

## MEDICI CON L'AFRICA CUAMM



## PIANO STRATEGICO 2008-2015

RAFFORZARE I SISTEMI SANITARI:  
IL CONTRIBUTO DI MEDICI CON L'AFRICA CUAMM  
ALLA REALIZZAZIONE DEL DIRITTO  
ALLA SALUTE PER I POVERI NEL CONTESTO  
DELL'AGENDA DEL MILLENNIO

# Sintesi del Piano strategico

Per fedeltà alla missione, ai principi e ai valori guida che per più di cinquant'anni ne hanno ispirato le attività in Italia e in Africa e per garantire efficacia alla sua azione, Medici con l'Africa Cuamm ha avviato un processo di analisi critica delle sue attività programmatiche, manageriali, di relazioni esterne e dell'ambiente globale in cui oggi si trova a operare.

Durato circa un anno, il processo affascinante, anche se non facile, ha beneficiato della partecipazione e dei contributi del personale, dei membri effettivi, dei gruppi e di moltissime altre persone che condividono la passione per i diritti umani e, in particolare, sono impegnate in vari modi a promuovere il diritto alla salute nella sua dimensione universale.

Risultato di tale processo, il Piano strategico 2008-2015, approvato dal Consiglio di Amministrazione nella seduta del 1° ottobre 2007, si allinea in forma esplicita con lo spirito e il periodo temporale dell'Agenda del Millennio, che stabilisce alcune pietre miliari nella lotta alle forme più ripugnanti della povertà, tra le quali la morte prevenibile di più di dieci milioni di bambini e di cinquecentomila donne incinte all'anno e le stragi compiute dalle epidemie quali la malaria, tubercolosi e Hiv/Aids.

Certo, difficilmente la nostra missione sarà dichiarata compiuta nel 2015: gli Obiettivi del Millennio rappresentano un traguardo importante, ma ancora intermedio nel complesso cammino verso uno sviluppo globale basato sui diritti universali.

Di più: ci sono segnali evidenti che i progressi fin qui realizzati nella salute in Africa sono ancora lontani dalle mete internazionalmente concordate e che, se non interverranno cambiamenti rapidi e significativi nei livelli e nelle modalità di finanziamento, nelle politiche interne e nelle relazioni internazionali, le famiglie e le comunità africane non beneficeranno di questo solenne impegno planetario.

Il Piano strategico ripercorre le tappe salienti della nostra storia e vi ravvisa la costante tensione nel coniugare la fedeltà alla missione e allo spirito dei fon-

datori con l'abilità di adattare le strategie a una situazione esterna in continuo e rapido cambiamento. La nostra storia rivela, inoltre, una spiccata tendenza a precorrere i tempi con soluzioni originali e innovative. Tale tradizione offre oggi un forte stimolo ad affrontare con serenità e audacia le sfide presenti.

> Una prima sostanziale innovazione che il piano offre è il passaggio da un approccio a progetto (dettato dalle più diverse opportunità di coinvolgimento e finanziamento) alla programmazione strategica per paese.

> Il secondo tema forte che il piano affronta attiene alla ricerca di una maggiore integrazione e unitarietà tra le attività programmatiche sul terreno, l'attività di coscientizzazione, di *advocacy*, di *lobby*, di *fund raising* e una rinnovata cultura manageriale-gestionale.

> Tutte le attività programmatiche, manageriali e di comunicazione saranno basate sui diritti umani, informate dall'evidenza scientifica e orientate a raggiungere risultati misurabili.

> L'obiettivo strategico fondamentale è la graduale trasformazione della nostra organizzazione in un "centro di riferimento" per il rafforzamento dei sistemi sanitari africani attraverso un profondo cambiamento del nostro essere, fare e sapere.

> Il modello di sistema sanitario da prediligere è quello basato sul Distretto Sanitario, composto da: a) una rete capillare di servizi periferici, variamente dimensionata, in grado di dare risposte ai bisogni primari della popolazione; b) un ospedale distrettuale di riferimento per l'erogazione di cure più complesse (medicina, chirurgia, pediatria, ostetricia e ginecologia). L'intervento includerà, oltre al più classico intervento clinico, l'azione e il supporto a livello anche delle altre componenti costitutive dei sistemi sanitari: la *governance*, la gestione, l'equo finanziamento. L'obiettivo è contribuire a rendere i sistemi sanitari nazionali equi, di qualità, accessibili a tutti e sostenibili.

- > La dimensione comunitaria e familiare della salute saranno incluse come parti indispensabili dei nostri programmi sin dalla fase iniziale della raccolta dati.
- > Tutta la nostra attività sarà sottoposta a un sistematico processo di monitoraggio e valutazione, affiancata, dove possibile, da specifiche azioni di ricerca applicata.
- > Il piano riconosce con forza che la parità di genere, le opportunità economiche, l'educazione, la sicurezza alimentare, l'igiene ambientale e l'accesso all'acqua potabile sono fattori non medici ad alto impatto sul diritto alla salute e prevede che nei distretti dove operiamo si ricerchino alleanze strategiche con altri organismi professionalmente qualificati e in sintonia con i nostri valori, perché garantiscano appoggio a questi determinanti della salute.
- > La partecipazione attiva a *partnership* e la promozione di alleanze non si limiteranno alle attività programmatiche, ma includeranno anche le attività di *lobby* e *advocacy* e si allargheranno ad attività gestionali che richiedono economie di scala.
- > La nostra attuale presenza in sette paesi si estenderà gradualmente ad altri tre dell'Africa occiden-

le per meglio rispondere alla nostra scelta di essere "con" l'Africa. Includerà, inoltre, attività in collaborazione con le comunità povere delle periferie urbane, in linea con la rapida urbanizzazione in atto.

- > Le azioni di consolidamento ed espansione previste richiedono un'accelerazione delle attività di comunicazione, *fund raising* e un'accresciuta capacità di gestione delle risorse umane, specie locali.
- > Sulla base del piano strategico verranno preparati i piani operativi triennali e i piani di lavoro annuali per la sede centrale, i coordinamenti e i programmi paese.

Gli obiettivi proposti sono certamente ambiziosi, ma in linea con la nostra missione, la nostra storia e con le opportunità e le contraddizioni offerteci oggi.

Siamo pienamente consapevoli che abbiamo ora a disposizione uno strumento estremamente impegnativo che domanda unione di sforzi e molta collaborazione, ma la bontà della causa ci sprona e ci incoraggia.

Vorremmo dedicare questo piano alle tante persone, uomini e donne, che hanno dato la loro vita per restare fedeli a quei valori che continueranno a ispirare il lavoro di Medici con l'Africa Cuamm.

# Introduzione

Nel 2000 i capi di Stato e di governo di 189 paesi si sono impegnati a raggiungere entro il 2015 quale programma per lo sviluppo umano<sup>1</sup> otto ambiziosi Obiettivi (*Millennium Development Goals, MDGs*)<sup>2</sup>.

Gli Obiettivi costituiscono le pietre miliari che indirizzano lo sforzo collettivo contro le manifestazioni estreme della povertà. Tutti i governi del mondo, ricchi e poveri, industrializzati e non, si sono impegnati solennemente ad aumentare le risorse, rivedere le politiche e collaborare affinché entro il 2015 le promesse fatte diventino realtà.

Con le risorse finanziarie annunciate da parte dei governi si sono mobilitate anche le risorse delle fondazioni di grandi donatori privati, oggi dotate di mezzi finanziari largamente superiori non solo a quelli degli stessi paesi beneficiari, ma anche ai *budgets* della maggioranza degli organismi delle Nazioni Unite e di molti paesi donatori.

Tutto ciò avviene in un momento in cui gli esperti di salute pubblica internazionale hanno raggiunto un ampio consenso sull'insieme delle tecnologie mediche preventive e curative, che, se rese universalmente disponibili, potrebbero ridurre in tempi brevi la morbilità e la mortalità materno-infantile tra i poveri, nonché bloccare le grandi endemie che alimentano e si nutrono della miseria.

Nonostante l'incremento di risorse finanziarie destinate alla cooperazione sanitaria registrato negli ultimi anni, queste – sommate a quelle estremamente esigue investite dai paesi “riceventi” – rimangono di gran lunga al di sotto di quanto ritenuto necessario per garantire agli abitanti dei paesi più poveri l'accesso alle prestazioni sanitarie essenziali.

Inoltre, la gran parte dei fondi provenienti dai donatori istituzionali e dai “grandi” donatori privati è concentrata prevalentemente su progetti per malattie specifiche, i cosiddetti “programmi verticali”. Tutto ciò ha l'effetto di indebolire ulteriormente i sistemi sanitari dei paesi poveri più fragili e di penalizzare le fasce più vulnerabili della popolazione.

Per questi motivi – secondo i più autorevoli osservatori internazionali – gli obiettivi di salute fissati nell'Agenda del Millennio sono, con gli attuali livelli di finanziamento e con le attuali politiche di intervento, fuori della portata dei paesi dell'Africa a sud del Sahara.

Medici con l'Africa Cuamm chiede con forza che i finanziamenti per la sanità di paesi poveri dell'Africa sub-Sahariana siano coerenti con gli obiettivi che la comunità internazionale si è impegnata a raggiungere con l'Agenda del Millennio e che siano profondamente riviste le strategie per raggiungerli, attraverso il rafforzamento dei sistemi sanitari e adeguati investimenti in risorse umane.

Questa peraltro è da sempre la scelta operata da Medici con l'Africa Cuamm: intervenire in maniera “sistemica” su ospedali e territorio, privilegiando cure primarie e formazione del personale.

In questo documento Medici con l'Africa Cuamm vuole manifestare la sua visione, i suoi valori e le sue strategie, precisando il contributo che intendiamo dare al movimento mondiale di azione e riflessione in sostegno alla realizzazione dell'Agenda di sviluppo del Millennio.

Per poter affrontare positivamente le sfide e le opportunità future, Medici con l'Africa Cuamm intende implementare un processo di cambiamento all'interno e all'esterno della sua organizzazione, senza per questo perdere di vista, ma anzi valorizzando, la propria identità e i valori alla base della missione originaria.

Per raggiungere questi Obiettivi, Medici con l'Africa Cuamm si impegna a:

- 1. definire più precisamente la tipologia dei programmi e delle attività con una maggiore attenzione ai risultati, al monitoraggio, alla valutazione e alla ricerca applicata;**
- 2. razionalizzare le strutture interne per aumentare l'efficacia;**

<sup>1</sup> UN Millennium Declaration, 18 September 2000, New York.

<sup>2</sup> Gli Obiettivi del Millennio sono: l'eradicazione della povertà estrema, l'accesso universale all'educazione primaria, la promozione della parità di genere, la riduzione della mortalità infantile, il miglioramento della salute materna, la lotta all'Aids, alla malaria e alle altre malattie, la sostenibilità ambientale, la creazione della *partnership* per lo sviluppo.

3. diventare una *learning organization* che genera e diffonde nuovo sapere ed è in grado di gestire e utilizzare il sapere e la cultura degli altri;
4. adottare una logica organizzativa improntata alla gestione finalizzata ai risultati (*result based management*);
5. costruire alleanze sinergiche nel contesto dei *Millennium Development Goals* (MDGs).





# 1. Analisi di contesto

I cambiamenti politici, culturali, sociali, economici e tecnologici dell'ultimo ventennio hanno inciso profondamente sul contesto internazionale che, sempre più complesso e mutevole, vede l'interazione di un numero crescente di attori diversi per finalità, caratteristiche, politiche e modalità operative. Il sistema della cooperazione internazionale allo sviluppo risente inevitabilmente dei diversi equilibri mondiali ed è destinato quindi ad affrontare nuove sfide.

Il nuovo ordine internazionale, creato dalla caduta del muro di Berlino e dalla successiva disgregazione dell'Unione Sovietica, è tuttavia ancora dominato dalla potenza economica e politica degli Stati Uniti d'America.

Il recente allargamento dell'Unione Europea a 27 paesi ha portato all'affermazione sulla scena internazionale di un nuovo attore ancora politicamente fragile, mentre si stanno imponendo le nuove potenze asiatiche, Cina e India *in primis*, grazie a una crescita economica vicina al 10% annuo e a sfere d'influenza che si estendono, per il controllo delle fonti di energia, anche al continente africano.

È un nuovo equilibrio che vive anche un mutato concetto di sicurezza. L'attacco alle Torri Gemelle dell'11 settembre 2001 ha esasperato la difficile convivenza fra culture e religioni e ha posto il problema del terrorismo e della sicurezza al centro delle relazioni internazionali.

La globalizzazione ha accelerato gli scambi commerciali e la diffusione della conoscenza, favorendo il progresso scientifico e tecnologico; da ciò la speranza che anche la salute globale, la salute per tutti, potesse avvantaggiarsi di questo processo.

In realtà la globalizzazione è tuttora un processo fortemente asimmetrico: nei benefici e nei rischi funziona bene per alcuni e molto peggio per altri. Ne è un chiaro esempio quanto avviene nel campo della ricerca farmaceutica: dei 1.223 prodotti innovativi sviluppati dal 1975 al 1996 solo 11 riguardano le malattie tropicali.

La migrazione internazionale è inarrestabile: non si tratta solamente di fuga di cervelli, ma di flussi consistenti di persone che si spostano alla ricerca di condizioni di vita migliori.

I 200 milioni di migranti, metà dei quali si spostano in paesi poveri, inviano ai loro paesi d'origine un ammontare di rimesse pari a circa il doppio degli aiuti pubblici allo sviluppo.

La velocità e la profondità dei cambiamenti ha investito anche le aree rurali, persino nei paesi più indigenti. Non sempre, poi, gli indici di sviluppo umano e i dati economici dimostrano che i cambiamenti si sono tradotti in miglioramento della qualità della vita e delle condizioni sanitarie delle popolazioni più povere.

Alcuni dati tratti dal rapporto del 2006 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sono indicativi: nell'Africa sub-Sahariana vive il 10% della popolazione mondiale, ma si registra il 24% delle malattie; c'è il 2,8% della forza lavoro sanitaria e si spende l'1% della spesa sanitaria mondiale.

Nel 1985 il 16% dei poveri abitava in Africa, nel 1998 il 31%. Non deve quindi sorprendere che l'aspettativa di vita media in Africa sia di 47 anni (era di 45 anni nel 1970), che ogni anno muoiano 273.000 donne di parto e 3.500.000 di bambini per malattie trasmissibili che potrebbero essere facilmente curate, quando non prevenute (tubercolosi, malaria, affezioni respiratorie, diarree), e che si continui a morire di Hiv/Aids, tubercolosi, malaria, polmonite.

Quelli africani sono sistemi sanitari deboli e frammentati in strutture statali altrettanto deboli e frammentate. In paesi caratterizzati da catastrofi naturali e da povertà estrema, tali sistemi non dispongono delle risorse sufficienti per estendere su ampia scala i servizi essenziali ed efficaci universalmente disponibili nelle altre parti del mondo. La spesa sanitaria dei paesi ricchi si aggira intorno ai 2.000 dollari *pro capite* all'anno. La spesa sanitaria *pro capite* dei paesi dell'Africa sub-Sahariana è in media di 37 dollari (ma la metà di essi ne spende meno di 15).

Sono cifre che non consentono di offrire i servizi basilari alla totalità della popolazione. Queste spese inoltre sono sostenute solo in parte dal settore pubblico o dai donatori. Il resto – in proporzione crescente – è pagato direttamente dai cittadini. In Burkina Faso, Burundi, Etiopia, Nigeria, Sudan, Uganda, più di due terzi della spesa sanitaria è a diretto carico degli utenti.

Questo è solo uno degli effetti delle politiche di “aggiustamento strutturale” che Banca Mondiale e Fondo monetario internazionale hanno imposto ai paesi debitori, inducendoli a tagliare drasticamente la spesa pubblica, in particolare quella per i servizi educativi e sanitari.

Gli effetti di queste riforme sono ben visibili per chi opera in Africa. I servizi sanitari sono stati trasformati in un mercato incontrollato e caotico. Viene privilegiato soprattutto il consumo, anche minuto, di farmaci, in assenza di regole precise e di controlli efficienti. Una pletera di “*drug-shops*” vende compresse e iniezioni: trattamenti inadeguati, effetti collaterali e perdita di efficacia dei farmaci sono le ovvie conseguenze.

In Africa la forma più diffusa di finanziamento dei servizi sanitari è il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei pazienti (*user fees*), che è la forma più iniqua:

- > pagano proporzionalmente di più i poveri e coloro che si trovano in condizione di bisogno, gli ammalati;
- > si aggrava la povertà dei poveri, costretti a causa di una malattia a privarsi di qualcosa di essenziale (un animale, l'istruzione di un figlio, ecc.).

L'equità nel finanziamento del sistema sanitario e l'accessibilità ai servizi sono fra le principali sfide per chi ha a cuore la sanità pubblica, lo sviluppo, i diritti umani.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che i compiti fondamentali di un sistema sanitario sono quelli di migliorare lo stato di salute della popolazione e di garantire l'accesso universale ai servizi, senza discriminazioni, attraverso forme eque di finanziamento (*fair financing*).

Ciò significa che «il costo che ogni famiglia deve sostenere per finanziare un sistema sanitario deve essere distribuito in relazione alla sua capacità di pagare, e non in base al rischio della malattia: un sistema finanziario equo deve proteggere finanziariamente tutti» (*World Health Report, 2000*).

Di fronte ai processi di globalizzazione dell'economia, che rafforzano i potenti e schiacciano i più deboli, è necessaria una risposta forte e organizzata che si traduca in una “globalizzazione della solidarietà”.

Questi sistemi dimostrano carenze gravi nella gestione delle risorse umane per la salute e registrano una crescente migrazione del personale medico dalle zone rurali a quelle urbane, dalle strutture sanitarie pubbliche a quelle private, e all'estero.

Forniscono anche pochi dati, incompleti e, a volte, scarsamente attendibili, per la mancanza di meccanismi di registrazione anagrafica e di reti informative funzionanti.

L'organizzazione degli aiuti internazionali ha dato risposte diverse, nel tempo, ai bisogni dei sistemi sanitari africani e a quelli dei paesi africani.

Per la lotta alla povertà e per la promozione dello sviluppo umano, negli ultimi anni, si è consolidato un sistema complesso in cui l'aiuto pubblico allo sviluppo è solamente uno degli strumenti e in cui convivono più di 15 agenzie delle Nazioni Unite, nella loro duplice veste di agenzie finanziatrici e implementatrici. Sono le istituzioni finanziarie, nate a Bretton Woods dagli accordi del secondo dopoguerra (Banca Mondiale, Fondo monetario internazionale), 40 agenzie di cooperazione bilaterale (di cui 22 dai paesi DAC<sup>3</sup>), la cooperazione dell'Unione Europea e quella dei suoi paesi membri, una ventina di iniziative globali (fra cui il *Global Fund against Hiv/Aids, Tb e Malaria*, e il *PEPFAR - President's Emergency Plan for Hiv/Aids Relief*) e regionali (fra cui *NEPAD - New Partnership for Africa's Development, UK Commission for Africa, Poverty Reduction Policy*), fondazioni filantropiche (*Bill e Melinda Gates, Clinton, Rockefeller*) e un numero imprecisato di organizzazioni non governative, grandi e piccole, diversissime per etica, stile, professionalità ed efficacia.

Ad aumentare la complessità del sistema vi sono i diversi approcci dei donatori: l'approccio “a progetto” convive con politiche di supporto a settori specifici o al *budget* del paese e agisce in risposta alle priorità definite dalle politiche nazionali dei paesi beneficiari.

A ciò si sommano altre contraddizioni apparenti o reali. Per esempio quella tra le dichiarazioni di adesione dei paesi donatori ai principi accettati a livello internazionale in materia di supporto ai paesi poveri e le loro politiche macro-economiche e sanitarie globali che incidono in maniera negativa sui paesi poveri. Si aggiungono inoltre le inefficienze e le distorsioni nell'utilizzazione delle risorse messe a disposizione dalla cooperazione internazionale.

L'Unione Europea (UE) è l'attore più importante nel contesto della cooperazione allo sviluppo, sia per il contributo all'elaborazione delle politiche e delle

<sup>3</sup> *Development Aid Committee* - il gruppo dei paesi donatori dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD).

strategie di riduzione della povertà, che per la quantità di fondi destinati.

Accanto alla politica di cooperazione dell'Unione Europea, convivono sia le politiche bilaterali che quelle individuali dei paesi membri. L'Italia, in questo quadro, si distingue per una politica di cooperazione utilizzata in maniera marginale e strumentale in politica estera e per essere fanalino di coda fra i paesi donatori.

Al momento attuale il governo italiano si appresta però a varare una serie di dispositivi legislativi intesi a modificare le leggi di cooperazione vigenti e a isti-

tuire un'agenzia quale strumento agile ed efficace di cooperazione allo sviluppo.

Per la prima volta nella storia, la lotta alla povertà, vista anche nelle sue connotazioni di esclusione e marginalizzazione e non solo nei suoi aspetti economico-monetari, è diventata ufficialmente obiettivo comune fra le nazioni, che si sono impegnate ad investire risorse economiche e finanziarie, ad avviare le riforme necessarie e a misurarne i progressi, per raggiungere, entro il 2015, gli Obiettivi del Millennio.

## 2. La storia di Medici con l'Africa Cuamm

### 2.1. DALLE ORIGINI AL 2000

L'avventura di Medici con l'Africa Cuamm è iniziata 57 anni or sono. È partita da Padova nel 1950 ed è proseguita diramandosi in mille direzioni, tante quante sono state le persone che hanno incontrato l'organizzazione e hanno dato il loro personale contributo, professionale e umano, in Italia o in una qualche parte del mondo povero.

