

Medici con l'Africa Cuamm Piano strategico 2016–2030



MEDICI
CON L'AFRICA
CUAMM

Doctors with Africa

Rafforzare
i sistemi sanitari
per costruire
comunità resilienti
in Africa

Medici con l'Africa Cuamm Piano strategico 2016–2030



**MEDICI
CON L'AFRICA
CUAMM**
Doctors with Africa

In continuità con
il Piano strategico
2008–2015,
Medici con l’Africa
Cuamm presenta
il nuovo documento
che guida la strategia
e gli interventi
per il periodo
2016–2030, coerente
con gli Obiettivi di
sviluppo sostenibile.

INDICE

06	1	INTRODUZIONE	20	5	PROGRAMMAZIONE
			21	5.1	Le priorità geografiche
09	2	MISSION E VALORI	21	5.1.1	Criteri di entrata
10	2.1	La <i>mission</i>	21	5.1.2	Criteri di uscita
10	2.2	I valori	22	5.2	Le priorità tematiche
			22	5.2.1	Salute riproduttiva materna, neonatale, infantile e dell'adolescente: un'agenda non ancora ultimata
11	3	CONTESTO	22	5.2.2	Nutrizione
12	3.1	Il cambiamento della povertà in Africa	23	5.2.3	Malattie infettive
13	3.2	Il cambiamento dei sistemi sanitari in Africa	24	5.2.4	Malattie croniche e traumi
14	3.3	Il cambiamento della cooperazione sanitaria in Africa	24	5.2.5	<i>Universal Health Coverage</i> (UHC)
			26	5.3	Le priorità organizzative
15	4	VISIONE E OBIETTIVI STRATEGICI: RAFFORZARE I SISTEMI SANITARI	26	5.3.1	Migliorare la qualità dei programmi, l'implementazione, il monitoraggio, la valutazione e la ricerca operativa
17	4.1	Lavorare in un sistema sanitario che metta al centro la persona, la famiglia e la comunità			
17	4.2	Lavorare in un sistema sanitario che dia valore al personale locale			
17	4.3	Lavorare in un sistema sanitario che dia concretezza alla <i>Primary Health Care</i>	27	6	INVESTIRE SULLE RISORSE UMANE
18	4.4	Lavorare in un sistema sanitario che punti a migliorare la sua <i>performance</i>			
18	4.5	Lavorare in un sistema sanitario unitario che sostenga l'integrazione tra programmi	30	7	RAFFORZARE L'ACCOUNTABILITY
18	4.6	Lavorare in un sistema sanitario pluralistico e inclusivo che rafforzi la collaborazione tra il settore Nfp e il settore governativo			
19	4.7	Lavorare in un sistema sanitario che apprenda e investa in innovazione, valutazione e ricerca operativa	33	8	COMUNICAZIONE, FORMAZIONE PUBLIC AWARENESS E FUNDRAISING
			34	8.1	Il contesto
			34	8.2	I cambiamenti sociali, nei media e nella raccolta fondi
			35	8.3	Le direzioni strategiche
			36	8.4	Le aree di intervento
			36	8.4.1	Comunicare: un bisogno e una vocazione
			38	8.4.2	Formazione e <i>public awarness</i> in salute globale e cooperazione sanitaria internazionale
			40	8.4.3	Il <i>fundraising</i>

01

Introduzione

«Vi ringrazio per quanto state facendo in favore del diritto umano fondamentale della salute per tutti. La salute, infatti, non è un bene di consumo, ma un diritto universale per cui l'accesso ai servizi sanitari non può essere un privilegio».

Papa Francesco,
udienza speciale
a Medici con l'Africa
Cuamm,
7 maggio 2016

Fin dalla sua nascita, nel 1950, Medici con l'Africa Cuamm si batte perché l'accesso alla salute sia garantito a tutti, specie ai più poveri. Consideriamo da sempre un nostro dovere costitutivo impegnarci e spenderci senza riserve affinché "l'accesso a un livello più alto di salute possa essere garantito a tutti" (Conferenza di Alma Ata 1978).

La consapevolezza del grande valore della dignità di ogni essere umano, nonché il Vangelo che ci ispira fin dalle origini, ci spingono e ci motivano in questo impegno, unendoci a ogni uomo e donna di buona volontà.

PAESI FRAGILI E AREE VULNERABILI

L'Africa sta cambiando molto rapidamente. Oggi abbiamo davanti un'Africa molto diversa da quella di vent'anni fa. Meno guerre e meno povertà, più infrastrutture, più risorse naturali e comunicazioni. Il Pil in molti paesi africani cresce così come la classe media, i laureati, le competenze. Nonostante i tanti segni di speranza e progresso, esistono ancora molti paesi "fragili". Le Nazioni Unite ne hanno identificati 50 e, di questi, ben 28 sono in Africa. Sono paesi che stanno passando da una situazione di emergenza pura a una condizione di sviluppo da favorire e consolidare. Medici con l'Africa Cuamm si sente interpellato e primariamente impegnato ad affiancarsi e ad accompagnare questi paesi nel loro processo di ricostruzione e crescita.

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS E RAFFORZAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO LOCALE

I *Sustainable Development Goals* (SDGs) che la Comunità Internazionale identifica come pilastri dello sviluppo per gli anni a venire sono giustamente più ampi e numerosi rispetto agli otto identificati nei *Millennium Development Goals* (MDGs). Solo con un approccio globale attento ai determinanti più generali si può mirare a uno sviluppo sostenibile. Esiste comunque un ampio consenso sul fatto che, specie nei paesi a più basso reddito, gli sforzi devono essere concentrati *in primis* per risolvere le gravi e basiche urgenze sociali quali sanità, istruzione, cibo e acqua. Per questi motivi la "salute" continua a

rimanere un tema centrale (il terzo) anche all'interno dei nuovi SDGs. A questo riguardo, gli obiettivi del post-2015 sostengono con determinazione l'*Universal Health Coverage* (UHC) nella prospettiva di un rafforzamento del sistema sanitario locale. La salute materno-infantile continua a rimanere, per motivi epidemiologici, tecnici ed etici, il "cuore" del bisogno sanitario su cui concentrare la nostra attività, con una focalizzazione specifica sulla malnutrizione, la tubercolosi (TB), la malaria, l'Hiv/Aids e le patologie cronico-degenerative.

ACCOUNTABILITY, RISULTATI, RICERCA OPERATIVA, INNOVAZIONE

Siamo profondamente convinti che la Cooperazione Internazionale possa essere davvero un importante strumento di cambiamento. I programmi e i progetti devono essere gestiti in maniera scientifica e trasparente, per assicurare che i benefici raggiungano i poveri. Servono dati, evidenze scientifiche, misurazioni di impatto, strumenti e metodi per valutare il lavoro fatto. In questo senso la ricerca operativa sarà sviluppata in forma strutturata. Sarà nostra cura pubblicare e dare la doverosa evidenza di ogni risultato raggiunto, stimolando il confronto e la discussione. Per questo l'*accountability*, amministrativa e di attività, render conto ai beneficiari, a noi stessi e ai nostri *stakeholders*, vuole continuare a essere la strada maestra attorno a cui ruota il nostro impegno quotidiano.

RISORSE UMANE

Disponiamo di un *pool* di professionisti, sanitari e non, di buon livello, pur consapevoli che il cammino di adeguamento rispetto alle nuove sfide è ancora lungo. Il problema più grave che dobbiamo affrontare è quello della quantità.

È necessaria una forte spinta da parte di tutta l'organizzazione per dare un assetto strutturato e ben coordinato che veda coinvolti *in primis* i paesi nei quali lavoriamo per reclutare e selezionare personale locale, italiano e internazionale che sia disponibile. Inoltre, sarà importante sondare e sviluppare le ricerche nei paesi europei che abbiano una relativa disponibilità

di personale sanitario. Anche per i medici italiani già “dipendenti strutturati” sono notevoli le difficoltà con le istituzioni di riferimento, nonostante la possibilità di ottenere l’aspettativa dal lavoro. Dovremo sviluppare con maggior sinergia e forza i rapporti con le loro istituzioni di riferimento; dal punto di vista scientifico andrebbero sviluppati percorsi di interesse che siano sinergici con quelli dell’istituzione stessa.

PARTNERSHIP STRATEGICHE

Per poter essere significativo in un mondo globalizzato, il Cuamm deve sviluppare sempre più il “lavoro in *partnership*”. Dobbiamo caratterizzare la nostra attività e il nostro stile secondo un modo di pensare e agire in *partnership*:

D **A livello internazionale**

D **A livello nazionale**

L’obiettivo è quello di diventare leader in Italia nell’ambito della cooperazione sanitaria internazionale evitando atteggiamenti di sufficienza, distacco o superiorità ma piuttosto sviluppando contenuti e modalità di relazione che siano attrattivi e inclusivi, diventando punto di riferimento riconosciuto e ascoltato.

D **In loco (nei paesi)**

Dovremo anche, con più determinazione di quella finora avuta, prevedere la costituzione di “vari Cuamm locali”, senza per questo perdere l’unitarietà dell’organizzazione.

D **A livello scientifico**

Non sono molte le organizzazioni dedite in maniera specifica alla cooperazione sanitaria e che abbiano un approccio all’attività sul campo basato su evidenze scientifiche e su dati e risultati solidi e trasparenti. Sarà con queste organizzazioni che dovranno essere rafforzati i contatti e le occasioni di confronto pubblico con lo scopo di migliorare il lavoro sul campo e di influenzare i *policy makers*.

COMUNICAZIONE, ACCREDITAMENTO E RACCOLTA FONDI

D **Relazione, accreditamento e fiducia**

La comunicazione, l’accreditamento e la raccolta fondi del Cuamm si basano su una strategia “relazionale” che mette al centro il nostro *partner*/interlocutore. Relazioni autentiche e trasparenti hanno l’obiettivo prioritario di creare coinvolgimento e partecipazione attorno a motivazioni, obiettivi, stile e operatività sul campo che caratterizzano la nostra organizzazione. Questa condivisione è in grado di consolidare e accrescere il nostro “patrimonio” fiduciario e di accreditamento, presupposto fondamentale per dare basi solide a ogni iniziativa di comunicazione, formazione e raccolta fondi.

D **Rientrati e territori**

I nostri volontari rientrati e i gruppi che attorno a loro si creano nelle varie aree del territorio nazionale rappresentano un rilevante punto di forza da valorizzare proprio in questo senso. Ogni volontario rientrato rappresenta una “risorsa preziosa” per attivare un territorio, far conoscere l’Africa e il nostro lavoro, coinvolgere amici, comunità, istituzioni, media, e altro ancora.

Il lavoro sui territori verrà sostenuto e facilitato da una graduale maggior diffusione del brand (valore) attraverso articolati e innovativi canali comunicativi (social media). Anche le *partnership* con associazioni di studenti, ordini professionali, università, scuole di specialità e altro ancora concorrono a radicarci e ad accreditarci nei territori.

D **Il campo**

La vera forza comunicativa e di proposta del Cuamm è rappresentata in particolare dal lavoro fatto sul campo; si deve raccontare e proporre sempre più e meglio quanto facciamo proponendoci come agenzia capace di realizzare e dare evidenza a un cambiamento concreto, consapevole dei propri limiti ma anche fortemente motivata a continuare in quella che è la propria storia: prestare il proprio impegno umano e professionale a fianco dei più poveri, nell’ultimo miglio.

D **Nuovi mezzi di comunicazione**

Il mondo della comunicazione sta cambiando radicalmente: il mezzo cartaceo è sempre più accompagnato dai nuovi mezzi digitali che dovremo usare in modo più ampio e strutturato.

D **Raccolta fondi**

In questi ultimi anni abbiamo consolidato una modalità di raccolta fondi basata in larga parte sulla richiesta di finanziamento per opere specifiche ai singoli donatori. Questa modalità è coerente con la strategia adottata, attenta alla relazione con il donatore e focalizzata sul concreto operare sul campo. I risultati sono stati buoni e la strategia finora adottata va mantenuta e perfezionata. Al contempo dobbiamo diversificare le fonti della raccolta fondi coinvolgendo maggiormente donatori privati attorno a programmi/campagne più ampie e flessibili alle diverse esigenze che si rilevano sul campo.

D **Africa**

Un’attenzione speciale va data alla nostra comunicazione e visibilità nei paesi in cui operiamo. Devono essere selezionate modalità specifiche che siano mirate a dare la giusta evidenza ai risultati sul campo, proponendo buone pratiche da espandere anche in altre aree e possibili ulteriori sviluppi e innovazioni, coinvolgendo le istituzioni locali e i *partner* internazionali. Un evento annuale da proporre nella capitale potrebbe essere un primo punto di partenza.

D **Internazionale**

La raccolta fondi “internazionale” è relativamente nuova. Dobbiamo uscire dalla fase “esplorativa” e passare con gradualità e determinazione a quella più organizzata e strutturata, ridistribuendo e dedicando risorse (umane e finanziarie) specifiche. Conseguente è la costituzione di “Cuamm” riconosciuti legalmente nei maggiori paesi di interesse, oltre a quelli africani in cui lavoriamo: USA, Canada, UK, solo per citarne alcuni.

02

Mission e valori

2.1 La *mission*

2.2 I valori

«Pensiamo che l'identità di un organismo come di una persona non è uguaglianza, non è fissità, non è mancanza di crescita. È svilupparsi mantenendo la propria individualità distinta, senza mutare i geni, senza staccarsi dalle radici, senza perdere le caratteristiche originali, pur variando nel tempo, adattando e aggiornando, alcuni attributi e modalità di espressione, per non diventare insignificanti e sterili. È, in fondo, una grande sfida per ogni istituzione. È la sfida che Medici con l'Africa Cuamm ha accettato e vive da 60 anni e non intende tradire per il futuro».

Don Luigi Mazzucato

2.1 LA MISSION

La missione istituzionale di Medici con l'Africa Cuamm si è evoluta, a partire dall'espressione evangelica "euntes, curate infirmos" (Mt. 10, 6-8) 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.

2.2 I VALORI

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

D ispirazione cristiana e legame alla Chiesa: è esplicito il continuo riferimento ai valori cristiani e al Vangelo;

D "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;

D il valore dell'esperienza: Medici con l'Africa Cuamm può vantare oltre sessantacinque anni di attività a favore dei paesi in via di sviluppo;

D competenza specifica ed esclusiva nell'ambito medico-sanitario;

D 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'organizzazione.

03

Contesto

- 3.1 Il cambiamento della povertà in Africa
- 3.2 Il cambiamento dei sistemi sanitari in Africa
- 3.3 Il cambiamento della cooperazione sanitaria in Africa

«Bisogna essere ottimisti, bisogna nutrire speranza, ma sapendo qual è il prezzo dell'ottimismo, qual è il prezzo della speranza, e cioè una visione realistica, lucida, anche impietosa delle prove che ci attendono, delle prove da superare, e quindi degli sforzi da compiere, sforzi come quelli che voi avete compiuto finora e intendete compiere ancora».

Giorgio Napolitano
11 novembre 2010.
In occasione dei 60 anni
di Medici con l'Africa
Cuamm.

Che forme di interdipendenza siano sempre esistite nella storia dell'umanità è fuor di dubbio. Difficile dire se e quanto queste abbiano contribuito al progresso sociale e al bene comune delle persone e delle comunità.

Oggi, però, ci troviamo di fronte a manifestazioni della globalizzazione così intense e pervasive da lasciarci interdetti, inquieti e preoccupati perché i valori della centralità della persona umana e dei diritti dei popoli sono sensibilmente decaduti.

Crisi finanziarie nate nei santuari della finanza occidentale si abbattono in maniera devastante sulle società e sulle persone diffondendosi nel mondo con la rapidità di un'epidemia; le diseguaglianze economiche si accentuano fra paesi, bloccano gli "ascensori" sociali e ricacciano ai margini della povertà le categorie più vulnerabili; rispuntano gli orrori della guerra e del fanatismo religioso e con essi l'uso cinico della violenza sulle persone inermi e la furia iconoclasta sulle testimonianze del passato; riprendono con forza e senza prospettiva di interruzione gli esodi biblici di milioni di persone che attraversano, spesso tragicamente, qualsiasi tipo di barriera per scappare da un destino senza lavoro, senza libertà, senza speranza; le società europee, inebetite dalla paura e dalla demagogia, si scoprono egoiste e impreparate ad accogliere persone nuove, diverse, in stato di bisogno; mai come ora i cambiamenti climatici provocati dall'uomo rischiano di compromettere la sostenibilità ambientale e i progressi economici e sociali di oggi e di domani.

