantitativi relativi alla formazione di personale locale.

TABELLA 4

PAESE	UGANDA
GEMELLAGGIO TRA L'OSPEDALE LUIGI SACCO AZIENDA OSPEDALIERA (POLO UNIVERSITARIO MILANO) E L'OSPEDALE ST.JOSEPH KITGUM ⁴	
Totale allocato	238.000 ⁵ €
Totale allocato dalla Regione Lombardia	140.000 €
Anno di avvio del progetto	2008
Durata prevista	2 anni

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2008	2009	2010-2011
Formazione			
In-service (visite studio in Italia - viaggio + rimborso spese - per un totale di 4 persone)	4.200	4.200	
Retention			
Sostegno al salario	13.000	13.000	
Altro	-	-	
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	34.400 €		
Canali di finanziamento	Regione Lombardia e Ospedale St. Joseph (contributo di 2.000 € per gli incentivi per personale locale)		

Il progetto copre sostanzialmente l’area del rafforzamento del personale, della logistica sanitaria ed alcuni aspetti di logistica organizzativa dell’ospedale di riferimento. Attraverso il gemellaggio, i medici ed il personale sanitario ugandese possono usufruire di condizioni lavorative, logistiche ed organizzative più adeguate all’esercizio della loro attività; di apparecchiature e di strumentazioni più rispondenti alle esigenze; e di una formazione avanzata e specifica nei settori di prevalente interesse. I fondi della Regione Lombardia servono inoltre a coprire l’acquisto di attrezzature e strumentazione per la telemedicina. Il progetto ha una componente di formazione del personale ugandese, che viene affiancato da personale italiano in missione breve. La durata delle missioni è decisa in accordo con l’Ospedale Sacco, sulla base dei bisogni contingenti del St. Joseph. L’obiettivo è di formare un team di personale locale - sei persone formate ogni anno - che a sua volta si occupi di formare il resto del personale. Il settore di azione è l’area chirurgica in senso lato, tale da comprendere la chirurgia generale, l’ortopedia

4. L’ospedale di St. Joseph si trova a Kitgum, a 450 Km a nord di Kampala. Il bacino d’utenza dell’ospedale è di più di 1 milione e duecentomila persone che provengono dal distretto di Kitgum, da quello di Pader e dal Sud Sudan.
5. Al finanziamento del progetto oltre all’Ospedale L.Sacco e la Regione Lombardia partecipa anche il St.Joseph con un totale di 21.800 euro.

e l’urologia. Il progetto ha inoltre una componente di retention, attraverso l’erogazione di incentivi salariali per il personale locale di circa 1.000 euro al mese per la durata di due anni. Non vengono segnalati quali saranno i meccanismi di sostenibilità di questi incentivi una volta terminato il gemellaggio.

TABELLA 5

PAESE	SENEGAL
GEMELLAGGIO TRA L'AZIENDA OSPEDALIERE “OSPEDALE MAGGIORE” DI CREMA E IL CENTRO SANITARIO “YOUSSOU MP DIOP” DI RUFISQUE	
Progetto Crema per il Senegal - Piano Triennali di sviluppo del Centro Sanitario di Rufisque	
Totale allocato	20.000 €
Totale allocato dalla Regione Lombardia ²	140.000 €
Anno di avvio del progetto	2008
Durata prevista	3 anni ³

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2008	2009	2010-2011 ⁴
Formazione			
In-service Stage con Azienda Ospedaliera Missioni in Italia	5.719 3.181,98	6.900	
Retention			
Sostegno al salario	900	900	
Altro	-	-	
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	17.201,18 €		
Canali di finanziamento	Regione Lombardia, Azienda Ospedaliera di Crema e Centro Sanitario di riferimento		

Il progetto ha l’obiettivo di migliorare la qualità, la disponibilità e la sicurezza delle cure nel centro sanitario. Tra gli obiettivi specifici rientrano il miglioramento delle competenze del personale e una formazione continua che tenga conto dei bisogni espressi dai tecnici sanitari e del contesto epidemiologico. Le attività comprendono:
1. perorazione presso le autorità locali dell’assegnazione di personale qualificato aggiuntivo (2 ostetriche e 2 infemieri);
2. assunzione di personale qualificato su fondi propri;
3. fornitura di personale proveniente dal centro ospedaliero universitario;
4. fornitura di personale qualificato italiano attraverso la cooperazione decentrata;
5. stabilizzazione di 8 operatori sanitari qualificati attualmente precari.

Per assicurare la formazione continua le strategie d’intervento sono:
i) formazione interna del personale secondo i bisogni percepiti e/o identificati;
ii) viaggi di studio/stages all’estero nel quadro della cooperazione decentrata.

1. Il Centro si trova nella periferia della città di Rufisque e garantisce il ruolo di struttura di riferimento a vocazione ospitaliera per centri sanitari del Distretto Sanitario di Rufisque.
2. Il totale del progetto prevede contributi finanziari oltre che dell’azienda ospedaliera di Crema anche dell’ospedale locale e altri enti finanziatori non specificati.
3. I dati qui riportati fanno riferimento ad un piano finanziario biennale presentato alla Regione Lombardia.
4. Impegnato 2010-2011.

PROGETTI DI GEMELLAGGIO - ANNO 2009

TABELLA 6

PAESE	BENIN - TOGO
GEMELLAGGIO TRA AZIENDA OSPEDALIERA MELEGNANO (MILANO) E STRUTTURE SANITARIE DELLA DELEGAZIONE BENIN-TOGO DELL’ORDINE OSPEDALIERO S.GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRAPELLI.	
Totale allocato	240.900 €
Totale allocato dalla Regione Lombardia	140.000 €
Anno di avvio del progetto	2009
Durata prevista	2 anni

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2009	2010	2010-2011
Formazione			
In-service (spese per il personale espatriato che effettuerà la formazione di personale locale)	22.000	40.000	
Retention	-	-	
Altro	-	-	
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	62.000 €		
Canali di finanziamento	Regione Lombardia e Azienda Ospedaliera		

L’obiettivo del progetto è quello di giungere ad una progressiva autonomia professionale del personale sanitario tecnico e amministrativo dei centri sanitari della delegazione Benin-Togo dell’Ordine Ospedaliero S.Giovanni di Dio Fatebenefratelli e di formare il personale medico ed infermieristico al trattamento delle patologie locali maggiormente diffuse. Questo progetto rientra in una collaborazione già in atto tra l’A.O. di Melegnano e i centri sanitari della delegazione Benin-Togo. La formazione ed il perfezionamento del personale sanitario medico e infermieristico locale sono effettuati attraverso: i) missioni periodiche a scopo formativo di personale dell’azienda ospedaliera di Melegnano e ii) stages presso i centri sanitari dell’A.O. di Melegnano. Mentre la prima voce di spesa è sostenuta dalla Regione Lombardia - che sostiene inoltre spese per attrezzature ed edilizia sanitaria per un totale di 78.000 euro - la seconda è sostenuta dall’A.O. di Melegnano. Dalla proposta di finanziamento non si riesce ad evincere il numero di personale sanitario che verrà formato, né in quali settori specifici.

TABELLA 7

PAESE	SUDAFRICA
GEMELLAGGIO TRA L’OSPEDALE LUIGI SACCO AZIENDA OSPEDALIERA - POLO UNIVERSITARIO⁵ (MILANO) E L’OSPEDALE CHARLOTTE MAXEKE DI JOHANNESBURG	
Totale allocato	263.808 €
Totale allocato dalla Regione Lombardia	140.000 €
Anno di avvio del progetto	2009
Durata prevista	2 anni

5. Si segnala che il suddetto Polo Universitario intrattiene da molti anni rapporti internazionali e collaborazioni con molti paesi a risorse limitate, operando anche direttamente nei paesi coinvolti. Sono in corso al momento alcuni gemellaggi con ospedali del sud del mondo in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità nell’ambito del progetto Esther promosso dal Ministero della Sanità francese al quale, oltre all’Italia, partecipano molti altri paesi europei. L’Ospedale Sacco inoltre sta sostenendo in Chad lo sviluppo di una facoltà di medicina con lo scopo di fornire medici che rimangono a svolgere la loro professione nel paese di origine.

Dati sulla componente relativa al personale sanitario

	2009	2010	2010-2011
Formazione			
In-service			
Missioni su due anni per personale che effettuerà formazione a livello locale, incluso materiale didattico	57.600		
Visite calcolate su due anni di studio in Italia	44.000		
Retention	-	-	
Altro	-	-	
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	101.600 €		
Canali di finanziamento	Regione Lombardia (46.000); Ospedale Luigi Sacco; Ospedale C. Maxeke; Libero Istituto Universitario Carlo Cattaneo		

L’obiettivo di questo progetto è quello di promuovere ed elevare la qualità dei servizi di cura offerti dalla clinica per pazienti HIV-positivi dell’Ospedale Charlotte Maxeke di Johannesburg, che è l’ospedale di riferimento dell’intera provincia del Guateng. L’iniziativa intende creare un ambulatorio dedicato alla prevenzione, la diagnosi, il monitoraggio e il trattamento delle reazioni avverse delle terapie antiretrovirali. Per quanto concerne la formazione, le principali attività sono la formazione di personale locale medico ed infermieristico (numero non specificato) per rafforzarne le competenze e migliorarne le capacità professionali. La collaborazione avviene attraverso missioni brevi (1-2 settimane) di medici di diverse specialità provenienti dall’Ospedale Sacco. Sono previsti anche soggiorni brevi (2 settimane) di personale medico ed infermieristico sudafricano presso il Dipartimento di Malattie Infettive dell’Ospedale Luigi Sacco.

TABELLA 8

PAESE	MOZAMBICO
GEMELLAGGIO TRA A.O. ISTITUTI OSPITALIERI DI CREMONA E UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL MOZAMBICO (UNIVERSITÀ CATTOLICA DI BEIRA)	
Totale allocato	183.200 €
Totale allocato dalla Regione Lombardia	158.700 €
Anno di avvio del progetto	2009
Durata prevista	2 anni

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2009	2010	2010-2011
Formazione			
Pre-service			
Materiale didattico e informatico per telemedicina e teleformazione	15.900	15.900	
Stage di insegnamento clinico all’interno delle strutture sanitarie periferiche	12.300	12.300	
6 borse di studio per studenti provenienti dalle province del nord del Mozambico + costi di alloggio	10.800	10.800	
	9.000	9.000	
Retention	-	-	
Altro	-	-	
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	96.000 €		
Canali di finanziamento	Regione Lombardia ¹		

1. La Regione Lombardia partecipa anche alle spese per il personale espatriato in Mozambico.

Il progetto ha l’obiettivo di sostenere la formazione di medici per garantire il fabbisogno di quadri sanitari per tutta la rete di servizi primari del Mozambico; prevede la realizzazione di attività che si inseriscono nel progetto dell’ONG Medici con l’Africa CUAMM, presente da molto tempo nella zona. Per quanto concerne le attività di formazione, il progetto si concentra soprattutto in due aree: i) garantire la didattica per almeno due dipartimenti della Facoltà di Medicina (Dipartimento di Chirurgia e Anatomia e Dipartimento di Medicina Interna), mettendo a disposizione personale italiano esperto con funzioni di docenza; ii) garantire forme di supporto al diritto allo studio per gli studenti meritevoli e con condizioni economiche difficili. Il progetto s’inserisce nel “Piano strategico dell’Educazione Superiore per il decennio 2000-2010” adottato dal Ministero dell’Educazione Superiore, della Scienza e della Tecnologia, il cui obiettivo è di assicurare la qualità della formazione e l’accesso per ogni fascia di popolazione e area geografica, l’uso efficiente delle risorse e il sostegno finanziario agli studenti.