L'istituzione precede di più di vent'anni la prima legge italiana sulla cooperazione (1971), mentre la gran parte delle organizzazioni che oggi operano nel campo dell'azione umanitaria in Italia è nata solo a partire dagli anni Ottanta.

Il percorso di Medici con l'Africa Cuamm ha intersecato gli eventi sociali, politici e religiosi, nazionali e internazionali che si sono succeduti nella seconda metà del ventesimo secolo.

In particolare il processo di decolonizzazione e di indipendenza dei paesi africani, il Concilio Vaticano II, la Dichiarazione di Alma Ata dell'OMS – per citare solo alcuni eventi fondamentali – hanno avuto un impatto diretto sulle strategie, sulle scelte, sullo stile di gestione dell'organismo che, pur rimanendo sempre fedele a se stesso, ha avuto l'iniziativa e il coraggio di evolvere in modo agile e rapido nelle persone, nei programmi, nelle interrelazioni.

La prolungata presenza nei paesi africani, talora in situazioni critiche e difficili, ha insegnato all'organizzazione ad adattarsi alle situazioni locali, a comprendere, a condividere e a diventare un interlocutore credibile e affidabile nei confronti delle popolazioni e delle autorità.

Al tempo stesso, sempre vivissima è stata l'attenzione a quanto avveniva nei paesi economicamente più sviluppati al fine di operarvi nel modo più efficace per il servizio ai poveri.

Prima che come ong, Medici con l'Africa Cuamm cominciò la sua attività, richiamandosi all'espressione evangelica "*euntes curate infirmos*", come

collegio universitario, promosso per iniziativa del prof. Francesco Canova, pionieristico medico missionario, e del vescovo di Padova mons. Girolamo Bortignon, con lo scopo di accogliere e preparare studenti di medicina, italiani e stranieri, desiderosi di dedicare un periodo della loro attività professionale negli ospedali missionari a servizio delle popolazioni più bisognose nei Paesi in via di sviluppo.

Contestualmente, negli anni Cinquanta e Sessanta, si iniziò a provvedere alla selezione e all'invio di medici già laureati presso ospedali missionari che ne facessero richiesta, in diversi paesi, spesso ancora coloniali, non solo dell'Africa, ma anche dell'Asia, dell'America Latina e del Medio Oriente.

Dalla fine degli anni Sessanta e lungo il corso del decennio successivo si andò sviluppando all'interno dell'organismo una profonda riflessione critica sulla propria identità, sugli scopi e criteri di attività e sulla figura del medico missionario.

Nel convegno di Nyeri in Kenya (1968), primo convegno dei medici Cuamm operanti in Africa, si definì la necessità di dare agli ospedali missionari una chiara funzione professionale e un preciso assetto amministrativo collegandoli con il sistema sanitario nazionale del paese e integrando l'attività ospedaliera con l'assistenza di base e con la prevenzione.

L'attività del medico missionario non veniva a essere più affidata all'iniziativa individuale o al carisma di persone eccezionali come il prof. Canova, Anacleto Dal Lago e Giovanni Baruffa, ma diventava parte di un progetto studiato e concordato con le comunità e autorità locali ai fini di promuovere una crescita organica della rete sanitaria e quindi della salute in Africa.

Si passava così dall'ottica dell'assistenza alla mentalità dello sviluppo che ancora oggi identifica Medici con l'Africa Cuamm in modo caratteristico rispetto ad altre organizzazioni della cooperazione.

In quegli anni divenne centrale il dibattito sulla problematica legata alla prospettiva di un nuovo e più stretto rapporto con i sistemi sanitari locali e quella relativa all'accessibilità ai poveri degli ospedali missionari, specialmente in riferimento alla gratuità delle cure pediatriche. Sull'esperienza dei primi medici si cominciò a parlare di programmi di cooperazione, di obiettivi da raggiungere e delle risorse necessarie per la loro realizzazione.

A questo proposito lungimirante era stata, già nel 1954, l'idea del prof. Canova di creare in seno alla Chiesa italiana un'Opera Ospedali Missionari, il cui progetto fu presentato a *Propaganda fide* nel 1958 rimanendo purtroppo senza seguito.

Nel 1972, a seguito della prima legge italiana sulla cooperazione, Medici con l'Africa Cuamm viene riconosciuto dal Ministero Affari Esteri (MAAEE) come organismo idoneo ai compiti di cooperazione nei Paesi in via di sviluppo.

Tale importante riconoscimento permetterà all'organizzazione di accedere ai fondi governativi per la cooperazione e di partecipare ai programmi previsti all'interno di accordi bilaterali fra il governo italiano e paesi interessati come Uganda, Tanzania e Mozambico. Medici con l'Africa Cuamm sceglie di aprirsi allora alla cooperazione diretta con i governi e le autorità pubbliche dei paesi in cui opera, avviando quella che oggi viene chiamata la "fase dei programmi Paese".

Tale scelta non comportò nessun abbandono delle opere sanitarie missionarie, ma anzi contribuì a promuoverne l'integrazione nei piani sanitari nazionali, sottraendole al pericolo di isolamento, rendendole più gestibili anche dal lato finanziario e coordinando meglio le varie iniziative in modo da garantire un servizio più qualificato ed esteso a favore di tutta la popolazione locale.

A conferma dell'organizzazione di operare per lo sviluppo (sviluppo del paese, sostegno alle aree più povere, formazione dei quadri dirigenti e tecnici locali, promozione della *primary health care*, valorizzazione della "medicina tradizionale"), nel 1975 venne prodotto un importante documento sui "Criteri di intervento nella cooperazione in campo sanitario" nel quale si ravvisano già le linee ispiratrici della *Dichiarazione di Alma Ata*, emanata tre anni dopo. Nel 1978 l'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiarava solennemente che la salute è un diritto fondamentale di ogni individuo e chiedeva che venissero promosse azioni efficaci per sviluppare l'assistenza sanitaria di ba-

se nel mondo intero e in particolare nei Paesi in via di sviluppo.

La fine degli anni Settanta costituisce quindi un momento di fondamentale presa di coscienza nella cultura della salute e nella politica della sanità.

Dopo una fase di lunga maturazione, vengono affermati i principi della salute come diritto, della responsabilità dei governi di assicurare a tutti i cittadini un livello equo e accettabile di assistenza, del primato della prevenzione e delle cure primarie, della lotta contro le condizioni di rischio e in particolare contro la povertà, prima e principale causa di malattia e di morte.

Di conseguenza, negli anni successivi, si registra una crescita progressiva del numero e dell'entità degli interventi, prevalentemente finanziati con i fondi del MAAEE.

Ma tra gli anni Ottanta e i primi Novanta l'attività dell'ong subisce purtroppo un forte rallentamento a causa della crisi della cooperazione italiana, della drastica riduzione della spesa pubblica per gli aiuti allo sviluppo e delle crescenti difficoltà dei paesi del Terzo mondo, soffocati dai debiti e dalle politiche di aggiustamento strutturale che colpiscono in particolare modo la sanità.

Si presenta così la necessità di rivedere obiettivi e strategie e diventano questioni di primo piano la sostenibilità dei programmi avviati negli anni precedenti e la ricerca di fonti di finanziamento diversificate.

Si moltiplica l'impegno per l'autofinanziamento e si ottengono fondi da nuovi enti finanziatori, in particolare dall'Unione Europea e dalla Conferenza Episcopale Italiana (CEI) che ha compreso la necessità di contribuire alla lotta per la salute dei poveri.

In questi anni di difficoltà, la Direzione dell'organizzazione sceglie di fare i primi investimenti in immagine e comunicazione: si decide di aggiungere "Medici con l'Africa" all'originario nome Cuamm e viene creato il relativo logo.

Nel 2000 l'ong celebra l'anniversario dei cinquant'anni di attività, importante traguardo e momento di riflessione e bilancio, sia dal punto di vista dei contenuti, sia degli aspetti organizzativi e gestionali. La ristrettezza dell'aiuto pubblico allo sviluppo (che raggiunge il minimo storico dello 0,13% nel 2002), il complicarsi dei meccanismi della cooperazione internazionale, la necessità di una rigorosa formazione e selezione del personale inviato nei diversi contesti africani sollecitano un crescente impegno di ricerca, programmazione, sensibilizzazione e testimonianza.

## 2.2. LINEE GUIDA. DESCRIZIONE DI UN PERCORSO: DAL 2000 AI GIORNI NOSTRI

### 2.2.1. Il Documento politico 2000

Medici con l'Africa Cuamm si è sempre distinto per un modo di operare che ha creato presenze e rapporti a lungo termine in alcuni paesi dell'Africa sub-Sahariana, per più di cinquant'anni, lavorando in piccoli dispensari-maternità, in ospedali diocesani e governativi, distrettuali o regionali e nelle università.

Il Documento politico, stilato nel 2000, individua le grandi priorità per l'organizzazione: l'accessibilità ai sistemi sanitari, l'aumento delle collaborazioni, la *partnership* tra realtà pubblica e realtà privata, l'equo finanziamento del sistema sanitario, la formazione a tutti i livelli, l'attenzione alle grandi patologie (Hiv/Aids, malaria, tubercolosi).

Accessibilità dei servizi e un equo finanziamento del sistema sanitario sono il terreno su cui l'organismo ha inteso impegnarsi con due linee di azione:

- > garantire un supporto a lungo termine a ospedali e servizi territoriali, contribuendo a coprire i costi ricorrenti e favorendo lo sviluppo delle risorse umane locali;
- > sostenere forme eque di finanziamento del sistema sanitario costruite sulla solidarietà e sulla condivisione del rischio (schemi di finanziamento comunitario, mutue locali, ecc.).

Oltre a ciò, il Documento afferma l'impegno dell'organizzazione a favorire le esperienze di convenzioni (*contracting*), grazie alle quali le strutture private non a scopo di lucro vengono investite di funzioni pubbliche, sono sottoposte a controlli, ma ricevono anche risorse.

Questo permette una valorizzazione del loro patrimonio di competenze ed evita che l'isolamento e il peso dei costi le spingano verso l'aumento delle tariffe e la perdita della loro funzione sociale.

Altro principio guida è la valorizzazione delle risorse umane locali: in sanità, l'aumento delle competenze professionali e delle capacità gestionali è una delle vie necessarie per rafforzare i sistemi e avviarli alla sostenibilità.

Le linee di indirizzo, di seguito presentate, sono la traduzione di questi principi.

### 2.2.2. Le linee di programmazione 2005

Le linee di programmazione 2005 sono state predisposte per far sì che le priorità identificate nel Documento politico si traducessero in azioni. La "prima"

priorità è quella di costituire in ogni paese una "piattaforma" di interventi stabile e duratura.

La solidità della "piattaforma" ha consentito e consentirà di innestare positivamente su di essa progetti specifici (formazione, tutela materno-infantile, disabilità, ecc.) o interventi verticali (Hiv/Aids, Tb, malaria, ecc.).

Anche se Medici con l'Africa Cuamm non si è mai attrezzato per intervenire "acutamente" nelle situazioni di emergenza, nella sua storia, tuttavia, non mancano interventi e programmi effettuati in aree teatro di guerre ed emergenze umanitarie che hanno consentito di alleviare le sofferenze delle popolazioni nella fase catastrofica, di avviare interventi di riabilitazione e spianare la strada a programmi di sviluppo. Una sottolineatura particolare viene posta sui criteri specifici di valutazione dei diversi interventi quali accessibilità, equità, efficacia, efficienza, qualità e monitoraggio continuo. Essi sono essenziali non solo per le funzioni di programmazione e controllo, ma anche per quelle di comunicazione con l'ambiente esterno e di rapporto con i donatori.

### 2.2.3. Qualche dato

Nel passato:

- > 270 studenti ospitati da 35 paesi del Sud del mondo;
- > 1.250 medici con varie specializzazioni inviati nei Pvs;
- > 300 tra infermieri e tecnici partiti con un impegno pluriennale;
- > 150 programmi principali realizzati in collaborazione con il Ministero degli Affari Esteri, Unione Europea e varie agenzie internazionali;
- > 34 paesi di intervento in Asia, America Latina, Medio Oriente e soprattutto Africa.

Attualmente:

- > presenza in Angola, Etiopia, Kenya, Mozambico, Tanzania, Sudan e Uganda;
- > 92 operatori: 61 medici, 15 paramedici, 16 tecnici e amministrativi;
- > 56 progetti di cooperazione principali e un centinaio di micro-realizzazioni di supporto, con i quali appoggia:
  - 17 ospedali;
  - 25 distretti (per attività di sanità pubblica, assistenza materno-infantile, lotta all'Hiv/Aids, tubercolosi e malaria, formazione);
  - 3 centri di riabilitazione motoria;
  - 4 scuole infermieri;
  - 3 università (in Uganda, Mozambico e Etiopia).

## 3. Mission e Valori

### 3.1. LA MISSION

La missione istituzionale di Medici con l’Africa Cuamm si è evoluta, a partire dall’espressione evangelica “*euntes, curate infirmos*” usata dal fondatore Francesco Canova (1950), nelle diverse edizioni dello Statuto del 1971, 1984 e 2003.

Nel 2006 la *mission* è stata raccolta in una definizione sintetica:

**Medici con l’Africa Cuamm è la prima ong in campo sanitario riconosciuta in Italia e la più grande organizzazione italiana per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni africane.**

**Realizza progetti a lungo termine in un’ottica di sviluppo. A tale scopo si impegna nella formazione in Italia e in Africa delle risorse umane dedicate, nella ricerca e divulgazione scientifica e nell’affermazione del diritto umano fondamentale della salute per tutti.**

Due essenzialmente gli obiettivi della *mission*:

1. **migliorare lo stato di salute in Africa, nella convinzione che la salute non è un bene di consumo, ma un diritto umano universale per cui l’accesso ai servizi sanitari non può essere un privilegio;**
2. **promuovere un atteggiamento positivo e solidale nei confronti dell’Africa, ovvero il dovere di contribuire a far crescere nelle istituzioni e nell’opinione pubblica interesse, speranza e impegno per il futuro del continente.**

### 3.2. I VALORI

I valori di riferimento alla base della *mission* e dell’attività dell’organizzazione sono:

- > ispirazione cristiana e legame alla Chiesa: è esplicito il continuo riferimento ai valori cristiani e al Vangelo;
- > “con l’Africa”: l’organizzazione lavora esclusivamente insieme ai popoli africani, coinvolgendo le risorse umane locali ai diversi livelli. L’essere con l’Africa sottolinea la concezione di condivisione, partecipazione profonda, scambio, sforzo in comune, facendo emergere non solo i bisogni e i problemi ma anche i valori legati al continente africano con un’ottica di sviluppo su lungo periodo;
- > il valore dell’esperienza: Medici con l’Africa Cuamm può vantare più di cinquant’anni di attività a favore dei Paesi in via di sviluppo;
- > competenza specifica ed esclusiva nell’ambito medico-sanitario;
- > riservatezza: l’idea di base è che chi ha bisogno, e non chi aiuta, merita il primo piano e l’attenzione. Medici con l’Africa Cuamm si propone, come ambito di esperienza, a tutte le persone che credano a valori quali il dialogo, la cooperazione, il volontariato, lo scambio fra le culture, l’amicizia tra i popoli, la difesa dei diritti della persona umana, il rispetto della vita, la disponibilità al sacrificio personale, la scelta dei poveri, lo spirito di servizio e condividano i criteri di intervento dell’organismo.

## 4. Visione del futuro: Medici con l’Africa Cuamm e gli Obiettivi del Millennio

Il nostro impegno per la salute, originato dall’imperativo evangelico di curare gli infermi, in continuità con l’impegno preso con la Dichiarazione di Alma Ata del 1978 e rafforzato dall’emergere della cultura dei diritti umani, è chiamato in gioco dalla sfida lanciata dall’Agenda del Millennio, che fa del diritto alla salute uno dei pilastri della lotta alla povertà.

Una società basata sulle libertà individuali e sulla responsabilità collettiva, un modello di sviluppo economico attento alla protezione dei più deboli e dell’ambiente, sono parte di un circolo virtuoso in cui educazione e salute costituiscono elementi essenziali per lo sviluppo individuale e collettivo.

In un mondo globalizzato come quello in cui viviamo oggi, le differenze dei livelli di salute, rilevate da speranza di vita e mortalità materna e infantile, sono moralmente, economicamente e politicamente inaccettabili.

Il dibattito circa la fattibilità di ottenere miglioramenti allo stato di salute dei paesi poveri, prima che essi abbiano raggiunto progressi economici, toglie slancio allo sforzo di estendere su larga scala la disponibilità di tecnologie mediche relativamente semplici, ma capaci di salvare milioni di persone, se applicate non individualmente ma come pacchetto epidemiologicamente adeguato.

La maggioranza delle 500.000 donne che muoiono, ogni anno nel mondo, sopravviverebbe se fossero assistite correttamente da un’ostetrica durante la gravidanza e il parto e se, nel caso, purtroppo frequente, di complicazioni, un medico fosse disponibile.

Circa undici milioni di bambini muoiono ogni anno a causa, per lo più, di malattie facili da curare e da prevenire come diarree, infezioni respiratorie e malaria. Il virus Hiv/Aids è responsabile per meno del 5% delle morti di bambini.

La malnutrizione, che gioca come fattore concomitante in metà delle morti infantili, non è dovuta, nella maggior parte dei casi, a mancanza di cibo, ma a ripetuti episodi infettivi e a inadeguate pratiche nutrizionali.

Medici con l’Africa Cuamm non ha interesse per uno sterile dibattito sul primato dell’economia rispetto al potenziamento della salute e dell’educazione, ma vuole impegnarsi su due versanti: in Africa per provare che l’esperienza, le conoscenze e i mezzi per migliorare la salute dei poveri in modo rapido, sostenibile e misurabile sono, oggi, disponibili, ovunque; e a livello internazionale per promuovere l’idea che la sicurezza dei ricchi sarà possibile solo se ci sarà sviluppo per i poveri. Pace e giustizia sono inseparabili, universali e raggiungibili.

La lotta alla povertà è ufficialmente diventata l’obiettivo comune di tutte le nazioni, che si sono impegnate a investire risorse, avviare riforme, misurare progressi, dandone relazione e raggiungere otto grandi Obiettivi entro il 2015.

Di particolare rilevanza per Medici con l’Africa Cuamm sono gli Obiettivi riguardanti la malnutrizione, la riduzione della mortalità materna e di quella infantile e il controllo delle grandi epidemie.

Il fatto che privilegiamo gli obiettivi più direttamente sanitari non deve portare a credere che non ci interessino anche gli altri: combattere la povertà e la discriminazione femminile, promuovere un più efficace e importante utilizzo di risorse finanziarie per lo sviluppo, perseguire l’alfabetizzazione universale sono tutti elementi prioritari nel quadro del nostro impegno per la salute.

Sappiamo inoltre che il costo totale per persona di un pacchetto sanitario salvavita è di circa 38 dollari, (WHO, “*Macroeconomics and health: investing for economic development*”, 2001) il che significa che il mondo benestante dovrebbe probabilmente investire, per i paesi più poveri, circa 20 dollari l’anno *pro capite* fino a quando le risorse nazionali potranno farsi carico di questi costi.

Una somma non indifferente, ma assolutamente sostenibile tenendo conto che l’economia mondiale continua a generare ricchezza a una velocità e a dei livelli mai visti in precedenza e nell’ipotesi molto rea-

listica che la salute è probabilmente la via d'uscita più rapida ed economica dalla trappola della povertà in cui miliardi di poveri si dibattono.

#### 4.1. RUOLO DI MEDICI CON L'AFRICA CUAMM IN AFRICA

Per più di cinquant'anni Medici con l'Africa Cuamm si è occupato di ospedali: li ha ristrutturati, equipaggiati, gestiti in uno sforzo continuo per migliorarne la qualità dei servizi, l'efficienza e l'accessibilità finanziaria.

Sono stati formati professionisti della salute in Italia e in Africa. L'organismo ha sostenuto le attività curative, preventive e riabilitative sul territorio e ultimamente si è impegnato nelle attività finanziate dal Fondo globale contro la malaria, la tubercolosi e l'Hiv/Aids.

Durante i prossimi anni vogliamo valorizzare tutta l'esperienza acquisita per provare che, fornendo un'adeguata miscela di servizi efficaci, da produrre e distribuire a livello di ospedale, unità periferica e comunità/famiglia, è possibile ottenere un impatto positivo e ben verificabile sulla salute della popolazione interessata.

#### 4.2. OSPEDALI

##### 4.2.1. Componente tecnica

Medici con l'Africa Cuamm ritiene che un ospedale efficiente, equo e accessibile a tutti, specie ai più poveri, sia una componente indispensabile del sistema sanitario locale e si impegna a rafforzarne la componente tecnica, privilegiando quei servizi che non possono essere forniti ai livelli più vicini alla popolazione e che hanno un impatto diretto sulla salute pubblica, in particolare sulla mortalità materna e infantile, sulla prevenzione e sul trattamento delle disabilità.