In questi processi di globalizzazione, l'Africa è un continente che rappresenta un'icona, una lente di lettura delle nostre responsabilità. Occuparsi del diritto alla tutela della salute in Africa significa andare alla radice di questi problemi, partire da una scelta che pone al centro della cultura dei diritti anche la responsabilità dei doveri, in particolare dei doveri di solidarietà e di aiuto reciproco verso un continente che ancora oggi fa più fatica di altri ad assicurare una vita dignitosa alle proprie comunità.

Questa responsabilità dei doveri tocca innanzitutto noi, la nostra organizzazione, Medici con l'Africa Cuamm, che ribadisce il suo mandato originario di essere con le

genti africane stando sul campo, di persona, spendendosi nei luoghi più bisognosi, collaborando con le istituzioni e le comunità locali, garantendo l'accesso a servizi sanitari di base e alla protezione sociale.

Questa responsabilità non può restare un fatto di nicchia, deve estendersi alle nuove generazioni e al mondo sanitario italiano. L'Africa è una scuola della salute globale e allo stesso tempo una scuola di vita. Aprire questa scuola all'entusiasmo e alla voglia di partecipazione degli studenti e dei giovani medici diventa un impegno di futuro. La solidarietà è anche generazionale. Il mondo delle professioni sanitarie, a sua volta, può e deve offrire all'Africa il ricco bagaglio di conoscenze e competenze professionali di cui dispone riscoprendo nella medicina sociale il valore di un nuovo umanesimo.

Ma il ruolo dell'Africa nel mondo che verrà interpella anche il nostro paese, l'Italia, e il nostro continente, l'Europa. Il rilancio delle politiche di cooperazione internazionale e il sostegno a nuovi modelli di sviluppo a favore dell'Africa non risponde solo a un dovere umanitario, etico, per quanto dovuto. È anche un atto di intelligenza lungimirante. Ciò che accade oggi in Italia e in Europa, in particolare l'ascesa dei fenomeni migratori, non è estraneo ai cambiamenti che avvengono in Africa. Gli africani sono i nostri vicini di casa. Cooperare con loro significa preoccuparsi di scrivere un destino comune dove si possano condividere problemi e opportunità, strategie e responsabilità.

Per affrontare in maniera adeguata questa prospettiva di cooperazione è necessario leggere i cambiamenti che stanno attraversando l'Africa, in particolare e per ciò che ci riguarda, i cambiamenti della povertà, dei sistemi sanitari e dell'aiuto internazionale.

3.1 IL CAMBIAMENTO DELLA POVERTÀ IN AFRICA

Nel corso degli ultimi quindici anni il continente africano sembra aver invertito la spirale negativa di guerre, carestie e povertà che lo aveva fatto bollare come un continente perduto, alla deriva: a *continent adrift*. Quello a cui stiamo assistendo è un cambiamento profondo segnalato dall'andamento positivo di indicatori demografici, economici, tecnologici e sociali. L'aspettativa di vita alla nascita è

migliorata in media di quasi 10 anni; la popolazione con il suo 42% di persone con un'età inferiore a 15 anni è la più giovane al mondo; il prodotto interno lordo cresce a ritmi superiori alla spinta demografica; la scolarizzazione femminile è migliorata; le università si moltiplicano; esplodono le tecnologie della comunicazione; cambiano le aspettative, gli stili di vita e di consumo; è palpabile la voglia di protagonismo. Siamo di fronte a un cambiamento paradigmatico rispetto al passato tanto che si è ribaltata la definizione dell'Africa. Ora *The Economist* lo definisce "il continente della speranza": *the hopeful continent*.

Tuttavia, questa trasformazione è lunga dall'essere uniforme e duratura. Perdurano pesanti contraddizioni e forti contrasti, specie per quanto riguarda il fenomeno della povertà. A una lettura attenta e critica di quanto sta avvenendo, appare evidente che i processi di cambiamento non riguardano soltanto lo sviluppo ma anche la povertà e le sue manifestazioni. Si può affermare che una nuova mappa delle povertà si sta disegnando tra i paesi e all'interno dei paesi dell'Africa.

La povertà estrema tende a concentrarsi nei cosiddetti "stati fragili". Si tratta di 50 paesi, in gran parte africani, in cui si trova il 43% dei poveri del mondo che vivono con meno di 1,25 \$ al giorno; nonostante qualche miglioramento, nessuno di questi paesi ha raggiunto i target previsti dagli Obiettivi di sviluppo del millennio alla fine del 2015. Gli indicatori di salute e di funzionamento del sistema sanitario rimangono tra i più arretrati al mondo, specie per la componente materna e infantile.

C'è un nesso tra fragilità e povertà. Le persone e le comunità diventano fragili per ragioni spesso interdipendenti l'una dall'altra. Nei conflitti cronici le cause primarie della fragilità sono l'ingiustizia sociale, le sperequazioni economiche, le tensioni etniche, in casi estremi la radicalizzazione delle differenze religiose. Anche i mutamenti climatici, lo sfruttamento ambientale, le pandemie (es. Ebola) o la debolezza delle istituzioni contribuiscono ad aumentare la fragilità della popolazione fino a determinarne il collasso con esiti catastrofici come le migrazioni di massa. In queste aree di povertà estrema, gli interventi finalizzati a sostenere la "resilienza" delle persone e

delle comunità, ivi incluso un sistema sanitario funzionante, diventano indispensabili e urgenti.

Ma il fenomeno della povertà non si esaurisce nelle sue forme più estreme. Anche all'interno dei paesi africani meno esposti agli shock esterni la povertà non è scomparsa, tende piuttosto a raccogliersi e a cronicizzare in sacche specifiche come le zone transfrontaliere remote, le aree rurali isolate, i quartieri urbani degradati.

In questi casi, a essere colpiti sono i gruppi vulnerabili come le donne, i bambini, gli adolescenti, i malati cronici, le minoranze (es. popolazioni nomadi). Si tratta di quella parte della popolazione che vive ai margini dei processi di trasformazione in corso. Che non ha voce, non prende parte alle decisioni e non ha accesso a risorse e a diritti fondamentali come il cibo, l'istruzione, l'assistenza sanitaria.

Questa nuova mappa delle povertà in Africa bisogna conoscerla, documentarla e affrontarla alla radice. La lente di lettura della fragilità e della povertà è quella delle disuguaglianze sociali.

3.2 IL CAMBIAMENTO DEI SISTEMI SANITARI IN AFRICA

I sistemi sanitari in Africa sono molto eterogenei fra loro. Riflettono, in questo, il grado di fragilità del paese o dell'area in cui sono collocati. Ci sono paesi con sistemi sanitari da ricostruire dalle fondamenta – o quasi – con tassi di copertura molto bassi dove il problema principale è garantire alla popolazione l'accesso ai servizi sanitari di base. Altri paesi, invece, che hanno investito eccessivamente sull'espansione delle infrastrutture, presentano tassi di copertura buoni o addirittura superiori rispetto alla media regionale, ma l'impatto sulla mortalità rimane scarso o inesistente per insufficienza o mancanza di qualità. Questo vale, in particolare, per le prestazioni curative rispetto a quelle preventive.

In generale, le sfide più ardue del rafforzamento dei sistemi sanitari africani rimangono quella della scarsità delle risorse umane (quantità, mix di competenze, distribuzione e motivazione) e quella dell'inadeguatezza delle risorse finanziarie, pubbliche in

particolare (sistema di tassazione, capacità di raccolta e di allocazione delle risorse).

Sono ancora carenti forme organizzate di condivisione finanziaria del rischio sanitario. In molti contesti, il sistema sanitario non funziona come un ammortizzatore delle disuguaglianze, ma, al contrario, come un moltiplicatore delle stesse.

Questi problemi, ancora insoluti, si evidenziano con il perdurare di gravi forme d'inequità. Le spese catastrofiche legate al pagamento delle prestazioni sanitarie ne sono un esempio drammatico.

Un altro fattore di complessità è legato al carattere pluralistico dei sistemi sanitari: stato, settore not for profit (Nfp) e settore for profit coabitano, ma sono frammentati fra loro. Salvo qualche rara eccezione, le *partnership* esistenti tra i governi e il settore not for profit non sono basate su accordi contrattuali efficaci e innovativi (*contracting*). Il privato a scopo di lucro tende a diffondersi negli ambienti urbani, a operare in maniera non regolata e a favorire la commercializzazione delle prestazioni.

Sul piano delle politiche sanitarie si registra un'evoluzione degli approcci. L'accento si sta spostando dall'efficacia degli interventi alle politiche favorevoli (*enabling policies*). Per esempio e in positivo, il tema della nutrizione sta acquisendo una centralità e un approccio multisettoriale nell'ambito delle politiche governative. La continuità assistenziale (*continuum of care*), a sua volta, non è più ristretta alla salute del bambino ma copre l'intero spettro della salute riproduttiva: materna, neonatale, infantile e adolescenziale. Causa la transizione epidemiologica in corso, il focus sulla salute materno-infantile e sulle malattie infettive si sta estendendo progressivamente anche alle malattie croniche (es. diabete, ipertensione, cancro, traumi) e ai fattori di rischio correlati come il fumo, l'alcool, l'obesità, la malnutrizione cronica e acuta (*double burden*); per quanto riguarda l'efficacia dei programmi, l'attenzione si sta spostando dalla copertura degli interventi (*coverage*) alla copertura effettiva (*effective coverage*) dei servizi raccogliendo in questo modo la sfida della qualità delle prestazioni, inclusa una maggiore attenzione alla centralità

del paziente. In tema di equità, gli approcci negli interventi iniziano a essere orientati non più a garantire tutto a tutti ma a forme di *targeting* individuale e geografico finalizzati a raggiungere le persone e le comunità più povere e svantaggiate.

Aperto e molto dinamico appare il cantiere delle innovazioni, come la sperimentazione degli incentivi finanziari (es. *Conditional cash transfer, voucher systems, results based payment*) per sostenere la domanda e l'offerta dei servizi (*demand and supply side financial mechanisms*); la diffusione di diverse forme di *task shifting* compreso un nuovo ruolo per gli operatori sanitari comunitari e infine l'applicazione delle tecnologie informatiche (ICT, *m-health*, GPS ecc.) a sostegno dei processi di promozione della salute, di miglioramento del *management* sanitario e della ricerca operativa.

Infine, in prospettiva, si ritiene che con i mezzi finanziari, le competenze tecniche e il supporto tecnologico oggi a disposizione si possa realizzare entro il 2030, il tempo di una generazione, una "grande convergenza" in termini di riduzione globale della mortalità materna e delle malattie infettive accompagnate da una riduzione dell'incidenza delle malattie croniche.

Se e come le politiche sanitarie e gli stessi interventi contribuiranno a realizzare questa convergenza rafforzando i sistemi sanitari, rimane un quesito aperto da sottoporre allo scrutinio continuo della valutazione e della ricerca nella consapevolezza delle diverse caratterizzazioni nazionali.

3.3 IL CAMBIAMENTO DELLA COOPERAZIONE SANITARIA IN AFRICA

Dal 2000 a oggi, il panorama dell'aiuto internazionale alla cooperazione sanitaria è stato sottoposto a profondi mutamenti per ciò che riguarda i volumi, gli attori e le politiche.

In termini di volumi si è passati da poco più di 6 miliardi di dollari del 1990 a quasi 36 miliardi nel 2014 con una tendenza alla stagnazione dei contributi registrata nel corso degli ultimi anni.

Una quota sostanziale di questi contributi è stata assicurata ancora una

volta dalle agenzie governative multilaterali e bilaterali e dalle organizzazioni non governative internazionali tradizionalmente attive in questo settore. Accanto a loro si sono affermati anche nuovi e influenti attori come i fondi globali, le cooperazioni dei paesi emergenti (Brics), le fondazioni private, le imprese multinazionali, la raccolta privata, nuove organizzazioni non governative locali. Questo aumento degli aiuti e questo allargamento degli attori ha contribuito a innalzare il profilo politico e sociale della cooperazione sanitaria nell'arena internazionale; ha incrementato in modo importante le risorse al settore sanitario; ha generato sul campo modelli organizzativi originali circa l'assistenza al malato e al coinvolgimento delle comunità; ha suscitato vivo interesse nell'opinione pubblica mondiale verso i problemi sanitari dell'Africa e, infine, ha realizzato nuove forme di *accountability* basate sui risultati. Accanto a questi meriti, va riconosciuta, tuttavia, anche l'esistenza di problemi che hanno afflitto l'attuale architettura dell'aiuto internazionale alla cooperazione sanitaria quali l'inadeguatezza complessiva dei finanziamenti e la loro sostanziale imprevedibilità. L'aiuto poi non sempre è stato diretto ai paesi più poveri o indirizzato alle priorità sanitarie stabilite dal paese. In molti casi, focalizzandosi esclusivamente o su alcune patologie o su alcuni approcci fra loro esclusivi (comunitario o ospedaliero) si è contribuito a frammentare e indebolire il sistema sanitario piuttosto che a rafforzarlo. L'impegno a realizzare gli obiettivi dell'agenda di Parigi e di Accra sulla necessità di rafforzare l'efficacia e l'*accountability* degli interventi è stato sostanzialmente disatteso da gran parte degli attori impegnati nella cooperazione sanitaria internazionale.

Sul piano delle politiche degli aiuti, gli Obiettivi di sviluppo del millennio hanno avuto il merito di offrire un punto di riferimento concettuale e pratico, focalizzando l'agenda e attirando fondi attorno a un gruppo di obiettivi di salute (n. 4-5-6) ben definito e accettato a livello globale. Rispetto ai dati del 1990, i risultati complessivi mostrano una riduzione marcata della mortalità materna, neonatale e infantile e un miglioramento ragguardevole della lotta alle tre pandemie, Hiv/Aids, tubercolosi e malaria. Tuttavia, molti paesi dell'Africa sub-Sahariana, nonostante abbiano

evidenziato progressi notevoli in questi ambiti, impiegheranno molti anni ancora per raggiungere i target fissati in termini di copertura, qualità ed equità.

Nel frattempo, gli Obiettivi di sviluppo sostenibile costituiscono la base del nuovo quadro di cooperazione internazionale per i prossimi quindici anni (2016-2030). Essi sono il frutto di un percorso iniziato con la Conferenza di Rio+20 nel 2012, accompagnato da un dibattito intenso e aperto a contributi di varia provenienza, consistenza e tipologia.

Le nuove priorità – 17 obiettivi e 169 target – stabilite nella nuova agenda sono espressione di un'attenzione particolare rivolta all'importanza dei determinanti dello sviluppo come quelli economici, sociali, ambientali e di sicurezza. Rispetto agli MDGs, fissati su obiettivi di singole malattie, l'obiettivo proposto per la salute, il terzo (n. 3), mira a una concezione che incoraggia la vita sana e promuove il benessere per tutti (*healthy life and well being for all ages*). Nella sua articolazione interna l'obiettivo della salute identifica un ampio spettro di problemi da affrontare, inclusi l'accesso a servizi essenziali di qualità e a farmaci e vaccini sicuri ed efficaci disponibili a tutti e la realizzazione della copertura universale per tutti (*Universal Health Coverage*).

Questo approccio multisettoriale, attento ai determinanti sociali della salute, associato all'impegno di costruire forme pubbliche di protezione finanziaria rispetto al rischio sanitario individuale, lascia sperare che le politiche e gli interventi della cooperazione sanitaria abbiano un approccio più orizzontale di quanto sia avvenuto finora. Sullo sfondo, accanto alle opportunità offerte dal nuovo orizzonte della salute globale, rimangono ancora rischi e sfide da tenere presenti, in particolare: mantenere alta l'attenzione sulla salute che negli SDG non riveste più un ruolo preminente come prima; evitare che la molteplicità dei temi e dei problemi sanitari da affrontare e documentare faciliti una dispersione e una sostanziale inconcludenza degli interventi e infine sostenere le necessarie riforme per contare su una *governance* della salute globale efficace, capace di orientare le politiche e mobilitare le risorse, nazionali e internazionali, pubbliche e private, necessarie per la sua attuazione operativa.