TABELLA 9

PAESE	SENEGAL
GEMELLAGGIO TRA LA FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO S.MATTEO (PAVIA) E L’OSPEDALE REGIONALE DI ZIGUINCHOR ²	
Totale allocato	91.850 €
Totale allocato dalla Regione Lombardia	75.000 €
Anno di avvio del progetto	2006. Tuttavia il finanziamento qui citato si riferisce al biennio 2009-2010
Durata prevista	Il progetto ha l’obiettivo di sostenere per otto mesi l’iniziativa già in corso

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2009	2010	2010-2011
Formazione			
In-service			
Personale italiano per definizione ed organizzazione programmi formativi	4.000		
Borsa di studio per stagista italiano e senegalese (Italia/Senegal)	15.300		
Missioni personale italiano in Senegal inclusi viaggi e spostamenti per un totale di 8 persone	9.000		
Retention	-	-	
Altro	-	-	
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	40.300 €		
Canali di finanziamento	Regione Lombardia e Ospedale S. Matteo		

L’obiettivo dell’intervento iniziato nel 2006 è quello di allestire un reparto pediatrico in linea con gli standard della maternità già completata attraverso: i) piano di formazione per il reparto; ii) acquisto di attrezzature; iii) inserimento di territori decentrati all’interno del sistema sanitario regionale. Per quanto concerne la formazione sono previste le seguenti attività: i) formazione di personale medico e paramedico per la degenza pediatrica e per la terapia intensiva di neonatologia; ii) formazione per 1-3 mesi attraverso uno specializzando italiano che opererà presso l’Ospedale di Ziguinchor o un suo omologo senegalese che opererà presso il Policlinico San Matteo (attraverso una borsa di studio concessa dall’Università di Pavia); iii) sessioni di formazione on the job con l’invio di medici e paramedici italiani. All’interno dei percorsi formativi verrà prodotto materiale informativo ad hoc. Anche nel caso di questo progetto è difficile poter stabilire l’esatto numero di persone che verranno formate.

2. Si segnalano che molteplici altri partner hanno aderito all’iniziativa

PROGETTI DI INTERESSE REGIONALE FINANZIATI DA REGIONE TOSCANA 2008-2009

Nota:
1 - Come per Regione Lombardia - e per gli stessi motivi - anche nel caso degli interventi di Regione Toscana si è posto il problema di come contabilizzare la quantità di fondi dedicati alla figura del capo-progetto, in quanto molto spesso questa figura occupa una percentuale non quantificabile del proprio tempo, e quindi del contratto, in attività di formazione di personale sanitario. Si è deciso di segnalare questa voce di spesa nella parte narrativa relativa a ciascun progetto.
2 - Nelle proposte di finanziamento dei PIR spesso le attività di formazione del personale sanitario locale non trovano riscontro nei piani finanziari. Tale formazione, spesso on the job, del personale sanitario presente nelle strutture in cui si opera viene svolta di volta in volta da personale espatriato in missione breve e/o dal capo-progetto.

PROGETTI DI INTERESSE REGIONALE - ANNO 2008

TABELLA 1

PAESE	ERITREA, ASMARA
SOSTEGNO ALLA SCUOLA DI SANITÀ PUBBLICA IN ERITREA	
Soggetto attuatore	Università degli Studi di Firenze - Facoltà di Medicina e Chirurgia
Totale allocato	218.382 €
Totale allocato dalla Regione Toscana	117.990 €
Anno di avvio del progetto	2008
Durata prevista	1 anno (vedi note nella parte narrativa)

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2008	2009	2010-2011
Formazione			
Pre-service			
Personale docente dell’Università Firenze e missioni di esperti/tecnici ect.	118.362		
Per diem per partecipazione seminari e conferenze	1.800		
Retention			
Sostegno al salario	4.800		
Altro			
Ricerca scientifica	15.000		
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	138.072 €		
Canali di finanziamento	Regione Toscana; Università di Firenze; Università di Asmara		

Il presente progetto rappresenta la continuazione del progetto di sostegno alla Scuola di Sanità Pubblica in Eritrea, finanziato dalla Regione Toscana nel 2006 e 2007. L’obiettivo è quello di contribuire alla creazione di una Scuola di Sanità Pubblica ad Asmara che possa anche sostenere le attività del Ministero della Sanità dello stato di Eritrea. Il curriculum formativo della Scuola è stato sviluppato attraverso una collaborazione tra il Ministero della Sanità dell’Eritrea e la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università di Firenze. Il titolo di studio conseguito attraverso questo percorso triennale è il Bachelor in Public Health; ad esso segue un corso semestrale per l’acquisizione dei crediti necessari per l’eventuale conseguimento di una Laurea in Tecniche della Prevenzione o in Assistenza Sanitaria. Il corso è anche propedeutico al conseguimento di un livello di formazione superiore equivalente alla formula 3+2 italiana o a laurea magistrale. Il progetto intende inoltre sostenere l’istituzione di corsi post-laurea in sanità pubblica, biologia molecolare, tecniche di laboratorio e anestesiology. Altre attività previste sono la formazione di

formatori, la preparazione del materiale didattico, l’organizzazione dei tirocini anche in zone periferiche con relativo coinvolgimento dei numerosi centri di salute e l’attività di ricerca. Al termine dei tre anni il progetto prevede la formazione di circa 40 diplomati in salute pubblica che poi decideranno se accedere al corso di laurea.

TABELLA 2

PAESE	KENIA, NAIROBI
NEEMA MAMY, DIRITTO ALLA SALUTE PER LE MAMME E I BAMBINI DELLE BARACCOPOLI	
Soggetto attuatore	Azienda Ospedaliera Universitaria Senese (AOUS)
Totale allocato	364.400 €
Totale allocato dalla Regione Toscana	93.800 €
Anno di avvio del progetto	2008
Durata prevista	3 anni

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2008	2009	2010-2011
Formazione			
In-service formatori italiani + viaggi	56.600		
Retention	-	-	
Altro	-	-	
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	56.600 €		
Canali di finanziamento	Regione Toscana; AOUS.		

L’iniziativa si avvale della collaborazione di altri partner quali l’organizzazione World Friends, l’Arcidiocesi di Nairobi e il Mbagathi Hospital. L’obiettivo è quello di migliorare la salute materno-infantile nelle baraccopoli a Nord-est di Nairobi. In particolare si intende formare personale specializzato dedicato ai servizi di salute materno-infantile ed ottimizzare i servizi del Neema Hospital. La formazione specialistica è realizzata da formatori provenienti dagli ospedali italiani dell’Area Vasta Sud Est: medici, infermieri, fisioterapisti italiani che formano i colleghi kenioti durante missioni periodiche. Il progetto si avvale anche del contributo di professionisti kenioti degli ospedali Neema e Mbaghat. Per il terzo anno è prevista la creazione di un Training Center per la formazione continua. Le metodologie per la formazione di personale sanitario prevedono: seminari; formazione on the job; aggiornamento on line; giochi di ruolo; approccio globale alla salute materno-infantile (cure perinatali, prevenzione ed emergenze); impiego di protocolli operativi e materiale didattico; coinvolgimento di operatori di comunità (peer education). E’ difficile poter comprendere dalla proposta di finanziamento la quantità di personale sanitario che verrà formato.

TABELLA 3

PAESE	REPUBBLICA DEMOCRATICA DEL CONGO, NORD KIVU
INIZIATIVA AREA VASTA NORD-OVEST: PROGETTO MUHANGA, SUPPORTO ALL’ASSISTENZA SANITARIA DI BASE NEL VILLAGGIO MUHANGA	
Soggetto attuatore	Azienda Sanitaria Locale n.1 di Massa Carrara
Totale allocato	26.600 €
Totale allocato dalla Regione Toscana	20.000 €
Anno di avvio del progetto	2006
Durata prevista	3 anni (l’ammontare totale del progetto si riferisce al terzo anno di svolgimento del programma 2008)

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2008	2009	2010-2011
Formazione	-	-	
Retention			
Sostegno al salario	7.200 ¹		
Altro	-	-	
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	7.200 €		
Canali di finanziamento	Regione Toscana.		

L’obiettivo del progetto è di contribuire alla riduzione dell’incidenza e morbosità delle patologie endemiche e dell’AIDS nell’area di Muhanga, attraverso il sostegno ai servizi sanitari di base e lo svolgimento di attività di medicina preventiva nel villaggio. Con questo finanziamento si intende coprire le spese per le attività relative al terzo anno. Nei due anni precedenti l’iniziativa ha formato 4 operatrici sanitarie per il dispensario del villaggio, 4 ostetriche tradizionali, un operatore di laboratorio e 30 animatori sanitari di villaggio. In questo ultimo anno l’obiettivo è di consolidare i risultati raggiunti attraverso l’aggiornamento del personale.

TABELLA 4

PAESE	UGANDA
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E DELL’ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI PER LA RIABILITAZIONE DEI DISABILI E PER IL TRATTAMENTO DI PAZIENTI AFFETTI DA EPILESSIA NELLA REGIONEDEL WEST NILE, NEI DISTRETTI DI ARUA, NEBBI E KOBOKO.	
Soggetto attuatore	Azienda Sanitaria Locale 7 di Siena, capofila delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere dell’Area Vasta Sud Est della Regione Toscana
Totale allocato	101.154 €
Totale allocato dalla Regione Toscana	75.984 €
Anno di avvio del progetto	2008
Durata prevista	3 anni (le informazioni qui riportate si riferiscono ai primi 12 mesi di attività del progetto)

1. Sostegno al salario per 2 operatrici sanitarie a tempo pieno a 100 Euro mensili e 8 operatrici a tempo parziale.

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2008	2009	2010-2011
Formazione			
In-service per diem per partecipanti a seminari/conferenze per attività di formazione e supervisione	14.000		
Retention			
Sostegno al salario 2 assistenti al progetto; 2 fisioterapisti e 1 tecnico ortopedico	13.920		
Altro	-	-	
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	27.920 €		
Canali di finanziamento	Regione Toscana; Azienda Sanitaria.		

L'obiettivo del progetto è il miglioramento della qualità e dell'accessibilità dei servizi comunitari per la riabilitazione dei disabili fisici nei distretti di Arua, Nebbi e Koboko e il sostegno all'integrazione dei disabili nella vita sociale e produttiva. L'iniziativa - che è stata avviata nel 2003 da Medici con l'Africa - CUAMM in partenariato con il governo ugandese e l'Ospedale Regionale di Arua, e successivamente con il coinvolgimento dell'Ospedale di Nebbi - è in linea con il piano sanitario nazionale 2006-2010, che enfatizza la necessità di potenziare i servizi riabilitativi di cui attualmente beneficia solo una minima parte della popolazione. L'iniziativa in questi anni ha previsto, oltre alla formazione, anche il pagamento di incentivi per i Community Health Workers e l'introduzione di Monthly Reporting Form per monitorare i servizi offerti alle persone con disabilità. Il finanziamento intende sostenere l'inserimento di personale adeguatamente formato all'interno dei servizi di fisioterapia delle unità sanitarie periferiche (10 addetti nei due distretti); le visite di supervisione degli operatori locali che assicurano il sostegno a 1200 persone con disabilità l'anno; l'attività di sensibilizzazione ad hoc per le comunità; la supervisione alle 24 cliniche per il trattamento di almeno 2500 persone l'anno per epilessia. Le attività di formazione e supervisione sono coordinate dal capo-progetto del CUAMM e sono sostenute da missioni ad hoc dei tecnici di riabilitazione dell'Azienda Ospedaliera Locale di Siena 7. Per quanto concerne lo stipendio del capo-progetto, il contributo di questa proposta di progetto è di 9.600 euro per 12 mesi, mentre per il personale dipendente della ASL 7 è di 11.250 euro.