La corretta e tempestiva pratica del taglio cesareo e l'adeguato trattamento dell'Hiv/Aids, sono importanti indicatori pratici della capacità tecnica di un ospedale di svolgere le sue funzioni istituzionali. Moltissimi sforzi miranti a ridurre la mortalità materna sono falliti per mancanza di adeguati investimenti nelle strutture ospedaliere. L'ospedale deve assumersi anche la responsabilità della correzione delle fistole vescicovaginali, conseguenze tragiche di mancata assistenza al parto che riducono migliaia di donne a vivere nell'emarginazione totale e che sono patologie rivelatrici, insieme alle mutilazioni genitali, dell'inaccettabile discriminazione delle bambine e delle donne.

##### 4.2.2. Gestione dell'ospedale

Una gestione efficiente dell'ospedale è nostro costante obiettivo, perché siamo convinti che la qualità

dei servizi sia compromessa da un *management* incompetente.

Le risorse finanziarie e umane, le attrezzature, gli edifici, i farmaci e ogni altro elemento del processo di produzione dei servizi sanitari devono essere usati in modo efficace ed efficiente a servizio dei pazienti e del personale al fine di ottimizzare gli effetti positivi, contenendo i costi di produzione.

L'ospedale, distrettuale o regionale, comparabile a una media-piccola impresa, dovrebbe essere gestito da un *manager*, figura professionale ancora molto rara nei paesi in cui operiamo. L'appoggio, lo sviluppo e la formazione di questo professionista costituiranno una delle priorità future dell'organismo.

##### 4.2.3. Finanziamento dell'ospedale

L'ospedale è, per sua natura, il centro di produzione dei servizi sanitari di più alto costo rispetto a quelli che la famiglia e i centri periferici possono fornire. Esso deve, quindi, dedicarsi solo ai servizi che non possono essere espletati più economicamente a livelli meno sofisticati.

Per la maggior parte gli ospedali africani sono insufficientemente finanziati e, di conseguenza, impossibilitati a fornire servizi di qualità, risultando pertanto sottoutilizzati. Questo circolo vizioso è ulteriormente peggiorato dall'introduzione di tariffe (*user fees*), ufficiali o meno, a carico dei pazienti che rendono l'ospedale ancor meno accessibile in quanto finiscono per pagare proporzionalmente di più i poveri e gli ammalati che si trovano in condizione di maggior bisogno.

Gli attuali Fondi globali e i programmi verticali non solo non facilitano l'accessibilità economica ai servizi ospedalieri, ma spesso esacerbano le iniquità creando squilibri ed incentivi perversi.

I farmaci per alcune patologie, oggetto delle iniziative globali, sono gratuiti, mentre altre terapie, altrettanto o anche più importanti, sono disponibili solo nelle farmacie private e a caro prezzo. Sarà importante documentare questi effetti per apportare correttivi adatti. È necessario stimolare e sostenere forme eque di finanziamento del sistema sanitario, costruite sulla solidarietà e sulla condivisione del rischio (mutue locali, schemi di finanziamento comunitario, ecc.).

L'istituzione di un Fondo globale o di un'assicurazione internazionale, che permettano un finanziamento sicuro per le strutture ospedaliere pubbliche, o non finalizzate a scopo di lucro, sono obiettivi importantissimi che meritano di essere sviluppati e realizzati. In una prospettiva più immediata, sarà importante

per Medici con l’Africa Cuamm collaborare alle molte iniziative di appoggio ad assicurazioni che garantiscono la copertura dei costi in caso di eventi catastrofici.

#### 4.2.4. Consiglio di Amministrazione

Come ogni azienda produttiva, per ben funzionare, anche l’ospedale necessita di un organo di governo che vegli affinché gli interessi della proprietà, del personale e dei pazienti siano tenuti nella giusta considerazione e armoniosamente rispettati.

Questo aspetto di buon governo è spesso carente, con conseguenti gravi distorsioni dei diritti dei malati, che perdono qualsiasi possibilità di influenzare le scelte strategiche che hanno conseguenze rilevanti per la loro vita.

Medici con l’Africa Cuamm crede che la democrazia praticata richieda una partecipazione attiva dei rappresentanti delle popolazioni nella supervisione politica delle strutture, con missione di promuovere il bene pubblico, e vuole investire in un processo di accrescimento della capacità degli organi di governo degli ospedali.

Gli elementi sopra discussi sono essenziali affinché l’ospedale possa riuscire pienamente nel suo ruolo, richiederanno oltre che investimenti importanti di risorse umane e finanziarie, un notevole sforzo di analisi, monitoraggio, valutazione e ricerca per imparare dall’esperienza e sperimentare nuovi meccanismi atti a migliorare qualità, efficienza e accessibilità delle prestazioni nel contesto degli obiettivi di riduzione della mortalità.

Il tasso di mortalità materna è forse il più potente indicatore di efficacia del sistema sanitario e, in particolare, dell’abilità dell’ospedale di perseguire la sua missione di sanità pubblica.

#### 4.3. UNITÀ PERIFERICHE

Le unità periferiche, che forniscono un *mix* di servizi di qualità entro un’area geografica ben definita, con responsabilità precise per obiettivi prefissati, misurabili e possibilmente collegati alla remunerazione del personale, costituiscono il secondo elemento importante del sistema sanitario.

Sfortunatamente in moltissime unità periferiche i servizi sono pessimi per molte ragioni: staff carente o non qualificato, mancanza di farmaci, poca supervisione.

Il supporto alla rete delle unità periferiche e all’équipe distrettuale costituisce un’area prioritaria per Medici con l’Africa Cuamm in quanto una larga parte degli interventi efficaci a prevenire o trattare le cause più co-

muni di morbilità e mortalità possono essere prodotti a basso costo proprio in queste strutture semplici e vicine alla popolazione.

Il tasso di copertura vaccinale e il numero di visite per persona all’anno sono buoni indicatori del funzionamento delle unità periferiche ma, nei prossimi anni, ci impegniamo a misurare l’andamento della mortalità infantile come elemento motivante per un rilancio della rete periferica e del lavoro a sostegno delle famiglie nonché come criterio di successo dei nostri interventi.

#### 4.4. LE FAMIGLIE

Le famiglie, nel contesto delle rispettive comunità e culture, sono senz’alcun dubbio gli attori principali della salute dei propri membri e i naturali alleati per il successo di ogni iniziativa al riguardo.

Le condizioni di povertà in cui sono costrette a vivere le famiglie influenzano gli stili di vita che incidono sullo stato di salute. È fondamentale che le risorse necessarie siano messe a disposizione delle famiglie affinché possano adottare stili di vita positivi, quali ad esempio lavarsi le mani, bere acqua potabile, usare un gabinetto pulito, allattare i neonati, non fumare, bere con moderazione, evitare rischi legati al sesso, dormire sotto una zanzariera perché questo si ripercuote sulla salute individuale e pubblica.

Mantenere un registro anagrafico è un altro elemento importante per il bene pubblico.

In molti paesi poveri non è ancora in uso e deve essere rapidamente introdotto affinché tutti, autorità e cittadini, possano avere un quadro reale della situazione, dell’efficacia o meno delle iniziative condotte e comportarsi conseguentemente.

Una delle maggiori difficoltà per una forte iniziativa a sostegno delle famiglie è la scarsità di precedenti esperienze su larga scala in questo settore e la mancanza di personale preparato a questo compito specifico. La sfida richiede da parte di tutti un modo nuovo di relazionarsi alle comunità locali, con un approccio basato sul diritto alla salute e sull’implementazione di meccanismi innovativi mirati a rendere le famiglie capaci e dotate dei mezzi necessari per sviluppare pienamente le loro potenzialità.

#### 4.5. MEDICI CON L’AFRICA CUAMM E LE POLITICHE SANITARIE

Le politiche sanitarie sono spesso influenzate da fattori che tengono in poco conto i bisogni e il diritto alla salute di donne, bambini e diversamente abili nonché l’efficacia delle strategie adottate.

Con l'avvento sulla scena delle grandi fondazioni e dei fondi globali, il processo di elaborazione delle politiche si è ulteriormente complicato a causa del timore di perdere l'occasione di accedere a importantissimi finanziamenti, anche se le condizioni del finanziamento stesso o le capacità di assorbimento del paese non sono ideali.

Un altro aspetto problematico è la contraddizione tra le dichiarazioni di adesione di tutti i paesi all'impegno di raggiungere gli Obiettivi del Millennio e l'adozione da parte di alcuni Stati di regole macroeconomiche che impediscono tassativamente alla spesa pubblica di superare, per il settore sociale, una soglia determinata e comunque ben inferiore a quella necessaria per poter fornire il pacchetto essenziale di servizi sanitari richiesti per migliorare lo stato di salute dei poveri.

Medici con l'Africa Cuamm non vuole restare al margine di questo importantissimo dibattito che vede coinvolti i donatori, le agenzie e i ministeri dei paesi africani, ma spesso non le persone che lavorano a stretto contatto con i poveri.

La nostra conoscenza dei problemi, i nostri valori e il nostro impegno richiedono una partecipazione intelligente al processo di formulazione delle politiche a tutti i livelli.

I nostri interventi sul campo forniscono elementi preziosi su successi e problemi che si incontrano nell'implementazione delle diverse attività.

Diventa essenziale che queste esperienze, analizzate criticamente, vengano, attraverso un'attenta ma ampia azione di *lobby* e *advocacy*, condivise e inserite nel processo di elaborazione delle politiche nazionali e globali, onde evitare sprechi e ingiustizie. A tal fine è cruciale la nostra attiva partecipazione ad alleanze e *partnership* a livello nazionale, europeo e globale.

#### 4.6. LA SFIDA DELLE RISORSE UMANE

Non ci nascondiamo le complessità e gli ostacoli che si frappongono tra la visione descritta e la sua realizzazione. La scarsità e la cattiva utilizzazione delle risorse umane richiedono, per la loro importanza, un'attenzione particolare.

Alla ormai ben documentata e infelice distribuzione geografica di medici e infermiere, ostetriche e altri tecnici della salute che, da sempre e per ovvi motivi, tendono a concentrarsi nelle grandi città lasciando sguarniti i servizi periferici, si è aggiunta, durante gli ultimi decenni, una massiccia migrazione dai paesi poveri verso quelli meno poveri e successivamente verso l'Europa e il Nord America.

Tra coloro che sono rimasti, molti professionisti della salute combinano una presenza spesso simbolica nel settore pubblico con un lavoro a tempo pieno e lucrativo nel privato. I migliori professionisti sono stati impiegati da agenzie internazionali, cooperazioni bilaterali, ong e progetti. Tutti ormai sono abituati ad aspettarsi un pagamento suppletivo per espletare mansioni che, pur essendo parte integrante del lavoro, vengono eseguite nel contesto di progetti specifici.

Si è arrivati al punto di frequentare solo le riunioni in cui è prevista un'indennità di presenza. Vale anche la pena menzionare che non è assolutamente infrequente che professionisti e tecnici della salute spendano porzioni sostanziali del loro tempo in attività di formazione pagata, non sempre rilevanti o efficaci, ma sicuramente economicamente attraenti. Questo stato di cose ha raggiunto un livello tragico per le popolazioni e indecoroso per i professionisti della salute. Medici con l'Africa Cuamm, che da sempre si impegna a formare quadri locali competenti, si sente chiamato a lavorare verso un rinnovamento delle modalità di gestione delle risorse umane, come riforma indispensabile e urgente per ottenere i risultati concordati.

#### 4.7. FATTORI DETERMINANTI, NON MEDICI, DELLA SALUTE

Medici con l'Africa Cuamm vuole limitare il suo campo d'azione alle attività prettamente sanitarie, ma non può ignorare, nella ricerca di un impatto misurabile, altri fattori che direttamente condizionano lo stato di salute. Intende quindi impegnarsi a stabilire alleanze programmatiche con *partner* esperti nei seguenti campi:

- > acqua e igiene personale e ambientale;
- > sicurezza alimentare, agricoltura e pratiche nutrizionali adeguate;
- > microcredito, opportunità economiche e pensioni sociali;
- > educazione e informazione.

L'integrazione delle attività mediche ai tre livelli con le attività sovra esposte permetterebbe di ottenere un miglioramento degli indicatori di salute e nutrizionali nelle zone di intervento.

#### 4.8. L'APPROCCIO DI MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

La responsabilità primaria di garantire il diritto alla salute per i propri cittadini spetta ai governi e alle società africane con l'appoggio della solidarietà internazionale. La molteplicità delle iniziative di coopera-

zione è tale che spesso la già fragile infrastruttura nazionale ne viene sopraffatta.

Medici con l'Africa Cuamm si pone in questo complicato scenario come aiuto al Sistema Sanitario Nazionale dei paesi, facendo attenzione a non essere mai protagonista ma sempre discreto facilitatore e, quando necessario, supplente.

La sostenibilità degli interventi necessari a raggiungere e mantenere gli Obiettivi del Millennio non viene da noi vista nell'ambito locale o nazionale bensì nella sua dimensione internazionale.

Lo sforzo dei donatori potrà essere ridotto solo quando l'economia dell'Africa sarà in grado di assumersi i costi della salute per tutti i cittadini, anche i più poveri.

Continueremo, quindi, con estrema flessibilità, a riabilitare strutture, fornire attrezzature e farmaci, provvedere risorse umane e finanziarie, formare personale, ma non come progetto fine a se stesso, ma come mezzo per aiutare i governi e le comunità africane a raggiungere gli obiettivi di salute concordati.

## 5. Obiettivi e progetti strategici per il 2008-2015

### 5.1. OBIETTIVO PRIORITARIO

**Medici con l’Africa Cuamm si impegna a diventare un centro di riferimento per il rafforzamento dei sistemi sanitari in Africa.**

In questo particolare momento storico, la sfida è dimostrare alla comunità internazionale, sulla base di una lunga e attiva esperienza in Africa, che un sistema sanitario efficace, equo e accessibile è indispensabile per garantire un incremento significativo della salute dei popoli africani e che è doveroso, urgente e strategico per tutti operare in questa direzione.

### 5.2. OBIETTIVI STRATEGICI IN ITALIA E IN AFRICA

Per raggiungere l’obiettivo prioritario, Medici con l’Africa Cuamm deve lavorare in più direzioni, pur connesse e interdipendenti e i cui obiettivi strategici risultano spesso trasversali.

Pertanto intende:

> **rafforzare la propria identità, sia all’interno sia all’esterno.**

Medici con l’Africa Cuamm è fortemente consapevole di potersi mettere a servizio dei popoli africani e della nostra società civile proponendo con autorevolezza il proprio modello di cooperazione incentrato sulla promozione del diritto alla salute inteso quale pilastro della lotta alla povertà e fattore fondamentale di sviluppo.

Riteniamo di dover attestare presso i popoli economicamente più ricchi che non si deve rinunciare alla sfida di rafforzare in modo capillare le condizioni sanitarie in Africa perché l’esperienza, le conoscenze, i mezzi per migliorare in modo veloce e sostenibile la salute dei poveri sono oggi disponibili e vanno utilizzati.

In tale ottica è fondamentale e prioritario promuovere la consapevolezza e la condivisione di tali principi ispiratori e degli obiettivi da realizzare, sia all’interno dell’organizzazione, tramite lo scambio

di informazioni e l’adozione di procedure operative precise e trasparenti, sia all’esterno, attraverso un’intensa e mirata attività di comunicazione, *lobby*, *advocacy* e mobilitazione di risorse umane e finanziarie.

> **Agire sulla linea e nella prospettiva del diritto alla salute e dei *Millennium Development Goals*, con particolare riferimento agli obiettivi legati alla malnutrizione, alla riduzione della mortalità materna e infantile e al controllo delle grandi endemie, favorendo anche un miglioramento delle condizioni di salute delle famiglie africane.**

Medici con l’Africa Cuamm vuole partecipare attivamente a questa sfida, privilegiando il proprio approccio ai problemi sanitari africani: approccio di tipo integrato, capillare e a lungo termine.

L’organismo vuole anche creare collaborazioni e alleanze a livello nazionale e internazionale, allo scopo di poter agire più sinergicamente e a più livelli nei diversi paesi africani.

> **Diventare centro di cultura, ricerca, documentazione e divulgazione scientifica nel settore della salute in Africa, inserendosi nella rete internazionale.**

Perché Medici con l’Africa Cuamm diventi, a livello internazionale, modello di riferimento per la cooperazione allo sviluppo della salute in Africa, riteniamo necessario un forte impegno sul versante della produzione, raccolta, analisi e disseminazione del sapere medico e sanitario nei campi di specifica pertinenza.

Medici con l’Africa Cuamm intende pertanto inserirsi nella rete del sapere scientifico di alto livello e contribuire alla produzione di tale sapere attraverso attività che includano una componente di ricerca applicata, oltre che un rigoroso processo di monitoraggio e valutazione delle sue attività.

### 5.3. OBIETTIVI OPERATIVI

Intendiamo valorizzare tutta la nostra esperienza per migliorare la qualità dei servizi sanitari africani, in termini di efficienza, equità e di accessibilità finanziaria, e per formare personale adeguato sia in Italia sia in Africa.

Ciò per provare che con un approccio integrato, che preveda una combinazione di servizi da fornire a livello di ospedali, di unità periferiche e di comunità/famiglie, i sistemi sanitari africani possono dare un contributo sostanziale al miglioramento della salute.

Per ottenere risultati misurabili in questa direzione, Medici con l'Africa Cuamm si è posto i seguenti obiettivi operativi da raggiungere nei prossimi anni:

- > **promuovere una presenza programmatica di rilievo in almeno dieci paesi africani, in aree sia rurali sia urbane, allargando la cooperazione all'Africa Occidentale.**
- > **Elaborare e implementare, in *partnership* con altre ong e organismi internazionali qualificati, programmi integrati, nei settori della sanità, sicurezza alimentare, acqua, agricoltura e micro-credito, in almeno tre paesi africani in modo da dimostrare un impatto misurabile sulla salute.**
- > **Partecipare alla creazione di un ampio consenso, a livello di organismi internazionali, europei e italiani, riguardo alla necessità di rafforzare, dall'interno, i sistemi sanitari africani rendendoli efficienti, equi e accessibili.**
- > **Influenzare incisivamente, tramite attività di *lobby* e alleanze strategiche e programmatiche, le decisioni in materia di cooperazione particolarmente a livello dell'Unione Europea, dell'Unione Africana e del governo italiano<sup>4</sup>.**
- > **Incrementare e razionalizzare le attività di formazione culturale, professionale e scientifica mirate a una migliore conoscenza della realtà sociale e sanitaria in Africa, impegnandoci a incanalare tutte le attività formative in un *master* sui sistemi sanitari africani da istituire e gestire in collaborazione con atenei di prestigio.**
- > **Migliorare la propria organizzazione gestionale, implementando, in tutti i settori, procedure trasparenti, condivise ed efficaci, per incrementare l'*accountability* a tutti i livelli e per acquisire i requisiti necessari per la certificazione di qualità dell'organismo.**
- > **Mettere al centro della realizzazione di questo piano strategico il capitale umano dell'organismo in tutte le sue espressioni, dagli studenti ai pensionati, dai rientrati ai gruppi, dai volontari agli esperti, con un'ottica di internazionalizzazione e valorizzazione delle risorse umane.**
- > **Aumentare le risorse finanziarie di almeno il 15% annuo.**

<sup>4</sup> Con particolare attenzione alle modalità di creazione dell'Agenzia di Cooperazione.

## 6. Strategie trasversali per raggiungere gli obiettivi

Gli obiettivi prospettati sono qui di seguito analizzati considerando le “strategie trasversali” che verranno adottate per il loro raggiungimento. Esse verranno poi meglio articolate e approfondite nella sezione “Strategie settoriali”.

### 6.1. STRATEGIE TRASVERSALI DELL'ESSERE

In ordine al rafforzamento, sia all'interno sia all'esterno, dell'identità dell'organizzazione, nell'ottica di una consapevolezza e di una promozione dei valori che ne hanno ispirato e ispirano le attività, Medici con l'Africa Cuamm intende:

- > promuovere unitarietà e coerenza all'interno della sede centrale e tra i vari settori tramite l'adozione di procedure interne chiare e condivise e di una migliore circolazione delle informazioni;
- > promuovere unitarietà e coerenza (di pensiero e azione) tra sede centrale e i coordinamenti dei paesi africani;
- > investire nelle risorse umane (in numero e professionalità) nella sede centrale e nei paesi africani;
- > promuovere un maggior coinvolgimento dei volontari, dei membri effettivi, dei gruppi e di tutti coloro che, a vario titolo e con modalità diverse, partecipano alla vita dell'organismo.  
Attraverso attività di informazione sulle iniziative, sui principi ispiratori di esse e sugli approcci adottati nei vari contesti, l'identità e le peculiarità di Medici con l'Africa Cuamm risulteranno rafforzate anche nei confronti di un pubblico più vasto, che sarà quindi in grado di riconoscerlo e di distinguerlo da altri organismi;
- > promuovere attività di formazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulle tematiche africane, acquisendo riconoscibilità e affidabilità.

