

Giulia De Ponte



L'impegno dei soggetti italiani di cooperazione sanitaria nel rafforzamento del personale sanitario in Africa Sub-sahariana.

---

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 una mappatura dell'impegno italiano in quest'area (vedi **Risorse**) pur senza pretese di esaustività, il rapporto analizza 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 a vocazione sanitaria, alcune fondazioni private e gli

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[1]. Una sezione del rapporto, infine, è dedicata al tema delle migrazione di personale medico e infermieristico qualificato dal Sud al Nord del mondo.

Complessivamente dal rapporto emerge un «sistema Italia» che mette a disposizione del rafforzamento 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 analizzati, emerge che quasi tutti i soggetti si avvicinano a quel 25% di investimenti sul personale sanitario raccomandato indicativamente dall'OMS[2] .

Emerge inoltre come tutti i soggetti di cooperazione 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 al rafforzamento del personale sanitario e senza sviluppare necessariamente una riflessione propria su quali siano le modalità di formazione e di trattenimento in servizio degli operatori 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 un tendenziale sovra-finanziamento della formazione continua o *in-service* - rispetto a quella iniziale o *pre-service* - offerta dagli attori italiani.

Si delinea un « sistema Italia » di cooperazione in sanità 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 Ministero degli Affari Esteri - a cui la legge di cooperazione[3] 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 trattenimento in servizio 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, il rapporto presenta infine dieci raccomandazioni finali indirizzate a tutti i soggetti che in Italia operano nel settore della cooperazione internazionale in ambito sanitario. Esse intendono offrire indicazioni utili ad individuare possibili sinergie e aree di coordinamento per il "sistema Italia" nell'area del rafforzamento del personale sanitario, e sono state presentate alla comunità internazionale nel corso del secondo Forum Globale sul Personale Sanitario che si terrà in Thailandia dal 25 al 29 gennaio 2011.

## **RACCOMANDAZIONI AI SOGGETTI ITALIANI IMPEGNATI NEL RAFFORZAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO**

### **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 2006[4]. 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**

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.

Giulia De Ponte. AMREF Italia

### **Risorsa**

Amref. **Personale sanitario per tutti e tutti per il personale sanitario.** [[PDF: 1,2 Mb](#)]

### **Bibliografia**

1. **Dichiarazione di Kampala e dell'Agenda d'Azione Globale:** il [testo](#)
2. Il rapporto dell'OMS "Working together for Health" nel 2006 ha proposto 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.
3. Il riferimento è alla legge 49/1987.
4. 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.