PROGETTI DI INTERESSE REGIONALE - ANNO 2009

TABELLA 5

PAESE	KENYA
PROGETTO DI SOSTEGNO, COLLABORAZIONE CLINICA E FORMAZIONE PROFESSIONALE IN AMBITO SANITARIO TRA L'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE E IL NORTH KINANGOP CATHOLIC HOSPITAL (KENYA). PROGETTO TRIENNALE IN FASE DI CHIUSURA-CONSOLIDAMENTO.	
Soggetto attuatore	Azienda Ospedaliera Universitaria Senese
Totale allocato	47.250 €
Totale allocato dalla Regione Toscana	20.000 €
Anno di avvio del progetto	2005
Durata prevista	1 anno

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2008	2009	2010-2011
Formazione	-	-	
Retention			
Sostegno al salario (sei infermieri)	11.250		
Altro	-	-	
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	11.250 €		
Canali di finanziamento	Regione Toscana e soggetto attuatore.		

L'obiettivo del progetto è di contribuire al miglioramento della qualità dei servizi sanitari nei due distretti coinvolti e nelle zone del Kenya che fanno riferimento alla struttura in questione. In particolare si intende: i) rafforzare e consolidare la qualità diagnostica; ii) elaborare protocolli di lavoro che permettano l'ottimizzazione delle risorse umane, strumentali e finanziarie; iii) contribuire alle spese di riorganizzazione del settore informatico dell'Ospedale; iv) missioni di formazione specialistica in Italia per il medico responsabile del reparto di medicina dell'ospedale di riferimento, a spese del nosocomio del Kenya. La collaborazione tra le due strutture ha portato un forte miglioramento delle attività di formazione, al punto che l'Ospedale è stato riconosciuto dal Ministero della Sanità del Kenya come struttura di formazione continua. Per consolidare la collaborazione si prevede lo svolgimento di 9 missioni durante l'anno 2010. La Regione Toscana non finanzia la componente relativa al personale sanitario, ma sostiene le spese per le apparecchiature e per i viaggi di personale italiano che si recherà in Kenya per la formazione.

TABELLA 6

PAESE	SENEGAL
LOTTA ALLA MORTALITÀ MATERNO-INFANTILE IN SENEGAL: ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CURA NELLE STRUTTURE TERRITORIALI E SANITARIE, REGIONI DI DAKAR E THIES	
Soggetto attuatore	Provincia di Firenze in paternariato con Area Vasta Centro (ASL 10 Firenze; Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi; Ospedale Meyer; ASL Pistoia, ASL 4 Prato; ASL 11 Empoli) e l'Associazione regionale dei senegalesi
Totale allocato	225.550 €
Totale allocato dalla Regione Toscana	90.000 €
Anno di avvio del progetto	2009
Durata prevista	terzo anno del PIR 2007-2009

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2008	2009	2010-2011
Formazione	-	-	
Retention			
Sostegno al salario stipendi personale locale personale locale assegnato al progetto	6.750 1.000		
Altro			
Quota per partecipanti a seminari e conferenze Costi di valutazione: seminario finale	1.000 8.000		
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	16.750 €		
Canali di finanziamento	Regione Toscana; Provincia di Firenze.		

L'obiettivo del progetto è di contribuire alla diminuzione della mortalità materna e infantile e di confrontare i diversi modelli di organizzazione sanitaria. Nello specifico, il progetto si pone l'obiettivo di rafforzare e qualificare la capacità tecnica e professionale dell'area materno-infantile dell'Ospedale di Thies e di diffondere la cultura della prevenzione. Gran parte delle risorse finanziarie sono destinate alle infrastrutture (lavori di ristrutturazione del reparto maternità), agli arredi e alla strumentazione.

Per quanto concerne la formazione, le attività si concentrano sulla formazione on the job dei reparti di pediatria dell’Ospedale di Thies: essa vede impegnati quattro tecnici toscani (un’infermiera professionale esperta in gestione; un’ostetrica; una ginecologa e una pediatra o infermiera pediatrica) e il personale dell’Ospedale di Thies, sul quale però non vengono riportati dettagli. Per quanto concerne i finanziamenti per il personale italiano, è previsto un costo totale di 43.500 Euro. Il progetto è stato elaborato a stretto contatto con le autorità locali (consiglio regionale, direzione ospedaliera, personale sanitario del reparto maternità). È prevista una valutazione conclusiva delle attività svolte nei tre anni per mettere in evidenza le “buone pratiche” e identificare eventuali follow up. È previsto infine un seminario per un confronto tra le politiche sanitarie del sistema della Regione Toscana e quello senegalese.

TABELLA 7

PAESE	RUANDA
RUANDA, I FIGLI DEL VILLAGGIO- STORIE DI ADOLESCENTI E MINORI NELLA LOTTA ALL’AIDS, LOCALITÀ CYZA DISTRETTO DI MUHANGA E LOCALITÀ NYARUREMA DISTRETTO DI NYAGATARE	
Soggetto attuatore	Azienda USL 12 di Lucca e altri partner: Arcidiocesi di Lucca, CEIS (gruppo giovani Lucca), Associazione Amani Nyayo ONLUS
Totale allocato	53.800 €
Totale allocato dalla Regione Toscana	23.500 €
Anno di avvio del progetto	Continuazione del progetto Crescere la speranza - lotta contro la malnutrizione infantile e l’AIDS attivo nel paese dal 2005. Il presente finanziamento si riferisce all’anno 2009
Durata prevista	1 anno

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2008	2009	2010-2011
Formazione			
In-service personale sanitario personale socio-assistenziale	2.000 4.000		
Retention	-	-	
Altro	-	-	
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	6.000 €		
Canali di finanziamento	Regione Toscana, Azienda USL 12 di Lucca, Arcidiocesi di Lucca, CEIS, Associazione Amani Nyayo ONLUS		

Il soggetto esecutore del progetto è l’Arcidiocesi di Lucca. Tra i partner locali figurano le parrocchie di Nyarurema e Cyeza, il centro sanitario di Nyarurema e la casa di accoglienza per malati di AIDS e scuola secondaria di Cyeza. L’intervento si basa su un meccanismo di paternariato già sperimentato all’interno del Tavolo di Coordinamento Provinciale Lucchese sul Ruanda, che coinvolge sia soggetti istituzionali che realtà territoriali ed enti religiosi. Gli obiettivi del progetto sono la lotta all’HIV e alla malnutrizione attraverso attività di educazione alla salute, potenziamento della capacità di accoglienza per i minori, formazione del personale socio-sanitario nell’assistenza, accompagnamento e recupero psicologico dei minori. Gli interventi in ambito formativo si suddividono in: i) interventi specialistici in ambito sanitario rivolti a 10 operatori sanitari locali che saranno coordinati e svolti dal personale sanitario dell’ASL 2 di Lucca attraverso scambi formativi in loco e ii) attività di formazione psicologica per 15 assistenti sociali, al fine di garantire il recupero psicologico dei minori e il reinserimento nella comunità. Questa attività viene svolta attraverso il CEIS. Il totale previsto per le risorse umane che si occupano di formazione dall’Italia è di circa 16.200 euro (escludendo personale amministrativo e di supporto e i viaggi, che non sono inclusi). La Regione Toscana partecipa ai costi per il personale inviato dall’Italia ma non ai costi per il personale locale. Anche in questo caso parte dell’impegno finanziario è destinato alla fornitura di apparecchiature e a costi operativi.

TABELLA 8

PAESE	SWAZILAND
SUPPORTO AI SERVIZI DI TERAPIA ANTIRETROVIRALE PEDIATRICA ED ALLA PREVENZIONE MATERNO-INFANTILE DELL’HIV/AIDS IN AREE RURALI, REGIONE DI LUBOMBO	
Soggetto attuatore	Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer di Firenze con i partner: Cooperazione allo sviluppo con i paesi emergenti, COSPE e il Good Shepherd Hospital, Siteki.
Totale allocato	72.719 €
Totale allocato dalla Regione Toscana	50.019 €
Anno di avvio del progetto	2009
Durata prevista	1 anno

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2008	2009	2010-2011
Formazione			
In-service Personale cliniche, mentoring personale cliniche, formazione rete comunitaria e treatment supporters. Visita medico in Italia.	19.620 1.200		
Retention			
Sostegno al salario Coordinatore locale; counselors; expert client.	17.100		
Altro	-	-	
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	37.920 €		
Canali di finanziamento	Regione Toscana, COSPE, Ospedale Good Shepherd		

L’obiettivo del progetto è di contribuire all’accesso universale ai servizi di cura, prevenzione e sostegno contro l’HIV/AIDS per le fasce sociali vulnerabili attraverso un miglioramento dell’accesso ai servizi di terapia anti-retrovirale (ART) pediatrica e prevenzione della trasmissione materno-infantile del virus HIV (PMTCT) nelle comunità rurali della regione di Lubombo. Il target sono circa 23.000 persone. L’approccio è da un lato quello del sostegno al processo di decentramento dei servizi ART pediatrico e PMTCT dall’Ospedale di Good Shepherd di Siteki a due cliniche rurali della regione; dall’altro un sostegno alle reti comunitarie in quattro comunità rurali. Il progetto è in linea con gli obiettivi fissati nel National Multi-sectoral Strategic Framework 2009-14 ed è realizzato sotto il co-cordinamento del National Emergency Response Council on HIV/AIDS (NERCHA) e il Regional Multisectoral HIV/AIDS Coordinating Committee. Al progetto partecipa, inoltre, lo Swaziland Network of people living with HIV/AIDS (SWANEPHA). Le attività includono la formazione del personale sanitario su ART pediatrico e PMTCT in due cliniche rurali; la formazione di agenti sanitari di base, membri di gruppi di sostegno, leaders comunitari in quattro comunità del bacino di utenza delle cliniche rurali, e sensibilizzazione rurale. Le figure destinatarie della formazione sono le seguenti: i) 2 counsellors, responsabili del servizio di Testing e Counselling; ii) expert client, figura professionale pilota che deve essere sieropositiva e vivere in una delle comunità di riferimento del progetto, fornendo assistenza psicologica ai pazienti secondo le linee guida del Ministero della Salute e sensibilizzando le comunità; iii) 7 infermieri delle due cliniche rurali; iv) 3 infermieri del Good Shepherd Hospital. La formazione viene condotta dall’Ospedale Meyer di Firenze e dal Good Shepherd Hospital. A queste attività di formazione si aggiungono due momenti formativi distinti in ognuna delle comunità coinvolte, dedicati alla formazione degli expert clients, dei Rural Health motivators, dei membri di sostegno delle persone HIV positive e dei leaders di comunità, per una media di 30-35 persone coinvolte a comunità. È previsto inoltre un seminario destinato ai familiari dei bambini HIV positivi in terapia effettuato dal personale delle cliniche. Per il personale espatriato sono previsti 13.000 euro esclusi i viaggi. È prevista anche una voce di spesa per una valutazione del progetto.