### 6.2. STRATEGIE PORTANTI DEL SAPERE

Allo scopo di qualificarsi centro di cultura e divulgazione scientifica nel settore della cooperazione

allo sviluppo e della salute in Africa ci si propone di:

- > operare una profonda evoluzione culturale dell'organizzazione prevedendo sia l'affinamento delle competenze scientifiche e professionali degli operatori e del personale locale sia l'adozione di una funzione gestionale (*knowledge management*) che assicuri il fluire delle conoscenze e la diffusione di *best practices* e *lessons learned* da settore a settore e da paese a paese;
- > diventare, sulla base delle esperienze condotte, centro di documentazione e divulgazione scientifica;
- > promuovere una cultura dei risultati, documentando, attraverso un attento monitoraggio e un'adeguata ricognizione, l'efficacia dei metodi adottati nel lavoro sul campo anche al fine di stimolarne l'utilizzo da parte di altre organizzazioni;
- > promuovere attività di ricerca applicata anche per fornire, con adeguate pubblicazioni, contributi originali sulla conoscenza delle malattie e sulle problematiche della salute in Africa;
- > sviluppare collaborazioni con università italiane e straniere, enti di ricerca, organizzazioni nazionali e internazionali per incrementare la crescita culturale dell'organismo e qualificare le attività di ricerca;
- > contribuire a rendere patrimonio comune l'idea che il miglioramento delle condizioni di vita delle popolazioni africane, oltre che essere un loro diritto, rappresenta una necessità e una sicurezza per i paesi ricchi.

### 6.3. STRATEGIE TRASVERSALI DEL FARE

Per cogliere le sfide del mondo attuale e contribuire in maniera significativa alla realizzazione delle promesse dell'Agenda del Millennio, Medici con l'Africa Cuamm intende:

*all'interno:*

- > le risorse umane dell'organismo devono continuare a coniugare lo spirito di servizio, di solidarietà e di

- dedizione, con un'alta professionalità e competenza;
- > prevedere il reclutamento di nuovi profili che meglio rispondano alle necessità e alle nuove sfide e soprattutto creare un *pool* stabile di professionisti che renda l'organismo capace di continuità e innovazione;
  - > investire su figure giovani e su persone di provata esperienza (*talent management*);
  - > valorizzare la formazione e il perfezionamento delle conoscenze del personale già impiegato e/o che verrà coinvolto nelle attività (*performance management* e *career development*).
- L'attenzione alle risorse umane non si prevede limitata al cosiddetto personale "espatriato", ma andrà a interessare direttamente anche quello africano;
- > espandere la base associativa a tutti i livelli della società civile;
- all'esterno:*
- > esplorare nuove modalità di intervento per aiutare le famiglie e le comunità ad appropriarsi del loro ruolo primario di responsabili della produzione di salute;
  - > focalizzare l'attenzione su donne, bambini e diversamente abili, in quanto soggetti particolarmente vulnerabili e bisognosi di interventi;
  - > confermare e rafforzare il modello di approccio integrato (ospedale, unità periferiche, comunità e famiglie) e dimostrare operativamente la validità e l'efficacia in campo sanitario dei criteri di accessibilità ed equità;
  - > contribuire al rafforzamento della componente tecnica, della gestione, della *governance* e del finanziamento degli ospedali e delle unità periferiche;
  - > promuovere il coordinamento tra realtà governativa e realtà non profit;
  - > inserire formalmente e in maniera sostanziale l'organismo all'interno del sistema sanitario dei paesi africani;
  - > estendere l'interesse e la progettualità dell'organismo anche ai paesi francofoni;
  - > rappresentare, a livello nazionale e internazionale, le esigenze sanitarie dell'Africa e influenzare le decisioni politiche in materia di cooperazione allo sviluppo;
  - > realizzare *partnership* con organizzazioni internazionali e ong per l'attuazione, in Africa, di progetti sanitari e attività complementari (acqua e igiene personale e ambientale, agricoltura, sicurezza alimentare e pratiche nutrizionali, microcredito, opportunità economiche e pensioni sociali, educazione).

## 7. La scelta dei paesi

Attualmente Medici con l'Africa Cuamm è presente in sette paesi, Angola, Etiopia, Kenya, Mozambico, Sudan, Tanzania e Uganda.

In alcuni di questi, i primi progetti iniziarono alla fine degli anni Cinquanta, spesso in seguito a richieste di aiuto da parte delle chiese locali, e le iniziative progettuali si sono susseguite con una certa continuità, anche se in aree e settori a volte diversi.

Il mutato sistema degli aiuti e delle politiche di supporto, nonché le trasformazioni in atto nella realtà dei paesi africani, richiedono un approccio che, con chiarezza, definisca precisi obiettivi di intervento e vere e proprie strategie di entrata considerando, già nella fase di definizione e di realizzazione degli interventi, un insieme di misure che porteranno all'uscita dal paese. Essere "con l'Africa", inoltre, presuppone uno sguardo più ampio che si estende a paesi africani dove l'organismo ancora non è presente.

Sguardo e attenzione che per Medici con l'Africa Cuamm non devono necessariamente portare all'avvio di attività in nuovi paesi, ma che possono limitarsi alla considerazione di altre realtà, dei loro sistemi sanitari, delle principali politiche e tendenze socio-economiche per seguirne l'evoluzione nel tempo.

Anzi, la conoscenza dei contesti africani, anche quelli in cui non si opera, è una ricchezza per l'organismo, poiché nella loro diversità e complessità, essi servono a capire meglio la realtà africana, i meccanismi di cambiamento in atto e, anche, anticiparne le tendenze. Tale conoscenza potrà, inoltre, essere estremamente utile, quando si decidesse di aprire a nuovi paesi.

### 7.1. CRITERI DI ENTRATA

Le radici confessionali dell'organismo trovano espressione nel nostro unico obiettivo che è la realizzazione del diritto alla salute, per tutti e in particolare i più poveri.

In tal senso, la nostra strategia principale è lo sviluppo di sistemi sanitari efficienti, equi e accessibili. Ci impegneremo anche in emergenze acute in paesi dove sia-

mo già presenti. Continueremo a operare in caso di crisi che colpiscono aree in cui ci troviamo e applicheremo i criteri di entrata definiti qui di seguito per i paesi in fase di transizione.

Un database conterrà i *dossier* informativi che via via verranno creati e aggiornati, attraverso la raccolta di dati e indicatori sulle situazioni socio-sanitarie dei vari paesi africani tratti da un insieme di documenti strategici e di pianificazione internazionalmente riconosciuti. Dal database si ricaveranno le informazioni principali che verranno prese in considerazione nella scelta di intervenire in un determinato paese.

I criteri di entrata dovranno essere verificati in preparazione dell'avvio di attività di cooperazione in paesi in cui non siamo ancora presenti, al fine di definire e quantificare gli obiettivi dell'intervento, la sua possibile durata, le risorse umane, tecniche, finanziarie e le forme organizzative e di supporto logistico che si renderanno necessarie.

Sulla base della nostra missione e dei nostri valori, la decisione di impegnarci in una determinata area sarà guidata dai seguenti criteri:

- > l'entità dei bisogni dei gruppi prioritari, donne, bambini e diversamente abili;
- > i contesti nei quali questi bisogni si esprimono, tenendo in considerazione sia le aree rurali sia le aree urbane degradate e sovraffollate;
- > le situazioni particolarmente a rischio di eventi epidemici e catastrofi naturali;
- > l'esistenza di un potenziale per la mobilitazione di risorse finanziarie;
- > le opportunità di *partnership* programmatiche;
- > la possibilità che il nostro intervento catalizzi ulteriori effetti positivi sulla salute della popolazione;
- > le condizioni minime di sicurezza sia per il personale, sia per la possibilità di operare.

### 7.2. CRITERI DI USCITA

Come per l'entrata così per l'uscita riteniamo di dover esplicitare i criteri su cui si basano le nostre decisioni.

Sosteniamo, infatti, che la condivisione delle strategie, inclusi i criteri di uscita dal paese, con i principali interlocutori e *partner*, sia un prezioso contributo alla sostenibilità dei risultati.

Cambiamenti significativi di priorità e di politiche nei paesi in cui Medici con l’Africa Cuamm lavora forniscono motivo di revisione della strategia paese, così come lo sono il raggiungimento dei risultati definiti nel Piano strategico paese o il venir meno delle condizioni specificate nei criteri di entrata.

### 7.3. INDICAZIONI OPERATIVE STRATEGICHE

Di fronte all’enormità dei bisogni sanitari del continente africano riteniamo di dover reperire le necessarie risorse per operare in almeno 10 paesi, inclusi i sette in cui siamo già presenti, per raggiungere almeno 5 milioni di persone entro il 2015.

Alla luce dei principi generali sopra riportati e con una attenzione speciale a donne, bambini e diversamente abili, si ritengono utili le seguenti considerazioni strategiche:

> è necessario consolidare e rafforzare la presenza nei sette paesi dove attualmente stiamo operando. Per un reale impatto sulla salute delle popolazioni allargheremo, in *partnership* e sinergia con altre associazioni, le attuali aree geografiche e strategie d’intervento tenendo in considerazione i tre livelli essenziali e complementari: l’assistenza ospedaliera di secondo livello, il supporto dei servizi a livello della rete pe-

riferica (posti e centri di salute) e soprattutto il supporto di strategie d’intervento a livello comunitario;

- > non possiamo ignorare le situazioni di degrado e di sovraffollamento di molte realtà periferiche urbane. Alla luce dell’attuale situazione dei paesi dove operiamo è essenziale valutare una possibile presenza nelle periferie di Nairobi (Kenya) e Luanda (Angola) e/o in altre città;
- > ci impegniamo a continuare la nostra preparazione per rispondere adeguatamente a eventi epidemici o catastrofi che possano colpire le popolazioni delle aree in cui siamo presenti;
- > per fedeltà alla nostra vocazione di “essere con l’Africa” vogliamo allargare la nostra presenza nella parte occidentale del continente in almeno tre paesi;
- > per un maggior impatto sulla salute e in linea con gli Obiettivi del Millennio, opereremo in *partnership* con altre associazioni o organismi competenti per migliorare l’accesso all’acqua potabile, lo stato nutrizionale, l’educazione, la parità dei sessi e le condizioni economiche delle popolazioni beneficiarie, dedicando cioè particolare attenzione agli aspetti multi-disciplinari e intersettoriali maggiormente correlati alla salute;
- > nella programmazione triennale e annuale, in coerenza con gli obiettivi strategici, saranno individuati e definiti la metodologia attuativa, le risorse disponibili, i tempi di attuazione e la valutazione dei contesti nei quali si andrà a operare.

# **Allegato 1**

*L'organizzazione interna: Strategie settoriali*



# La gestione

I continui e rapidi cambiamenti della cooperazione internazionale richiedono un profondo mutamento della nostra cultura e delle nostre strutture, non solo programmatiche ma anche operative, per continuare a servire con efficienza ed efficacia la nostra missione. Le capacità gestionali e l'organigramma devono essere portati all'altezza di questo obiettivo.

## 1. OBIETTIVO STRATEGICO

**Trasformare Medici con l'Africa Cuamm in un'organizzazione caratterizzata dal *result-based management*.**

Il primo passo è quello di un cambiamento culturale all'interno stesso dell'organismo, che preveda un passaggio da una "amministrazione contabile a progetto" a una concezione di "amministrazione manageriale e trasversale" a tutti i settori, sia a livello centrale che a livello di progetti e di coordinamenti-paese.

## 2. STRATEGIE

Per garantire successo al cambiamento è necessario consentire alle persone coinvolte l'acquisizione e la condivisione della conoscenza del *result-based management*.

Si dovranno promuovere processi di lavoro condivisi, armonici e trasparenti che permettano di ottimizzare tempi e risorse per la sede centrale e a livello di paesi.

## 3. LA SITUAZIONE ATTUALE

L'articolazione del Settore è molto complessa. Molte delle funzioni che svolge sono trasversali e di conseguenza le risorse umane a esse preposte debbono essere in grado di corrispondere alle diversità e alle esigenze proprie di ciascuna realtà gestionale. L'attuale assetto, cresciuto nel corso del tempo, seppure con ovvie difficoltà e con le caratteristiche proprie di un ente ecclesiastico, ha saputo corrispondere sufficientemente alle necessità organizzative e amministrative richieste dalle dimensioni dell'ente medesimo.

L'aumento delle relazioni con altri soggetti e la diversificazione dei donatori e dei *partner* per le attività della ong hanno fatto emergere più chiaramente i bisogni di riorganizzazione e di rafforzamento in termini di logistica, informatizzazione e di risorse umane professionalmente motivate e competenti.

In questo senso anche gli *audit* ai quali l'organizzazione è stata sottoposta dai nuovi donatori istituzionali, seppure molto impegnativi, si sono rivelati ottime opportunità per misurare le capacità di gestione dell'organizzazione.

È risultato evidente che, pur a fronte di un corretto e ineccepibile utilizzo dei finanziamenti concordati, non corrisponde un assetto organizzativo e gestionale che garantisca al meglio standardizzazione, controllo, trasparenza e qualità. Nella prospettiva di trasformare Medici con l'Africa Cuamm in un'organizzazione moderna ed efficiente si rendono necessari interventi molto precisi e sostanziali per consolidare le capacità gestionali della sede centrale e di coordinamento.

## 4. LA RIORGANIZZAZIONE COMPLESSIVA

Sono fondamentali, per facilitare il raggiungimento dell'obiettivo strategico, alcuni investimenti specifici finalizzati alla nostra *capacity building*, i cui costi dovranno essere pianificati, in senso temporale, e le necessarie risorse finanziarie individuate al di fuori delle disponibilità di bilancio ordinarie sulle quali organizziamo le attività annuali. Si tratta, quindi, di:

- > creare situazioni logistiche dignitose che consentano ai funzionari dei settori e ai loro responsabili di organizzare il lavoro senza disagi e con spazi sufficientemente adeguati alle capienze dell'organigramma;
- > fornire strumenti aggiornati (soprattutto in campo informatico) e adeguato supporto a ciascun settore per rispondere alle esigenze delle diverse operatività;
- > elaborare un piano formativo del personale di ciascun settore che consenta, nel primo biennio, un

rafforzamento complessivo delle conoscenze e delle competenze e, negli anni a seguire, un aggiornamento periodico per aree di lavoro e per funzioni;

- > offrire ai Responsabili di settore e ai propri collaboratori un pacchetto formativo specifico per il consolidamento della lingua inglese in linea con la vocazione internazionale dell'organismo.

## 5. PROSPETTIVE DI INTERVENTO PER LA SEDE

Al settore Amministrazione afferiscono tutti gli aspetti organizzativi e amministrativi dell'Ente. In questo senso le aree di lavoro del settore deputate alla gestione del personale, dei progetti e della contabilità sono affidate a coordinatori che, agendo su delega del Responsabile amministrativo, si avvalgono di alcuni collaboratori per assicurare l'esecuzione dei mandati operativi.

Per ogni Responsabile di settore, dovranno essere definiti livelli di delega chiari e circoscritti con i quali si potrà assicurare una gestione puntuale, elastica e solida dei processi di lavoro.

L'impostazione organizzativa emergerà in modo esplicito dalle procedure di cui ogni settore dovrà dotarsi attraverso una consulenza specifica già in corso. Esse non rappresenteranno un traguardo definitivo ma uno strumento che necessita di costante monitoraggio e aggiornamento.

Dovranno essere separate le funzioni di tesoreria, di contabilità e di controllo della gestione, sia per gli aspetti generali dell'organizzazione, sia in rapporto agli impegni che si assumono contrattualmente con i diversi donatori.

La contabilità dell'organismo dovrà contare su un solido *software* adeguato alle nuove esigenze di cambiamento che consenta l'integrazione delle contabilità dei diversi progetti, inclusi quelli locali, con quella generale dell'organizzazione.

La certificazione del bilancio, che già da alcuni anni l'organismo ottiene da una delle maggiori società di revisione, assumerà un valore più completo fornendo maggiori elementi di valutazione sullo "stato di salute" dei nostri conti.

Lo sviluppo di alcuni contratti con donatori internazionali rende necessario un rafforzamento delle capacità di gestione anche nell'ambito del *procurement*.

In quest'area abbiamo deciso di fare nostre le linee guida dell'Unione Europea acquisendo dimestichezza e operatività specifiche per ri-orientare i processi di approvvigionamento.

## 6. PROSPETTIVE DI INTERVENTO PER I COORDINAMENTI IN AFRICA

Similmente a quanto previsto per la sede, anche nei paesi nei quali l'organismo ha stabilito negli anni la propria presenza, si dovranno creare condizioni di lavoro e di gestione più conformi ai nuovi *standard*.

Nelle sedi di coordinamento, nelle quali è stato possibile acquisire gli immobili e le varie attrezzature, garantiremo un periodico e adeguato processo di monitoraggio, manutenzione e tutela, al fine di conservare e, se possibile, incrementare il valore degli investimenti effettuati.

Nei paesi in cui ci siamo orientati a incrementare la nostra presenza, supportata da solide alleanze con il governo e la chiesa locali, verificheremo la possibilità di individuare una sede stabile e valutare l'opportunità di acquisire, a titolo di proprietà, un immobile.

Dal punto di vista gestionale, soprattutto nei paesi più impegnativi e con una consistente mole di lavoro, riconsidereremo gli organigrammi. In particolare, per assicurare un'amministrazione delle risorse coerente e puntuale (e anche per garantire il rispetto delle scadenze previste dai contratti sottoscritti con i diversi donatori) un coordinatore amministrativo, ben formato, alleggerirà il rappresentante paese da compiti di mera gestione.

È già stato avviato un primo lavoro di *assessment* delle sedi di coordinamento con l'obiettivo di renderle più solide in senso amministrativo e gestionale sino a giungere alla certificazione nazionale dei bilanci. Questo impegno sarà rafforzato nell'ambito dell'intera strategia di presenza in Africa anche attraverso una pianificazione annuale di missioni amministrative *in loco* che dovranno configurarsi nell'impostazione, come degli *audit*, da eseguirsi almeno una volta all'anno in ogni paese.

## 7. AUDITING

Il processo di riorganizzazione e consolidamento dell'organismo verso un'entità moderna e professionale sarà garantito attraverso una seria e puntuale verifica delle procedure adottate nel rispetto dei ruoli e delle funzioni che saranno definiti.

## 8. RISK ASSESSMENT

La valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione è un processo che necessita di conoscenze e competenze specifiche. Sino ad ora le dimensioni del lavoro hanno consentito al *management* di valutare di volta in volta i rischi gestionali, finanziari, ope-

rativi sulla base dell'esperienza acquisita e di valutazioni oggettive.

Anche questo aspetto della gestione necessita di chiare linee guida e di tutti gli strumenti e le professionalità che sono necessari per garantire trasparenza, efficienza e scelte responsabili al fine di tutelare l'organizzazione a ogni livello.

## 9. LA QUALITÀ

L'implementazione di corrette prassi di lavoro, accompagnate da un periodico monitoraggio e valutazione, in qualsiasi ambito della gestione, ci consentirà di avvicinarci agli *standard* di qualità riconosciuti a livello europeo e di applicare ai nostri processi i requisiti necessari per ottenere il riconoscimento formale di qualità.

## 10. PERSONALE DIPENDENTE E COLLABORATORI

Dal 2003 l'organismo ha ritenuto corretto e trasparente ancorare la gestione del proprio personale di sede a regole contrattuali standardizzate aderendo al contratto nazionale Agidae (Associazione gestori istituti dipendenti dall'autorità ecclesiastica), essendo l'organismo stesso un'attività della Fondazione "Opera San Francesco Saverio" della Diocesi di Padova. Per i nostri collaboratori a progetto e per gli

operatori a contratto inviati in Africa si è ritenuto opportuno aderire all'Accordo quadro stipulato nel 2004 fra l'Associazione delle ong italiane (della quale l'organismo è associato) e le Organizzazioni sindacali. È stato elaborato un Regolamento interno, con allegata modulistica per la gestione, che costituisce parte integrante dei contratti nazionali ai quali aderiamo. Intendiamo proseguire nella politica di adesione alle concertazioni nazionali per gestire i rapporti contrattuali con dipendenti e collaboratori.

Nella logica della riorganizzazione proposta dalla sfida del cambiamento e accogliendo le raccomandazioni indicate dagli *auditors* internazionali dovremo definire e concordare, per ciascun funzionario di settore, una "*job description*" sufficientemente articolata, dalla quale emergano chiaramente l'oggetto dell'incarico, i margini di autonomia e le relazioni gerarchiche in rapporto all'organigramma.

Pur nella consapevolezza che l'attività svolta da ciascun operatore non può essere misurata come quella di altre realtà del mondo "profit", riteniamo di dover individuare meccanismi e criteri di valutazione della professionalità, competenza e capacità dei nostri operatori. Questo consentirà un riconoscimento adeguato sia in termini economici, sia di avanzamento professionale.

## Le risorse umane

Medici con l'Africa Cuamm considera le risorse umane come il capitale più prezioso. Agli uomini e donne dell'organismo continuerà quindi a essere richiesto l'impegno più importante: coniugare i suoi valori fondanti quali lo spirito di servizio e di solidarietà, con l'alta professionalità necessaria agli interventi di cooperazione sanitaria internazionale.

L'identificazione dei profili professionali da inserire nei progetti di Medici con l'Africa Cuamm è strettamente correlata e discende dalla strategia complessiva dell'organismo stesso e dagli obiettivi strategici dei singoli paesi.

È necessario definire una strategia di reclutamento di nuove professionalità da affiancare a quelle tradizionalmente presenti all'interno dell'organismo.

Ciò significa che, accanto al profilo sanitario abituale, andranno individuate nuove figure in ambito manageriale/gestionale, di *governance* e di finanziamento.

Considerando la crescente complessità della cooperazione sanitaria internazionale e il *deficit* globale di professionisti della salute, dovremo dotarci di un numero limitato, ma significativo, di operatori che svolgano tutta la loro carriera lavorativa nell'ambito dell'organismo. Dovremo inoltre utilizzare in modo sistematico, per missioni brevi e specifiche, le numerose professionalità presenti tra i rientrati. Per facilitare questo compito verrà allestito un elenco di candidati.