04

Visione e obiettivi strategici: rafforzare i sistemi sanitari

- 4.1 Lavorare in un sistema sanitario che metta al centro la persona, la famiglia e la comunità
- 4.2 Lavorare in un sistema sanitario che dia valore al personale locale
- 4.3 Lavorare in un sistema sanitario che dia concretezza alla *Primary Health Care*
- 4.4 Lavorare in un sistema sanitario che punti a migliorare la sua *performance*
- 4.5 Lavorare in un sistema sanitario unitario che sostenga l'integrazione tra programmi
- 4.6 Lavorare in un sistema sanitario pluralistico e inclusivo che rafforzi la collaborazione tra il settore Nfp e il settore governativo
- 4.7 Lavorare in un sistema sanitario che apprenda e investa in innovazione, valutazione e ricerca operativa

Rafforzare i sistemi sanitari: l'approccio di Medici con l'Africa Cuamm

Medici con l'Africa Cuamm riafferma che il rafforzamento dei sistemi sanitari è la strategia di riferimento per rispondere ai bisogni sanitari e al diritto alla salute delle popolazioni povere in Africa. Questa strategia non è cambiata. È in continuità con gli ideali, le esperienze e le evidenze maturate in oltre sessant'anni di lavoro sul campo in Africa e con gli indirizzi, tuttora validi, della *Primary Health Care* (PHC) enunciati a Alma Ata nel 1978.

Il sistema sanitario è tuttavia un concetto elusivo, per di più fa riferimento a diverse definizioni.

Medici con l'Africa Cuamm adotta la definizione proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) in cui il sistema sanitario viene articolato in **diverse componenti o funzioni:**

- D Governance/Leadership
- D Sistema di erogazione dei servizi
- D Risorse umane
- D Beni sanitari e tecnologie
- D Finanziamento dei servizi
- D Sistema informativo

Queste funzioni, interagendo fra di loro, consentono di acquisire **esiti intermedi di salute**, quali:

- D Accessibilità
- D Copertura
- D Qualità e sicurezza

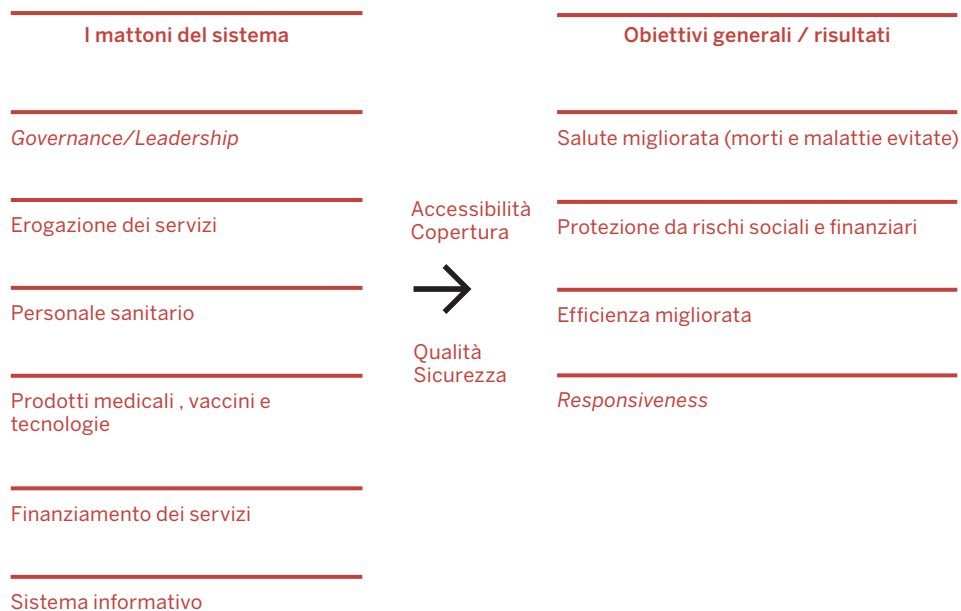
ed **esiti finali di salute**, quali:

- D Morti e malattie evitate
- D Protezione sociale e finanziaria
- D Efficienza allocativa
- D *Responsiveness* del sistema (la capacità di adattare all'ambiente le proprie funzioni)

I processi e gli esiti di salute che avvengono all'interno del sistema sanitario sono a loro volta condizionati dai **determinanti sociali**: politici, economici e di sicurezza che caratterizzano i diversi contesti.

Figura 1

Fonte: World Health Organization 2008



Di seguito è descritto in sintesi l'approccio di Medici con l'Africa Cuamm al rafforzamento dei sistemi sanitari.

4.1 LAVORARE IN UN SISTEMA SANITARIO CHE METTA AL CENTRO LA PERSONA, LA FAMIGLIA E LA COMUNITÀ

Il sistema sanitario è in funzione del bene delle persone, non di se stesso. Il bene è quello della salute.

La centralità del paziente come persona, della famiglia e della comunità segnala l'importanza della qualità delle relazioni e dei processi che avvengono all'interno e all'esterno del sistema sanitario.

L'esperienza della malattia si riflette in un insieme di preoccupazioni, credenze e percezioni della persona che devono essere colte nel loro complesso dal personale sanitario. Il processo di cura è tanto importante quanto il suo esito. Accoglienza rispettosa, comunicazione efficace, coinvolgimento diretto del paziente in tutte le fasi di cura, completezza delle prestazioni e delle informazioni, continuità assistenziale (*continuum of care*) se applicati in modo efficace, apportano dei benefici rilevanti, quali: la riduzione dei costi, la competenza del paziente, una migliore aderenza alla terapia, il miglioramento dello stato di salute e infine la soddisfazione del paziente e degli operatori stessi.

Questa centralità del paziente è una dimensione fondamentale per la gestione unitaria del paziente affetto da malattie croniche, infettive o meno. Non solo. È decisiva anche per risalire ai comportamenti e agli stili di vita (*behaviours*) familiari e comunitari che stanno alla base di altri problemi di salute, come ad esempio il fumo, l'alcool, la sedentarietà, l'obesità, la malnutrizione o la violenza sulle donne. In alcuni casi, grazie alla comunità si riescono perfino a identificare le persone o le famiglie che vivono in stato di povertà estrema. È grazie quindi alla conoscenza delle famiglie e alla qualità delle comunicazioni e delle relazioni tra la comunità e i servizi sanitari che si riescono a orientare gli stili di vita, a sostenere la domanda dei servizi sanitari di base, a realizzare in alcuni casi anche forme di protezione finanziaria dei poveri (*individual*

targeting) rafforzando in questo modo la loro resilienza.

Medici con l'Africa Cuamm nei suoi interventi in Africa si impegna ad adottare questo approccio centrato sul paziente, sulla famiglia e sulla comunità avvalendosi dei contributi della comunità stessa, degli agenti comunitari, del personale sanitario, delle organizzazioni comunitarie locali (*Community Based Organizations*) e delle agenzie internazionali specializzate in materia.

4.2 LAVORARE IN UN SISTEMA SANITARIO CHE DIA VALORE AL PERSONALE LOCALE

Nessun obiettivo di salute previsto nell'agenda SDGs sarà raggiunto in Africa se non ci saranno cambiamenti radicali per il rafforzamento delle risorse sanitarie impiegate nel settore sanitario. I *gap* da colmare sono molti. Mentre c'è un riconoscimento pressoché unanime del ruolo svolto dagli agenti comunitari sia per le attività di promozione della salute che di gestione di problemi sanitari (*case management*), si esprime preoccupazione per quanto riguarda la loro *performance* e stabilizzazione. Troppi gli incarichi assegnati, alto il *turnover*, scarse le opportunità di crescita professionale, incerte le politiche governative relative al loro impiego e retribuzione nel sistema sanitario pubblico. Criticità sono note anche per il personale sanitario qualificato. Nonostante i progressi documentati della diffusione di varie forme di *task shifting*, molte aree dell'Africa continuano a soffrire di carenza di medici, ostetriche, infermiere, tecnici di laboratorio e di anestesia, maldistribuzione di quello esistente, inefficaci forme di ritenzione e motivazione per assicurarlo a medio-lungo termine nelle aree disagiate e isolate (*hard to reach and hard to stay*).

Questi problemi hanno radici diverse: organizzative, finanziarie, legislative e politiche. Ascoltare in modo empatico e approfondito il personale sanitario locale impegnato sul campo, analizzarne i problemi di organizzazione del lavoro e di vita, rappresenta un passaggio indispensabile per conoscere quali sono i *gap* esistenti e per realizzare delle possibili risposte all'interno di una logica di sistema.

Medici con l'Africa Cuamm riconosce l'importanza decisiva della risorsa umana in sanità. In collaborazione con le autorità sanitarie, gli ordini professionali e le agenzie specializzate dei paesi in cui opera, si impegna a: promuovere lo sviluppo degli agenti comunitari e il loro inquadramento nel sistema sanitario; facilitare lo sviluppo professionale, la ritenzione e il *task shifting* del personale sanitario nelle aree remote; supportare attivamente scuole e università deputate alla formazione di operatori sanitari qualificati (medici e personale non medico) orientati alla PHC. Sostenere la *Global Strategy on Human Resources for Health Workforce 2030* con attività di *lobby*, *advocacy* e ricerca operativa.

4.3 LAVORARE IN UN SISTEMA SANITARIO CHE DIA CONCRETEZZA ALLA PRIMARY HEALTH CARE

La *piattaforma distrettuale* costituita dall'ospedale di riferimento (governativo o senza scopo di lucro), da una rete sanitaria periferica e dalla comunità, collegati tra loro da una rete di comunicazioni e relazioni, si è dimostrata la più efficace nell'erogazione dei servizi sanitari essenziali, preventivi e curativi.

Molte prestazioni sanitarie legate ai disordini della salute riproduttiva, delle malattie infettive e delle malattie croniche possono essere erogate, a livello primario, attraverso le figure degli agenti comunitari e lo staff sanitario di primo livello. In molti paesi, una robusta rete di infrastrutture sanitarie di base, provvista di personale qualificato, sostenuta da un'efficiente catena di approvvigionamento e distribuzione di beni sanitari, si è dimostrata essere un approccio efficace nel rafforzamento dei sistemi sanitari.

Tuttavia, i servizi sanitari di base e gli agenti comunitari, da soli, sono insufficienti: i trattamenti delle emergenze ostetriche e neonatali, i quadri di malnutrizione severa complicata, le complicanze delle malattie infettive e croniche, richiedono l'accesso a servizi curativi di qualità di tipo ospedaliero e chirurgico. **L'ospedale è parte integrante del sistema sanitario ed è compreso nelle articolazioni della Primary Health Care.**

Per Medici con l'Africa Cuamm, il rafforzamento di questa piattaforma

sanitaria nella sua articolazione interna comprendente la comunità, la rete sanitaria periferica e l'ospedale, rimane la strategia di riferimento sul campo. Vale sia per i contesti sanitari fragili che stabili. Nei paesi in cui opera, Medici con l'Africa Cuamm si impegna a identificare una o più piattaforme distrettuali in cui questa strategia sarà applicata integralmente in *partnership* con le istituzioni, le comunità locali e altri *partner*. Queste piattaforme distrettuali costituiranno dei veri e propri laboratori, centri di innovazione e ricerca per lo *scaling-up* della PHC.

4.4 LAVORARE IN UN SISTEMA SANITARIO CHE PUNTI A MIGLIORARE LA SUA PERFORMANCE

La *performance* di un sistema sanitario può essere definita in molti modi. Uno di questi è di suddividere i contesti sanitari in *low, middle and high health system* in relazione al tasso di copertura del parto assistito da personale competente (*Skilled Birth Attendance*) e dalla copertura delle emergenze ostetriche dirette (*Meet need for Emoc*). Questi indicatori sono stati proposti come *marker* di funzionamento del sistema sanitario per quanto riguarda l'accesso e l'equità dei servizi erogati e per il fatto che sono negativamente correlati con la mortalità materna e neonatale. Sono infatti indicatori indiretti, "proxy", che riflettono la densità delle risorse umane e la domanda dei servizi, entrambi fattori che contribuiscono alla *performance* e alla qualità del sistema sanitario. I *low health system* hanno tassi di copertura sotto il 30%, quelli intermedi tra il 30% e il 60%, e oltre il 60% quelli superiori. I pacchetti di intervento e le strategie di implementazione cambiano a seconda dei contesti sanitari e delle loro caratteristiche.

Medici con l'Africa Cuamm si impegna ad adattare l'intensità dei suoi interventi in rapporto ai bisogni dei contesti sanitari, dando priorità alle situazioni più critiche (*low health system*). Più fragile e meno resiliente è il sistema sanitario e più ampio sarà lo spettro dell'intervento in termini di: riabilitazione fisica e funzionale delle strutture sanitarie, fornitura di equipaggiamento, disponibilità di risorse umane internazionali e regionali, assistenza al *management* ospedaliero e la sua durata

nel tempo. Viceversa, più il sistema sanitario evolve positivamente da una condizione di bassa *performance* a una medio-alta, più le azioni intraprese saranno mirate a poche, specifiche componenti di sistema e saranno limitate nel tempo. Questo vale anche per il supporto ospedaliero. In ogni caso, qualsiasi tipo di intervento dovrà essere di affiancamento e non di sostituzione della *governance* locale e dovrà essere finalizzato agli esiti intermedi e finali di salute.

4.5 LAVORARE IN UN SISTEMA SANITARIO UNITARIO CHE SOSTENGA L'INTEGRAZIONE TRA PROGRAMMI

Nel corso dell'ultimo decennio, molti programmi di cooperazione sanitaria hanno assunto approcci verticali che si sono dimostrati dannosi per il buon funzionamento dei sistemi sanitari. Questa modalità di intervento è stata a lungo giustificata con la necessità di realizzare delle attività specifiche, talvolta specialistiche, legate alla patologia, che non potevano, per complessità e urgenza, essere comprese nel più ampio complesso dei servizi e delle prestazioni sanitarie. Questa impostazione ha cominciato a cambiare. Alcune patologie, essendo correlate fra loro – ad esempio l'Hiv/Aids con la tubercolosi; il diabete con la tubercolosi o l'Hiv/Aids in gravidanza – hanno sollecitato una spinta verso una "integrazione strutturale" dei servizi, specie a livello comunitario e di rete sanitaria periferica. Diagnosi, terapia e *follow up* dei pazienti affetti da Hiv/Aids e tubercolosi, cominciano a essere realizzati in contesti strutturali e procedurali comuni. Qualcosa di analogo sta avvenendo anche per l'area materna e infantile. Nell'ambito delle prestazioni prenatali sono stati inseriti test di *screening* per malattie sessuali, infettive e croniche. In questo modo, si creano delle piattaforme integrate di servizi e prestazioni che coinvolgono il personale, il sistema informativo, le procedure di approvvigionamento dei farmaci e dei beni sanitari. La lezione è che molte delle sfide e delle opportunità di integrazione fra i diversi programmi avvengono a livello decentrato e sono spesso legate agli aspetti operativi, in sostanza sono collegate al "come" sono realizzate le attività. Qui vanno sfruttate tutte le opportunità perché le azioni, le

prestazioni e i servizi promossi dai diversi programmi siano integrati all'interno di uno stesso sistema sanitario.

Medici con l'Africa Cuamm è sempre più coinvolto nell'implementazione di programmi sanitari su base regionale finalizzati al miglioramento di singole malattie o problematiche di salute.

Per contribuire al rafforzamento dei sistemi sanitari, si impegna, assieme ai *partner* locali, affinché questi programmi promuovano l'integrazione e la sinergia, in particolare nelle seguenti aree: servizi a livello comunitario e di rete sanitaria periferica; formazione e sviluppo del personale locale; sistema informativo locale per il monitoraggio e la valutazione degli interventi; sistema di approvvigionamento e distribuzione dei beni sanitari primari.