TABELLA 1

PAESE	KENYA
DIPLOMA IN “SALUTE DI COMUNITÀ”	
Anno di approvazione del progetto	AMREF Italia ente finanziatore dal 2003/2004
Totale allocato	41.656 € (ottobre 2008 - dicembre 2009)
Durata prevista	Sostegno rinnovato su base annuale

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2008/2009	2009/2010	2010-2011
Formazione			
In-service	21.027	20.628 comprende residuo anno precedente e anticipo 2010	- inviato anticipo im- pegno 2010 dicembre 2009
Retention	-	-	-
Altro	-	-	-
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	41.656 €		
Canali di finanziamento	Fondazioni di origine bancaria, donatori privati, attraverso AMREF Italia (viene considerato solo il budget proveniente da AMREF Italia).		
Strumenti di finanziamento	A dono.		

Il corso, tenuto dal personale africano di AMREF, è della durata di 11 mesi e si rivolge agli operatori sanitari e di sviluppo di li-
vello intermedio che lavorano presso i governi, le ONG e le organizzazioni private. Il corso intende sviluppare negli studenti una
conoscenza approfondita, abilità pratiche e competenze utili affinché le comunità siano facilitate nella pianificazione e gestione
del proprio sviluppo e della propria salute. Sia nel 2008 che nel 2009 AMREF Italia ha sostenuto 2 studenti. Le classi si compongo-
no di 25 studenti a tempo pieno originari di numerosi stati dell’Africa orientale.

TABELLA 2

PAESE	KENYA
CORSO DI AGGIORNAMENTO PER TECNICI DI LABORATORIO IN SERVIZI ESSENZIALI DI LABORATORIO	
Anno di approvazione del progetto	AMREF Italia ente finanziatore dal 2005
Totale allocato	7.016 € (ottobre 2008 - dicembre 2009)
Durata prevista	Sostegno rinnovato su base annuale

Dati sulla componente relativa al personale sanitario

	2008/2009	2009/2010	2010-2011
Formazione			
In-service	7.016 include anti- cipo 2010	-	-
Retention	-	-	-
Altro	-	-	-
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	7.016 €		
Canali di finanziamento	Fondazioni di origine bancaria e donatori privati, attraverso AMREF Italia (viene considerato solo il budget proveniente da AMREF Italia).		
Strumenti di finanziamento	A dono.		
Percentuale del totale allocato per personale sanitario di comunità	0%		
Percentuale del totale allocato per personale sanitario con competen- ze specifiche nell’area materno-infantile	Non disponibile.		

L’obiettivo del corso è quello di aggiornare il personale di laboratorio su procedure essenziali di natura tecnica e gestionale per
permettere loro di migliorare la qualità dei servizi offerti, in particolar modo nelle aree rurali dell’Africa orientale. Il corso del
2009 ha accolto 13 studenti; il numero dei partecipanti è stato limitato dal numero di borse di studio disponibili. I partecipanti sono
stati complessivamente sostenuti da AMREF Italia (3 studenti), AMREF Canada e AMREF Austria. Dal 1998 hanno frequentato il corso
168 studenti provenienti da diversi paesi africani.

TABELLA 3

PAESE	KENYA
RAFFORZAMENTO DELLA CAPACITÀ DELLE COMUNITÀ DI MIGLIORARE LA SALUTE MATERNA, NEONATALE E INFANTILE NELLE AREE DI DIFFICILE ACCESSO DEL KENYA	
Anno di approvazione del progetto	2010
Totale allocato	777.839 €
Durata prevista	3 anni

Dati sulla componente relativa al personale sanitario		
	2008/2009	2010
Formazione		
In-service	-	55.018 (per il progetto nel trien- nio: 134.718)
Retention	-	- (per il progetto nel trien- nio: 9.927)
Ricerca	-	-
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	55.018 €	
Canali di finanziamento	Unione Europea + Co-finanziamento dal settore pri- vato.	
Strumenti di finanziamento	A dono.	
Percentuale del totale allocato per personale sanitario di comunità	25.820 € pari al 47% del totale allocato per la forma- zione al primo anno.	
Percentuale del totale allocato per personale sanitario con competen- ze specifiche nell’area materno-infantile	35.202 € pari al 64% del totale allocato per la forma- zione - comunitaria e non - al primo anno.	

Gli obiettivi di quest’azione si rivolgono alle comunità rurali ed emarginate nel Nord Kitui e nel Distretto di Makindu; essi comprendono l’aumento dell’accesso ai servizi per la salute materno-infantile, attraverso il rafforzamento delle organizzazioni presenti nelle comunità e dei sistemi sanitari formali; l’utilizzo dei servizi prenatali e dei servizi di pianificazione familiare; l’aumento della copertura vaccinale per i bambini al di sotto di un anno. I beneficiari sono: 20.730 bambini al di sotto dei 5 anni, 4,607 bambini con meno di un anno, 27,640 donne in età riproduttiva, 20 operatori sanitari, 100 operatori sanitari di comunità, 44 levatrici tradizionali, 299 comitati di gestione dell’acqua e dei servizi igienici e organizzazioni attive a livello comunitario, 56 insegnanti, 28 Club della salute, 10 comitati di gestione delle strutture sanitarie e 2 team di gestione sanitaria a livello distrettuale. Dall’implementazione dell’intervento è atteso un miglioramento - per 20 fornitori di servizi di 10 strutture sanitarie, nell’arco di tre anni - della capacità di pianificazione, esecuzione, gestione e valutazione degli interventi e dei servizi per la salute materno-infantile. Al termine dei tre anni è previsto un aumento dell’accesso ai servizi di salute riproduttiva per il 24% della popolazione complessiva. Vengono utilizzati approcci innovativi per la fornitura di servizi di salute riproduttiva che utilizzano i comitati di gestione dell’acqua pre-esistenti a livello comunitario.

TABELLA 4

PAESE	AFRICA ORIENTALE
FLYING DOCTORS	
Anno di approvazione del progetto	2008 (AMREF Italia ente finanziatore dal 1995)
Totale allocato	764.785 € (ottobre 2008 - dicembre 2010)
Durata prevista	Sostegno rinnovato su base annuale

Dati sulla componente relativa al personale sanitario		
	2008/2009	2010
Formazione		
In-service	191.274	89.764
Retention	-	-
Altro	-	-
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	281.038 € (ott 2008 - dic 2010)	
Canali di finanziamento	Fondazioni di origine bancaria e donatori privati (viene considerato solo il budget (speso e impegnato) proveniente da AMREF Italia).	
Strumenti di finanziamento	A dono.	

Il “Programma di Servizi Clinici per le Aree Remote” dei Flying Doctors di AMREF consiste in visite regolari e programmate di personale medico nelle strutture sanitarie delle aree remote per attività clinica e di formazione. Ha come obiettivo il miglioramento della qualità della vita delle persone svantaggiate dell’Africa Orientale attraverso il potenziamento delle capacità dei sistemi sanitari distrettuali e la fornitura di assistenza medica e cure alle comunità. Da ottobre 2008 a dicembre 2009 sono stati formati: 1.903 medici, 6.015 infermieri o assistenti medici, 342 operatori di laboratorio, 2.163 personale di supporto negli ospedali rurali. La formazione per interventi chirurgici, visite specialistiche, etc. avviene on the job. Le ore di training formale effettuate negli ospedali inseriti nei circuiti dei Flying Doctors sono state 1.954, mentre quelle per la formazione on the job sono circa 11.550. Tali attività hanno aumentato le competenze e l’empowerment degli operatori degli ospedali rurali coinvolti.

TABELLA 5

PAESE	UGANDA - REGIONE ACHOLI SUB REGION
FONDAZIONI 4 AFRICA - CONTRIBUIRE AL LA RICOSTRUZIONE, RIABILITAZIONE E RAFFORZAMENTO DEL SISTEMA E DEI SERVIZI SANITARI CENTRALI E PERIFERICI NEI DISTRETTI DI GULU, AMURU, PADER E KITGUM	
Anno di approvazione del progetto	Settembre 2008
Totale allocato	906.891 € (ottobre 2008 - dicembre 2010)
Durata prevista	3 anni

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2008/2009	2009/2010	2010-2011
Formazione	168.687	171.467	187.518
Coordinamento	44.400	44.400	44.400
Formazione di cui:	124.087	127.067	143.118
Pre-service	64.449	64.929	67.329
In-service	59.638	32.138	62.138
Retention	-	-	-
Ricerca	-	-	-
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	394.472 € (totale formazione meno costo di coordinamento)		
Canali di finanziamento	Consorzio di 4 Fondazioni di origine bancaria, attraverso AMREF Italia e altri soggetti.		
Strumenti di finanziamento	A dono.		
Percentuale del totale allocato per personale sanitario di comunità	198.065 € (su tre anni di progetto) pari al 50,21% del totale allocato per la formazione.		
Percentuale del totale allocato per personale sanitario con competenze specifiche nell’area materno-infantile	238.190 € (programma di vaccinazione - esclusi i salari) pari a 26%.		

Obiettivo dell’intervento è di contribuire alla ricostruzione, riabilitazione e rafforzamento del sistema e dei servizi sanitari centrali e periferici nelle aree di ritorno del Nord Uganda attraverso un investimento sul capitale umano (attività di formazione e capacity building) nel campo socio-sanitario. I sistemi sanitari e le risorse umane sono gli elementi chiave nella tutela della salute: l’azione mira al loro rafforzamento e sviluppo, riconoscendo priorità alle strategie per il raggiungimento degli obiettivi di salute infantile. Per favorire l’accesso ai servizi di sanità di base da parte delle popolazioni che rientrano nei villaggi d’origine e per sostenere l’attuazione del National Peace, Recovery and Development Plan for Northern Uganda si intende: rafforzare ed estendere la formazione di vari livelli di personale sanitario di comunità, in modo da garantire la presenza di operatori qualificati all’interno delle comunità stesse (213 tra Community Health Workers e Community Vaccinators, 1234 CORPs, 551 Village Health Teams, Community Malaria Drug Distributors); sostenere l’estensione del Programma Nazionale di Vaccinazione dai campi protetti alle comunità che rientrano nelle zone d’origine, al fine di migliorare lo stato di salute dei bambini (Programma di Vaccinazione); sostenere il sistema sanitario a livello di distretto rinforzando, in termini di risorse umane, la rete dei centri sanitari affinché possano svolgere le necessarie funzioni preventive, diagnostiche e curative, con particolare focus sulla malaria (Programma Capacity Building a livello distrettuale); ridurre la resistenza delle comunità locali alle cure mediche non tradizionali (Programma di Educazione alla Salute eseguito da AMREF).