Durante lo svolgimento di questo piano strategico prevediamo di continuare a utilizzare, per periodi medio-lunghi, esperti e volontari, che alla fine del loro servizio ritorneranno alle occupazioni precedenti.

Attraverso una serie di accordi di cooperazione e di collaborazione con enti, istituti e università ci garantiremo, inoltre, l'utilizzazione di un *pool* di *expertise* per l'esecuzione di compiti di alta specializzazione e di breve durata.

Tenendo conto della carenza di candidati qualificati, fenomeno praticamente mondiale, ci impegniamo a valorizzare di più e in modo più sistematico tutti i professionisti che hanno lavorato, lavorano o lavora-

ranno con noi, attraverso dei meccanismi che permettano una più armoniosa relazione tra cicli ed esigenze familiari e aspirazioni umane e professionali.

Per non perdere definitivamente l'occasione di recuperare il rapporto con molti professionisti che nel passato hanno prestato la loro opera a vario titolo, particolari sforzi saranno dedicati al rafforzamento delle relazioni tra l'organismo e questi soggetti.

Fino a ora la maggioranza dei nostri operatori è stata di cittadinanza italiana, ma ci sono evidenti indizi che per il futuro si dovrà ricorrere, con maggior frequenza, al reclutamento internazionale, facendo attenzione a non impoverire ulteriormente i paesi dotati di scarse risorse umane.

Questa decisione comporta conseguenze importanti per il modo in cui l'organizzazione ha finora operato, di cui la più evidente è la lingua di comunicazione, ma la sfida più difficile sarà costituita dai cambiamenti culturali che una tale decisione implica.

### 1. CRITERI DI IDENTIFICAZIONE DEI PROFILI

Mirati alle priorità:

- > **ospedale:** componente tecnica (medici specialisti, ostetriche, infermieri, tecnici) per assicurare le cure primarie, con priorità al settore materno-infantile e alla cura dell'Hiv/Aids; gestione e amministrazione ospedaliera (*manager* sanitari, amministrativi, logisti per *procurement* e manutenzione, esperti in gestione del personale, economisti sanitari);
- > **territorio:** gestione della rete periferica (medici specialisti in sanità pubblica);
- > **comunità/famiglia:** promozione di stili di vita che incidano positivamente sullo stato di salute (esperti in sanità pubblica e comunitaria, esperti in scienze o discipline sociali, antropologiche, psicologiche, della formazione e dell'educazione);
- > **capacity building:** professionisti di diverse discipline con competenze formative a tutti i livelli;
- > **sostegno alle politiche sanitarie:** assistenza tecnica (esperti di politiche sanitarie).

## 2. STRATEGIE DI RECLUTAMENTO E SELEZIONE

### 2.1. Reclutamento di personale alla prima esperienza

Le risorse umane alla prima esperienza sono, di solito, anagraficamente giovani: rappresentano un capitale prezioso e vitale per il futuro dell'organismo ed è per questo motivo che si vuole promuoverne un grande investimento.

Accanto al reclutamento e alla selezione di personale rispondente alle necessità degli interventi in Africa, si vuole avviare e rafforzare un processo che porti alla creazione di un *pool* di professionisti dedicati ed esperti in "cooperazione sanitaria internazionale".

#### Obiettivo:

- > preparare un gruppo di giovani professionisti, con profili diversificati, prevedendo un cammino di adesione all'identità dell'organismo, di formazione, di crescita professionale e di progressione di carriera.

#### Azioni:

- > perfezionamento del processo di selezione in modo da poter investire su risorse umane che rispondano ai principi e ai valori dell'organismo e ai requisiti professionali richiesti;
- > percorso di formazione teorica di base (già in atto e sperimentato);
- > percorso di formazione pratica sul campo, per un periodo adeguato, a fianco di un professionista *senior*;
- > successivo inserimento in un progetto o in un percorso di formazione specialistica, in un'ottica di crescita professionale;
- > definizione di un *budget* dedicato al processo.

### 2.2 Reclutamento di personale con esperienza in Paesi in via di sviluppo

Le risorse umane con precedente esperienza rappresentano attualmente la gran parte del personale impiegato nei progetti di Medici con l'Africa Cuamm, motivo per cui l'investimento in questo ambito è prioritario e vitale per la progettualità dell'organismo stesso.

#### Obiettivo:

- > disporre di un *pool* di esperti per garantire le posizioni strategiche e dirigenziali nell'ambito degli interventi nei vari paesi.

Il reclutamento di tali figure avverrà sia all'interno del capitale umano che Medici con l'Africa Cuamm già possiede sia all'esterno di tale *pool*.

All'interno, il reclutamento avverrà tra i rientrati, i formatori e nell'ambito dei gruppi di solidarietà.

#### Azioni:

- > individuare le risorse umane che possono rendersi disponibili per un periodo di impegno sul campo, inizialmente, per mezzo di una richiesta specifica da inviare a tutti coloro che hanno lavorato in progetti di Medici con l'Africa Cuamm negli ultimi 10 anni, oltre che a tutti i membri effettivi e ai formatori dei diversi corsi;
- > identificare tra le risorse disponibili coloro che rispondono già ai profili necessari, che hanno cioè le competenze stabilite affinché siano collocati nella griglia degli interventi previsti dalla programmazione pluriennale;
- > identificare percorsi di formazione specifica per l'acquisizione di nuove competenze per coloro che sono disponibili, ma non hanno tutte le competenze necessarie. Per realizzare ciò si dovrà favorire un processo di formazione da realizzare all'esterno dell'organismo (corsi di perfezionamento, *master*, ecc.) rendendo disponibili risorse finanziarie specifiche;
- > utilizzare, anche nella fase di selezione e formazione, le strategie di motivazione e di valorizzazione della professionalità previste per tutto il personale dell'organismo;
- > identificare le necessità finanziarie su base triennale.

All'esterno, il reclutamento avverrà tra il personale, italiano ed estero, che ha già lavorato con altre ong italiane o estere o con agenzie internazionali, in ambito universitario e tra le organizzazioni di categoria, in Italia e all'estero.

#### Azioni:

- > reclutamento di risorse umane già operanti nei paesi di intervento di Medici con l'Africa Cuamm da realizzarsi in stretta collaborazione con i Coordinatori paese;
- > reclutamento attraverso pubblicazioni di posizioni vacanti (su siti nazionali e internazionali, riviste, ecc.);
- > selezione di università e categorie professionali italiane ed estere, attivazione di contatti in tali ambiti, presentazione delle proposte di Medici con l'Africa Cuamm;
- > preparazione di materiale, relativo alla *mission*, alla storia e alle proposte dell'organismo in inglese, portoghese e francese;
- > definizione del processo di selezione di nuove risorse umane.

### 3. VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

La storia di Medici con l'Africa Cuamm ha evidenziato che la gran parte degli operatori ha espresso non solo professionalità e competenze di alto livello, ma anche una dedizione straordinaria, spesso conseguente a una condivisione profonda degli ideali che muovono l'operato dell'organismo. È su questo valore "aggiunto", di inestimabile ricchezza, che si vuole far leva per la valorizzazione di tale capitale umano.

Mantenere quindi viva la "cultura" dell'organismo diventa prioritario affinché l'identità sia chiara, distinguibile e attraente.

#### Obiettivo:

- > ottimizzazione e fidelizzazione del potenziale umano dell'organizzazione.

#### Azioni:

- > promuovere l'interiorizzazione dei valori, degli obiettivi e dello stile dell'organismo favorendo l'informazione, le occasioni di riflessione, i dibattiti, le ricorrenze e gli eventi;
- > mantenere e sviluppare criteri chiari, coerenti e trasparenti di gestione delle risorse umane;
- > instaurare una cultura di gestione partecipativa attraverso il serio coinvolgimento dei singoli nelle scelte operative ai vari livelli;
- > definire un percorso di crescita professionale, individuando un cammino progressivo di acquisizione di competenze;
- > stabilire chiari meccanismi di progressione di carriera e definire una politica retributiva complessiva di incentivi individuali e familiari;
- > creare un processo continuo di valutazione partecipativa dell'operato basata su obiettivi di produzione concordati che permettano una valutazione il più oggettiva possibile.

### 4. FORMAZIONE

La dimensione formativa del personale è sempre stata un aspetto prioritario della nostra organizzazione. Le diverse proposte formative verranno perciò mantenute e sviluppate.

#### Obiettivi:

- > attraverso le attività formative ci prefiggiamo di:
  - favorire lo sviluppo e il mantenimento delle risorse umane;
  - divulgare conoscenze scientifiche nel settore della salute in Africa, inserendoci nella rete inter-

nazionale, accreditandoci in ambito accademico e scientifico.

#### Azioni:

- > formazione interna all'organismo: continuerà a essere curata, implementata e verificata periodicamente perché si mantenga funzionale alla preparazione degli operatori;
- > formazione esterna: le attuali collaborazioni con istituzioni universitarie italiane e straniere, che rappresentano "centri di eccellenza" negli ambiti dei nostri interessi operativi, saranno meglio strutturate in *partnership* formali. Queste *partnership* saranno finalizzate alla formazione continua dei nostri operatori sulle attività di ricerca applicata e sulla promozione di scambi di personale ai fini di creare sinergie a livello operativo;
- > promozione di attività di *advocacy* e sensibilizzazione degli atenei italiani e stranieri su questioni rilevanti per la salute delle popolazioni africane.

### 5. GRUPPO DI ESPERTI

La realizzazione del nostro piano strategico richiede la presenza, in sede e sul campo, di esperti a supporto della pianificazione degli interventi, della ricerca dei fondi, della valorizzazione dei risultati e di modelli operativi realmente efficaci, della gestione organizzativa e delle risorse umane.

#### Obiettivo:

- > acquisire un *pool* stabile di esperti in sanità pubblica e *management* sanitario.

#### Azioni:

- > definizione dei profili degli esperti che sarà riconducibile a due categorie:
  - a) "esperti in *management* sanitario" con competenze di organizzazione e *management* dei processi, di gestione delle risorse finanziarie e umane e di programmazione sanitaria;
  - b) "esperti in sanità pubblica" con competenze di epidemiologia, di analisi dei bisogni e di pianificazione di interventi per la salute, di ricerca e di valutazione dei risultati;
- > reclutamento degli esperti all'interno del *pool* delle risorse umane dell'organismo. Nella fase iniziale, in mancanza di un numero sufficiente o prontamente disponibile di tali figure, deve essere previsto un percorso formativo idoneo e adeguato all'acquisizione delle competenze richieste;

- > definizione dei ruoli di tali esperti all'interno della struttura organizzativa dell'organismo;
- > definizione di termini contrattuali che permettano mobilità e flessibilità e che prevedano incentivi e *benefits* adeguati al ruolo.

## 6. PERSONALE AFRICANO

Le risorse umane locali rappresentano un capitale essenziale e prezioso su cui investire.

### Obiettivo:

- > contribuire allo sviluppo e alla crescita professionale del personale locale, evitando che venga sottratto al sistema sanitario a cui appartiene.

### Azioni:

- > contribuire alla definizione di politiche sanitarie che facilitino la ritenzione delle risorse umane nazionali, evitando la cosiddetta "fuga di cervelli";
- > *capacity building*, sia come formazione in ambito di strutture formative di diverso genere e grado (dalle scuole per infermieri alle università), sia come formazione *on the job*, all'interno di progetti di sostegno al sistema nazionale locale;
- > *partnership* con ong e agenzie internazionali. Partecipare al grande dibattito globale sulla crisi delle risorse umane per identificare e attuare delle strategie di produzione e ritenzione delle stesse.

## La comunicazione, la lobby e l'advocacy

Medici con l'Africa Cuamm, a differenza di altre agenzie nate negli ultimi decenni, è stato plasmato, nella sua natura profonda, dall'espressione evangelica "che non sappia la tua destra quello che fa la sinistra".

Questo precetto esprime la scelta di uno stile che non cerca l'autoesaltazione, preferendo che siano i fatti a parlare e le opere a dare testimonianza.

Tale stile non esime dall'obbligo, maggiormente avvertito nei tempi più recenti, di una presa di posizione forte e manifesta per un processo di cambiamento globale sotteso allo sforzo di realizzare il diritto universale alla salute. Siamo oggi completamente coscienti che per partecipare attivamente al movimento per il diritto alla salute, una visibilità alta e intelligente diviene indispensabile e, quindi, le attività programmatiche devono completarsi con azioni altrettanto sistematiche di comunicazione, *lobby* e *advocacy*.

Intendiamo perciò la comunicazione non come mera informazione delle nostre attività, ma come una proposta di cambiamento verso una società in cui il diritto alla salute non solo è riconosciuto ma anche esercitato.

Nell'ottica del servizio, lo stile della nostra comunicazione ha voluto sempre proporre un'idea di cooperazione che vede gli operatori non già come protagonisti, ma come discreti facilitatori e, se necessario, supplenti.

Sono state così evitate, da un lato, derive di "protagonismo eroico" della figura del volontario e dall'altro una spettacolarizzazione e una commercializzazione del dolore.

Oggi si impone una nuova prospettiva strategica che, pur rispettando tale codice etico, inauguri una comunicazione che manifesti il ruolo di Medici con l'Africa Cuamm.

Un impegno che va oltre i singoli progetti finalizzati e mira al raggiungimento di obiettivi di salute universale concordati e misurabili all'interno di strategie nazionali di lotta alla povertà e quindi entro le conseguenti politiche sanitarie.

### 1. STRATEGIE PER UNA COMUNICAZIONE "GLOBALE"

Medici con l'Africa Cuamm dovrà mettere in atto una comunicazione coerente e qualificata che agisca sia a livello interno sia esterno, capace di partecipare in modo attivo a un movimento globale per i diritti umani e in particolare per la salute.

#### 1.1. La comunicazione interna

In questa direzione, si propone un modello di comunicazione interna mirato a informare i diversi soggetti sugli obiettivi dell'organizzazione e sul ruolo specifico di ciascuno dei suoi membri promuovendo una partecipazione il più attiva possibile.

La comunicazione interna dovrà, inoltre, garantire un'ampia e rapida circolazione delle informazioni, incoraggiare la discussione e le prese di decisione partecipative.

Per estendere al massimo la partecipazione e la condivisione saranno utilizzati i seguenti meccanismi di comunicazione e sistemi di informazione:

#### *Comunicazione generale:*

- > sito internet;
- > sito intranet;
- > riviste e pubblicazioni;
- > rapporto annuale, piani strategici, piani operativi, piani di lavoro, risultati dei processi di monitoraggio, valutazioni e risultati di ricerche applicate;
- > calendario generale dell'organismo.

#### *Comunicazione nella sede centrale:*

- > Consiglio di Amministrazione;
- > Comitato di gestione (Direttore e Capi settore);
- > riunioni di settore;
- > riunioni generali.

#### *Comunicazione nei paesi:*

- > Comitato di gestione (Rappresentante paese e membri);
- > *meeting* annuale degli operatori espatriati e locali.

*Comunicazione tra sede centrale e paesi:*

- > *meeting* annuale dei rappresentanti paese con la sede centrale;
- > circolazione di report dei comitati di gestione;
- > visite dai paesi alla sede centrale;
- > missioni nei paesi.

Queste azioni programmate e strutturate costituiscono l'ossatura di un processo di informazione, quotidiano e molteplice, all'interno dell'organizzazione che vuole garantire a tutti i membri di accedere a una comprensione comune e aggiornata dei fatti e degli avvenimenti partecipando alle decisioni e diventando, a loro volta, corretti comunicatori.

### 1.2. I gruppi

Nel corso degli anni alcune centinaia di professionisti hanno operato nei nostri programmi e sono successivamente rientrati in Italia.

Al fine di mantenere il forte legame instauratosi con l'organizzazione e per continuare a partecipare attivamente alla sua vita, molti di loro sono diventati membri effettivi dell'Assemblea, che costituisce un organo istituzionale dell'organismo, e altri hanno, inoltre, creato dei gruppi nelle località di residenza.

Diventa quindi estremamente importante garantire a questi colleghi, che hanno dimostrato un profondo impegno per i valori e la missione di Medici con l'Africa Cuamm, una completa informazione e l'appoggio tecnico necessario perché possano sviluppare appieno le loro potenzialità attraverso:

- > la riqualificazione degli attuali Gruppi e relativo intervento sul loro senso di appartenenza e sulla loro autonomia;
- > la promozione di un'identità coordinata (immagine e di una proposta progettuale condivisa con la sede (contenuti));
- > la creazione di nuovi Gruppi.

Dobbiamo inoltre impegnarci a garantire che ogni rientrante possa pienamente divenire un ambasciatore per l'organismo e per i suoi valori.

### 1.3. La comunicazione esterna

Medici con l'Africa Cuamm vuole realizzare un forte investimento in comunicazione per sostenere gli obiettivi strategici identificati in Italia e in Africa. Di conseguenza, la strategia di comunicazione si applicherà a rafforzare l'immagine dell'organismo, a promuovere la disseminazione del sapere, a dare rappresentazione all'impegno concreto sul

campo. In tale prospettiva si rivolgerà ai seguenti soggetti.

#### 1.3.1. Le istituzioni italiane

Medici con l'Africa Cuamm si attiva verso le istituzioni nazionali e gli enti locali, i gruppi politici e di pressione, affinché:

- a) la cooperazione allo sviluppo rivesta un ruolo di primaria importanza, anche in termini di finanziamento;
- b) il diritto alla salute diventi una reale via d'uscita dalla trappola della povertà per molte popolazioni.

Nello specifico, si prefigge i seguenti obiettivi:

- > creare consenso sull'importanza del ruolo svolto dalla cooperazione allo sviluppo, per un impegno più attivo e coerente dell'Italia nello scenario della cooperazione internazionale;
- > promuovere una cultura della cooperazione che permetta di sostituire la logica dell'emergenza e dell'intervento isolato e non verificato, con politiche di sviluppo globale, efficaci e di provato impatto;
- > consolidare l'attenzione verso i problemi del continente africano;
- > promuovere il rispetto degli impegni assunti, in sede nazionale ed internazionale, sia in termini di politica (sottoscrizione degli Obiettivi di sviluppo del Millennio), sia in termini di finanziamento (impegno a realizzare lo 0,7% nel rapporto Aps/Pil);
- > sostenere la coerenza fra gli obiettivi di sviluppo prefissati e le diverse politiche settoriali adottate;
- > contribuire attivamente con la propria conoscenza dei problemi e del contesto africano, i propri valori e impegno, al processo di formulazione delle strategie di cooperazione nazionale e, nello specifico, alla definizione della nuova legge sulla cooperazione italiana e alla creazione di un'Agenzia di cooperazione;
- > ribadire il necessario coinvolgimento della società italiana nelle sue diverse espressioni (ong, università, enti locali ecc.) in questo processo.

#### 1.3.2. Le istituzioni europee e internazionali

La sostenibilità degli obiettivi di sviluppo prefissati non può essere considerata solo a livello nazionale, ma richiede di essere analizzata a livello internazionale.

L'appoggio della comunità internazionale per il diritto alla salute risulta determinante, in un'ottica di corresponsabilità e nella prospettiva di politiche sanitarie globali.

È quindi fondamentale adoperarsi affinché il diritto alla salute e il ruolo attivo dell'Africa vengano adeguatamente ed efficacemente promossi da parte di

tutti i soggetti impegnati, a tutti i livelli, nelle diverse attività di cooperazione.

In questa prospettiva intendiamo, in *partnership* con altri organismi e sulla base dell'esperienza maturata in oltre cinquant'anni di cooperazione in Africa:

- > contribuire a orientare le priorità e i meccanismi di funzionamento dei principali organismi finanziatori;
- > sostenere la coerenza e il coordinamento fra gli obiettivi di sviluppo prefissati e le diverse politiche nazionali;
- > promuovere, in tutte le sedi istituzionali internazionali, meccanismi di cooperazione che garantiscano la trasparenza, il monitoraggio e l'efficacia dei programmi, in termini di creazione delle condizioni necessarie per una crescita sostenibile e duratura.

### **1.3.3. Le istituzioni africane**

La responsabilità primaria di garantire il diritto alla salute ai propri cittadini spetta ai governi e alle società africane, con il supporto della solidarietà internazionale.

Intendiamo partecipare al processo di formulazione delle politiche sanitarie necessarie per raggiungere obiettivi di salute equi e misurabili in Africa, sia a livello dei governi dei paesi in cui lavoriamo sia dialogando attivamente con l'organizzazione dell'Unione Africana.

In particolare ci proponiamo di:

- > promuovere il ruolo chiave del diritto alla salute e dello sviluppo sanitario quale via d'uscita dalla trappola della povertà;
- > contribuire a orientare il processo di elaborazione delle politiche sanitarie nazionali, attraverso l'esperienza maturata e condivisa con le autorità competenti.

### **1.3.4. Gli individui e i gruppi**

Il coinvolgimento attivo della società civile, in Italia e in Europa, è fondamentale per creare consenso e mobilitazione per la difesa del diritto alla salute a livello globale, con importanti effetti di pressione verso i soggetti con compiti decisionali.

Per promuovere la creazione di consapevolezza e partecipazione negli individui ci prefiggiamo i seguenti obiettivi:

- > accrescere il livello di informazione e sensibilizzazione sul tema del diritto alla salute in Africa e a livello globale;
- > aggregare individui e gruppi in uno scambio attivo, quale forma di arricchimento reciproco in vista di

creare e sostenere un movimento per il diritto alla salute.