4.6 LAVORARE IN UN SISTEMA SANITARIO PLURALISTICO E INCLUSIVO CHE RAFFORZI LA COLLABORAZIONE TRA IL SETTORE NFP E IL SETTORE GOVERNATIVO

Molti sistemi sanitari in Africa hanno un carattere pluralistico. Sono caratterizzati dalla presenza di più erogatori di prestazioni e di servizi sanitari. Un ruolo rilevante è assegnato al settore senza scopo di lucro (not for profit), in cui operano molte organizzazioni sanitarie d'ispirazione religiosa (*faith based organisations*). Il loro contributo in termini di volumi e qualità dei servizi sanitari erogati alla popolazione è rimarchevole e generalmente apprezzato. Parimenti importante e riconosciuto è l'apporto spirituale, sociale e culturale che le religioni trasmettono alla cura degli ammalati e dei poveri.

Lo stato delle relazioni tra settore governativo e settore Nfp è condizionato dalla storia locale.

I paesi con più lunga tradizione di collaborazione tra i due settori hanno sviluppato nel corso del tempo politiche, piani e programmi caratterizzati da forme di accordo avanzato, ad esempio: il *service agreement* in Tanzania o i *delegated funds* in Uganda. In altri, come l'Etiopia e la Sierra Leone, i due settori sono ancora in una fase di definizione delle rispettive posizioni.

Oggi, lo stato delle relazioni tra i due settori appare appesantito da due ordini di problemi.

Una criticità riguarda le controversie di natura morale in campo sanitario, quali: la pianificazione familiare, i servizi per la salute degli adolescenti, la gravidanza nelle minori, la violenza sulle donne, la prevenzione dell'Hiv/Aids e altri ancora. Temi complessi e appunto controversi, dove appaiono assenti forme di accordo consensuale tra le parti sulle prestazioni specifiche da provvedere, in quali forme e da parte di chi.

Questo *vacuum* si riflette negativamente sull'accesso e l'utilizzazione di servizi sanitari essenziali da parte della popolazione interessata.

L'altro problema concerne le politiche sanitarie e in particolare le forme di finanziamento di natura contrattuale in base alle quali i servizi resi alla popolazione dal settore Nfp sono rimborsati dal governo sulla base di standard di qualità e di criteri di contenimento delle forme di pagamento diretto (*out of pocket*). Queste politiche non sono presenti o, se ci sono, mancano di efficacia. Il risultato è che nel settore Nfp molti servizi essenziali, salvavita e a forte impatto sociale ed economico – come il taglio cesareo – continuano a essere a pagamento con evidenti effetti negativi in termini di equità e giustizia sociale.

L'obiettivo dell'*Universal Health Coverage* rappresenta un'opportunità da non mancare perché siano avviate forme inclusive ed efficaci di integrazione del sistema Nfp nell'ambito del sistema sanitario.

Medici con l'Africa Cuamm, in linea con la sua tradizione di collaborazione con il settore governativo e con quello senza scopo di lucro, si impegna: ad assicurare l'accesso ai servizi salvavita materno-infantili negli ospedali dove opera; a rafforzare le relazioni tra le parti per il miglioramento dei servizi sanitari essenziali e per la realizzazione di politiche inclusive legate all'*Universal Health Coverage* (si rimanda all'obiettivo UHC per le azioni).

4.7 LAVORARE IN UN SISTEMA SANITARIO CHE APPRENDA E INVESTA IN INNOVAZIONE, VALUTAZIONE E RICERCA OPERATIVA

Un sistema sanitario migliora se permette o incoraggia l'introduzione di qualcosa di nuovo – un'idea, una strategia, un metodo o un dispositivo medico. L'innovazione e le tecnologie, tuttavia, non sono una panacea. Se non sono ben governate, producono effetti indesiderati, quali: rischi per la salute del paziente, deterioramento delle disuguaglianze, frodi commerciali, dipendenza finanziaria.

È urgente promuovere innovazioni e tecnologie "frugali" che rispondano ai problemi di salute delle persone povere. Negli ultimi anni, l'innovazione ha dato un contributo concreto al miglioramento del sistema sanitario in Africa. Alcuni esempi. È migliorata l'aderenza al trattamento antiretrovirale (ART) grazie a originali forme associative di pazienti HIV+ che hanno garantito servizi personalizzati e *user friendly*. L'utilizzazione dei servizi sanitari materni è cresciuta in modo significativo con un mix di incentivi che hanno sostenuto la domanda di tali servizi come il trasporto, il coinvolgimento delle ostetriche tradizionali, una posizione del parto culturalmente più appropriata e accettata. Forme assicurative di tipo comunitario associate all'uso di moderne tecnologie della comunicazione (*m-health*, GIS) hanno esteso e ottimizzato l'uso dell'ambulanza per le emergenze. Nuovi dispositivi diagnostici e terapeutici (*point of care testing*) hanno permesso di decentrare i servizi diagnostici e terapeutici di molte patologie dall'ospedale alle stesse comunità. Nuovi vaccini e farmaci hanno contribuito a ridurre la mortalità e l'incidenza di alcune patologie. Infine, esistono esempi di trasferimento ai paesi ricchi di innovazioni applicate con successo in contesti sanitari a risorse limitate (*inverse innovation in global health*).

Medici con l'Africa Cuamm ritiene fondamentale raccogliere la sfida dell'innovazione, della conoscenza e delle evidenze nell'ambito dei programmi di cooperazione sanitaria in Africa.

In collaborazione con le autorità sanitarie, gli ordini professionali e le agenzie specializzate dei paesi in cui opera, si impegna a: investire in innovazione partendo dal campo, dai problemi dei pazienti e degli operatori sanitari; associare le innovazioni e le tecnologie alla revisione dei processi sanitari; porsi il problema del beneficio ai poveri; sottoporre le innovazioni e i risultati dei suoi programmi a una valutazione rigorosa, utilizzando gli strumenti qualitativi e quantitativi della ricerca operativa; lavorare in modo aperto, in rete, coinvolgendo giovani ricercatori, soggetti pubblici e privati, centri di ricerca africani e internazionali; assicurarsi che le evidenze generate influenzino le politiche.

05

Programmazione

- 5.1 Le priorità geografiche
 - 5.1.1 Criteri di entrata
 - 5.1.2 Criteri di uscita
- 5.2 Le priorità tematiche
 - 5.2.1 Salute riproduttiva materna, neonatale, infantile e dell'adolescente: un'agenda non ancora ultimata
 - 5.2.2 Nutrizione
 - 5.2.3 Malattie infettive
 - 5.2.4 Malattie croniche e traumi
 - 5.2.5 *Universal Health Coverage (UHC)*
- 5.3 Le priorità organizzative
 - 5.3.1 Migliorare la qualità dei programmi l'implementazione, il monitoraggio, la valutazione e la ricerca operativa

La salute materna, neonatale, infantile e adolescenziale rimane un bisogno sanitario urgente nei paesi dell'Africa sub-Sahariana e figura tra gli obiettivi di salute primari indicati nella nuova agenda dello sviluppo sostenibile.

Le priorità della programmazione sono distinte in:

D priorità geografiche:

quali sono i paesi e le aree in cui intervenire (dove).

D priorità tematiche:

quali sono i temi sanitari da affrontare e con quali azioni (che cosa).

D priorità organizzative:

quali sono le modalità organizzative interne da seguire (come).

5.1 LE PRIORITÀ GEOGRAFICHE

Nell'ambito della programmazione 2016-2030, Medici con l'Africa Cuamm si impegna a:

D Estendere ulteriormente la sua presenza negli **stati fragili** (Sierra Leone, Sud Sudan e altri ancora) al fine di sviluppare la **resilienza delle comunità** locali colpite da conflitti, epidemie, cambiamenti climatici, povertà estrema.

D Assicurare in questi paesi **interventi a medio-lungo termine di rafforzamento del sistema sanitario**: misure di salute pubblica, accesso a servizi sanitari di base, supporto ospedaliero, staff sanitario e non, internazionale e regionale¹.

D Favorire gli interventi sanitari a favore delle **minoranze nomadi** lungo i *cluster* transfrontalieri: regione della Karamoja in Uganda, regioni del South Omo e somala in Etiopia, Corno d'Africa in Somalia ed Eritrea.

D Concentrare gli interventi sanitari nelle **regioni svantaggiate** dell'Angola, del Mozambico, della Tanzania e dell'Uganda al fine di favorire maggiori economie di scala e un maggiore impatto.

D Supportare all'interno di queste regioni **programmi di salute pubblica a forte impronta comunitaria** valorizzando il più possibile il reclutamento di personale africano qualificato.

D Sostenere in modo **mirato** le strutture ospedaliere governative e Nfp dei paesi di intervento, **affiancando e non sostituendo** la *governance* delle strutture coinvolte.

D Potenziare le attività sanitarie di contrasto alla povertà nelle **periferie degradate delle città africane** dei paesi in cui opera (Luanda, Beira, Kampala, Dar Es Salaam, Addis Abeba, Freetown, Juba).

D Intervenire nelle situazioni di **catastrofe umanitaria** nell'Africa sub-Sahariana favorendo la continuità tra emergenza e sviluppo in partenariato con agenzie specializzate e altre Ong.

5.1.1 Criteri di entrata

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

D l'entità dei bisogni dei gruppi prioritari, donne, bambini e diversamente abili, pazienti cronici;

D l'esistenza di un potenziale per la mobilitazione di risorse finanziarie;

D le opportunità di *partnership* programmatiche con il settore governativo e il settore Nfp;

D la possibilità che il nostro intervento catalizzi ulteriori effetti positivi sulla salute della popolazione;

D le condizioni minime di sicurezza sia per il personale, sia per la possibilità di operare.

5.1.2 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.

5.2 LE PRIORITÀ TEMATICHE

5.2.1 Salute riproduttiva materna, neonatale, infantile e dell'adolescente: un'agenda non ancora ultimata²

La salute materna, neonatale, infantile e adolescenziale rimane un bisogno sanitario urgente nei paesi dell'Africa sub-Sahariana e figura tra gli obiettivi di salute primari indicati nella nuova agenda dello sviluppo sostenibile. Rappresenta una priorità anche per Medici con l'Africa Cuamm per tre ragioni.

La mortalità materna e neonatale, nonostante importanti progressi, non ha subito riduzioni sufficienti a garantire il raggiungimento degli Obiettivi 4 e 5 del millennio per l'Africa sub-Sahariana. Preoccupano in particolare: il grave fenomeno della gravidanza nelle adolescenti, la violenza sulle donne in tutte le sue espressioni, l'insufficiente progresso nella riduzione della mortalità neonatale, l'elevata mortalità per diarrea e infezioni polmonari per i bambini sotto i 5 anni di età.

La mortalità materna e l'accesso ai servizi per la salute riproduttiva e le emergenze ostetriche sono tra i principali indicatori del livello di disuguaglianza sociale tra paesi sviluppati e paesi meno sviluppati e, all'interno di ogni singolo paese, tra ricchi e poveri.

L'accesso al parto assistito è un indicatore indiretto (*proxy*) di funzionamento di un sistema sanitario nel suo complesso, perché implica la presenza di servizi ostetrici di qualità – basici e avanzati – funzionanti 24 ore su 24 e quindi la disponibilità costante di risorse umane qualificate, farmaci ed equipaggiamento (compresa la possibilità di trasfusioni di sangue), trasporti e comunicazioni che colleghino le famiglie e le comunità con la rete sanitaria periferica e l'ospedale, secondo l'approccio della continuità assistenziale (*continuum of care*).

Azioni

D Realizzare su base distrettuale e regionale le politiche e i programmi nazionali che promuovono i programmi di salute riproduttiva e in particolare l'accesso all'assistenza qualificata al

parto (*skilled birth attendant*) e alle emergenze ostetriche (*Bemoc and Cemoc*) per ridurre la mortalità e la morbosità materna (e adolescenziale), fetale e neonatale (*triple returns*).

D Realizzare su base distrettuale e regionale le politiche e i programmi nazionali che promuovono l'accesso agli interventi efficaci di prevenzione e di trattamento delle patologie pediatriche più comuni nell'ottica del miglioramento dello sviluppo precoce del bambino (*Early Child Development*).

D Eliminare o mitigare le barriere finanziarie (*user fees*) all'assistenza al parto e in particolare alle emergenze ostetriche.

D Investire sulla comunità, sulle reti periferiche e gli ospedali per il miglioramento della domanda e dell'offerta sanitaria mediante l'uso di incentivi.

D Promuovere lo sviluppo dei sistemi di anagrafe della popolazione e delle statistiche vitali.

D Monitorare i tassi di copertura, qualità ed equità delle prestazioni sanitarie.

D Affrontare il problema della maternità nelle adolescenti e della violenza alle donne con l'analisi dei determinanti e dei fattori di rischio e con la realizzazione di interventi multidisciplinari sociosanitari.

D Realizzare ricerche operative su: i determinanti che impediscono alla donna di accedere al parto qualificato; i modelli di utilizzo e di sostenibilità dell'ambulanza; l'uso del Sistema di georeferenziazione (GIS) per la mappatura dei punti nascita e delle emergenze ostetriche; le patologie neonatali e le buone prassi neonatologiche; le patologie ostetriche e le buone prassi ostetriche (es. cesareo); il ruolo delle *Traditional Birth Attendant* e dei *Community Health Workers*; l'applicazione del sistema di sorveglianza delle morti materne (*maternal deaths surveillance and report*).

D Sostenere la *Global Strategy for Women's, Children and Adolescents' Health 2016-2030* con azioni di *lobby* e *advocacy*.

5.2.2 Nutrizione³

L'importanza di assicurare una buona nutrizione dall'adolescenza, attraverso la gravidanza e la prima infanzia è riconosciuta sempre di più come una priorità nell'ambito dell'agenda dello sviluppo sostenibile.

Sono noti gli effetti della malnutrizione sul feto, neonato e bambino in termini di ridotta crescita fetale; maggiore suscettibilità alle malattie infettive nei primi anni di vita e a quelle croniche nella vita adulta; compromissione dello sviluppo fisico e cognitivo a medio e lungo termine. A questi si deve aggiungere il danno economico legato alla mancata produttività delle persone. Le recenti crisi finanziarie e di cibo hanno registrato un peggioramento dell'accesso al cibo da parte della popolazione, soprattutto degli strati poveri.

La malnutrizione materna contribuisce a 800.000 morti fetali ogni anno, mentre quella infantile sta alla base di 3,1 milioni di morti pediatriche sotto i 5 anni di età, quasi la metà di tutte le morti di questo gruppo.

La malnutrizione acuta – *waisting* – (basso peso per altezza) è dovuta alla scarsità acuta di cibo o alla presenza di malattie e rappresenta una condizione ad alto rischio di morte per il bambino. Molti paesi dell'Africa sub-Sahariana hanno una prevalenza di *waisting* superiore alla soglia massima prevista che è del 5% con punte che arrivano a superare il 20% (es. Sud Sudan). La prevalenza della malnutrizione infantile cronica – *stunting* – (bassa altezza rispetto all'età) è dovuta a una dieta povera o inadeguata, a scarsa cura del bambino e alla compresenza di malattia. Si concentra soprattutto nelle popolazioni e nelle famiglie povere. Nell'Africa sub-Sahariana la prevalenza della malnutrizione cronica è diminuita solo di qualche punto percentuale dal 1990 al 2010 e si attesta in molti casi al di sopra del 30% della popolazione pediatrica. La riduzione prevista entro il 2025 è del 40%.

Azioni

D Sostenere le politiche e i programmi nazionali di lotta alla malnutrizione materna e infantile.

D Implementare, su base distrettuale e regionale, interventi di salute pubblica costo/efficaci per la prevenzione e il trattamento della malnutrizione acuta e cronica, con priorità al periodo dei primi 1000 giorni di vita del bambino, dal concepimento al secondo anno di età: dieta della gestante, allattamento al seno, svezzamento del bambino.

D Adottare un mix di strategie *community and health system based* in rapporto al contesto di intervento e alla tipologia delle barriere presenti.