TABELLA 6

PAESE	SUD-SUDAN
SOSTEGNO ALLA RICOSTRUZIONE DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE DEL SUD SUDAN ATTRAVERSO SVILUPPO E FORMAZIONE DELLE RISORSE UMANE LOCALI.	
Anno di approvazione del progetto	AMREF Italia ente finanziatore dal 2000
Totale allocato	1.014.749 € (ottobre 2008 - dicembre 2010)
Durata prevista	Sostegno di lungo termine, rinnovato su base annuale

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2008/2009	2009	2010
Formazione			
Pre-service	305.620	173.413	535.714
Retention	-	-	-
Altro	-	-	-
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	1.014.749 €		
Canali di finanziamento	Fondazioni di origine bancaria e donatori privati (viene considerato solo il budget proveniente da AMREF Italia. A copertura dell'intero intervento partecipano anche AMREF Germania e AMREF Olanda).		
Strumenti di finanziamento	A dono.		
Percentuale del totale allocato per personale sanitario di comunità	0%		
Percentuale del totale allocato per personale sanitario con competenze specifiche nell'area materno-infantile	100%		

L'area di intervento è il Sud Sudan, paese caratterizzato da indici socio-economici di elevato sottosviluppo e da una bassissima copertura dei servizi sanitari, anche a causa degli oltre due decenni di guerra civile. L'obiettivo è contribuire alla ricostruzione e riabilitazione del sistema sanitario del Sud Sudan, al fine di promuovere un miglioramento permanente della salute della popolazione. Ciò sarà raggiunto attraverso il sostegno al Ministero della Sanità del Governo Sud Sudanese e all'Istituto Nazionale di Formazione Sanitaria di Maridi - Scuola per assistenti medici (Clinical Officers) e per ostetriche di comunità, gestita da AMREF - nell'erogazione di educazione sanitaria professionale, sviluppando le competenze e capacità del personale sanitario Sud Sudanese. Il progetto prevede interventi di formazione con effetti di medio-lungo periodo e promuove la formazione e l'aggiornamento professionale del personale sanitario locale. I beneficiari diretti in loco sono uomini e donne dal Sud Sudan che si formeranno in qualità di assistenti medici (corso triennale). Beneficiaria indiretta sarà la popolazione di circa 8 milioni di persone del Sud Sudan. Assistenti medici diplomati a giugno 2009: 213. Il numero di diplomati è in crescita, arrivando a 96 assistenti medici e a 34 ostetriche comunitarie all'anno a partire dal 2009. AMREF Italia contribuisce a finanziare la formazione degli assistenti medici; a copertura dell'intero intervento partecipano anche AMREF Germania e AMREF Olanda.

TABELLA 1

PAESE	MALAWI
PROJECT MALAWI DREAM	
Anno di approvazione del progetto	2009
Totale allocato	6.000.000 €
Durata prevista	3 anni

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2008	2009	2010-2011
Formazione			
Pre-service	50.000	50.000	50.000
In-service	400.000	400.000	400.000
Retention	-	-	-
Ricerca	10.000	10.000	10.000
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	1.380.000 €		
Canali di finanziamento	Sostegno privato proveniente dall'Italia, inclusa la Fondazione Cariplo.		
Strumenti di finanziamento	Sostegno sia a dono che "in natura" per quanto riguarda il supporto di personale sanitario specializzato impiegato nella formazione a titolo gratuito.		
Percentuale del totale allocato per personale sanitario di comunità	9%		
Percentuale del totale allocato per personale sanitario con competenze specifiche nell'area materno-infantile	70%		

TABELLA 1

PAESE	SUD SUDAN
POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE E DELLA FORMAZIONE SOCIO-SANITARIA NEI CENTRI DI MAPOURDIT, YIROL E TONJ (SUD SUDAN)	
Anno di approvazione del progetto	2007
Totale allocato	195.000 €
Durata prevista	2 anni

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2008	2009	2010-2011
Formazione			
Pre-service	16.000	16.000	-
Retention			
Escluso il sostegno al salario	10.000	10.000	-
Ricerca	-	-	-
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	52.000 €		
Canali di finanziamento	Conferenza Episcopale Italiana - CEI		
Strumenti di finanziamento	Ass. tecnica in loco: 7.500 €		
Percentuale del totale allocato per personale sanitario di comunità	39%		
Percentuale del totale allocato per personale sanitario con competenze specifiche nell'area materno-infantile	10%		

Obiettivo del progetto è stato quello di sostenere lo sviluppo di attività sanitarie di base e la formazione socio-sanitaria in alcuni distretti del Warrap State (Sud Sudan). E' stata rivolta particolare attenzione alla formazione di personale sanitario di comunità, i cosiddetti “Village Volunteers,” a cui è stata data una formazione specifica sulla diagnosi ed il trattamento delle più comuni malattie infantili e sulle norme igieniche da osservare nell’approccio ai malati (pulizia ambientale, sterilizzazione delle siringhe, ecc.). Si sono inoltre tenuti corsi di formazione per levatrici tradizionali al fine di migliorare l’assistenza al parto nei villaggi con frequenti visite pre-natali e post-natali, allo scopo di assistere le madri e dare consigli sullo svezzamento. Accanto a queste attività si è proceduto a sostenere il programma di vaccinazione “Extended Program on Immunization” nei villaggi più remoti. Il coordinamento, la supervisione sanitaria e l’assistenza tecnica sono state assicurate dal partner locale AAA “Arcangelo Ali Association” di Nairobi, che collabora da anni con ONG e agenzie ONU. Altre attività hanno riguardato l’acquisto di attrezzature sanitarie e la fornitura di farmaci e materiali di consumo vari. Beneficiari dell’intervento sono stati circa 1.000 bambini dei 3 distretti sanitari, 20 volontari di villaggio e 15 ostetriche tradizionali che hanno beneficiato di un adeguata preparazione, formazione e aggiornamento.

TABELLA 2

PAESE	MOZAMBICO
MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA NEL DISTRETTO DI MORRUMBENE MEDIANTE IL SOSTEGNO AL PROGRAMMA DI SALUTE MATERNO INFANTILE E ALLA PREVENZIONE DELLA TRASMISSIONE VERTICALE DELL'HIV	
Anno di approvazione del progetto	2008
Totale allocato	61.000 €
Durata prevista	18 mesi

Dati sulla componente relativa al personale sanitario

	2008	2009	2010-2011
Formazione			
In-service	3.750	3.750	-
Retention			
Sostegno al salario	8.450	8.450	-
Ricerca	-	-	-
Altro	-	-	-
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	24.400 €		
Canali di finanziamento	Comune di Brescia.		
Strumenti di finanziamento	Ass. tecnica in loco: 10.000 €		
Percentuale del totale allocato per personale sanitario di comunità	27%		
Percentuale del totale allocato per personale sanitario con competenze specifiche nell'area materno-infantile	100%		

Obiettivo specifico del progetto è stato quello di rafforzare l’assistenza sanitaria del distretto con particolare riferimento alla salute materno-infantile. L’assistenza tecnica in loco è stata fornita da un medico infettivologo degli Spedali Civili di Brescia nel corso di due missioni di 15 giorni ciascuna, ed ha riguardato la formazione nel campo della prevenzione delle principali malattie infettive endemiche (AIDS, malaria, tubercolosi). Le altre attività hanno riguardato il sostegno finanziario alle attività dei centri di salute locali e delle “brigade mobili” di villaggio nel rafforzamento del programma di prevenzione della trasmissione verticale madre-figlio dell’HIV (visite pre-natali, assistenza al parto, visite post-parto, supporto nutrizionale). Beneficiari del progetto sono state circa 6.000 mamme e gestanti raggiunte dalle equipe di tecnici-infermieri delle “brigade mobili” per le attività di assistenza previste dal programma di salute materno-infantile; 1.200 gestanti alle quali è stato offerto un servizio di counselling per il test dell’HIV, visita pre-natale, assistenza al parto e visita post-parto; circa 150 mamme diagnosticate HIV+, alle quali è stata offerta la possibilità di sottoporsi a terapia antiretrovirale; circa 175 bambini orfani nati da madri sieropositive, ai quali è stato fornito un supporto nutrizionale.

TABELLA 3

PAESE	SUD SUDAN
SOSTEGNO AL PROGRAMMA DI ASSISTENZA PEDIATRICA DELL'OSPEDALE DI MARIAL LOU (TONJ COUNTY)	
Anno di approvazione del progetto	2009
Totale allocato	60.100 €
Durata prevista	1 anno

Dati sulla componente relativa al personale sanitario			
	2008	2009	2010-2011
Formazione			
In-service	-	3.900	-
Retention			
Sostegno al salario	-	1.200	-
Altro	-	-	-
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	5.100 €		
Canali di finanziamento	Fondazione della Comunità Bresciana.		
Strumenti di finanziamento	Ass. tecnica in loco: 3.900 €		
Percentuale del totale allocato per personale sanitario con competenze specifiche nell'area materno-infantile	8%		

Obiettivo del progetto è stato quello di migliorare l’assistenza pediatrica, di nursing e nutrizionale per bambini tra gli zero e i cinque anni. Un’infermiera espatriata si è recata per un anno nell’ospedale di Marial Lou ed ha tenuto corsi di formazione per il personale sanitario locale per rafforzare le competenze di nursing di base e in campo nutrizionale, oltre che per assistere nella cura ed il trattamento delle più importanti malattie pediatriche. Una parte consistente del budget di progetto è stata utilizzata per la fornitura di farmaci pediatrici e per il supporto nutrizionale ai bambini in condizione di malnutrizione. Beneficiari del progetto sono stati circa 1.200 bambini da 0 a 5 anni residenti nell’area territoriale afferente all’ospedale e i 10 operatori sanitari dell’ospedale del distretto sanitario di Marial Lou.

TABELLA 4

PAESE	BURKINA FASO
LOTTA ALL'AIDS NEL DISTRETTO DEL SETTORE 30 DI OUAGADOUGOU E NEL DISTRETTO RURALE DI NANORO	
Anno di approvazione del progetto	2007
Totale allocato	1.781.000 €
Durata prevista	3 anni

Dati sulla componente relativa al personale sanitario

	2008	2009	2010-2011
Formazione			
In-service	24.000	24.500	13.000
Retention			
Escluso il sostegno al salario	15.000	30.000	25.000
Altro	-	-	-
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	140.000 € (sui tre anni)		
Canali di finanziamento	Ministero degli Affari Esteri - MAE.		
Strumenti di finanziamento	Ass. tecnica 200.000 €; in-kind 30.000 € (sui tre anni)		

Obiettivo del progetto è quello di sviluppare le prestazioni quantitativo-qualitative offerte ai pazienti affetti da HIV/AIDS presso le 3 strutture sanitarie della Delegazione Camilliana a Ouagadougou e nell’ospedale rurale di Nanoro. Le attività riguardano il counselling e lo screening volontario dell’HIV/AIDS in gravidanza, l’applicazione dei protocolli di prevenzione delle infezioni da HIV/AIDS, il supporto all’allattamento artificiale ed allo svezzamento precoce dei nati da madre sieropositiva, la presa in carico dei pazienti affetti da HIV/AIDS, l’assistenza tecnica nel campo dell’applicazione della triterapia antiretrovirale, la formazione e supervisione del personale sanitario degli ospedali. Altre attività hanno riguardato il miglioramento delle prestazioni ambulatoriali rese dagli ospedali, la fornitura di farmaci antiretrovirali, l’acquisto di attrezzature sanitarie, e la realizzazione della farmacia presso l’ospedale di Nanoro.