### **1.3.5. La comunità sanitaria nazionale**

Considerata l'*expertise* tecnica in campo di cooperazione, intendiamo attivarci verso la comunità sanitaria promuovendo informazione, dibattito, formazione e cambiamenti, con i seguenti obiettivi:

- > accrescere il livello di informazione e preparazione verso le tematiche del diritto alla salute globale;
- > promuovere l'inserimento di corsi opzionali in salute globale ed equità sanitaria nel *curriculum* di studi del corso di laurea in Medicina;
- > promuovere la collaborazione fra mondo accademico e organizzazioni di cooperazione sanitaria internazionale;
- > creare attivazione nelle rappresentanze del mondo sanitario (ordini professionali, associazioni di categoria, sindacati...) per la realizzazione del diritto alla salute e di politiche sanitarie efficaci ed eque, a livello globale.

### **1.3.6. Le imprese e le fondazioni**

Accanto ai soggetti istituzionali, ci proponiamo di orientare i comportamenti anche dei soggetti privati, quali grandi fondazioni e imprese, che hanno notevole impatto sul processo di elaborazione e implementazione delle politiche nei paesi.

In particolare, ci prefiggiamo di:

- > accrescere il livello di informazione in materia di diritto alla salute e politica sanitaria, promuovendo la consapevolezza della necessità di politiche e strumenti efficaci e integrati nel sistema sanitario dei paesi;
- > responsabilizzare gli attori privati e promuoverne il coinvolgimento nelle attività di cooperazione allo sviluppo globale.

### **1.3.7. I media**

Consci dell'impatto enorme dei *mass media*, vogliamo lavorare anche su questo fronte al fine di:

- > stimolare un'attenzione qualificata e coerente da parte di stampa, televisione e radio sui temi dello sviluppo, in particolare di quello sanitario;
- > promuovere una conoscenza più completa e documentata del continente africano, delle sue problematiche e ricchezze;
- > responsabilizzare gli attori di comunicazione mediatica e promuoverne il coinvolgimento nelle attività di cooperazione allo sviluppo.

### 1.3.8. La comunità cattolica

Adeguate attenzione verrà data alla sensibilizzazione del mondo cattolico, italiano ed europeo, del quale l'organismo è rappresentativo, promuovendone la crescita culturale sui temi della *mission* di Medici con l'Africa Cuamm.

In particolare, verso le istituzioni ecclesiali l'organismo si prefigge di:

- > contribuire al ruolo attivo della Chiesa per lo sviluppo delle popolazioni africane;
- > essere lievito per un impegno della Chiesa in ambito sanitario che promuova la realizzazione del diritto alla salute per tutti, attraverso efficaci ed eque politiche sanitarie e interventi più mirati e coordinati;
- > partecipare attivamente al dibattito sui temi della gestione dei servizi sanitari cattolici in Africa.

### 1.3.9. Il terzo settore

Vogliamo portare la nostra esperienza e il nostro contributo all'interno degli altri organismi di volontariato, in Italia e in Europa (Focsiv, Associazione delle ong italiane, *Medicus Mundi International*, etc.), per stimolare la crescita e il dibattito, e orientare coordinate azioni di pressione a livello politico.

Su questo fronte ci impegniamo a:

- > orientare le priorità di intervento e la programmazione in campo sanitario, in Africa;
- > promuovere il lavoro in rete e la creazione di consorzi programmatici per accrescere l'impatto delle azioni verso istituzioni nazionali e internazionali.

### 1.3.10. Le comunità locali africane

Per raggiungere gli Obiettivi del Millennio è essenziale sostenere attivamente le comunità locali, le quali spesso non sono adeguatamente informate e responsabilizzate in merito ai propri diritti di salute, né coinvolte nella definizione delle scelte strategiche che hanno importanti conseguenze per la loro vita.

In particolare, ci prefiggiamo di:

- > promuovere un ruolo attivo e partecipato dei rappresentanti delle comunità locali nella definizione e implementazione delle politiche sanitarie;
- > accrescere il livello di informazione e consapevolezza delle popolazioni con le quali lavoriamo, promuovendone anche la partecipazione attiva e strutturata nelle attività di gestione e supervisione dei servizi sanitari, a livello ospedaliero e non;
- > accrescere il grado di consapevolezza e di partecipazione al bene comune delle famiglie, ampliando-

ne le capacità e il potere di negoziazione verso le autorità preposte.

## 2. GLI STRUMENTI

Per promuovere unitarietà e condivisione dei valori e degli obiettivi, dall'interno all'esterno, si svilupperanno strategie e azioni di comunicazione mirate a:

- > *posizionamento del brand*: si dovranno risolvere in modo definitivo, da un lato, i problemi di cucitura tra la storia del marchio "Cuamm" e la successiva aggiunta di "medici con l'Africa" e, dall'altro, la necessaria coerenza tra le diverse traduzioni nelle lingue in cui si opera;
- > *coordinamento di tutta la comunicazione di base, in Italia e in Africa*: sarà importante sfruttare la veicolazione metodica della propria identità, anche nelle comunicazioni ordinarie (carte intestate, buste, documenti, presentazione di dossier o progetti) in modo da far emergere e rafforzare l'identità istituzionale complessiva;
- > *pubblicazioni*: le attuali pubblicazioni periodiche dovranno consolidare lo sforzo di adesione agli obiettivi strategici dell'organismo e insieme interpretare le evoluzioni di *target* e di stili. Fondamentale sarà investire affinché gli elementi caratterizzanti dell'organismo si riflettano anche nelle forme espressive, nei "modi" della comunicazione, riuscendo a rappresentare efficacemente "l'essere con l'Africa";
- > *video e dvd*: in tutte le attività occorre passare a un altro modello di comunicazione, con la realizzazione non solo di materiale stampato, ma anche di filmati, per raccontare, in modi più fruibili e dinamici, l'essere e il fare dell'organismo, rendendo possibile una declinazione su più mezzi;
- > *Internet/web*: tutte le azioni di comunicazione e raccolta fondi devono essere declinate con specifica attenzione al canale web, attraverso la predisposizione di strumenti e messaggi che tengano conto delle peculiarità del mezzo (dinamismo, rapido aggiornamento, interattività). Caposaldo di questa rete di strumenti, contenuti e messaggi è il sito internet [www.mediciconlafrica.org](http://www.mediciconlafrica.org);
- > *comunicazione pubblicitaria*: dovrà rappresentare la punta di eccellenza della comunicazione, quella più forte e caratterizzante, lavorando sugli elementi fondanti dell'organismo, per esprimere in modo profondo e sostanziale l'apporto originale dell'ong e, insieme, la sua storia;
- > *eventi*: saranno orientati, da un lato, a rafforzare il senso di appartenenza e, dall'altro, a posizionare

in modo distintivo l'organismo. Si tratta di diversificare le proposte rispetto ad altre organizzazioni, dimostrando la propria capacità di collegare l'Africa all'occidente, in un proficuo scambio tra popoli e culture diverse;

- > *rapporto con i media*: sarà necessario proseguire e ampliare il lavoro sui *media* in modo che risulti coordinato, metodico e integrato (agenzie di stampa, carta stampata, TV, radio, internet) in Italia e nei paesi di intervento.

Procedendo nella loro specifica definizione, per ogni ambito di lavoro, si dovrà:

- > pianificare le attività di comunicazione, ai diversi livelli, valutando bisogni e opportunità;
- > fornire un aiuto ai paesi per pianificare e accompagnare l'implementazione coordinata delle azioni;

- > assicurare il coordinamento tra tutti gli attori e livelli coinvolti al fine di garantire la massima sinergia tra le diverse attività;
- > dare conto dei progressi raggiunti, degli ostacoli incontrati e dell'aiuto necessario.

Due livelli di coinvolgimento meritano una particolare attenzione poiché danno il senso del nuovo approccio ritenuto necessario:

- > tutti coloro che partecipano all'ideazione, alla formulazione e all'implementazione del piano sono attori di un lavoro di comunicazione che consentirà di mettere al primo posto gli Obiettivi del Millennio nei programmi di azione politica e sanitaria;
- > le risorse umane dedicate ai progetti e le comunità coinvolte saranno messe in condizione di far sentire la loro voce, come mezzo di attivazione di un reale cambiamento.

## La raccolta fondi

Partendo dal concetto stesso di diritto alla salute, che presuppone da una parte un portatore del diritto e dall'altro uno o più responsabili della sua realizzazione, e sulla base delle recenti esperienze, soprattutto nel campo del finanziamento dei farmaci antiretrovirali e antimalarici, si è oggi giunti al riconoscimento del seguente principio: la responsabilità di provvedere gli strumenti finanziari necessari per soddisfare il diritto alla salute dei popoli africani deve essere condiviso da una parte dalle collettività e dai governi locali e dall'altra dalla comunità internazionale.

Il *fund raising* è quindi un'attività indispensabile per promuovere il diritto alla salute.

La possibilità di adempiere a questo dovere viene da noi proposta sia agli enti istituzionali nazionali e internazionali sia alla società civile, privati, fondazioni e imprese.

Per realizzare quanto descritto in questo piano strategico e sulla base dei recenti studi esistenti sui costi delle prestazioni sanitarie nell'Africa a sud del Sahara, stimiamo che nei prossimi otto anni le entrate finanziarie dell'organismo dovranno subire una crescita di almeno il 15% annuo per raggiungere circa 30 milioni di euro nel 2015.

Questa cifra è considerata realistica e raggiungibile in base alle seguenti considerazioni.

La somma globale da destinarsi alla cooperazione allo sviluppo continuerà ad accrescersi negli otto anni che ci separano dalla metà del 2015. Questo aumento dipenderà sia dall'impegno assunto da tutti i governi donatori di portare il loro aiuto allo sviluppo a raggiungere lo 0.7% del Pil, sia dal rafforzarsi dell'attenzione della società civile e del pubblico in generale sul fatto che il tempo passa velocemente e i progressi, particolarmente in Africa, sono invece lenti e potrebbero essere accelerati da un aumento delle risorse.

Inoltre, le grandi fondazioni soprattutto nord americane e i fondi globali hanno raggiunto un livello di

maturità tale che permetterà loro di poter mobilitare risorse crescenti.

Gli *standard* qualitativi, gestionali e programmatici, richiesti a un organismo non governativo come il nostro, sono oggi sufficientemente elevati da imporre un investimento importante e fisso che nel nostro caso sarebbe sovradimensionato rispetto a un'attività programmatica inferiore ai 25 milioni di euro annui.

È infine estremamente importante che cifre adeguate vengano canalizzate verso organismi che, rifiutando una strategia verticale, magari mediatica, ma sicuramente poco efficace, adottano un approccio di sistema per promuovere il diritto alla salute.

### 1. STRATEGIA

Siamo coscienti che per passare dalla presente situazione finanziaria a quella qui auspicata sarà necessaria la realizzazione di tutti i cambiamenti descritti nei capitoli precedenti e in particolare:

- > *partnership*: ci impegniamo a lavorare con altre entità e organismi nazionali, locali ed internazionali, purché consoni ai nostri valori e professionalmente qualificati nel contesto dei MDGs;
- > risultati: i donatori hanno diritto di conoscere che differenza hanno fatto i loro soldi e sarà quindi nostro dovere fare in modo che i risultati promessi vengano ottenuti, documentati e divulgati e che la mancanza di successo venga spiegata e giustificata;
- > ruolo facilitatore: la nostra funzione non è solo quella di realizzare ciò che è scritto nei documenti di progetto, ma di assicurarci che ciò che noi facciamo sia di appoggio e facilitazione ai programmi nazionali o locali in modo da garantire allo stesso tempo servizi di qualità, *capacity building* ed *empowerment*;
- > contesto dei MDGs: riteniamo essenziale che i nostri sostenitori sappiano che appoggiandoci partecipano attivamente al progresso verso gli *standard* definiti dagli Obiettivi del Millennio;

- > ruolo specifico e professionalità: il contesto dei MDGs, il ruolo di facilitatori, la passione per i risultati e una cultura di *partnership* si accompagneranno con il mantenimento del nostro ruolo specifico e professionale quale descritto nel piano;
- > attivazione: la responsabilità della mobilitazione delle risorse diventerà una componente della *job description* di tutti i membri dell'organismo, essendo un elemento costituente della promozione del diritto alla salute;
- > i gruppi: consideriamo i gruppi delle risorse preziose anche per allargare le capacità di *fund raising* agli individui, alle fondazioni e alle aziende e richiedono da parte nostra un sostegno adeguato.

Dei 30 milioni di euro, da raggiungere nel 2015 (a partire dai circa 8 milioni di euro del bilancio 2006), non più del 20% sarà utilizzato per i costi di gestione e attività di educazione allo sviluppo. Il rimanente sarà destinato ai paesi.

A causa della decentralizzazione delle decisioni riguardanti i finanziamenti da parte di molte agenzie, fondi e fondazioni a livello delle capitali africane e sulla base della nostra esperienza degli anni precedenti, riteniamo che un terzo, cioè 10 milioni di euro, dovrà essere mobilitato dai Coordinamenti paese con l'appoggio della sede centrale.

Dei 20 milioni rimanenti, il 60% dovrà essere reperito presso il governo italiano e l'Unione Europea (12 milioni), i rimanenti 8 milioni presso fondazioni, aziende e individui, dapprima in Italia, dove sicuramente esistono ancora opportunità (come dimostrano le succursali di ong estere che vi si installano) e in seguito all'estero.

Vale la pena sottolineare l'importanza strategica di quest'ultima categoria di risorse perché ci offrirà l'autonomia di intraprendere nuove tipologie di interventi e di impegnarci in paesi che i fondi "istituzionali" non ci permetterebbero a causa delle limitazioni geopolitiche ad essi inerenti.

## 2. IL MERCATO FINANZIARIO ISTITUZIONALE: L'AUTO PUBBLICO ALLA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE

Negli ultimi anni si è assistito a un rinnovato interesse dell'aiuto pubblico allo sviluppo nel campo della cooperazione sanitaria internazionale.

Tale interesse si è manifestato attraverso un aumento progressivo dei finanziamenti alla sanità associato a un cambiamento significativo degli attori coinvolti. Sotto il profilo finanziario l'aiuto pubblico interna-

zionale destinato alla sanità è passato da 2,2 miliardi nel 1990 a 14 miliardi di dollari nel 2005. Quest'ultimo dato rappresenta il 13% dell'intero fondo destinato alla cooperazione (*World Bank, 2007*).

Oltre ai soggetti multilaterali e bilaterali tradizionalmente presenti nel settore sanitario come la Banca Mondiale, la Commissione Europea e le cooperazioni bilaterali, si sono affiancate nuove organizzazioni quali *Global Fund*, GAVI, GAIN e le fondazioni private di cui la Fondazione *Bill e Melinda Gates* è certamente la più rilevante, benché non l'unica.

In termini generali, l'Africa sta assumendo un ruolo preminente nell'agenda dei governi occidentali in particolare dell'Europa che, tramite il portafoglio gestito dalla Commissione allo sviluppo è diventato il primo dei donatori del continente africano sia in termini assoluti che percentuali (*European Commission for Development, 2006*).

Per il periodo 2008-2013, la stessa Commissione Europea ha allocato, soprattutto attraverso il 10° Fondo europeo allo sviluppo, 22,7 miliardi di euro per finanziare in Africa l'investimento nei settori sociali (*investing in people*), tra cui quello sanitario.

Inoltre, nel corso dell'ultimo G8 in Germania (Heilegendamm, 6-8 giugno 2007), è stato ribadito l'impegno dei governi dei paesi più industrializzati di raddoppiare gli aiuti all'Africa sub-Sahariana entro il 2010, per una somma pari a 25 miliardi di dollari (Dichiarazione finale, G8 Heilegendamm).

Quanto all'aspetto gestionale si sta assistendo a una progressiva presa di coscienza della comunità dei donatori della necessità di coordinare meglio gli aiuti pubblici, di legarli alle priorità definite dal paese beneficiario, di dimostrarne l'efficacia (OCSE, 2005) e di utilizzare i nuovi strumenti della cooperazione quali: il supporto al bilancio (*Central Budget Support, Sectors Wide Approach*) e la strategia nazionale di lotta alla povertà (*Poverty Reduction Strategic Papers*).

Sul piano delle politiche sanitarie si sta affermando la centralità dei sistemi sanitari e del supporto allo sviluppo del personale sanitario locale (WHO, 2007-DFID, 2007-GAVI, 2007).

A fronte di questi sviluppi positivi, tuttavia, non mancano nel mercato istituzionale della raccolta fondi sfide vecchie e nuove quali:

- > dopo la discesa degli anni 2000, gli attuali aiuti all'Africa sub-Sahariana non si discostano dai livelli presenti all'inizio degli anni '90;
- > la loro continua imprevedibilità e volatilità;
- > la priorità assegnata solo ai programmi verticali per il controllo delle malattie come l'Hiv/Aids, la

tubercolosi, la malaria e ad altre soggette a interventi vaccinali;

- > la preoccupante esiguità dei fondi finalizzati al rafforzamento dei sistemi sanitari e delle cure primarie in contraddizione con le politiche e le strategie dichiarate;
- > la difficoltà dei nuovi strumenti di aiuto internazionale (CBS, SWAP, PRSP) a ottenere risultati rilevanti e sostenibili a livello distrettuale.

Un altro fatto da tenere in considerazione è la moltiplicazione nazionale e internazionale delle ong che si propongono come enti esecutori dei programmi sanitari finanziati dal mercato istituzionale della raccolta fondi. In questo caso l'accesso ai fondi del mercato istituzionale è legato alla capacità di soddisfare dei requisiti tecnici e organizzativi legati a *standard* predefiniti, di presentare proposte programmatiche tecnicamente valide e innovative, di lavorare in *partnership* con altre organizzazioni.

Un discorso a parte merita la Cooperazione italiana alla Sviluppo. Dopo anni di regressione finanziaria e disinteresse politico verso la cooperazione, l'ultimo documento di programmazione economico-finanziaria ha mandato un chiaro segnale di inversione di rotta.

Più precisamente nel documento si afferma che per onorare gli impegni internazionali il governo italiano ha definito una sorta di *road map* di aumenti dell' Aiuto pubblico allo sviluppo così definiti: 0,33% nel 2008 (stimabile intorno ai 4,7 miliardi complessivi), 0,42% nel 2009 (stimabile intorno ai 6,1 miliardi complessivi), per poter giungere allo 0,51% nel 2010 (stimabile intorno ai 7,5 miliardi complessivi). In ogni caso, all'interno di tali stanziamenti priorità dovrà essere assegnata all'Africa, per la quale l'Italia si è impegnata al Vertice di *Gleneagles* per un raddoppio degli aiuti (*DPEF, 2007*).

A fronte di questa novità da seguire con grande attenzione, permane forte l'incertezza sui tempi necessari per rinnovare l'impianto legislativo della cooperazione e dotare il nostro paese di un'agenzia dello sviluppo quale strumento efficace di realizzazione e azione politica.

Inoltre, non è chiaro quali saranno i criteri di allocazione delle risorse e quale peso sarà attribuito al settore della cooperazione in campo sanitario.

### 2.1. Come intende muoversi Medici con l'Africa Cuamm in questo mercato?

Muoversi all'interno di questo mercato istituzionale per raccogliere le risorse finanziarie comporterà per

Medici con l'Africa Cuamm un approccio programmatico e metodologico caratterizzato dall'elaborazione accurata e puntuale dei seguenti documenti:

- > documento relativo alla strategia paese;
- > documento di programmazione paese, triennale, con piano finanziario dettagliato;
- > documento di programmazione paese, annuale, con piano finanziario analitico.

La programmazione triennale costituirà il portafoglio, cioè l'insieme degli interventi che verranno proposti ai *donors* istituzionali principali, soprattutto Commissione Europea e Cooperazione italiana sia a livello centrale sia nelle sedi decentrate in Africa, al fine di potersi inserire nelle priorità dei *donors* senza dover stravolgere la nostra posizione o rincorrere i singoli progetti presentati a bando.

### 3. IMPRESE, FONDAZIONI DI IMPRESA E FONDAZIONI DI ORIGINE BANCARIA

I valori espressi dalla categoria di responsabilità sociale, pur non avendo una definizione univoca, hanno trovato formale espressione nel *Libro verde* della Commissione Europea (2001) e rivestono un'importanza riconosciuta e crescente nel mondo delle imprese.

Il processo avviato verso aziende sempre più socialmente responsabili delle attese e delle istanze dei propri *stakeholders* trova conferme in numerose ricerche che hanno approfondito le correlazioni tra operazioni di responsabilità sociale e prestazioni economico-finanziarie.

La propensione a donare e il coinvolgimento in cause sociali vengono considerati elementi che, insieme alla *governance* aziendale, condizionano positivamente la *performance* stessa dell'impresa e la sua competitività.

I dati disponibili si riferiscono alle sole erogazioni liberali fiscalmente deducibili (e non ad altri trasferimenti delle imprese al settore *non profit*) pari a 266 milioni di euro dalle erogazioni delle imprese italiane nel 2001. [Fonte: Ricerca IRS, Istituto per la Ricerca Sociale]

Discorso particolare meritano le fondazioni di impresa, fenomeno relativamente recente nel nostro paese, ma in forte crescita negli ultimi anni, dimostrando come la logica della *corporate philanthropy* stia entrando in modo significativo nella cultura delle grandi imprese.

Fondamentali nella composizione del quadro sono le fondazioni di origine bancaria, che al 31 dicembre 2004 risultavano essere 88.