D Sostenere l'integrazione dei servizi di malnutrizione con quelli della *Maternal Neonatal Child Health* (MNCH), *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI), Hiv/Aids e tubercolosi (TB).

D Promuovere il coinvolgimento e lo sviluppo professionale dei nutrizionisti e centri di ricerca sulla nutrizione nei paesi africani sede di interventi.

D Applicare strumenti innovativi d'indagine epidemiologica (es. SLEAC, SQUEAC, S3M), di *Information Technology* per monitorare e mappare meglio i risultati in termini di copertura, efficacia e impatto degli interventi.

D Implementare la ricerca operativa. Un'importanza particolare per i disegni dei progetti nutrizionali è assegnata alla "formative research" necessaria per analizzare i determinanti culturali (*nutritional behaviours*) che facilitano o impediscono le buone prassi nutrizionali a livello familiare e di villaggio.

D Promuovere il partenariato con altre agenzie specializzate in settori non sanitari per promuovere un approccio integrato ai problemi della malnutrizione: es. *water and sanitation, homestead food production systems and biofortification of staple crops, education and women empowerment etc.*

D Sostenere l'agenda *Global Nutrition Targets 2025* con azioni di *lobby e advocacy* nei confronti delle agenzie internazionali, dei governi, della società civile, del mondo professionale e imprenditoriale.

5.2.3 Malattie infettive⁴

Sulla spinta dell'agenda degli Obiettivi di sviluppo del millennio, gli sforzi della

cooperazione internazionale hanno generato soprattutto negli ultimi anni risultati importanti in termini di riduzione dell'incidenza, mortalità e accesso al trattamento delle principali malattie infettive l'Hiv/Aids, la tubercolosi e la malaria, assieme alle malattie tropicali neglette (*Neglected Tropical Diseases*). Oggi in Africa, relativamente a queste patologie e rispetto a dieci anni fa, ci sono meno persone infette, meno morti, più pazienti in trattamento. Nonostante ciò, ancora oggi gran parte della popolazione africana continua a soffrire in maniera sproporzionata rispetto agli altri continenti di morti premature e di disabilità evitabili generate soprattutto dalle grandi malattie epidemiche. Il 78% dei pazienti HIV+ che non accedono al trattamento antiretrovirale (ART) è concentrato in Africa.

Si tratta di patologie che colpiscono persone o gruppi di persone povere o a rischio di povertà, in particolare donne gravide, bambini e adolescenti e adulti che vivono in condizioni sociali svantaggiate con difficoltà di accesso, utilizzazione e aderenza a servizi di prevenzione, cura e *follow up*. Per questo motivo queste patologie sono note anche come *Infectious diseases of Poverty*.

Per rispondere efficacemente ai nuovi e ambiziosi obiettivi e target proposti a livello internazionale (*Getting to Zero Aids, TB and Malaria*) non sono necessari solo forti investimenti in ricerca e sviluppo di nuovi farmaci e vaccini. È urgente mobilitare risorse per il rafforzamento complessivo del sistema sanitario (ad esempio come ha dimostrato il caso dell'epidemia di Ebola per i sistemi di sorveglianza e il personale sanitario e comunitario). Ugualmente indispensabile è anche la sperimentazione e la dimostrazione di nuovi modelli o piattaforme che assicurino l'integrazione e la sostenibilità degli interventi nell'ambito del sistema sanitario. Ad esempio, **l'integrazione fra patologie** (l'incorporazione degli interventi Hiv/Aids nei servizi materno-infantili, la cogestione dei pazienti Hiv/TB, la gestione integrata di pazienti affetti da TB/Diabete, lo *screening* congiunto per Hiv/Aids e cancro alla cervice);

fra livelli di assistenza (comunità, rete sanitaria periferica, ospedale) e **fra operatori** (personale sanitario qualificato e operatori comunitari).

1 Strengthening health system for resilience, IDS, February 2015

2 By 2030, reduce the global maternal mortality ratio to less than 70 per 100,000 live births; end preventable deaths of newborns and children under 5 years of age, with all countries aiming to reduce neonatal mortality to at least as low as 12 per 1,000 live births and under-5 mortality to at least as low as 25 per 1,000 live births. (cfr. *Sustainable Development Goals 3 targets*)

3 By 2030, end all forms of malnutrition, including achieving, by 2025, the internationally agreed targets on stunting and wasting in children under 5 years of age, and address the nutritional needs of adolescent girls, pregnant and lactating women and older persons. (cfr. *Sustainable Development Goals 2 targets*)

4 By 2030, end the epidemics of AIDS, tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases and combat hepatitis, water-borne diseases and other communicable diseases. (cfr. *Sustainable Development Goals 3 targets*)

Azioni

D Sostenere le politiche, i programmi nazionali di lotta all'Hiv/Aids, tubercolosi, malaria e malattie tropicali neglette (NTD).

D Implementare su base distrettuale e regionale interventi di salute pubblica costo/efficaci per la prevenzione e il trattamento delle principali patologie infettive.

D Rafforzare i sistemi di sorveglianza epidemiologica.

D Adottare un mix di strategie *community and health system based* in rapporto al contesto di intervento e alla tipologia delle barriere che condizionano l'accesso, l'utilizzazione e l'aderenza ai servizi di diagnosi, terapia e *follow up*.

D Sostenere e rafforzare l'integrazione dei servizi di prevenzione e controllo delle malattie infettive con quelli della salute riproduttiva (MNCAH) e delle malattie croniche (NCDs) e del sistema sanitario in generale.

D Implementare la ricerca operativa. Un'importanza particolare sarà assegnata alle ricerche operative su povertà e protezione sociale (es. costi catastrofici a carico dei pazienti TB/Hiv); comorbidità (es. TB e Diabete, Hiv/Aids e epatiti); diagnosi e trattamento TB/MDR (*Multidrug Resistance*); aderenza in ARV; adolescenti e Hiv/Aids; controllo delle epidemie.

D Sostenere le agende globali: *End the AIDS Epidemic by 2030, End TB Strategy 2030, Global Technical Strategy for Malaria 2016-2030*, con azioni di *lobby* e *advocacy* nei confronti delle agenzie internazionali, dei governi, della società civile, del mondo professionale e imprenditoriale.

5.2.4 Malattie croniche e traumi

In Africa i processi di invecchiamento, urbanizzazione, sviluppo economico e diffusione dei fattori di rischio stanno alla base dell'aumento tumultuoso delle malattie croniche e dei traumi, specie in ambiente urbano. Il peso di quest'ultime, in termini di mortalità prematura e disabilità, si somma a quello delle malattie materno-infantili e a quelle infettive (*Double Burden*). Nel continente africano, la probabilità di morire tra i 30 e i 70 anni per malattie croniche è superiore al 20%. Tra le più

alte al mondo. La complessità del fenomeno è profonda. I pazienti cronici sono affetti generalmente da più patologie (multi morbosità), incluse quelle infettive come l'Hiv/Aids. Questo li espone al rischio di gravi e prolungate conseguenze sociali ed economiche, incluso l'incorrere in spese sanitarie catastrofiche. Questa forma di "iniquità nascosta" è aggravata dalla frammentazione della gestione del paziente in cui si persegue un modello assistenziale centrato più sulla singola patologia che sulla persona, dalla difficoltà di accedere a test diagnostici di base, a medicine essenziali e a personale sanitario competente, dalla sostanziale assenza di qualsiasi forma di tutela finanziaria al rischio sanitario.

Per rispondere in modo efficace, equo e sostenibile alle malattie croniche sono necessarie politiche fiscali e multi settoriali, programmi integrati di prevenzione, pacchetti di interventi psicologici e farmacologici di provata efficacia, sistemi di registrazione dei dati vitali, monitoraggio e sorveglianza dei rischi individuali e di popolazione, forme innovative di integrazione e sinergia con altri programmi sanitari.

Cambiamenti innovativi devono interessare anche la relazione tra paziente e operatore sanitario. I pazienti affetti da patologie croniche, se *empowered* dagli operatori sanitari preparati, apprendono nel tempo a essere "competenti" nel gestire in prima persona (*self management*) i fattori di rischio, gli episodi di malattia e la multi morbosità.

Realizzare questi interventi, ispirati ai principi e alle prassi della *Primary Health Care* e della continuità assistenziale (*continuum of care*), rappresenta un'urgenza e una priorità per i fragili sistemi sanitari africani e per Medici con l'Africa Cuamm.

Azioni

D Sostenere le politiche, i piani e i programmi nazionali di prevenzione, cura e trattamento delle malattie croniche.

D Implementare su base distrettuale e regionale, in aree rurali e urbane, interventi di salute pubblica costo/efficaci per la prevenzione, la cura e il trattamento delle malattie croniche e dei traumi.

D Rafforzare i sistemi di sorveglianza epidemiologica dei fattori di rischio, individuali e di popolazione.

D Adottare un mix di strategie "*people centred and health system based*" in rapporto al contesto di intervento e alla tipologia delle barriere che condizionano l'accesso, l'utilizzazione e l'aderenza ai servizi di diagnosi, terapia e *follow up* delle malattie croniche.

D Sostenere e rafforzare l'integrazione dei servizi di prevenzione (*screening*) e controllo delle malattie croniche (NCDs) con quelli della salute riproduttiva (MNCAH) e delle malattie infettive e del sistema sanitario in generale.

D Implementare la ricerca operativa. Un'importanza particolare sarà assegnata alle indagini epidemiologiche sui fattori di rischio e le patologie croniche, i determinanti sociali, i *gap* del sistema sanitario, le innovazioni tecnologiche.

D Sostenere l'agenda *Global Action Plan for the prevention and control of NCD 2013-2020* che prevede una riduzione del 25% delle malattie croniche entro il 2025 con azioni di *lobby* e *advocacy* nei confronti delle agenzie internazionali, dei governi, della società civile, del mondo professionale e imprenditoriale.

5.2.5 Universal Health Coverage (UHC)

In molti paesi africani il 50%, circa, della spesa sanitaria è sostenuto da forme di pagamento diretto (*out of pocket*). A pagare sono soprattutto le categorie sociali più povere ed è tra queste che sono concentrati i casi più frequenti di catastrofe finanziaria e di impoverimento. Si tratta di oltre 100 milioni di individui colpiti all'anno. Garantire il solo accesso a servizi sanitari, magari di qualità, senza protezione dalla rovina economica, rappresenta una promessa vuota che dura ormai da troppo tempo.

La UHC prevede che tutte le persone abbiano accesso, senza discriminazioni, all'insieme dei servizi preventivi, curativi e riabilitativi, definiti nazionalmente, e ai farmaci essenziali, sicuri, economici, efficaci e di qualità, con la garanzia che l'uso di questi servizi non esponga i pazienti – particolarmente i gruppi più poveri e vulnerabili – alla sofferenza economica.

Il sistema sanitario è chiamato ad assicurare non solo dei guadagni di salute (*health gains*), ma anche obiettivi di *welfare* ed economici in termini di riduzione della povertà e di miglioramento della prosperità economica. La protezione finanziaria è basata su due elementi: l'espansione di forme di prepagamento di tipo assicurativo (es. comunitario, statale, privato) e l'eliminazione dei pagamenti diretti.

A questo scopo ogni paese africano dovrà decidere: a) quali prestazioni materno-infantili, delle malattie infettive e croniche, ritenute costo efficaci in termini di riduzione della mortalità e della povertà, entreranno nel pacchetto assicurativo; b) quante e quali saranno le persone che ne beneficeranno al punto di erogazione e c) quali saranno i costi di cui si farà carico lo stato.

Qui si apre una serie di sfide.

D La scelta cruciale, di politica sanitaria e di etica pubblica, sarà se espandere la copertura assicurativa muovendosi in modo omogeneo su tutti e tre gli assi (servizi sanitari, beneficiari e costi) o limitandosi a sviluppare solo alcuni di essi. Si tratta di decisioni che hanno profonde implicazioni di tipo morale in termini di equità distributiva. Su questo punto si vedrà se esiste o meno la determinazione a includere nella copertura assicurativa le persone povere.

D Politica e non solo tecnica, sarà anche la scelta relativa a quante e quali risorse finanziarie pubbliche, domestiche in particolare, ma anche internazionali, saranno investite per sostenere i costi dei servizi sanitari essenziali. È un dato acclarato che queste risorse, sono, oggi, gravemente inadeguate rispetto agli impegni sottoscritti dai governi.

D Un altro aspetto problematico della realizzazione della UHC in Africa riguarderà il coinvolgimento del settore sanitario senza scopo di lucro noto anche come *faith based health care providers* che svolge un ruolo essenziale in molti contesti sanitari fragili. Il rafforzamento della *partnership* tra i due settori e l'adozione di forme innovative di finanziamento contrattuale (*performance based contracting*) costituiranno, per entrambi i soggetti, un banco di prova per la realizzazione di una piattaforma inclusiva o divisiva della UHC in Africa.

D Le risorse umane sono un altro elemento critico. I paesi saranno chiamati ad abbinare il loro impegno per la UHC con la capacità di erogare servizi di qualità e questo dipende dalla disponibilità di personale sanitario qualificato e motivato. I problemi attuali di carenza, mix e distribuzione del personale sanitario in Africa inducono a rivedere i modelli tradizionali di formazione e impiego delle risorse umane e a sostenere con determinazione lo sviluppo delle figure degli operatori sanitari di comunità.

D Infine, e non per ultimo, l'UHC pone notevoli difficoltà nella scelta e nell'applicazione di un sistema di indicatori di monitoraggio degli esiti attesi: copertura effettiva, qualità delle prestazioni e protezione finanziaria. Queste difficoltà sono particolarmente avvertite a livello decentrato (regionale, distrettuale, comunitario) dove tradizionalmente sono carenti strumenti e metodi semplici, ma validi ed efficaci, di misurazione degli esiti a scopi di programmazione e valutazione sia degli interventi che delle policy.

L'UHC in Africa seguirà percorsi differenti e assumerà forme e ritmi di evoluzione inediti che saranno fortemente condizionati dai valori, dagli interessi politici, dagli assetti economici e sociali del contesto di riferimento.

In forza di tutto questo, ci si dovrà aspettare sistemi sanitari diversi l'uno dall'altro in termini di accessibilità ed equità.

Medici con l'Africa Cuamm crede fermamente che l'UHC rappresenti l'obiettivo politico unificante dell'agenda SDG nell'ambito della salute e costituisca un avanzamento importante nella realizzazione del diritto alla salute. La progressiva applicazione dell'UHC in Africa, se realizzata con efficacia, potrà contribuire a: ridurre la povertà estrema e le ingiustizie sociali; rafforzare il sistema sanitario e potenzialmente anche favorire un nuovo modo di cooperare. Per tali motivi Medici con l'Africa Cuamm vuole partecipare attivamente e in modo propositivo al dibattito internazionale e ai processi di realizzazione dell'UHC nei paesi dell'Africa in cui opera attraverso una serie di azioni.

Azioni

D Sostenere gli sforzi delle istituzioni sanitarie africane a "guidare" i processi di elaborazione e realizzazione dell'UHC.

D Rafforzare la capacità delle comunità locali e della società civile ad assumere un ruolo attivo nei processi di elaborazione, applicazione e controllo dell'UHC.

D Rafforzare la capacità tecnica delle *faiths based health providers* nel negoziare con i governi lo sviluppo di forme innovative di finanziamento contrattuale (*performance based contracting*) e nell'implementare forme di assicurazione comunitaria per servizi sanitari essenziali non ancora garantiti dal sistema assicurativo pubblico (es. *community based loan funds for transport of obstetric complications*).

D Promuovere lo sviluppo delle figure sanitarie comunitarie multifunzione e il loro inquadramento nel sistema sanitario. Facilitare il mantenimento di personale sanitario e il *task shifting* nelle aree remote. Sostenere attivamente scuole e università deputate alla formazione di operatori sanitari qualificati orientati alla *Primary Health Care* (medici e personale non medico).

D Misurare la copertura effettiva, la qualità delle prestazioni e la protezione finanziaria negli interventi realizzati sul campo mediante l'uso di indicatori appropriati o di condizioni traccianti.