TABELLA 1

PAESE	BENIN
AN KA HERE SSO	
Anno di approvazione del progetto	2007
Totale allocato	2.200.000 €
Durata prevista	3 anni

Dati sulla componente relativa al personale sanitario

	2008	2009	2010-2011
Formazione			
In-service	279.000	227.000	168.000
Retention			
Escluso il sostegno al salario	30.000	58.000	-
Altro	-	-	-
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	762.000 €		
Canali di finanziamento	Fondazione		
Percentuale del totale allocato per personale sanitario di comunità	12%		

TABELLA 2

PAESE	BURKINA FASO
AN KA HERE SSO	
Anno di approvazione del progetto	2007
Totale allocato	1.950.000 €
Durata prevista	3 anni

Dati sulla componente relativa al personale sanitario

	2008	2009	2010-2011
Formazione			
Pre-service	78.000	58.000	43.000
In-service	95.000	95.000	75.000
Retention			
Escluso il sostegno al salario	24.000	24.000	16.000
Altro	-	-	-
Ricerca	5.000	5.000	5.000
Totale previsto per la componente sul personale sanitario	523.000 €		
Canali di finanziamento	Fondazione		
Percentuale del totale allocato per personale sanitario di comunità	44%		

MATRICE PER LA RACCOLTA DEI DATI QUANTITATIVI SUL RAFFORZAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO

PAESE	
Titolo del progetto	
Anno di approvazione del progetto	
Totale allocato (euro)	
Durata prevista	

Dati sulla componente relativa al personale sanitario

ANNO DI RIFERIMENTO	2008	2009	2010-2011 ¹
Formazione			
Pre-service			
In-service			
Retention			
Sostegno al salario			
Escluso il sostegno al salario			
Altro			
Ricerca			
Totale previsto per la componente sul personale sanitario			
Canali di finanziamento			
Strumenti di finanziamento			
Percentuale del totale allocato per personale sanitario di comunità			
Percentuale del totale allocato per personale sanitario con competenze specifiche nell'area materno-infantile			

1. Impegnato 2010-2011.

QUESTIONARIO PER LA RACCOLTA DEI DATI QUALITATIVI SUL RAFFORZAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO

L'obiettivo del questionario è di mappare, ove possibile, le principali *policies* per il rafforzamento del personale sanitario nei Paesi in Via di Sviluppo (PVS) messe in atto da soggetti italiani che operano nel contesto della cooperazione sanitaria internazionale, con riferimento alla Dichiarazione di Kampala e l'Agenda di Azione Globale del 2008.

Il questionario si suddivide in due parti: la prima parte è composta di alcune domande di carattere generale sul tema del rafforzamento del personale sanitario, mentre la seconda parte fa riferimento più specifico alla Dichiarazione di Kampala.

PRIMA PARTE

1. Considerate il rafforzamento del personale sanitario come parte integrante della strategia di cooperazione internazionale e/o sanitaria del vostro Ente? Rappresenta uno degli obiettivi prioritari per i prossimi anni? Quale tipologia di approccio utilizzate? Un approccio mirato a singole attività e/o più di *mainstreaming*?

2. Nelle linee guida della Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo (DGCS) sulla Cooperazione Decentrata recentemente pubblicate viene citato il "sistema Italia". Ritenete che nei prossimi anni si realizzeranno un maggior coordinamento e sinergie tra le *policies* del MAE/DGCS e quelle di tutti gli attori coinvolti in attività di cooperazione internazionale?

3. Nella definizione delle vostre strategie d'intervento/attività che riguardano il rafforzamento del personale sanitario vi confrontate con altri attori italiani? (MAE/

DGCS; ONG/network; REL; Università ect). Vi confrontate anche con i principali attori nazionali dei paesi in cui implementate le attività di cooperazione internazionale?

4. Nel settore del rafforzamento del personale sanitario il vostro Ente segue specifiche *policies* internazionali o nazionali (ad esempio le strategie della Dichiarazione di Kampala e/o i principi guida della Cooperazione Italiana sulla salute globale del 2009)? Seguite le *policies* dei paesi? In sintesi: quale è il vostro riferimento di *policy* in quest'area?

5. Il vostro Ente è al corrente dell'esistenza della *Dichiarazione di Kampala* e dell'Agenda di Azione Globale del 2008, documento elaborato dalla comunità internazionale per far fronte al problema globale della mancanza di personale sanitario nei PVS?

SECONDA PARTE

La Dichiarazione di Kampala

Il documento della Dichiarazione di Kampala e Agenda di Azione Globale è costituito da sei strategie principali interconnesse. Ciascuna strategia è composta da raccomandazioni riguardanti attività prioritarie che ogni paese dovrebbe intraprendere per una risposta efficace nel rafforzamento del personale sanitario. La maggior parte delle attività prioritarie suggerite sono di competenza dei principali attori nazionali nei paesi partner (Ministeri, società civile, settore privato, mondo accademico ect), tuttavia alcune raccomandazioni coinvolgono la comunità internazionale. I punti che seguono riprendono le sei strategie principali e alcune raccomandazioni che riguardano la comunità internazionale, sulla base delle quali abbiamo formulato le seguenti domande:

1. Building coherent national and global leadership for health workforce solutions

Leaders of multilateral and international agencies, along with external funding and collaborating partners, will raise the visibility and urgency of the need to overcome constraints to health workers access. To this end, any partnership serving to strengthen health systems and the MDGs must support the evolution, implementation and evaluation of a national action plan for increasing and improving the health workforce.

Esiste a livello paese un coinvolgimento e/o intervento del vostro Ente, di carattere tecnico/finanziario/di promozione/di advocacy - anche attraverso partenariati - a sostegno dei piani sanitari nazionali che preveda l'aumento e il miglioramento delle competenze del personale sanitario locale?

1.5 All stakeholders will agree to create and cooperate in maintaining mechanisms to hold each other accountable for their actions. They will abide by human rights principles such as equity, mutual respect and participation, and uphold the vision of the health for all.

Nei paesi di intervento il vostro Ente è inserito in un meccanismo di accountability e/o verso quali soggetti è accountable? Il vostro Ente opera nel settore delle risorse umane attraverso un framework di tutela dei diritti umani o attraverso una prospettiva tecnica al problema?

2. Ensuring capacity for an informed response based on evidence and joint learning

2.1 Multilateral institutions, development partners, academia, private and public sector actors and civil society will scale up investment in capacity building on health workforce policy and management at country and regional level, and facilitate cooperation

between countries, especially South-South. They will also facilitate improved access to innovation and to global knowledge networks for researchers from these countries.

Il vostro Ente opera con interventi di capacity building nell’ambito di policy e management delle risorse umane in ambito sanitario anche facilitando la collaborazione Sud-Sud? Avete qualche esperienza nel settore specifico dell’innovazione o di reti globali di ricerca che coinvolgono i PVS?

2.3 Regional and international exchanges among academic institutions will be encouraged, including South-South and South-North collaboration.

Il vostro Ente è attivo nel sostegno finanziario e/o tecnico/collaborazioni/gemellaggi nell’area della raccolta di dati, analisi ed informazioni destinati ad aumentare le capacità locali nella definizione di strategie/indicatori/sistemi di monitoraggio e valutazione del personale sanitario? (si possono riportare anche esempi di ricerche in materia o di scambi professionali con l’Italia su questo tema specifico).

3. Scaling up health worker education and training

Nelle strategie di riferimento relative a questo punto, la Dichiarazione segnala l’importanza di investire soprattutto nella formazione di personale sanitario di livello intermedio e di comunità. Si aggiunge inoltre l’indicazione di investire prioritariamente nella formazione pre-service (anche se si segnala che la formazione in-service deve essere parte integrante di ogni piano di formazione). Sulla base di queste due importanti indicazioni (personale sanitario di livello intermedio e di comunità e formazione pre-service attraverso un compromesso appropriato con la formazione in-service) avete esempi o strategie messe in atto dal vostro Ente?

3.6 Multilateral and international agencies, global initiatives, development partners and the private sector will devote a significant and predictable part of their investment in health programmes to intensified health workforce education and training according to national priorities, including technical support, regional and South-South and North-South collaboration.

È parte della strategia/policy del vostro Ente partecipare alla formazione in-service e pre-service di personale sanitario? Anche in questo caso, come sopra, l’obiettivo è quello di comprendere la metodologia di assistenza tecnica utilizzata. Si potrebbe rispondere anche attraverso esempi specifici o “buone pratiche”. Per i dettagli finanziari si rimanda invece alla compilazione della matrice.

4. Retaining an effective, responsive and equitably distributed health workforce

4.4. Health professionals, supported by Government, civil society and the international community, will build strong national, regional and international institutions such as professional associations providing fellowship, peer oversight, promotion of professionalism and the facilitation of stable, participatory relations as the framework for negotiation and dialogue. Employers will ensure that staff performance management systems are implemented and regularly reviewed.

4.6 In their partnership with countries, international agencies and collaborating partners, private sector, academic institutions and civil society will be responsive to national policies related to health worker retention, including with predictable and long-term financial support and innovative ways to improve retention and distribution. They will ensure that their own recruitment policies are based on shared values and ethical codes, harmonize pay policies between governments and donor-funded service provision agencies and transparently share information about the way their programming and presence impact on the health workforce in the country.

Questi due paragrafi della Dichiarazione si concentrano sul problema del trattenimento in servizio o ”retention” del personale sanitario nei PVS, che è una responsabilità non solo dei singoli paesi ma anche della comunità internazionale. Brevemente descrivere, laddove presente, un’esperienza del vostro Ente di sostegno e/o partecipazione a strategie d’intervento in questo settore, incluse strategie innovative di sostegno ad incentivi finanziari e non (come segnalato nel punto 4.3.). Il vostro Ente utilizza specifiche “recruitment policies” in linea con quelle dei governi locali? Avete a disposizione informazioni sull’impatto che esse hanno nel paese in cui vengono implementate?

5. Managing the pressures of the international health workforce market and its impact on migration

5.2 The World Health Organization will accelerate negotiations for code of practice on the international recruitment of health workers.

Il vostro Ente è al corrente dell’elaborazione in corso di un Codice di condotta per il reclutamento internazionale del personale sanitario? La bozza del Codice dovrebbe essere presentata e discussa nell’Assemblea dell’OMS che si terrà a maggio 2010.

5.3 All countries will work collectively to address current and anticipated global health workforce shortages. Richer countries will give high priority and adequate funding to train and recruit sufficient health personnel from within their own country.

Il vostro Ente è stato testimone di esperienze di personale sanitario formato che poi è stato assorbito dal settore privato o è emigrato in altri paesi?

6. Securing additional and more productive investment in the health workforce.

Il vostro Ente si esprime pubblicamente su questi temi nel contesto italiano o internazionale ? Il tema del personale sanitario è al centro di attività di advocacy? Se sì, quali?