Le erogazioni liberali di questi soggetti ammontano a 1,274 miliardi di euro nel 2004 e sono frutto della

gestione del loro patrimonio. (Fonte: decimo Rapporto annuale ACRI)

Tale quadro presuppone un'analisi sistematica, puntuale e costante dei mercati; la razionale ottimizzazione dei rapporti in essere, nonché la pianificazione e implementazione di un robusto *corporate program* che si avvale delle principali forme di raccolta fondi:

- > *partnership*;
- > *cause related marketing*;
- > *grant giving*;
- > *joint fund-raising*;
- > *licensing*;
- > *sponsorship*;
- > *membership*.

Resta fermo che uno sviluppo efficace e sistematico di strategie di raccolta fondi e di comunicazione, soprattutto nella fase di *start up* e nei primi anni, dipende in modo significativo dall'impegno e dal coinvolgimento diretto di tutti i membri dell'organizzazione stessa.

In questa prospettiva, strettamente connessa agli obiettivi di comunicazione, sarà necessario creare sempre nuove e attraenti modalità di dialogo e scambio, di coinvolgimento e di fidelizzazione con i propri *stakeholders*, pubblico di riferimento reale e potenziale.

Far percepire l'importanza e la bontà della propria causa, destare interesse, generare partecipazione: tutto questo è necessario per rendere il diritto alla salute un progetto condiviso da fasce sempre più ampie della nostra società, suscitando interesse e passione, aprendo nuovi spazi di iniziativa e collaborazioni.

In questo senso la raccolta fondi non può essere intesa solo come insieme di tecniche e strumenti per reperire risorse finanziarie, bensì come strategia di coinvolgimento di una catena di relazioni sociali, basate su forme di scambio sociale estremamente complesse e spesso creative.

#### 4. IL MERCATO DEI PRIVATI CITTADINI IN ITALIA

Si tratta di un mercato in fortissima evoluzione ed espansione come dimostrato da alcune indagini che ne analizzano tendenze e proiezioni per i prossimi decenni.

I contributi provenienti da privati rappresentano una voce di notevole importanza e di dimensioni rile-

vanti: le donazioni complessive del settore ammontano a 4.8 miliardi di euro nel 2005. [Fonte: Il Sole 24 Ore del 24/12/07]

Si tratta nel 30% di casi di donazioni patrimoniali (ad esempio lasciti testamentari) e nel 70% di casi di donazioni reddituali (intese come flusso annuale di donazioni erogate).

La ricerca IRS a cui si fa riferimento prevede che, nel 2020, le donazioni in questo comparto arriveranno a circa 8,9 miliardi di euro. [Fonte: "Il *fund raising* socio-sanitario" A. Masacci, P.L. Sacco, Meltemi, 2006, p. 169 ss]

Altre ricerche (Consodata) calcolano il coinvolgimento attuale in donazioni di 29 milioni di italiani, pari al 62,7% della popolazione con più di 20 anni. Infine, un'altra ricerca (Iref) evidenzia che diminuisce di anno in anno la quota dei donatori "spontanei", mentre crescono le donazioni etero dirette, ossia sollecitate da molteplici stimoli esterni, in special modo da campagne di sensibilizzazione nazionali.

In tal senso le strategie di raccolta fondi devono essere strutturate e articolate in modo da pianificare e implementare attività molto differenziate, ma capaci di dialogare tra loro e coinvolgere i diversi *target*.

Ferma restando la necessità di differenziarsi in un mercato sempre più affollato e complesso, si intendono mettere in gioco le tipologie di azione ormai consolidate, in una varietà di declinazioni a seconda dei diversi destinatari.

Le principali modalità di raccolta previste sono:

- > *mailing*;
- > politiche di *membership*;
- > eventi;
- > vendite di piazza;
- > *merchandising*;
- > donazioni *online*.

Il piano strategico offre la prospettiva di un percorso di specializzazione della raccolta fondi verso i diversi mercati come via per qualificare un modello di crescita sostenibile e globale.

A partire dalle tendenze in atto in Italia, nello scenario delle erogazioni per cause sociali e segnatamente di ambito sanitario e internazionale, le diverse azioni intendono approfondire il panorama complesso delle modalità di raccolta fondi che si intendono utilizzare a tutti i livelli al fine di reperire risorse per il raggiungimento della nostra *mission*.

# **Allegato 2**

## *Strategie paesi*



# Angola



L'Angola, con le sue immense risorse naturali, è potenzialmente uno dei paesi più ricchi al mondo. Ciò nonostante, il 70% della popolazione vive con meno di due dollari al giorno e, fino al 2002, anno in cui è stato firmato un accordo di pace, il paese ha subito quarant'anni di guerra civile. L'infrastruttura del servizio sanitario è stata drammaticamente danneggiata dal lungo conflitto e la ricostruzione procede lentamente tra molte difficoltà. Il sistema sanitario è stato decentralizzato nel 2001 nell'ambito di una vasta riforma governativa. Il governo angolano investe nella sanità il 4,1% della spesa pubblica rispetto al 9,24%, media investita dalla regione sub-Sahariana (WHO 2005).

## STORIA E ATTIVITÀ DI MEDICI CON L'AFRICA CUAMM NEL PAESE

Medici con l'Africa Cuamm opera in Angola dal 1997. Attualmente è presente nelle province di Uige e di Cunene e a Luanda. Dal 2004 collabora con le autorità centrali del Ministero della Salute e con l'*United Nations Development Programme* a supporto del programma nazionale della Tb, diventando così il

principale referente per il finanziamento del *Global Fund* all'Angola (2005).

## OBIETTIVI STRATEGICI AL 2015

In linea con gli Obiettivi di sviluppo del Millennio 4, 5 e 6, Medici con l'Africa Cuamm si propone di:

1. contribuire a migliorare la salute della popolazione più povera attraverso il rafforzamento del sistema sanitario distrettuale; in particolare si propone di contribuire alla riduzione della mortalità materna e infantile nelle aree rurali del paese:

- Municipi di Damba e Maquela, Provincia di Uige (Nord del paese).
- Municipio di Chiulo, Provincia di Cunene (Sud del paese).

In particolare si intende qualificare l'ospedale di Chiulo come centro di riferimento clinico, di formazione delle ostetriche e dei *manager* ospedalieri; sede di sperimentazione di nuovi modelli d'integrazione pubblico-privato *non for profit* e di finanziamento su base comunitaria.

2. Sostenere i programmi nazionali mirati a ridurre l'incidenza delle endemie (Hiv, Tb, Malaria) senza tralasciare le *neglected diseases*. In particolare:
  - consolidare la *partnership* con il Ministero della Salute come ong *leader* nel campo della tubercolosi;
  - promuovere la sperimentazione di modelli organizzativi come l'adozione della Dots a livello comunitario e l'integrazione orizzontale dei servizi della Tb nei distretti (in riferimento al rifornimento dei farmaci, alla formazione, al sistema informativo ecc.);
  - verificare l'efficacia e la trasferibilità di tali interventi attraverso la valutazione e la ricerca operativa.
3. Sostenere la strategia del paese per migliorare la produzione, la distribuzione, la competenza e la motivazione del personale sanitario a livello rurale agendo sul centro di formazione di Uige.

4. Contribuire attivamente allo sviluppo di nuove strategie per l'offerta di servizi sanitari nell'area urbana di Luanda.
5. Rafforzare il sistema informativo locale nel monitorare e valutare i servizi sanitari.

#### RISORSE UMANE NECESSARIE

##### AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

L'Angola è uno dei paesi dell'Africa sub-Sahariana dove è più evidente la crisi delle risorse umane locali nel settore sanitario. Pertanto in ogni programma si prevede di impiegare degli operatori sanitari espatriati adeguati per numero e *mix* agli obiettivi di volta in volta identificati con i *partner* locali. Per evitare di danneggiare il sistema sanitario angolano, sarà redatto un codice di impiego del personale sanitario del posto che sarà verificato e reso pubblico ogni anno.

Si stima che le risorse umane necessarie debbano includere 1 o 2 esperti in *management* ospedaliero; medici e infermieri per l'attività clinica; amministrativi e logisti.

#### RISORSE FINANZIARIE NECESSARIE

##### AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Al fine di poter operare al meglio nelle aree di intervento perseguendo gli obiettivi individuati si stima, per il periodo 2008-2015, un bisogno di circa 30 milioni di euro di cui il 40% dovrebbe essere recupera-

to *in loco*, mentre il rimanente 60% dovrebbe provenire dalla sede centrale.

#### ATTIVITÀ DI PARTNERSHIP

A livello CEAST (Conferenza Episcopale di Angola e Sao Tomè) è auspicabile un riconoscimento ufficiale di Medici con l'Africa Cuamm come ong internazionale cattolica che lavora nel paese. A livello di diocesi è necessaria la stesura di accordi specifici, o deleghe, per la gestione delle strutture diocesane di Damba (provincia di Uige) e di Chiulo (provincia del Cunene).

Altre alleanze importanti sono quelle con ong internazionali e nazionali, che già operano nel paese e a noi affini per missione e obiettivi anche se non necessariamente operanti in ambito sanitario.

#### ATTIVITÀ DI COMUNICAZIONE, FUND RAISING, LOBBY E ADVOCACY

Nell'ambito della strategia presentata e al fine di stimolare i cambiamenti necessari per il raggiungimento dei MDGs, è fondamentale sviluppare attività di *lobby* e *advocacy* a livello del Ministero della Sanità locale, in sinergia con i maggiori attori pubblici e privati presenti nella realtà angolana<sup>5</sup> e all'interno di programmi nazionali come quello per la tubercolosi.

A livello di *donors internazionali* ci proponiamo di sviluppare attività di *fund raising* basate su una logica progettuale e organizzativa finalizzata ai risultati (*result based management*).

<sup>5</sup> Agenzie internazionali, ONU, cooperazioni bilaterali, autorità governative, Chiesa cattolica e organizzazioni religiose.

# Etiopia



L'Etiopia è un paese dall'importanza geopolitica chiave sia all'interno dell'intero continente africano che per la regione del Corno d'Africa. Il governo federale ha messo in atto, nel 1993, una politica nazionale sanitaria fondata sulla democratizzazione e decentralizzazione del sistema sanitario.

Su questa base è stato elaborato il Programma di sviluppo del settore della sanità che, partendo dal 1993, è suddiviso in periodi programmatici quinquennali.

## STORIA E ATTIVITÀ DI MEDICI CON L'AFRICA CUAMM NEL PAESE

La presenza di Medici con l'Africa Cuamm risale al 1985, quando venne inviato il primo medico presso l'ospedale di Gambo. Oggi, siamo presenti nella regione dell'Oromia.

## OBIETTIVI STRATEGICI AL 2015

In linea con gli Obiettivi di sviluppo del Millennio 4, 5 e 6, Medici con l'Africa Cuamm si propone di:

1. contribuire a migliorare la salute della popolazione più povera attraverso il rafforzamento del si-

stema sanitario distrettuale; in particolare ci si propone di contribuire alla riduzione della mortalità materna e infantile nelle aree rurali del paese:

- *South West Showa Zone, provincia di Wolisso, regione Oromia.*

Si intende qualificare il *St. Luke Hospital* di Wolisso come centro di eccellenza clinico e di formazione delle ostetriche e dei *manager* ospedalieri. Dare continuità agli interventi di riabilitazione motoria per ridurre le disabilità dovute a malformazioni congenite e acquisite nei bambini sotto i cinque anni. Partendo dall'esperienza dell'ospedale (dove è in atto la collaborazione privato *non profit* - pubblico), intendiamo promuovere sul territorio interventi integrati, sanitari e non, da realizzare in collaborazione con altre ong che operano in ambiti diversi (acqua, igiene, microcredito e attività comunitarie).

2. Promuovere nella comunità la capacità di identificare i problemi riguardanti la salute e di individuare le relative soluzioni.
3. Sostenere interventi mirati a ridurre l'incidenza delle endemie (Hiv, Tb, malaria) senza tralasciare le *neglected diseases*.
4. Rafforzare il sistema informativo locale nel monitorare e valutare i servizi sanitari.
5. Rafforzare il "*Catholic Medical Bureau*" presso il Segretariato della Chiesa cattolica etiopica per sviluppare il sistema di *governance* e di *management* delle strutture sanitarie diocesane e favorire l'integrazione tra pubblico e privato *non for profit*. Il *St. Luke Hospital* di Wolisso quale esempio di buon funzionamento della *partnership pubblico-privato* rappresenterà una *best practice* da riproporre a livello centrale presso il Segretariato cattolico etiopico. Si propongono inoltre azioni di *capacity building* del personale sanitario locale del *Catholic Medical Bureau*, capitalizzando l'esperienza di Medici con l'Africa Cuamm attuata in questo ambito in Uganda. Nell'ambito più esteso

dell'intervento di supporto al *Catholic Health Bureau* della Chiesa cattolica etiopica, laddove sussistono le condizioni tecniche, amministrative e finanziarie necessarie si potranno considerare attività di supporto tecnico e finanziario dirette a specifiche strutture sanitarie. In questo contesto si potranno inserire altri interventi complementari tra i quali: supporto al *St. Mary Hospital* di Dubbo (Diocesi di Soddo Hosanna) e alla clinica di Buratgeto (Diocesi di Emdibir).

#### RISORSE UMANE NECESSARIE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

La sfida più importante sarà quella di riuscire nel tempo a sostituire il personale espatriato con *staff* locale qualificato.

Si stima che le risorse umane necessarie debbano includere 1 o 2 esperti in *management* ospedaliero; 1 o 2 esperti in sanità pubblica; medici e infermieri per l'attività clinica; amministrativi e logisti. Dovrà essere inoltre garantito un supporto nell'ambito dell'ortopedia e della fisioterapia.

#### RISORSE FINANZIARIE NECESSARIE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Calcoliamo un bisogno, per il periodo 2008-2015, di 15 milioni di euro di cui il 50% verrà reperito *in loco* mentre il rimanente 50% dovrà pervenire dalla sede centrale.

#### ATTIVITÀ DI PARTNERSHIP

L'Etiopia rappresenterà uno degli esempi più importanti della *partnership* programmatica con altre ong per intraprendere progetti integrati di supporto alla zona, in particolare, per quanto riguarda la componente non prettamente sanitaria. Nel corso del 2007 si è dato avvio a una *partnership* programmatica con le ong Cefa e Lvia per la realizzazione di interventi integrati presso la zona South West Showa.

I settori di competenza delle suddette organizzazioni (acqua e igiene, agricoltura e attività generanti reddito - Igas) sono complementari al settore sanitario di Medici con l'Africa Cuamm. La *partnership* permetterà pertanto importanti sinergie per incidere in maniera significativa nelle nostre aree di intervento a favore delle popolazioni.

Presso il distretto di Wolisso si esploreranno *partnership* per capitalizzare le diverse competenze ed esperienze e condividere risultati, con altre agenzie e istituzioni internazionali operanti presso l'area geografica considerata, tra le quali UNICEF e UNFPA.

Verrà rafforzata la *partnership* con il Ministero Affari Esteri italiano nel tentativo di contribuire alla definizione di un piano paese che l'Utl *in loco* sta sperimentando.

#### ATTIVITÀ DI COMUNICAZIONE, FUND RAISING, LOBBY E ADVOCACY

Presso il coordinamento di Addis Abeba dovranno essere rafforzate attività di *lobby*, *advocacy* e *fund raising* locale. In particolare, considerato che l'Etiopia ospita nella sua capitale le sedi di rappresentanza delle Nazioni Unite in Africa e dell'Unione Africana, attività di presenza, *lobby* e *advocacy* a tale livello dovranno essere strutturate a rilevanza per tutta l'organizzazione.

Il *Management team* paese intende sviluppare adeguate strategie di comunicazione attraverso la divulgazione di dati, esperienze e *best practice* a organizzazioni e agenzie di supporto bilaterale, quali WHO e UNICEF, ong internazionali, Cooperazione italiana, diocesi locali e istituzioni sanitarie cattoliche in modo da rafforzare visibilità, supporto, *lobby* e *fund raising* locali.

Tra i vari strumenti di comunicazione da promuovere si annoverano in particolare i rapporti annuali, *depliant* paese e risultati di ricerche operazionali.

# Mozambico



Attualmente il 12,8% del bilancio dello Stato è attribuito alla salute.

## STORIA E ATTIVITÀ DI MEDICI CON L'AFRICA CUAMM NEL PAESE

I primi volontari di Medici con l'Africa Cuamm arrivarono nel 1978, durante la fase di riconversione del servizio sanitario coloniale secondo i principi di uguaglianza e gratuità di accesso.

Nel 2002, dopo un'approfondita analisi sull'opportunità di restare o meno nel paese, è iniziata l'attuale fase di "rilancio" con nuovi progetti nelle province di Sofala e Nampula. A parte la collaborazione con la facoltà di Medicina dell'Università cattolica del Mozambico a Beira, tutti i progetti si sono sviluppati all'interno del Sistema sanitario pubblico.

## RUOLO E OBIETTIVI STRATEGICI AL 2015

Medici con l'Africa Cuamm intende porsi, per garantire il diritto alla salute, quale organizzazione di supporto ad alcuni settori del sistema sanitario nazionale del Mozambico nell'ottica di contribuire al raggiungimento degli Obiettivi del Millennio. Si intende:

1. contribuire a migliorare la salute della popolazione più povera attraverso il rafforzamento del sistema sanitario distrettuale (ospedale, centri sanitari, comunità); in particolare ci si propone di contribuire alla riduzione della mortalità materna e infantile nelle aree rurali del paese:
  - *Provincia di Sofala (città e distretto Beira).*
  - *Provincia di Nampula (distretti di Moma, Angosche e Mongovolas).*
2. Sostenere interventi per aumentare l'accesso alle cure primarie e per migliorare lo stato nutrizionale delle donne e dei bambini in area rurale.
3. Promuovere nella comunità la capacità di identificare i problemi riguardanti la salute e di individuare le relative soluzioni.

Dopo 16 anni di guerra civile e 26 mesi di negoziati, nel 1992 a Roma, vengono firmati gli accordi di intesa tra i rappresentanti del governo e i ribelli: il Mozambico entra ufficialmente in un periodo di pace. Oggi è una democrazia multipartitica. Il Mozambico ha registrato un evidente miglioramento rispetto alle drammatiche condizioni post-conflittuali, grazie anche all'implementazione del Primo piano di riduzione della povertà (Parpa I, 2001).

Il più recente indice di Sviluppo umano dell'Undp (2006) colloca il Mozambico al 168° posto su 177 paesi censiti.

Per quanto riguarda la situazione sanitaria del paese, alla fine degli anni '70, è stato introdotto un sistema sanitario di servizi primari, sulle indicazioni del modello della *Primary Health Care* consigliato dall'OMS. Per la prima volta la popolazione povera aveva la possibilità di accedere in massa ai sistemi sanitari. Nonostante questo però la situazione sanitaria attuale del Mozambico presenta dati ancora preoccupanti in particolare rispetto all'accessibilità dei servizi sanitari.

4. Sostenere interventi mirati a ridurre l'incidenza delle endemie (Aids, Tb, Malaria) senza tralasciare le *neglected diseases*.
5. Sostenere la strategia del paese di migliorare la produzione, la distribuzione, la competenza e la motivazione del personale sanitario medico (Scuola di Medicina dell'Università di Beira).
6. Qualificare l'Ospedale centrale di Beira come centro di riferimento del Nord del paese per l'assistenza clinica, la didattica e la ricerca.
7. Rafforzare il sistema informativo locale nel monitorare e valutare i servizi sanitari.

#### RISORSE UMANE NECESSARIE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Il Mozambico è uno dei paesi dell'Africa sub-Sahariana dove è più evidente la crisi delle risorse umane nel settore sanitario. Pertanto in ogni programma si prevede di impiegare degli operatori professionali sanitari espatriati adeguati, per numero e competenza, agli obiettivi di volta in volta identificati con i *partner* locali. Per evitare di danneggiare il sistema sanitario mozambicano, sarà redatto un codice di impiego del personale sanitario del posto che sarà verificato e reso pubblico ogni anno. Attualmente, il problema più chiaro è la sproporzione tra il volume dei progetti e il supporto organizzativo.

Si stima che le risorse umane necessarie debbano includere: 1 o 2 esperti in *management* ospedaliero; 1 o 2 esperti in sanità pubblica; medici esperti, sia nell'ambito della chirurgia sia della medicina; amministrativi e logisti.

Si ritiene importante continuare a reclutare anche *in loco* il personale sanitario e non, straniero e non, senza per questo eliminare il ruolo della sede centrale, e garantendo a tutti l'offerta della formazione necessaria e dell'aggiornamento.

#### RISORSE FINANZIARIE NECESSARIE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

La previsione di *budget* si aggira attorno ai 20 milioni di euro di cui un terzo da reperire *in loco*.

#### ATTIVITÀ DI PARTNERSHIP

Considerando le prospettive delineate appare fondamentale mantenere e incrementare *in loco* collaborazioni e *partnership* con agenzie e ong che da un lato possono rafforzare il peso e la qualità dei programmi da implementare e dall'altro possono consentire approcci multi-settoriali.

Continuerà la *partnership* con il Celim di Milano, con la *Clinton Foundation* e l'ong locale *Aro Moçambique*.

Verranno valutate le proposte di collaborazione con l'ong locale Adpp (ambito Hiv/donne/bambini), *Malaria Consortium* in ambito di educazione comunitaria, con *Save the Children* ed *Elisabeth Glazer Foundation* in ambito Hiv e pediatria.