D Implementare la ricerca operativa per l'UHC. Un'importanza particolare sarà assegnata allo studio degli interventi costo efficaci che migliorano l'impatto sulla salute della popolazione che vive in condizioni di povertà e fragilità.

D Promuovere il partenariato di programma con altre agenzie specializzate nel campo della cooperazione sanitaria internazionale al fine di migliorare le economie di scala, la condivisione delle competenze, le innovazioni tecnologiche e l'impatto degli interventi medesimi.

D Sostenere l'agenda *Plan of Action – Health Systems Governance for Universal Health Coverage* a livello globale con azioni di *lobby* e *advocacy* nei confronti delle agenzie internazionali, dei governi, della società civile, del mondo professionale e imprenditoriale.

5.3 LE PRIORITÀ ORGANIZZATIVE

5.3.1 Migliorare la qualità dei programmi, l'implementazione, il monitoraggio, la valutazione e la ricerca operativa

Negli ultimi anni c'è stato un tangibile miglioramento della qualità dei programmi, della valutazione e dell'uso della ricerca all'interno di Medici con l'Africa Cuamm. Tuttavia, per affrontare la nuova agenda degli Obiettivi di sviluppo sostenibile e quello della salute in particolare, la qualità e l'impatto dei nostri programmi potranno crescere se saranno basati sempre di più sull'innovazione e sull'apprendimento. Questo consentirà di accrescere le conoscenze interne a partire dai fallimenti e dai successi e di documentare l'*accountability* dei risultati ai finanziatori e ai beneficiari.

Proprio da questo, il ciclo di progetto, a partire dalla scrittura, modalità operativa e implementazione, dovrà diventare più aderente e bilanciato alle risorse umane e finanziarie disponibili.

Per ottenere questo obiettivo, Medici con l'Africa Cuamm si impegna a:

D Migliorare l'informatizzazione del processo di ideazione, produzione, verifica e approvazione dei progetti, attraverso la revisione del sistema, velocizzandolo e rendendolo più simile al processo reale seguito.

D Rafforzare la componente della scrittura dei progetti con personale dedicato con capacità dimostrate di rispondere agli standard attesi.

D Migliorare la pianificazione e l'implementazione delle attività di ogni singolo progetto, attraverso un rafforzamento delle capacità di controllo centrale e la sperimentazione di modalità di gestione progettuale innovative.

D Potenziare all'interno dell'organizzazione la circolazione delle esperienze, delle buone prassi e delle evidenze maturate sul campo.

D Strutturare una unità di *procurement* e manutenzione di materiale sanitario ed equipaggiamenti di supporto ai

progetti, attraverso personale dedicato e basato sul principio delle tecnologie appropriate.

D Sviluppare standard operativi, funzionali e di equipaggiamento per le principali aree critiche sanitarie (sala operatoria e servizio di anestesia, sala parto, unità neonatale, laboratorio, radiologia ed ecografia, acqua ed energia) con l'aiuto di consulenti esperti della materia e del lavoro in Africa. In particolare e sempre con il supporto di consulenti esterni, si definiranno standard costruttivi dei principali edifici ospedalieri.

D Consolidare la componente del monitoraggio, valutazione e ricerca operativa con personale dedicato in Italia e in Africa.

D Aggiornare le linee guida e i manuali per la valutazione degli interventi sanitari e l'uso degli indicatori basato su standard internazionali.

D Inserire in ogni progetto una *base line survey* e una *end line survey* e una ricerca operativa.

D Pubblicare ogni anno almeno 10 ricerche operative e valutazioni di buona qualità.

D Potenziare la disseminazione e la diffusione delle valutazioni e delle ricerche operative attraverso il sito web, i *workshop* dedicati, le pubblicazioni scientifiche e la partecipazione a conferenze qualificate.

D Favorire l'adozione delle innovazioni sanitarie attraverso i partenariati scientifici e programmatici con le università, i centri di sviluppo e ricerca in Africa e nel mondo, la rete dei consulenti con competenze disciplinari specifiche.

06

Investire sulle risorse umane

Le risorse umane rappresentano il capitale più prezioso di Medici con l'Africa Cuamm. Esiste quindi la volontà di “proteggere” tale bene, farlo crescere, potenziarlo e arricchirlo.

In continuità con quanto è sempre stato sostenuto e vissuto, Medici con l'Africa Cuamm riafferma che le risorse umane rappresentano il capitale più prezioso dell'organizzazione. Esiste quindi la volontà di “proteggere” tale bene, farlo crescere, potenziarlo e arricchirlo.

In questo senso è indispensabile uno sforzo maggiore mirato all'attrazione e ritenzione delle risorse umane rientrate dall'Africa, che già appartengono a Medici con l'Africa Cuamm, ma che, ancora troppo spesso, faticano a trovare percorsi e modalità per rimanerne parte integrante.

Il senso di appartenenza dovrà essere maggiormente coltivato con dedizione specifica attorno a due grandi ambiti che rappresentano i cardini della storia dell'organizzazione: l'ambito valoriale e l'ambito professionale sanitario.

Prendersi cura dell'ambito valoriale significa favorire modalità di incontro, di eventi, di riflessione, di coinvolgimento partecipativo, che rispondano allo stile di vita e di lavoro attuali, per mantenere “viva” la cultura valoriale.

La condivisione di ideali e valori, nel corso delle esperienze vissute in oltre sessanta anni di storia, ha determinato una dedizione ineguagliabile da parte delle risorse umane coinvolte nei progetti in Africa, dedizione che le istituzioni locali, oltre che la comunità, hanno sempre riconosciuto e apprezzato.

Lo sviluppo dell'ambito professionale sanitario deve passare attraverso un fattivo coinvolgimento focalizzato sulle tematiche specifiche del lavoro svolto sul campo. Necessario dunque implementare con determinazione la diffusione delle evidenze maturate nel lavoro in Africa, le buone prassi e i risultati dimostrati, ma anche gli insuccessi perché siano punto di partenza di analisi e soluzioni innovative. La tecnologia a disposizione va utilizzata, attraverso sezioni del sito web specifiche e dedicate, per favorire la disseminazione tra le risorse umane rientrate e anche tra gli operatori in Africa.

Sempre in un'ottica di fidelizzazione delle risorse umane, un'attenzione particolare va dedicata ai giovani medici, rientrati dall'esperienza JPO (Junior

Project Officer), che andranno attratti dal settore della ricerca con opportunità di pubblicazioni di articoli scientifici e di presentazione a congressi tematici, costruendo percorsi di interessi che siano sinergici con le università di riferimento.

Quanto maggiore sarà la capacità di “tenere vicino” le risorse umane all'organizzazione tanto più sarà possibile reclutare, nel *pool* di appartenenza, le figure professionali necessarie per la progettualità in Africa.

Un aspetto di importanza strategica, al fine di facilitare la partenza per l'Africa di professionisti strutturati nel sistema sanitario italiano, risultano essere i rapporti con le istituzioni di riferimento del singolo medico (Aziende sanitarie, Direttori, Primari): le relazioni dovranno essere sviluppate con maggiore sinergia e forza in modo che la partenza di un proprio dipendente possa risultare un'opportunità di qualificazione e prestigio per l'istituzione stessa e per il territorio di riferimento nel quale insiste.

Il reclutamento delle figure professionali per la progettualità in Africa andrà esteso, in modo più sistematico e strutturato rispetto all'organizzazione attuale, oltre i confini italiani, in Europa e in Africa.

Forte deve essere la spinta verso un assetto strutturato per il reclutamento e la selezione di personale africano qualificato, *in primis* nei paesi nei quali lavoriamo. In alcuni di questi paesi, che hanno una maggior disponibilità di professionisti sanitari, la collaborazione con il personale nazionale è già fattiva ed efficace, ma l'approccio deve essere migliorato in termini di sistematicità e struttura.

Importante sarà individuare “dove” e “come” rivolgere il processo di reclutamento di personale sanitario: gli ordini professionali, le società di categoria, gli ambienti universitari, *workshop* organizzati dal Cuamm stesso per tematiche specifiche che vedano di conseguenza coinvolti gli specialisti locali, ma anche la “rete” che nei paesi di intervento si è sviluppata nel corso degli anni e che potrebbe dare buoni risultati attraverso il racconto diretto interpersonale. I professionisti sanitari nazionali, una volta selezionati, andranno a inserirsi all'interno della

progettualità dell'organizzazione nel paese stesso e si costituiranno *team* di collaboratori internazionali europei e nazionali. Ma il personale sanitario africano verrà inserito anche nei progetti implementati in paesi limitrofi a quello di origine del singolo operatore, all'interno dei quali risulterà essere personale internazionale al pari delle risorse umane europee. Questa modalità organizzativa viene presa in considerazione per i paesi particolarmente fragili nei quali è gravemente deficitaria la disponibilità di personale sanitario qualificato nazionale. Nell'ambito del reclutamento di professionisti sanitari africani, un aspetto particolarmente delicato, cui porre grande e costante attenzione, riguarda il possibile rischio di sottrarre personale qualificato al sistema sanitario nazionale. Al fine di evitare questo rischio, Medici con l'Africa Cuamm riconosce i principi del "Codice di condotta del reclutamento internazionale del personale sanitario dell'Organizzazione Mondiale della Sanità".

I profili professionali da reclutare, nei vari bacini di cui sopra, e il modello organizzativo delle risorse umane nei progetti sono strettamente correlati alle priorità geografiche e tematiche della strategia di intervento dell'organizzazione. Per i paesi fragili (*low health system*) le figure professionali rimarranno quelle "usuali" sia in ambito sanitario sia in quello logistico/amministrativo: ginecologi, ostetriche, pediatri/neonatologi, chirurghi, internisti/infettivologi ed esperti di sanità pubblica per garantire l'approccio integrato tra ospedale e territorio.

Per l'aspetto comunitario invece si dovrà implementare in modo significativo il coinvolgimento di personale nazionale che possiede una profonda conoscenza della cultura e dei comportamenti della popolazione con cui interagire con modalità di approccio e di lingua sicuramente efficaci.

Il modello organizzativo per gli interventi in paesi fragili resterà quello della presenza sul campo delle risorse umane internazionali, europee e africane, per periodi medio-lunghi, con un approccio di sostituzione, in mancanza di personale sanitario qualificato nazionale, con l'ottica del rafforzamento del sistema nazionale locale.

In questi contesti i giovani medici, affiancandosi a personale con esperienza, possono avere una straordinaria opportunità di crescita umana e professionale, motivo per cui si dovranno individuare modalità operative e finanziarie che permettano l'invio di giovani al di fuori dei progetti veri e propri.

Per i paesi con *performance* medio-alta (*middle and high health system*) i profili professionali dovranno avere competenze disciplinari specifiche, in affiancamento, e non in sostituzione, a personale sanitario qualificato nazionale, in aree mirate del sistema sanitario del paese.

In questi contesti il modello organizzativo sarà diverso, prevedendo *team* con numero ridotto di risorse umane sul campo, ma supportato da consulenze attraverso missioni di breve durata. Il supporto specialistico è stato implementato negli ultimi anni, ma dovrà essere ulteriormente sviluppato attraverso *partnership* con enti e istituzioni specializzate in diversi ambiti sanitari. In tale direzione andrà ulteriormente implementato il *pool* di consulenti che già collabora con l'organizzazione.

07

Rafforzare l'*accountability*

I processi posti in essere per far “funzionare la macchina” sono indispensabili per una organizzazione che si vuole accreditare sulla base dei risultati.

Il processo di trasformazione della nostra organizzazione avviato dal piano strategico 2008-2015 ha orientato il processo organizzativo verso il “*result based management*”, applicando quindi una concezione di “amministrazione manageriale e trasversale” a tutti gli ambiti di gestione sia a livello centrale sia a livello periferico nei paesi d'intervento in Africa.

Ciò ha comportato un importante e complesso lavoro di strutturazione e affinamento di processi e procedure che è tuttora in fase di completamento e, in alcuni casi, di aggiornamento, finalizzato a rendere sempre più efficienti ed efficaci i meccanismi di supporto amministrativo e gestionale che, pur ancillari e/o complementari, sono indispensabili per realizzare le attività previste dall'organizzazione, in Italia e sul campo. Il riverbero di questa operazione lunga e impegnativa si è potuto apprezzare in modo più evidente nell'area funzionale della gestione economico-finanziaria, in particolare per quanto riguarda i progetti e le nostre sedi di Coordinamento in Africa.

La complessità del *management* è andata crescendo in questi ultimi anni in tutte le aree operative dell'organizzazione.

La **ricerca e la gestione dei fondi** (bandi nazionali e internazionali, richieste di contributo, stati di avanzamento e rendicontazioni finanziarie, monitoraggi e valutazioni) si sono rafforzate attraverso l'allargamento della rete degli interlocutori, e lo sviluppo di competenze dedicate a trovare nuove opportunità di finanziamento anche al di fuori del territorio italiano.

In tal senso, quindi, anche per i prossimi anni risulterà strategico continuare a investire energie in questo ambito per assicurare risorse ai progetti e alle attività dell'organizzazione. Sarà quindi opportuno:

D aggiornare la mappatura e le conoscenze dei “mercati” del finanziamento per la cooperazione internazionale;

D migliorare le competenze dei desk, dei capi progetto, degli amministratori paese per offrire “*tools*” adeguati agli standard richiesti dai donatori ai diversi livelli;

D assicurare evidenze sui risultati raggiunti per tutti gli interventi realizzati e, per le iniziative più complesse, prevedere una valutazione al termine “*built in*”.

La **gestione delle risorse umane** nazionali, internazionali e locali (contrattazione, *benefits*, sicurezza) è un altro punto rilevante del *management* di una organizzazione come la nostra che, per la peculiarità dei propri interventi, ha bisogno di un professionista sul campo per raggiungere gli obiettivi previsti dagli interventi sanitari.

L'allargamento dei bacini di reclutamento oltre i confini nazionali, le relazioni con networks internazionali, l'aumento del *turnover* nei progetti e il ricorso sempre più frequente anche a figure professionali locali richiede conoscenze puntuali nell'ambito della legislazione sul lavoro, la fiscalità internazionale, la contrattazione collettiva, le norme di sicurezza. In questo senso l'organizzazione non potrà esimersi dal rafforzare le competenze in sede e nei paesi, attraverso il miglioramento di qualità ed efficienza del servizio.

Nei prossimi anni il consolidamento di quanto è già stato posto in essere per rendere più funzionale l'assetto gestionale potrà avvenire attraverso una graduale ma convinta revisione del nostro modello organizzativo anche sulla base delle disposizioni normative dell'ex D.Lgs. n. 291/2001 (modello di organizzazione, gestione e controllo).

Ciò implica un processo di verifica dello stato di fatto degli organigrammi rispetto ai processi di gestione sin qui adottati e ai rapidi mutamenti intercorsi e che intervengono tuttora per ricollocare ruoli e funzioni.

A tal fine andranno meglio esplicitati e codificati i livelli di **delega** che permettono all'organizzazione la quotidiana operatività, sia in sede che in loco. In tal modo, quindi, si dovrà giungere a definire da chi e in quali ambiti le decisioni vengono assunte e come queste ultime debbano, conseguentemente, diventare operative. Tale maggior chiarezza consentirà di applicare, poi, un naturale processo di **controllo** interno non solo burocratico e fine a se stesso ma orientato al miglioramento complessivo del *management*.

Non va taciuto il fatto che l'organizzazione ha ormai acquisito metodo e strumenti che le consentono di affrontare, senza particolari tensioni, le normali sessioni di *audit* sia a livello di sede che di uffici di coordinamento nei paesi disposte dalle autorità governative o dai donatori. Tutto ciò, unito alle evidenze dei risultati ottenuti all'interno delle singole progettualità, confermano, anche per il futuro, l'impegno serio e costante dell'organizzazione verso l'**accountability**, con il processo del "rendere conto" sempre in modo preciso e trasparente, nel rispetto dei principi assunti e condivisi con la rete Ong di appartenenza Link 2007.