THE KAMPALA DECLARATION

We, the participants at the first Global Forum on Human Resources for Health in Kampala, 2-7 March 2008, and representing a diverse group of governments, multilateral, bilateral and academic institutions, civil society, the private sector, and health workers’ professional associations and unions;

Recognizing the devastating impact that HIV/AIDS has on health systems and the health workforce, which has compounded the effects of the already heavy global burden of communicable and non-communicable diseases, accidents and injuries and other health problems, and delayed progress in achieving the health-related Millennium Development Goals;

Recognizing that in addition to the effective health system, there are other determinants to health;

Acknowledging that the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental human rights;

Further recognizing the need for immediate action to resolve the accelerating crisis in the global health workforce, including the global shortage of over 4 million health workers needed to deliver essential health care;

Aware that we are building on existing commitments made by global and national leaders to address this crisis, and desirous and committed to see immediate and urgent actions taken;

Now call upon:

1. Government leaders to provide the stewardship to resolve the health worker crisis, involving all relevant stakeholders and providing political momentum to the process.
2. Leaders of bilateral and multilateral development partners to provide coordinated and coherent support to formulate and implement comprehensive country health workforce strategies and plans.
3. Governments to determine the appropriate health workforce skill mix and to institute coordinated policies, including through public private partnerships, for an immediate, massive scale-up of community and mid-level health workers, while also addressing the need for more highly trained and specialized staff.
4. Governments to devise rigorous accreditation systems for health worker education and training, complemented by stringent regulatory frameworks developed in close cooperation with health workers and their professional organizations.
5. Governments, civil society, private sector, and professional organizations to strengthen leadership and management capacity at all levels.
6. Governments to assure adequate incentives and an enabling and safe working environment for effective retention and equitable distribution of the health workforce.
7. While acknowledging that migration of health workers is a reality and has both positive and negative impact, countries to put appropriate mechanisms in place to shape the health workforce market in favour of retention. The World Health Organization will accelerate negotiations for a code of practice on the international recruitment of health personnel.
8. All countries will work collectively to address current and anticipated global health workforce shortages. Richer countries will give high priority and adequate funding to train and recruit sufficient health personnel from within their own country.
9. Governments to increase their own financing of the health workforce, with international institutions relaxing the macro-economic constraints on their doing so.
10. Multilateral and bilateral development partners to provide dependable, sustained and adequate financial support and immediately to fulfill existing pledges concerning health and development.
11. Countries to create health workforce information systems, to improve research and to develop capacity for data management in order to institutionalize evidence- based decision-making and enhance shared learning.
12. The Global Health Workforce Alliance to monitor the implementation of this Kampala Declaration and Agenda for Global Action and to re-convene this Forum in two years’ time to report and evaluate progress.

THE AGENDA FOR GLOBAL ACTION

I. Purpose and approach

This Agenda for Global Action will guide the initial steps in a coordinated global, regional and national response to the worldwide shortage and mal-distribution of health workers, moving towards universal access to quality health care and improved health outcomes. It is meant to unite and intensify the political will and commitments necessary for significant and effective actions to resolve this crisis, and to align efforts of all stakeholders at all levels around solutions.

It builds on commitments already made by high-level policy makers in efforts designed to marshal the world’s collective knowledge and resources to reverse this crisis.

Everyone committed to this agenda shares the vision that all people, everywhere, shall have access to a skilled motivated and facilitated health worker within a robust health system.

Acute shortages of health workers in most countries, rich and poor, are undermining advances already made in improving health and threaten further progress.

The health workforce challenges we face cannot be left to individual countries, nor delegated to international agencies. Along with the need to significantly scale up investments in the health workforce as part of any effort and initiative to build health systems, the global and national policy environment must create the necessary space for effective action, where multiple stakeholders pull together, guided by evidence, innovation, solidarity and mutual accountability.

The Agenda for Global Action is built around six fundamental and interconnected strategies, based on previous actions and commitments. It is a synthesis that specifically highlights challenges and the need for change which reflects the essential continuum of planning, training, deployment and retention. Its purpose is to translate political will, commitments, leadership and partnership into effective actions.

The six interconnected strategies are:

- 1. Building coherent national and global leadership for health workforce solutions
- 2. Ensuring capacity for an informed response based on evidence and joint learning
- 3. Scaling up health worker education and training
- 4. Retaining an effective, responsive and equitably distributed health workforce
- 5. Managing the pressures of the international health workforce market and its impact on migration
- 6. Securing additional and more productive investment in the health workforce

A selection of priority actions is presented under each of the strategies. These actions will be undertaken according to individual country circumstances, with regional and global action aimed at supporting an effective country response.

Countries will convene all relevant stakeholders into an agreed national effort on the health workforce, as part of their response to broader health system needs. Based on shared discussions and shared commitments from the public, private and civil society actors, this effort will also reflect an understanding of the competing national and international forces which impact on the countries’ ability to ensure access to adequate health care for all their people.

External support to this agreed national effort will be aligned around country priorities and benefit from global initiatives and international partnerships designed to enhance both financial and technical resources. Responding to the agreed priorities will therefore represent a shared commitment that, inter alia, links the many initiatives in support of meeting the MDGs and the global commitment to scale up access to HIV prevention, treatment, care and support.

Finally, an essential part of the agenda for global action is to combine these strategies into a platform for mutual accountability among a concerned community of stakeholders. This platform will accelerate overall progress, identify and overcome barriers and build a basis for shared knowledge and learning based on evidence and transparency.

The Global Health Workforce Alliance and regional health workforce networks will be a fora for sharing of information and evidence, convene discussions among all stakeholders and provide visibility for major challenges and results.

II. Strategies for action

1. Building coherent national and global leadership for health workforce solutions

The health workforce crisis calls for extraordinary leadership at all levels, focused on solutions and driving results, to give visibility to all issues that hinder access to health workers across the globe. Far better coherence is required across sectors of government, such as between health, education, trade, finance, labour and local governments. Leaders representing all stakeholders need to engage in open discussions to locate critical gaps, determine their causes and decide on approaches to solutions, including at national, regional and global levels. They then need to act.

1.1. Government leaders, Ministers of Health and other national leaders will commit to providing ‘all people, everywhere with access to a skilled, motivated and facilitated health worker within a robust health system’. They will work to identify gaps in policy coherence across sectors and other barriers to effective national policies and strategies. They will be backed by enabling legislation and policy frameworks designed to promote the health workforce agenda locally, nationally, regionally and globally.

1.2. The highest level of government, with the Minister of

Health supported by other relevant Ministers, as well as health workers, civil society and other stakeholders, will lead the development, implementation and evaluation of comprehensive, costed health plans that specifically address health workforce strategies, as the basis for a shared commitment to a agreed national effort, with both a mid-term and long-term perspective.

1.3. Leaders of professional associations, trade unions, academic and research institutions and the private sector will examine the impact of their programmes and how they can better contribute to the access for all people to health workers. They will present concrete steps they can take towards solutions to critical gaps and imbalances.

1.4. Leaders of multilateral and international agencies, along with external funding and collaborating partners, will raise the visibility and urgency of the need to overcome constraints to health worker access. To this end, any partnership serving to strengthen health systems and the MDGs must support the evolution, implementation and evaluation of a national action plan for increasing and improving the health workforce.

1.5. All stakeholders will agree to create and cooperate in maintaining mechanisms to hold each other accountable for their actions. They will abide by human rights principles such as equity, mutual respect and participation, and uphold the vision of health for all.

2. Ensuring capacity for an informed response based on evidence and joint learning

Although governments are increasingly active in developing and implementing effective policies, plans and programmes related to health workers, their efforts are hampered by a critical lack of capacity in having these plans informed by country-specific quality baseline data, information and analysis. Countries are also in need of information and analysis to deal with global policy issues which impact on the working conditions of health workers.

2.1. Multilateral institutions, development partners, academia, private and public sector actors and civil society will scale up investment in capacity building on health workforce policy and management at country and regional level, and facilitate cooperation between countries, especially South-South. They will also facilitate improved access to innovation and to global knowledge networks for researchers from these countries.

2.2. Countries will collaborate to develop sub-regional and regional centres and networks of high academic quality and strong capacity to establish the data and evidence base, support policy-relevant analysis and research and facilitate shared learning across borders, including through the exchange of technical expertise between Ministries of Health.

2.3. In-country private and public academic institutions will strengthen collaboration on health workforce policy research, education and training in support of building the evidence base and responding to their commitments to the agreed

national health workforce plan. Regional and international exchanges among academic institutions will be encouraged, including South-South and South-North collaboration.

2.4. Countries will develop standardized indicators and strengthen statistical capacity, provide a better base for labour market analysis, policy development and health workforce management and include robust monitoring and evaluation frameworks into the agreed national plan for the health workforce.

3. Scaling up health worker education and training

The massive scale-up of education and training required to achieve the necessary increase in the health workforce will demand coordinated action and commitment from each country and from the international community. In addition to a significant increase in dedicated long-term funding, new and innovative approaches to education and training are needed. Evidence is emerging about what can be done to scale up the education and training of health workers quickly and effectively.

3.1. Ministers of Health, Education and Public Service / Labour, along with leaders of public and private education institutions, will determine the full range and appropriate skill mix of health workers appropriate for their countries. They will institute coordinated policies and agree on steps to address immediate, medium and long term needs with at least a 10-year planning horizon. These efforts will be aligned with country health priorities for rapid implementation as an integral part of health service delivery and with programmes to reduce attrition of staff and students.

3.2. Immediate priority will be given by all stakeholders to a country-relevant expansion of education and training to increase community and mid-level health workers, alongside highly-skilled staff. Countries will emphasize community and team-based training, along with other innovative approaches and linked to service delivery.

3.3. Governments will set quality standards for service, accreditation systems for education and training, appropriate regulatory framework for the provision of education by both the public and private sectors, and progress indicators for their countries. This work will be done in close cooperation with professional organizations.

3.4. Governments with private and public academic and training institutions will explore innovative and pragmatic approaches to developing and utilizing new and existing faculty, infrastructure and partnerships to enable a well balanced, significant increase in education, training and research capacities. Scaling up education and training will be linked to health workforce information systems and will use systematic methods in quality monitoring and improvement.

3.5. The main focus for scaling up should be pre-service education. However, in-service training should also be an integral part of education and training plans that are conducted in

such a way that health workers are not unnecessarily removed from their work environments. They should also be linked to professional growth. The disproportionately large amount of resources that are currently applied to in-service training should be redirected, reshaping pre-service curricula to include much of what is presented in-service so that the latter can be minimized and work flow better maintained.

3.6. Multilateral and international agencies, global initiatives, development partners and the private sector will devote a significant and predictable part of their investment in health programmes to intensified health workforce education and training according to national priorities, including technical support, regional and South-South and North-South collaboration.

4. Retaining an effective, responsive and equitably distributed health workforce

Retaining skilled health workers in service delivery, management and support and their equitable distribution to ensure access to quality services for all, is crucial. Both financial and non-financial incentives influence workers’ motivation, ability and willingness to act productively and efficiently, as well as their willingness to remain in their jobs. Attention to the distribution of the overall national health workforce and the need for a more effectively managed and facilitated mix of public, not-for-profit and private services is required to enable sustainable access for all. Inadequate information about the health workforce in many countries hinders both analysis and well-tailored action and inhibits monitoring on the improvement of retention and access. This information gap has a disruptive effect on the essential continuum of planning, training and deployment and management.

- 4.1. Governments to assure adequate incentives and an enabling and safe working environment for effective retention and equitable distribution of the health workforce.
- 4.2. Ministries of Health, cooperating with academic institutions, will promote and support the development of a critical mass of effective managers at all levels in the public health sector who can implement well-designed, comprehensive and coherent retention strategies. Ministries of Health will establish specific structures at a senior level such as directorates for planning the strategic direction of health workforce policies, linking these to health needs, service provision targets, education and training, and ensuring intersectoral coordination.
- 4.3. Ministries of Health, supported by other Ministries in cooperation with professional associations, trade unions, employers, civil society and development partners, will actively develop and test innovative approaches, including sustainable and acceptable financial and non-financial incentives, to achieve more equitable distribution, and retention of motivated health workers.
- 4.4. Health professionals, supported by governments, civil society and the international community, will build strong national, regional and international institutions such as professional associations providing fellowship, peer oversight, promotion

of professionalism and the facilitation of stable, participatory relations as the framework for negotiation and dialogue. Employers will ensure that staff performance management systems are implemented and regularly reviewed. 4.5. Ministries of Health, together with civil service administrations and in dialogue with professional associations, trade unions and civil society, will convene regular meetings of stakeholders to discuss and monitor issues related to retention, job and patient satisfaction, professional and social recognition, data on access to a health worker, the public-private mix as well as the enabling role of communities and non-health actors.