La presenza in Università e Ospedale a Beira continuerà ad avvalersi dell'accordo Regione Veneto/Provincia di Sofala, così come della collaborazione con Azienda ospedaliera e Università di Padova, si renderà necessario stringere nuove *partnership* con altri enti, fondazioni e università in particolare per l'area della ricerca e formazione.

Medici con l'Africa Cuamm è membro sia del Gong, il gruppo di coordinamento della maggior parte delle ong italiane presenti in Mozambico, che di Naima+, un *network* di ong internazionali che lavorano nel settore della salute (prevalentemente Hiv/Aids). Essere registrati come ong mozambicana faciliterebbe le *partnership* nei diversi ambiti e per le diverse attività.

#### ATTIVITÀ DI COMUNICAZIONE, FUND RAISING, LOBBY E ADVOCACY

Per far conoscere quello che si fa è necessario strutturare in maniera più organica la raccolta dati, le informazioni, i rapporti di attività prevedendo che in ogni sede di coordinamento esista un archivio/biblioteca con una documentazione aggiornata sul paese, sui temi e programmi sanitari, sull'ong e sui progetti.

Diverrà sistematica l'elaborazione di rapporti annuali sulle attività dei progetti; verranno consegnati alle rispettive controparti (locali e nazionali), divulgati all'interno dell'*équipe* di Medici con l'Africa Cuamm in Mozambico e inviati alla sede centrale.

Particolare importanza rivestirà il lavoro del *Management team* (Mt) paese nell'accrescere il livello di comunicazione interna, così come la diffusione dei rapporti dei Mt degli altri paesi e della sede centrale favorirà aggiornamento, informazione e condivisione di obiettivi.

Continuerà la raccolta fondi *in loco* e sarà attentamente vagliata la possibilità di accedere ai finanziamenti gestiti direttamente dal Misau (Ministero della Salute) per progetti presentati da ong. La registrazione di Medici con l'Africa Cuamm come ong mozambicana faciliterebbe il *fund raising*.

# Sudan



Il Sudan è il paese africano più vasto e uno dei più ricchi di risorse petrolifere, concentrate principalmente nella zona meridionale del paese. Nonostante questo gli indicatori sanitari e l'indice di sviluppo umano lo annoverano fra i paesi più poveri. È politicamente diviso fra nord e sud. In particolare nella zona meridionale, a seguito dei lunghi anni di guerra, si riscontra la pressoché totale assenza di infrastrutture di qualunque tipo e la carenza, se non la reale mancanza, di personale medico e paramedico locale.

Il 9 gennaio 2005 è stato firmato il *Comprehensive Peace Agreement*, che ha messo fine agli oltre vent'anni di guerra civile, prevedendo un periodo transitorio alla fine del quale, nel 2011, dovrebbe avere luogo un *referendum* monitorato dalla comunità internazionale per sancire l'indipendenza del sud Sudan o l'effettiva unificazione del paese.

Nel sud del paese, dove l'intervento di Medici con l'Africa Cuamm è per ora situato, la realtà politico-istituzionale è ancora fluida e frammentata. In ambito sanitario, le poche strutture esistenti, principalmente centri sanitari di base gestiti da organizzazioni religiose, non

riescono a far fronte agli enormi bisogni della popolazione. Le istituzioni sanitarie, inoltre, risultano ancora deboli e manca una reale programmazione dell'intervento per la ricostruzione del sistema sanitario. Nonostante l'adozione di una politica sanitaria fortemente decentrata, sono ancora da definire in dettaglio le attribuzioni di competenza e i livelli di delega tra governo centrale e Stati federali.

## STORIA E ATTIVITÀ DI MEDICI CON L'AFRICA CUAMM NEL PAESE

Medici con l'Africa Cuamm opera in Sud Sudan dall'ottobre 2006: grazie a un finanziamento del Dipartimento di Protezione civile del governo italiano, ha iniziato un progetto in supporto alla riapertura dell'ospedale di Yirol, nella contea omonima, nello Stato dei Lakes.

## RUOLO E OBIETTIVI STRATEGICI AL 2015

In linea con gli Obiettivi di sviluppo del Millennio 4, 5 e 6, Medici con l'Africa Cuamm si propone di:

1. contribuire a migliorare la salute della popolazione più povera attraverso il rafforzamento del sistema sanitario distrettuale (ospedale, centri sanitari, comunità); in particolare ci si propone di contribuire alla riduzione della mortalità materna e infantile nelle aree rurali del paese:
  - *Contea di Yirol*
2. Promuovere interventi per aumentare l'accesso alle cure primarie e per migliorare lo stato nutrizionale delle donne e dei bambini in area rurale.
3. Sostenere interventi mirati a ridurre l'incidenza delle endemie (Aids, Tb, Malaria) senza tralasciare le *neglected diseases*.
4. Sostenere la strategia del paese di migliorare la produzione, la distribuzione, la competenza e la motivazione del personale sanitario locale.
5. Rafforzare il sistema informativo locale nel monitorare e valutare i servizi sanitari.

Concentreremo le nostre attività nella contea di Yirol, in supporto all'ospedale e alla sua gestione, nell'ottica di

rafforzare il sistema sanitario della contea. Estenderemo progressivamente il nostro intervento almeno a due altre contee del paese, compatibilmente con il mantenimento di condizioni di pace e stabilità. Stabiliremo infine un ufficio di Coordinamento paese.

#### **RISORSE UMANE NECESSARIE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI**

Si stima che le risorse umane necessarie, in Sud Sudan, per il raggiungimento degli obiettivi, debbano includere figure professionali internazionali o locali esperte in management ospedaliero, clinica e sanità pubblica. Inoltre saranno necessari amministrativi e logisti/addetti al *procurement*.

#### **RISORSE FINANZIARIE NECESSARIE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI**

La previsione di *budget* si aggira attorno ai 16 milioni di euro fino al 2015.

#### **ATTIVITÀ DI PARTNERSHIP**

Si ritiene fondamentale lavorare in ambito multisettoriale con personale di formazione ed esperienza diversa. Per questo motivo, Medici con l'Africa Cuamm si propone di esplorare *partnership* con altre ong internazionali o locali per intraprendere progetti congiunti di supporto al sistema sanitario nazionale, di integrazione delle sue componenti e per la formazione del personale sanitario.

#### **ATTIVITÀ DI COMUNICAZIONE, FUND RAISING, LOBBY E ADVOCACY**

Medici con l'Africa Cuamm si propone di promuovere una strategia di divulgazione dei risultati e delle *lessons learned*, sia all'interno sia all'esterno del paese. Preparerà rapporti periodici, relazioni di valutazione delle attività e risultati della ricerca applicata che verranno diffusi a livello nazionale e internazionale per azioni di *advocacy* e *lobby*.

# Tanzania



La Tanzania, nata nel 1964 dall'unione fra Tanganyika (indipendente dal 1961) e Zanzibar (indipendente dal 1963), pur situata in un'area altamente instabile è riuscita a mantenere un elevato grado di coesione interna e di stabilità politica<sup>6</sup>. Nonostante il recente miglioramento di alcuni indicatori, il "Poverty and Human Development Report 2005" evidenzia le difficoltà della Tanzania nel conseguire i MDGs entro i termini previsti. Tale rapporto, pubblicato nel 2006 dall'Undp, pone il paese al 162° posto su 177 studiati. Il paese è fortemente dipendente dall'assistenza internazionale. Nel 2001, avendo raggiunto il "completion point", ha potuto beneficiare dell'iniziativa HIPC<sup>7</sup> (High Indebted Poor Countries Initiative) vedendo cancellare il suo debito con il Fondo monetario internazionale. L'ultima riforma del settore sanitario, approvata nel 1996 di pari passo con quella dei governi locali (distretti), ha comportato, tra le altre cose, l'introduzione delle *user fees* e la riduzione dei sussidi governativi alle strutture *non profit*. Dal 1998, la Tanzania ha deciso di orientare gli aiuti internazionali in campo sanitario secondo la formula del

*Sector Wide Approach* (SWAp) in base alla quale i *partner* sono incoraggiati a finanziare il Piano d'azione complessivo del settore piuttosto che specifici progetti.

## STORIA E ATTIVITÀ DI MEDICI CON L'AFRICA CUAMM NEL PAESE

Medici con l'Africa Cuamm è presente in Tanzania dal 1968. Inizialmente legato alle strutture sanitarie missionarie e diocesane, a partire dal 1977, si adopera a sostegno delle strutture sanitarie governative nell'ambito di interventi appoggiati dalla Cooperazione italiana. Dal 2002, interveniamo con progetti di cooperazione sanitaria nelle regioni di Dar es Salaam, Pwani (nei distretti di Mkuranga e Rufiji), Iringa (nei distretti di Iringa Rurale, Mafinga, Ludewa, Njombe e Makete) e Morogoro (distretto di Kilosa). Si tratta di aree contigue, molto diverse dal punto di vista geografico e sociale, ma con simili problematiche sanitarie e gestionali: scarso accesso ai servizi sanitari, Hiv/Aids, Tb, malaria, alta morbilità e mortalità materno-infantile.

## RUOLO E OBIETTIVI STRATEGICI AL 2015

In linea con gli Obiettivi di sviluppo del Millennio 4, 5 e 6, Medici con l'Africa Cuamm si propone di:

1. contribuire a migliorare la salute della popolazione più povera attraverso il rafforzamento del sistema sanitario distrettuale (ospedale, centri sanitari, comunità); in particolare ci si propone di contribuire alla riduzione della mortalità materna e infantile presso i sette distretti della regione di Iringa: Iringa Rural, Iringa Municipal, Kilolo, Mufindi, Njombe, Ludewa e Makete.
2. Sostenere interventi per aumentare l'accesso alle cure primarie e per migliorare lo stato nutrizionale delle donne e dei bambini in area rurale.
3. Sostenere interventi mirati a ridurre l'incidenza delle endemie (Hiv, Tb, malaria) senza tralasciare le *neglected diseases*.

<sup>6</sup> Il CCM (Chama Cha Mapinduzi, il Partito della Rivoluzione) è stato creato nel 1967 e, da allora, è rimasto al potere, dapprima come partito unico, poi, dal 1995, come partito di gran lunga più forte e popolare del paese.

<sup>7</sup> L'"Iniziativa HIPC" (*Heavily Indebted Poor Countries*) fu adottata nel 1996 al Vertice G7 di Lione, nel quadro delle azioni intraprese dalla comunità internazionale per rendere sostenibile nel medio-lungo periodo il debito estero dei paesi più poveri.

4. Promuovere la qualità e la ricerca dei servizi sanitari ai diversi livelli del sistema sanitario rafforzando il centro di *Primary Health Care* di Iringa.
5. Contribuire ad accreditare il centro sanitario di Mikumi a livello di ospedale distrettuale di primo livello e a qualificarlo come centro di riferimento per la salute materno-infantile.
6. Sostenere l'integrazione tra il servizio sanitario pubblico e quello privato *non profit*.
7. Proporsi come agente di supporto per l'implementazione di strategie disegnate congiuntamente alle autorità sanitarie per i diversi livelli del sistema distrettuale (ospedale, centri sanitari, comunità).
8. Proporsi come agente di supporto, all'interno delle *polices* nazionali, per la gestione delle strutture sanitarie dal punto di vista della *governance*, del *management*, della componente clinica e del sistema di finanziamento.

#### RISORSE UMANE NECESSARIE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Si stima che le risorse umane necessarie per il raggiungimento degli obiettivi debbano includere figure professionali internazionali o locali esperte in *management* ospedaliero, clinica e sanità pubblica. Inoltre saranno necessari amministrativi e logisti.

#### RISORSE FINANZIARIE NECESSARIE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Stimiamo che 18 milioni di euro siano le risorse finanziarie necessarie per poter portare avanti e rafforzare le nostre attività in Tanzania fino al 2015. Valutiamo che 8 milioni di euro dovrebbero venire reperiti localmente, mentre 10 dovrebbero provenire dalla sede centrale.

#### ATTIVITÀ DI PARTNERSHIP

Medici con l'Africa Cuamm si propone di esplorare *partnership* con altre ong per intraprendere progetti integrati di supporto ai distretti, soprattutto per

quanto riguarda la componente non prettamente tecnico-sanitaria. In particolare nel corso del 2007 si è dato avvio a una *partnership* programmatica con le ong Cefa e Lvia per la realizzazione di interventi integrati presso la regione di Iringa e, a più lungo termine, a Dodoma. I settori di competenza delle suddette organizzazioni (acqua e igiene, agricoltura e attività generanti reddito - IGAs) sono complementari al settore sanitario di Medici con l'Africa Cuamm.

Intendiamo rafforzare *in primis* la collaborazione con il Ministero Affari Esteri italiano (MAAEE) e iniziare a collaborare con importanti agenzie internazionali (UNICEF e WHO), non solo per le opportunità di finanziamento, ma anche per quanto riguarda lo scambio di esperienze, *best practices* e supporto tecnico. Si cercheranno *partnership* con *Family Health International* (Fhi), *Clinton Foundation* e UsAid per quanto concerne la gestione e il finanziamento di componenti specifiche relative all'Hiv/Aids.

La collaborazione con l'Istituto Spallanzani, se si presentasse l'opportunità, va strutturata nelle zone dove siamo presenti e sulla base della *mission* di ciascuna delle due organizzazioni. Verrà ridefinita sulla base di *budget* annuali, calcolati per ogni ospedale, la collaborazione con le diocesi.

#### ATTIVITÀ DI COMUNICAZIONE, FUND RAISING, LOBBY E ADVOCACY

> Promuovere una strategia di divulgazione dei risultati e delle *lessons learned*, sia all'interno sia all'esterno del paese, attraverso rapporti periodici, relazioni di valutazione delle attività e risultati della ricerca applicata.

> Riformulare la strategia di finanziamento per gli ospedali, considerando accordi annuali e di supporto con la controparte. In questo ambito sarà quindi indispensabile rafforzare le strategie di comunicazione verso la sensibilizzazione di gruppi di appoggio e fondazioni.

# Uganda



L'Uganda è una repubblica democratica. Negli ultimi dieci anni il paese è stato interessato da cambiamenti straordinari in tutti i settori: finanziario, politico, culturale. Decentralizzazione amministrativa, pacificazione interna e sviluppo di politiche moderne a favore di investimenti di capitale straniero e dello sviluppo industriale sono gli elementi chiave delle attuali politiche nazionali. Gli obiettivi e le strategie sanitarie nazionali dell'Uganda sono definiti dal secondo Piano strategico del Settore sanitario (HSSP II 2005-2010) e dal Piano di riduzione della povertà.

## STORIA E ATTIVITÀ DI MEDICI CON L'AFRICA CUAMM NEL PAESE

Medici con l'Africa Cuamm opera in Uganda dal 1959. In tutti questi anni di presenza ha messo in atto un'ampia gamma di interventi nel settore sanitario a partire dal sostegno a ospedali pubblici e missionari e a servizi di salute, alla collaborazione con i sistemi sanitari centrale e periferici, alla promozione di programmi di formazione per personale sanitario. Oggi è presente in quattro regioni (*West*

*Nile, Central Region, Karamoja, Lango*) e nell'Uganda *Martyrs University* di Nkozi.

## RUOLO E OBIETTIVI STRATEGICI AL 2015

In linea con gli Obiettivi di sviluppo del Millennio 4, 5 e 6, Medici con l'Africa Cuamm si propone di:

1. contribuire a migliorare la salute della popolazione più povera attraverso il rafforzamento del sistema sanitario distrettuale (ospedale, centri sanitari, comunità); in particolare ci si propone di contribuire alla riduzione della mortalità materna e infantile nei distretti di alcune regioni:
  - *West Nile.*
  - *Lango e Teso.*
  - *Regione Centrale.*
  - *Karamoja.*
2. Sostenere interventi per aumentare l'accesso alle cure primarie e per migliorare lo stato nutrizionale delle donne e dei bambini in area rurale.
3. Promuovere nella comunità la capacità di identificare i problemi riguardanti la salute e di individuare le relative soluzioni.
4. Sostenere i programmi nazionali mirati a ridurre l'incidenza delle endemie (Aids, Tb, Malaria) senza tralasciare le *neglected diseases*.
5. Promuovere la *performance* dei servizi sanitari, inclusi quelli ospedalieri, rafforzando le attività didattiche, di ricerca e di partenariato accademico della facoltà di Scienze della Salute (*Faculty of Health Sciences*) dell'Università Cattolica dei martiri d'Uganda (*UMU*).
6. Sostenere le attività di coordinamento del *Catholic Medical Bureau* nell'ambito dell'integrazione tra pubblico e privato *non profit*.
7. Rafforzare il sistema informativo locale nel monitorare e valutare i servizi sanitari.

## WEST NILE

L'intervento di Medici con l'Africa Cuamm, già programmato fino alla scadenza prevista nel 2010, si

concentrerà sul sostegno ai distretti e alle strutture sanitarie diocesane di Arua e Nebbi.

Anche nel 2008 Medici con l'Africa Cuamm si impegnerà a sostenere gli interventi di *primary eye care* e quelli a favore dei disabili nelle comunità, nelle strutture sanitarie e nelle scuole. Le attività saranno realizzate favorendo una crescente assunzione di responsabilità da parte dei *partner* ugandesi a proseguire successivamente le attività concordate.

### LANGO E TESO

Nell'ambito della politica di "normalizzazione" del Nord dell'Uganda, uscita da decenni di guerra civile, le regioni di Lango e di Teso presentano bisogni sanitari enormi e sono considerate tra le zone prioritarie per gli interventi di ricostruzione e sviluppo del sistema sanitario.

### REGIONE CENTRALE

Nella Regione Centrale la presenza di Medici con l'Africa Cuamm rimane finalizzata a completare il rafforzamento delle competenze amministrative dell'ospedale di Naggalama e delle sue collaborazioni con la rete di *partner* nazionali e internazionali, in particolare di quelle impegnate nella lotta all'Aids.

### KARAMOJA

I distretti della Karamoja presentano gli indicatori di salute e sviluppo più bassi del paese e dell'intera Africa orientale, a causa dell'estrema povertà della regione e della situazione di insicurezza e instabilità. Per questo la regione è al centro delle priorità nazionali nei programmi di sviluppo.

È considerato strategico anche il consolidamento e il rafforzamento della storica collaborazione con le strutture sanitarie diocesane, con particolare attenzione all'ospedale di Matany, ai suoi servizi clinici, al suo ruolo di coordinamento per il sottodistretto e di promotore della medicina di comunità e alla sua scuola per formazione di infermieri professionali.

### RISORSE UMANE NECESSARIE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Si stima che le risorse umane necessarie debbano includere: alcuni esperti in *management* ospedaliero e in sanità pubblica; medici per l'attività clinica; amministrativi e logisti. Si prevede in questo processo di ottimizzare il rapporto tra il personale espatriato e quello locale, continuando la politica di investimenti in risorse umane locali, in modo di formare quadri professionali capaci e motivati per garantire continuità e sostenibilità agli interventi.

### RISORSE FINANZIARIE NECESSARIE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Si stima che saranno necessari 25 milioni di euro per il raggiungimento degli obiettivi strategici fino al 2015. Di questi, il 40% dovrebbe essere recuperato *in loco*, mentre il rimanente 60% dovrebbe provenire dalla sede centrale.

### ATTIVITÀ DI PARTNERSHIP

L'importanza di operare in *partnership* è vista come strumento chiave per riuscire a implementare interventi più ampi di maggiore impatto e visibilità. Nel periodo 2008-2015 saranno rafforzate le attuali e tradizionali collaborazioni e ne verranno attivate di nuove. Quelle di seguito sono le *partnership* che verranno rafforzate:

- > *Partnership* per ottenere un sostegno finanziario: UNICEF, UE, Ambasciata giapponese, USAID, WHO, *Mildmay Clinic*.
- > *Partnership* per interventi di sviluppo: AVSI, COOPI, ISP, *Malaria Consortium*, UMU (*Uganda Martyrs University*), *Local NGO*.
- > *Partnership* a progetto: strutture sanitarie diocesane PNFP (*Private not for Profit*), distretti, HSD (*Health Sub-district*), UMU (*Uganda Martyrs University*), strutture governative, comunità.
- > *Partnership* per rafforzare il ruolo delle ong nelle politiche e strategie nazionali: ministeri governativi, autorità locali e distretti, WHO, UNICEF, OCHA/UNDP UCMB (*Uganda Catholic Medical Bureau*), UMU (*Uganda Martyrs University*), alleanze di sviluppo, GFI (*Global Fund Initiative*).

### ATTIVITÀ DI COMUNICAZIONE, FUND RAISING, LOBBY E ADVOCACY

Per raggiungere gli obiettivi strategici definiti, è fondamentale migliorare e sviluppare in modo coerente e trasversale ai programmi anche le attività amministrative, di *lobby*, *advocacy* e *fund raising* locale.

L'adozione dell'inglese come unica lingua per la comunicazione, interna ed esterna, faciliterà la realizzazione di attività di comunicazione *in loco*, l'organizzazione di eventi, la promozione delle pubbliche relazioni e il contatto con i media. Sarà quindi funzionale all'obiettivo di Medici con l'Africa Cuamm di perseguire una strategia di divulgazione dei risultati e delle *lessons learned*, sia all'interno sia all'esterno del paese, che favorirà la produzione di rapporti periodici, relazioni di valutazione delle attività e risultati della ricerca applicata da diffondere a livello nazionale e internazionale per azioni di confronto, scambio e riproduzione.