La **flessibilità**, che spesso mal si concilia con processi e procedure, dovrà trovare spazio nella quotidianità per dare risposte adeguate ai bisogni del lavoro della sede e in Africa ma anche per non ingessare in schemi troppo rigidi la progettualità e le nuove prospettive e/o occasioni di impegno. Ciò non significherà soprassedere alle norme ma per chi esercita una responsabilità mettersi a confronto con altri, anche con nuove regole o con interlocutori più complessi senza temere il cambiamento.

Il modello organizzativo funzionerà nella misura in cui l'organizzazione sarà colta come un "*unicum*" che ha bisogno di tutte le idee e le forze a disposizione, in sede e in loco nei paesi. Nessuna funzione e nessun ruolo dovranno essere percepiti come "controparte" da un soggetto attivo o passivo in un processo decisionale e/o operativo.

Il successo della strategia organizzativa sarà determinato proprio dalla convinzione che i processi posti in essere per far "funzionare la macchina" sono indispensabili per una organizzazione che si vuole accreditare sulla base dei risultati.

08

Comunicazione, formazione, *public awareness* e *fundraising*

- 8.1 Il contesto
- 8.2 I cambiamenti sociali, nei media e nella raccolta fondi
- 8.3 Le direzioni strategiche
- 8.4 Le aree di intervento
 - 8.4.1 Comunicare: un bisogno e una vocazione
 - 8.4.2 Formazione e *public awareness* in salute globale e cooperazione sanitaria internazionale
 - 8.4.3 Il *fundraising*

«Il futuro dipende da come noi lo pensiamo e vogliamo costruirlo. Il nostro primo obiettivo è contribuire a far rinascere interesse e speranza nel futuro dell'Africa a cui crediamo».

Don Luigi Mazzucato

8.1 IL CONTESTO

Medici con l'Africa Cuamm opera in un contesto sempre più globale e interconnesso: anche gli ambiti di comunicazione, *public awareness* e *fund-raising* risentono di questa globalizzazione sempre più spinta e dell'estrema velocità e fluidità dei cambiamenti in atto. Nei prossimi 15 anni, di fronte a un mondo con una popolazione in crescita (8,5 miliardi nel 2030¹), concentrata in megalopoli sempre più affollate, aumenterà la domanda di acqua, energia e cibo e si assisterà a una crescita delle economie dell'Est (Cina e India) e del Sud del globo. La tecnologia e la ricerca assumeranno un ruolo fondamentale nello sviluppo delle economie dei singoli paesi e vivremo in un mondo digitalmente connesso 24 ore su 24, dove le notizie "saranno" con noi in tempo reale. L'Africa è spesso considerata solo dal punto di vista economico. Grande è l'attenzione data alla crescita del Pil nel continente africano con un incremento vicino agli attuali tassi di crescita asiatici (l'Ocse stima per il 2016 una crescita del 5%)². Tale incremento non è nemmeno paragonabile a quanto succede in Italia e in Europa in generale. Ma l'Africa è molto di più: sviluppo dei sistemi di governo, di educazione, di sanità, di cultura, e insieme permanere di grandi disuguaglianze. Medici con l'Africa Cuamm intende fare la sua parte per dare una percezione nuova dell'Africa in Italia e nei principali paesi europei e occidentali verso l'opinione pubblica. Si impegna a leggere i cambiamenti che attraversano e sfidano non solo il continente africano ma anche l'intero nostro pianeta. Come già evidenziato ampiamente nei capitoli di programmazione "sul campo" (attività in Africa), il Cuamm vuole agire coerentemente ai *Sustainable Development Goals* con particolare attenzione alla riduzione della mortalità materna e infantile (neonati e bambini sotto i 5 anni di età), alla lotta all'Aids, alla tubercolosi e alla malaria, alla lotta alla malnutrizione, specie nei bambini sotto i 5 anni. Sempre in sintonia con i *Sustainable Development Goals* la nostra organizzazione avrà cura di comunicare, sensibilizzare e mobilitare l'opinione pubblica, nazionale e internazionale, attorno ai grandi temi della *Global Health*, dell'attenzione ai cambiamenti climatici, della lotta alla povertà e alla emarginazione, con la volontà di ridurre le disuguaglianze e l'obiettivo di promuovere pace e giustizia.

8.2 I CAMBIAMENTI SOCIALI, NEI MEDIA E NELLA RACCOLTA FONDI

La crisi economica globale ha avuto un impatto negativo sullo sviluppo economico e il divario tra ricchi e poveri nel mondo si sta allargando, riportando nell'agenda internazionale ed europea il tema dell'equità, sia a livello sociale, sia a livello di accesso ai servizi sanitari.

Secondo la *Commission on Social Determinants of Health*³ dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, garantire un accesso equo ai servizi sanitari richiede uno sforzo multidisciplinare che tenga conto della realtà dei contesti odierni, caratterizzata da società multiculturali, migrazioni, cambiamenti demografici, tecnologici e climatici. I professionisti sanitari sono in prima linea nell'interfacciarsi con la società e nel rispondere ai nuovi bisogni legati a fattori quali il cambiamento demografico e sociale (società multiculturali, nuovi poveri e migranti) e il contesto epidemiologico, caratterizzato da patologie riemergenti (ad esempio la tubercolosi) e nuove patologie (ad esempio patologie tropicali oggi presenti anche in Italia a causa delle migrazioni e del cambiamento climatico).

In questo scenario, che vede un mondo globale e interdipendente, ai professionisti sanitari sono richieste nuove conoscenze e strumenti. Per questa ragione, Medici con l'Africa Cuamm continuerà a promuovere percorsi di formazione in salute globale rivolti a studenti di medicina presso le università italiane ed europee e a proporre tirocini formativi sul campo, in Africa, in grado di favorire non solo il processo di formazione clinica di studenti e giovani medici, ma anche la "brain circulation" e la competitività italiana nel mondo.

La comunicazione, nell'era digitale, sta affrontando cambiamenti rapidissimi che investono categorie consolidate: il concetto di notizia, il ruolo dei giornalisti e delle redazioni, la struttura del racconto, le modalità di fruizione dei contenuti e delle esperienze, i sistemi editoriali e di business. Oggi la battaglia per acquisire i propri pubblici, per costruire un dialogo costante e trasparente con l'opinione pubblica di riferimento, si svolge non una sola volta

al giorno, ma ogni minuto, su tutti i mezzi, sempre meno sui giornali tradizionali e sempre più su strumenti connessi alla rete come il pc, ma soprattutto i cellulari e i tablet. Su internet, a un clic di distanza, si entra in contatto con il mondo intero: giochi, video, foto, messaggi di amici e parenti, informazioni di servizio, curiosità.

I pubblici si stanno segmentando, le persone praticano una comunicazione e richiedono un'informazione capace di soddisfare davvero i loro interessi. I social network, Facebook e Twitter, sono la principale fonte dalla quale apprendere le notizie con il primo che viene usato prevalentemente per altri scopi, a cominciare dal relazionarsi con amici e conoscenti, e il secondo che invece è utilizzato da un pubblico più specializzato alla ricerca degli ultimi sviluppi, delle novità, anche in campo informativo. Le notizie sono sempre più *unbranded* (non firmate) e i motori di ricerca come Google e i social network divengono prepotentemente la porta d'ingresso ai siti web delle testate giornalistiche⁴.

Questi cambiamenti della società e della comunicazione ci investono sotto molti aspetti, anche dal punto di vista della motivazione a donare. Ed è importante sottolineare come la decisione di donare resta ancora influenzata in massima parte dal coinvolgimento, nelle cause dell'organizzazione no profit, di persone che si conoscono e dalla fiducia nell'organizzazione stessa⁵. Per il Cuamm l'Italia è ancora il paese di riferimento per la raccolta fondi da privati anche se lo scenario è estremamente cambiato negli ultimi anni. Da un lato i donatori in Italia diminuiscono, dall'altro sono arrivati in Italia importanti *competitor* internazionali con elevati budget d'investimento e cambiando le regole del gioco. Tra i vari canali di comunicazione e raccolta fondi, internet vedrà crescere la sua importanza per la raccolta di donazioni da privati. Già oggi il 39% degli italiani si dichiarano propensi a usare il web e il 57% lo trova abbastanza o molto facile da utilizzare. Crescono le piattaforme di *crowdfunding*, la raccolta diviene sempre più globale, l'importanza di essere conosciuti strategica⁶.

8.3 LE DIREZIONI STRATEGICHE

Medici con l'Africa Cuamm è convinta che la comunicazione, l'accreditamento, il coinvolgimento debbano privilegiare il contatto personale e la relazione diretta, nei diversi contesti di intervento, in Italia, in Africa e a livello internazionale.

Questa modalità è fattore fondamentale per la diffusione dei propri valori e del proprio approccio di cooperazione anche in un mondo globale, interconnesso in cui l'informazione è sempre più diffusa, capillare, veloce e accessibile. In tal senso la valorizzazione e il racconto delle attività svolte, dei risultati raggiunti e, soprattutto, dello stile attraverso cui si realizzano sono cruciali e strategici oggi e lo saranno sempre più nei prossimi 15 anni. Le iniziative di comunicazione e *public awareness* sono e devono intendersi collegate alle attività di radicamento nei territori di intervento e di raccolta fondi, costituendo un *unicum* che si rafforza vicendevolmente. Vorremmo, quindi, concentrarci su 5 direzioni strategiche.

D La fiducia

Da 65 anni Medici con l'Africa Cuamm contribuisce allo sviluppo dei sistemi sanitari africani con serietà, trasparenza e passione. Intende continuare a essere riconosciuta per i risultati concreti ottenuti sul campo e per i livelli di efficienza che persegue ogni giorno, ricercando continuamente soluzioni innovative, utilizzando gli strumenti operativi e sottoponendo i propri programmi a una valutazione rigorosa. Questa attitudine è la sua vera forza, il vero capitale su cui basare le relazioni del futuro, il fattore su cui differenziarsi e per cui essere riconosciuti da donatori, istituzioni pubbliche e private, e *partner* locali. In questa direzione si impegna a costruire nei prossimi anni.

D La cura della relazione

Così come intende lavorare per un sistema sanitario che metta al centro la persona, la famiglia e la comunità, anche nelle attività di comunicazione e raccolta fondi Medici con l'Africa Cuamm vuole mettere al centro il proprio interlocutore sia esso singolo cittadino, organizzazione profit o not for profit, istituzione, fondazione in Italia, in Africa

1 Dipartimento per gli Affari economici e sociali (Undesa) delle Nazioni Unite. 24esima stima della popolazione mondiale. <http://www.lifegate.it/persone/news/nuove-stime-popolazione-mondiale>

2 "African Economic Outlook 2015" – Ocse

3 WHO. Closing the Gap in One Generation. Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. WHO, 2008

4 www.datamediahub.it/2015/06/16/digital-news-report-2015

5 "Gli italiani e le donazioni". GfK Eurisko 2014

6 "Gli italiani e le donazioni". GfK Eurisko 2014

e nel mondo. Medici con l'Africa Cuamm ritiene che una relazione trasparente e la condivisione dei valori di affidabilità e verità siano le vie migliori per creare forte coinvolgimento e partecipazione solida attorno agli obiettivi e alle attività che realizza sul campo.

In Italia, la "rete" costituita dai cooperanti rientrati negli anni e dai volontari aggregati nei gruppi sono la spina dorsale delle diverse attività, così come i cooperanti attivi in Africa sono i più credibili testimonial della vita quotidiana e delle sfide legate ai progetti implementati nei vari paesi. A tutti i livelli, intende far crescere in numerosità e qualità le forme di partecipazione e presenza, adottando modelli flessibili e rispondenti alle diverse situazioni e bisogni, mettendo a punto sistemi di aggregazione e valorizzazione delle esperienze e delle persone vicine ai suoi valori e obiettivi. La cura della relazione e la costruzione di reti affini per sensibilità e motivazioni sono quindi la modalità principale per incrementare la conoscenza del Cuamm presso pubblici più vasti. Questa strutturazione consente di essere inclusivi, disseminando esperienze e interventi e cercando di catalizzare chi si dimostra interessato e sensibile ai temi promossi. A reti, network, forme di aggregazione e *partnership* e ai vari *stakeholder* intende dedicare strategie operative annuali per garantire focus, attenzione e risultati.

D **L'essere globali**

Medici con l'Africa Cuamm è sempre più chiamata a presentare il proprio approccio, i suoi programmi e i risultati raggiunti a livello internazionale e nei singoli paesi in cui opera. In una cooperazione caratterizzata da una grande varietà di attori tradizionali e nuovi e di meccanismi sempre più complessi, da un lato, quindi, promuove iniziative di *partnership* e *networking* con i diversi soggetti e donatori, dall'altro intende strutturare una comunicazione, fruibile nelle principali lingue, per rappresentare in modo chiaro e coinvolgente sia l'organizzazione nel suo insieme, sia i diversi progetti e interventi, alimentando una lettura dei contesti diretta e riconoscibile. Declinerà i principali canali di comunicazione, come il sito web e i vari strumenti video e cartacei, in inglese, spagnolo e portoghese. Sarà un processo lungo,

ma intende iniziare a implementarlo, fornendo contenuti, assistenza e metodologie alle varie sedi africane.

D **Il posizionamento**

Medici con l'Africa Cuamm si propone come organizzazione di riferimento in termini di affidabilità e serietà nell'ambito della cooperazione sanitaria internazionale. Analogamente alle scelte programmatiche, le strategie di comunicazione e di accreditamento porranno al centro il racconto "dell'ultimo miglio", nelle periferie degradate, negli ospedali "da campo" delle regioni svantaggiate in cui interviene, con particolare riguardo soprattutto a mamme e bambini. Si propone perciò di potenziare le forme per condividere le *good practices*, le ricerche, i risultati raggiunti attraverso occasioni di confronto e di dialogo sia con gli specialisti della sanità, sia con la società civile. Il posizionamento è distintivo e aperto per rivolgersi a tutti: ai professionisti con competenze già formate, alle fasce di popolazione più sensibili, ai giovani per coinvolgerli nel cambiamento di cui si fa promotrice.

D **Medici con l'Africa Cuamm: un "brand"**

Documentazione e racconto dei risultati raggiunti e delle *case history* di successo sono alla base della modalità attraverso cui far crescere la conoscenza di Medici con l'Africa Cuamm, un'identità stimata, ma ancora poco conosciuta. Far crescere la *brand awareness* non è fine a se stesso: è l'elemento facilitatore per l'attività operativa in Africa, per le relazioni istituzionali e politiche sia nazionali che internazionali, per le attività di *fundraising* e di sensibilizzazione a tutti i livelli, dai grandi donatori istituzionali fino ai privati, sia in Italia che globalmente. Accanto a modalità sperimentate da anni e su cui è cresciuta l'esperienza è necessario iniziare a esplorare, con attenzione all'efficienza, all'efficacia e allo stile di linguaggio da adottare, nuove vie e nuovi mezzi (soprattutto social network e campagne a tema specifico). Si ricercheranno con attenzione e cura le forme più innovative di comunicazione, sia audiovisiva che *social*, avviando collaborazioni anche a livello europeo.

8.4 **LE AREE DI INTERVENTO**

8.4.1 **COMUNICARE: UN BISOGNO E UNA VOCAZIONE**

Medici con l'Africa Cuamm si propone di strutturare e facilitare un dialogo con persone, famiglie, comunità e istituzioni capace di suscitare coinvolgimento, per far conoscere la realtà dell'Africa, non solo i suoi problemi, ma anche le sue potenzialità e, insieme, raccontare le tante dimensioni della vita dell'organizzazione in Italia, in Africa e a livello internazionale. La comunicazione mira a promuovere relazioni di fiducia, diffondere e illuminare l'identità dell'organizzazione, trasmetterne e amplificarne i messaggi e le istanze, sollecitando collaborazioni e apporti a tutti i livelli.

Oggi deve confrontarsi con il cambiamento profondo che attraversa ogni forma e modo del comunicare per svilupparne con determinazione le nuove potenzialità. È una sfida affascinante, che impegnerà nei prossimi anni ad ampliare gli spazi di coinvolgimento e attivazione delle risorse umane in Italia e in Africa e a proporre forme sempre più mirate di comunicazione, indispensabile supporto alla sensibilizzazione e alla raccolta fondi.