4.6. In their partnership with countries, international agencies and collaborating partners, private sector, academic institutions and civil society will be responsive to national policies related to health worker retention, including with predictable and long-term financial support and innovative ways to improve retention and distribution. They will ensure that their own recruitment policies are based on shared values and ethical codes, harmonize pay policies between governments and donor-funded service provision agencies and transparently share information about the way their programming and presence impact on the health workforce in the country.

5. Managing the pressures of the international health workforce market and its impact on migration

Poorer countries are most affected by the loss of their already scarce health workforce to countries with better conditions and higher salaries. There are increasingly competitive, cross-border pressures in the health sector. These include the growing demand from national health systems in rich countries as well as the growing trade and private commercial investment in health services. In these circumstances, there is a need to find ways to stabilize the health workforce market and reduce the negative impacts of the high mobility of health professionals, thereby improving retention.

Individuals have the right to leave any country, including their own, in search of better opportunities, but health workers trained with public resources have obligations as defined by individual countries.

- 5.1. Governments will monitor health workforce flows in and out of countries, making such data transparently available and using this information to inform policy and management decisions.
- 5.2. The World Health Organization will accelerate negotiations for a code of practice on the international recruitment of health workers. This code should be a tool used by countries, regions and health professionals to negotiate agreements. Consistent with the agreed code of practice, destination countries should commit to supporting and enhancing the education and training of health workers both at home and in source countries. Actions should also be taken to realize the untapped potential of the health worker diasporas for improving health services in source countries.
- 5.3. All countries will work collectively to address current

and anticipated global health workforce shortages. Richer countries will give high priority and adequate funding to train and recruit sufficient health personnel from within their own country.

- 5.4. National governments will be supported to develop coherent policies and build capacity to analyze the implications of trade agreements on the mobility of the health workforce. This effort will be informed by stakeholder consultation mechanisms within and outside government.
- 5.5. Stakeholders will test and evaluate innovative interventions in the international health workforce market to assist retention.

6. Securing additional and more productive investment in the health workforce

In many countries, insufficient overall investment exists side-by-side with inefficiencies in investing on the health workforce. These must be addressed together in order to make the needed additional investments more productive and effective in scaling up access. Evidence-based good practices are required in order to establish the financial basis for better retention policies, for wage ceilings and contracting arrangements, for equitable deployment, for using donor aid to improve health workforce capacity in a sustainable way and for designing payment mechanisms that can reward good performance.

Countries will need to commit to predictable funding of health workforce plans by giving high national priority to the careful allocation and reallocation of new and existing domestic and external resources. This includes analyzing wage bill ceilings and civil service hiring arrangements and addressing them wherever they represent a major obstacle to scaling up.

- 6.1. Adequate proportion of health sector funding will be dedicated to the health workforce. To this end, all countries will move quickly towards meeting existing pledges for financing health and development, such as the 2001 Abuja Declaration that commits signatory countries to allocate at least 15% of their national budgets to improving the health sector, and the OECD countries’ Monterrey Consensus, in which signatories committed to allocate at least 0.7% of their Gross Domestic Product to Official Development Assistance.
- 6.2. Global health initiatives, the World Bank, bilateral donors and other partners will provide funding that is timely, predictable, effectively harmonized and aligned with national priorities within the context of integrated support to the health sector. This funding will contribute significantly and adequately to alleviate financial shortfalls that prevent countries from fully implementing their health workforce plans.
- 6.3. International and regional financial institutions will address issues of fiscal space for scaling up investment to meet health workforce needs. This will include country-specific analysis of macroeconomic conditions that impact wage ceilings, health spending, and constrain civil service hiring arrangements necessary for meeting established priority needs in the health sector. These institutions will undertake and act upon research and analysis on how spending on health and

education can be increased. 6.4. Governments will consider exempting the health sector in situations of civil service downsizing that are laid out in national development strategies. Ministries of Health will strengthen their case for increased spending by establishing the conditions for making investment more productive through costed health workforce plans based on evidence about what affects retention and health worker performance.

- 6.5. Ministries of Health, cooperating with other stakeholders, will take advantage of public-private partnerships and pursue innovations in the area of health workforce development by working to understand the private sector health workforce better and exploring ways to leverage this workforce to contribute to the goals and objectives of strategic plans of countries.
- 6.6. Ministries of health together with partners will develop financial risk sharing mechanisms (e.g. health insurance systems) and performance-based financing schemes to provide social protection and increased efficiency that can provide more predictable and productive financing for the health workforce and complementary health system development.

III. A platform for shared learning and mutual accountability

The primary purpose of this Agenda for Global Action is to establish the understanding that addressing the country-level health workforce crisis is the collective responsibility of all relevant stakeholders at country, regional and global levels. The associated purpose is to generate commitment for timely action.

GHTA and other agencies will disseminate good practices on responses to the health workforce crisis. Improved information, data and research, as proposed by this Agenda for Global Action, will be the basis for accountability between partners, stakeholders, countries and regions.

Country-level multi-stakeholder action: monitoring solutions to critical gaps

The stage for action and accountability will be set at the country level by translating the six strategies of the global agenda into health workforce plans. These plans will be aligned with national health strategies in response to priority health programmes, and aligned to the inter-sectoral challenges of national HIV/AIDS responses. Stakeholders in each country will together identify critical gaps to be dealt with in the short-, medium- and long-terms, will make concrete commitments to shared action, with explicit engagements of all relevant stakeholders. Such commitments will be accompanied by baseline data, timelines and agreed measures for monitoring progress. Specifically, global initiatives and programming of external support to health systems and disease-specific interventions in countries will be analyzed and monitored in terms of their

impact on the health workforce and on access for all people to skilled health workers.

Such analysis and information will be made available to all stakeholders and experiences shared through biannual meetings.

Regional and global monitoring to build knowledge and influence policy

The Global Health Workforce Alliance, together with country and regional partners, will accelerate the development of a common framework for essential country baseline information and a benchmarked monitoring of human resources for health in the context of health systems, with the World Health Organization as the lead normative agency. The framework will also capture the impact of global and regional policies on solutions to country health workforce issues.

National monitoring of progress on resolving the health workforce crisis will serve as the basis for regional and global monitoring and evaluation.

Regional monitoring shall be undertaken through regional intergovernmental bodies and observatories that can utilize the strategic information generated through national reports to influence regional policy debate and to draw global attention to region-specific issues.

Global monitoring and evaluation will be focused on the generation of strategic information for policy dialogue, knowledge sharing and learning, based on national and regional reports. In order to hold the interest of the various stakeholders and maintain the benefits of their diversity, different high-level fora will be utilized for influencing global policy decisions and actions.

Monitoring progress in aligning stakeholder contributions

Each of the stakeholder groups will identify specific barriers to an effective response, specific to each group, that impact action at country, regional and global levels.

Each group will be committed to sharing information on progress made in overcoming these barriers.

Special attention will be given to monitoring:

- the alignment of efforts by public and private donors and foundations, global partnerships and initiatives;
- collaboration across public and private medical schools, academic institutions and training centres;
- the contribution of professional associations to reform and essential regulation;
- the role of civil society as consumers, advocates and providers; and
- appropriate adherence to ethical codes of recruitment and contributions to fairness and solidarity.

Independent analysis, monitoring and evaluation

Independent analysis, monitoring and evaluation by academic institutions and civil society will be encouraged. Such information will be shared through peer review, dialogue and transparent publication, and will be applied towards building knowledge and influencing policies and practices.

The role of the Global Health Workforce Alliance (GHWA)

GHWA will serve as a catalyst and a global convener to bring together different stakeholders for learning, dialogue, advocacy and joint action.

GHWA will facilitate mechanisms to combine the different elements of monitoring and accountability in order to articulate the link between health workforce measures taken at the country, regional and global levels and will communicate the outcomes of these measures. It will also document financial flows and policy measures taken, as well as illustrate how enabling policies that are combined with effective allocation of new and existing resources actually improve health systems and outcomes.

In addition, GHWA will identify key strategic opportunities for advancing the global health workforce agenda by applying a health workforce perspective to global and national policies, building the knowledge base and sharing learning about good practices.

GHWA will collaborate with and support the roles of the regional networks or alliances to further strengthen collective movements in the regions.

GHWA will compile a status report every two years, the first of which will be submitted to the Second Global Forum on Human Resources for Health.

RICERCA A CURA DI

Simona Seravesi e Giulia De Ponte

REALIZZATA CON IL CONTRIBUTO DI

Regione Toscana



RINGRAZIAMENTO SPECIALE A

Dr. Vincenzo Racalbutto (DGCS-MAE); Dr. Carlo Resti (Osservatorio Italiano sulla Salute Globale); Dr. Giovanni Di Virgilio e Dott.ssa Manila Bonciani (Istituto Superiore di Sanità); Dott.ssa Maria José Caldes e Dott.ssa Suela Cadri (Regione Toscana); Dott.ssa Maria Elena Milano e Dott.ssa Mariella De Biase (Regione Lombardia); Dott.ssa Cristina Raho e Dott.ssa Daniela Cuomo (AMREF Italia); Dott.ssa Barbara Funari e Dr. Stefano Orlando (Comunità di S. Egidio); Dr. Claudio Ceravolo (COOPI); Dr. Bruno Corrado, Dott.ssa Laura Suardi (Fondazione Corti), Dr. Francesco Castelli (Medicus Mundi); Dott.ssa Farida Bena (Oxfam Italia); Dott.ssa Donatella Vergari (Terre des Hommes); Dr. Guido Munzi (Fondazione UNIDEA).

SI RINGRAZIANO INOLTRE

Cons. Pier Francesco Sacco (DGCS-MAE); Dr. Guglielmo Riva (DGCS-MAE); Dott.ssa Angela Sorrentino (DGCS-MAE); Dott.ssa Stefania Pinci (DGCS/MAE); Dr. Francesco Cicogna (Ministero della Salute); Dr. Leone Gianturco (Ministero dell'Economia e delle Finanze); Dr. Giulio Borgnolo (Esperto per la DGCS in Mozambico); Dr. Mauro Ghirotti (Direttore UTL Sudan); Dott.ssa Stefania Mancini (Assifero); Dr. Giorgio Righetti (ACRI); Dott.ssa Bruna Bellini (Fondazione Cariplo); Dr. Nicolo' Romano (Fondazione Monte dei Paschi di Siena); Dott.ssa Annalisa Silvestro e Dr. Gennaro Rocco (IPASVI); Dott.ssa Antonella Cinotti (FNCO); Dr. Jacopo Viciani (Action Aid).

RACCOLTA DATI A CURA DI

Simona Seravesi

SUPERVISIONE

Giulia De Ponte

EDITING

Fiammetta Metz

GRAFICA

Eloisa Di Rocco

Redazione chiusa il 26 novembre 2010



www.amref.it