In tal senso, punti di riferimento saranno: la cura della qualità nella rapidità del contesto digitale, il coinvolgimento di testimonial, compagni di strada autorevoli e significativi, la forza di una comunicazione basata su esperienze e relazioni di fiducia, la maggiore internazionalizzazione delle sue espressioni comunicative.

D **Qualità e velocità**

La storia e i valori di Medici con l'Africa Cuamm esigono il massimo rispetto per le persone e perciò chiedono di non spettacolarizzare problemi e bisogni, di non indulgere nel pietismo. Tale attenzione impone accuratezza delle fonti, delle notizie, dei dati, delle storie e insieme sollecita a raccogliere la sfida del digitale, in modo da adattare sempre più tutti i tipi di contenuto (dall'esperienza vissuta sul campo, alle foto, ai video) alle nuove piattaforme digitali e *social*. Per sfruttare al massimo questa potenzialità, la comunicazione

dovrà essere sempre più capace di cogliere anche la sfida della velocità, alimentando un flusso aggiornato, semplice, empatico e costante di analisi e dati, storie ed esperienze. Tutta la documentazione dell'organizzazione che è andata via via sedimentandosi nell'archivio di Medici con l'Africa Cuamm (su cui si è in questi anni realizzato un importante lavoro di messa in sicurezza) si offre come una risorsa preziosa. Entrando in un flusso di aggiornamenti costanti, anche l'archivio, opportunamente interrogato, aiuterà l'organizzazione a comunicare e valorizzare la sua specificità, attingendo da esperienze passate per comprendere il presente e costruire il futuro. Ci proponiamo una narrazione delle esperienze, dei risultati, degli interventi dall'ultimo miglio, sempre più diversificata e vivace, articolata nei toni e nelle forme anche più leggere ed emozionali, per collegare in modo coerente tutta la vita dell'organizzazione, potenziandone il capitale di fiducia, il senso di solidità, affidabilità e consistenza.

D **Testimonial e testimoni come compagni di strada**

L'esperienza del portare cure, del "fare" i medici in contesti fragili ha alimentato anno dopo anno, invio dopo invio, relazioni e incontri quotidiani con persone concrete, uomini e donne, e il loro carico di problemi e dolore, di aspettative e di speranze. Negli ultimi anni è stata individuata una strada per farli emergere, per portarli in superficie, con profondo rispetto per queste realtà, ma alzando il tono di voce, allargando la possibilità di far conoscere e sensibilizzare. L'incontro con amici speciali ci ha fatto scoprire affinità insospettabili, forse insperate: Niccolò Ammaniti, Niccolò Fabi, Carlo Mazzacurati, Paolo Rumiz e molti altri. Molto più che testimonial "usa e getta", occasionali e di passaggio, ma veri compagni di strada.

Questo percorso continuerà, illuminando con l'aiuto di nuovi amici, delicati e sensibili, l'operato dell'organizzazione, rendendo il racconto pubblico insieme intimo, profondo. Altrettanto Medici con l'Africa Cuamm si impegna sempre più affinché questa voce sia anche quella dell'Africa, delle sue avanguardie di arte, cultura, musica, danza, sport che la rappresentano a livello mondiale per

qualità ed eccellenza. Per tessere in modo più solido un dialogo profondo e duraturo con le stesse comunità e i paesi in cui interviene programmaticamente.

D **La forza contagiosa dell'esperienza**

Il coinvolgere in valori, storie e iniziative prende il via dal racconto di una testimonianza e si rafforza nella condivisione di esperienze dirette, in prima persona. Per questo nel progettare prodotti, eventi e iniziative di comunicazione Medici con l'Africa Cuamm si propone che il valore dell'esperienza vissuta sia al primo posto, per sprigionare tutto il potenziale che nasce da relazioni concrete, da legami di fiducia, dall'incontro diretto di persone e comunità. In un contesto di sovrabbondanza dell'informazione è necessario promuovere il valore dell'esperienza vissuta e dell'incontro interpersonale: negli eventi, nelle missioni sul campo, nelle università, nei gruppi, nei nostri territori. Con questa sensibilità si impegna ad aumentare il coinvolgimento e la presenza nei media tradizionali (tv, quotidiani, periodici) e nei *new media* (web, social network) e di cogliere in modo più strutturato il potenziale di moltiplicazione che si realizza integrando diversi mezzi e piattaforme. Allo stesso modo intende sostenere il reperimento di risorse finanziarie coinvolgendo i diversi soggetti in una catena di relazioni, basate sulla fiducia, sul rapporto diretto, su esperienze positive, realizzando forme di diffusione efficace e creativa dentro le diverse comunità.

D **La dimensione africana e internazionale**

Per far sentire la sua voce nei paesi e a livello internazionale, presentando approcci, interventi e risultati, Medici con l'Africa Cuamm strutturerà una comunicazione fruibile in inglese, spagnolo e portoghese, producendo presentazioni sintetiche dell'organizzazione, dei progetti e delle ricerche operative, in una prospettiva di *accountability*. Parallelamente promuoverà momenti di presentazione e discussione dei programmi, eventi di lancio con istituzioni, *stakeholder*, donatori. *Mission* e valori dell'organizzazione troveranno espressione anche nei materiali di visibilità degli operatori sul campo, per

facilitare la necessità di identificazione e riconoscimento.

1. Rafforzare l'identità di Medici con l'Africa Cuamm, in modo da rendere il **brand** distintivo, riconoscibile e qualificato a livello nazionale e internazionale.
2. Sviluppare l'utilizzo del **sito web** istituzionale e dei social network (Facebook, Twitter, Instagram) per creare coinvolgimento intorno ai valori e alle attività del Cuamm ampliando la rete di amici, sostenitori, ambasciatori del Cuamm, sia a livello nazionale che internazionale e intensificando il **dialogo con la rete** attraverso i social network raccogliendo e amplificando commenti, riflessioni, pensieri dal territorio.
3. Promuovere la visibilità di Medici con l'Africa Cuamm attraverso la spinta di **ufficio stampa** locale, nazionale e internazionale.
4. Strutturare una comunicazione fruibile a livello internazionale (oltre all'italiano ricorrere anche all'inglese, spagnolo e portoghese) e aumentare la visibilità internazionale attraverso **eventi** realizzati all'estero e **materiali standard multilingua**.
5. Testimonial: coinvolgere attorno alla nostra missione **personalità rilevanti** per sensibilizzare l'opinione pubblica in Italia e in Africa, creando occasioni pubbliche di incontro.
6. Utilizzare la ricchezza di storie conservate nel nostro **archivio** per sottolineare la continuità dei valori di riferimento e valorizzare le radici del Cuamm.
7. Riservare grande attenzione sia allo sviluppo che all'utilizzo dei **materiali di visibilità** (magliette, zaini, felpe...) come importante strumento di diffusione del brand e del messaggio di Medici con l'Africa Cuamm in Italia, in Africa e a livello internazionale

8.4.2 FORMAZIONE E PUBLIC AWARENESS IN SALUTE GLOBALE E COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE

La globalizzazione ha accelerato la diffusione della conoscenza, favorendo il progresso scientifico e tecnologico e portando a un generale miglioramento delle condizioni di salute, di cui hanno beneficiato in modo diseguale i vari paesi e individui. Cooperare per la salute globale significa impegnarsi concretamente per ridurre le disuguaglianze con interventi nel campo della cooperazione sanitaria, ma anche promuovere la creazione di un movimento per il diritto all'accesso alle cure per tutti.

È questo che Medici con l'Africa Cuamm si propone di fare, in Africa, in Europa e in Italia. La sensibilizzazione sulla salute globale è rivolta, in senso lato, a tutti. Parlare di salute globale, infatti, significa capire le ragioni di disuguaglianza ed equità, quali sono i determinanti di salute, cosa può fare la cooperazione sanitaria, quali legami esistono tra economia, società, ambiente e salute. Tutte tematiche fondamentali per garantire il diritto all'accesso alle cure a tutti i popoli, diritto riconosciuto dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (artt. 3 e 25) e dalla Costituzione Italiana (art. 32).

Relativamente alla formazione, da diversi anni Medici con l'Africa Cuamm organizza momenti formativi rivolti a medici, infermieri e operatori della sanità dove si affrontano i contenuti chiave sul tema della salute globale, tra i quali la cooperazione sanitaria internazionale è argomento centrale e fondamentale per un impegno concreto contro le disuguaglianze in salute.

D Il capitale umano

In un contesto sempre più globalizzato come quello attuale, gli operatori sanitari sono chiamati non solo a eseguire il loro ruolo di medici, infermieri, ostetriche, ecc.: essi hanno un ruolo sempre più rilevante in quanto "avvocati" del diritto alle cure per tutti.

Per questo motivo, i professionisti sanitari restano un target privilegiato di Medici con l'Africa Cuamm, che si impegna nella sensibilizzazione dei temi

della salute globale e della cooperazione sanitaria internazionale, e nel coinvolgimento alla *mission* dell'organizzazione, attraverso attività di formazione in Italia e in Europa ed esperienze concrete sul campo in Africa. Inoltre, Medici con l'Africa Cuamm si impegna a creare informazione sui temi della cooperazione sanitaria e sulle politiche sanitarie mondiali attraverso la divulgazione di contenuti scientifici, *good practices* e *highlight* di ricerca, migliorando la comunicazione e la diffusione dei risultati scientifici. Infine, si propone di consolidare ed estendere la rete dei *partner* che condividono i valori della cooperazione sanitaria attraverso l'implementazione di nuovi progetti internazionali e l'avvio di nuove *partnership*.

Medici con l'Africa Cuamm ha nel suo Dna l'attenzione verso i giovani, che intende sensibilizzare sui temi della cooperazione e del diritto alla salute e appassionare agli interventi che realizza sul campo. Ai giovani offre una formazione universitaria⁷ in grado di coniugare conoscenze teoriche ed applicazione pratica, la divulgazione di contenuti scientifici e di ricerca per creare informazione sui temi della cooperazione sanitaria, l'utilizzo di una comunicazione aggregante e condivisa, esperienze sul campo nei paesi a risorse limitate e nuove progettualità e *partnership* che possano contribuire a raggiungere una formazione umana e professionale con una visione che supera i confini nazionali e include cambiamenti globali.

Ai giovani saranno dedicati vari progetti di formazione e tirocinio sul campo: quello rivolto a studenti di medicina realizzato insieme al Segretariato Italiano Studenti di Medicina (SISM) che prevede 1 mese di esperienza sul campo nei paesi dove siamo presenti in Africa; il progetto indirizzato agli specializzandi (*Junior Project Officer*) e infine il *Progetto Ostetriche*, siano esse in corso di studi o neolaureate. Sono tutte proposte che mirano a offrire un tirocinio formativo in Africa, dove approfondire un modo diverso di fare medicina, e dove i giovani possono sperimentarsi dal punto di vista professionale e umano.

I giovani, inoltre, aiutano a diffondere il lavoro sul campo dell'organizzazione attraverso strumenti di comunicazione

2.0, coinvolgendo le proprie reti di riferimento e consolidando la serietà dell'Ong attraverso relazioni di fiducia personali.

Oltre ad approfondire il loro interesse nel campo della cooperazione sanitaria, attraverso il tirocinio sul campo i giovani professionisti sanitari hanno l'occasione di valorizzare il proprio curriculum formativo, e quindi collocarsi in modo competitivo nel panorama internazionale attuale. È quindi un grande valore anche per il nostro paese l'investimento sui giovani che Medici con l'Africa Cuamm sta realizzando ormai da una decina d'anni e continuerà a promuovere sempre più in futuro.

Medici con l'Africa Cuamm è orientato a coinvolgere ognuno con le proprie potenzialità, dai più giovani ai meno giovani. Esiste, infatti, un insieme di professioni sanitarie con forti esperienze, competenze elevate, *senior* nel loro percorso di vita e professionale, che hanno dimostrato la volontà di attivarsi e "fare la propria parte", anche se non hanno maturato esperienze di cooperazione sanitaria internazionale. Questo capitale umano è una ricchezza importante: si tratta di persone sensibili, con forte esperienza, che possono trasferire competenze professionali e umane uniche ad altre generazioni.

Medici con l'Africa Cuamm lancerà un'iniziativa denominata *Senior Medical Officer (SMO)*. Si tratta di un progetto rivolto a professionisti sanitari che hanno intenzione di mettersi in gioco e donare le loro competenze. Tali competenze potranno essere utili qui in Italia e/o in Africa, e saranno conosciute anche grazie alla proficua collaborazione con i vari ordini di categoria. Medici con l'Africa Cuamm ritiene che il *background* esperienziale e umano di questi professionisti sanitari "maturi" sia di grande valore, non solo ai fini della cooperazione sanitaria, ma anche come scambio generazionale e valoriale con i giovani, che hanno bisogno di *tutor* e figure di riferimento che li aiutino a sperimentarsi dal punto di vista umano e professionale.

D La ricerca operativa, workshop e pubblicazioni scientifiche

La ricerca operativa fa parte ormai della strategia di Medici con l'Africa Cuamm,

con l'obiettivo di conoscere a fondo i contesti di lavoro, avviare un dibattito tra specialisti a livello internazionale e migliorare di conseguenza l'intervento sul campo. La disseminazione dei risultati e la loro discussione all'interno della comunità scientifica è uno degli obiettivi primari in questa cornice: attraverso strumenti *ad hoc* quali la rivista *Salute e sviluppo* e materiali editoriali destinati a gruppi specifici (ad esempio la comunità di professionisti della salute materna e infantile) si intende creare condivisione e aprirsi a realtà sia accademiche e scientifiche sia del mondo della cooperazione. La partecipazione a conferenze per presentare i materiali di ricerca e l'organizzazione di seminari scientifici, anche in Africa, permetterà inoltre di consolidare e ampliare network di lavoro, affermarsi tra gli attori della ricerca in determinate aree tematiche, costruire progettualità in rete.

Le aree tematiche su cui Medici con l'Africa Cuamm concentrerà la sua attività di ricerca riguardano la salute materna, neonatale e infantile. Un'attenzione particolare sarà rivolta alla salute riproduttiva delle adolescenti. La nutrizione (nutrizione della donna gravida, allattamento, malnutrizione infantile acuta, cronica e obesità) costituirà un'importante area di approfondimento. Un'altra area di analisi riguarderà le principali malattie infettive (Hiv/Aids/tubercolosi/malaria, malattie neglette) e le comorbidità con le malattie croniche. Tutte le aree tematiche saranno oggetto di ricerca da diverse prospettive: clinica, epidemiologica, di *performance* del sistema sanitario (copertura, qualità ed equità a livello di servizi e comunitario) e di impatto sullo stato di salute. Gli strumenti e i metodi di ricerca utilizzati saranno sia quantitativi, inclusi i *trial*, che qualitativi.

In un contesto di medio termine, la ricerca operativa e i relativi *workshop* e pubblicazioni permetteranno a Medici con l'Africa Cuamm di avere una rete di *partner* accademici, istituzionali, scientifici più allargata e consentirà di migliorare la comunicazione della propria attività di ricerca alla comunità sanitaria della Ong, a studenti e giovani medici e ai propri cooperanti e rientrati, in un quadro di consolidamento delle relazioni e di rafforzamento dell'*accountability* dell'organizzazione.

1. Implementare attività di formazione e sensibilizzazione in salute globale, cooperazione internazionale e politiche sanitarie rivolte a professionisti sanitari, in Italia e in Europa.

2. Coinvolgere i professionisti sanitari, giovani e senior, ognuno con le proprie potenzialità, attraverso progetti specifici di formazione, tirocinio sul campo e attività in Italia.

3. Produrre, raccogliere e disseminare i contenuti di area scientifico-divulgativa a supporto della ricerca operativa e dei risultati dei progetti nazionali e internazionali.

7 Grazie ai protocolli d'accordo firmati tra Medici con l'Africa Cuamm e numerose università italiane, oltre a un protocollo specifico con la Conferenza dei Rettori delle Università Italiane e alla costante collaborazione con la Rete Italiana di Insegnamento della Salute Globale.

8.4.3 IL FUNDRAISING

D Il fundraising in Italia

Negli ultimi 7 anni Medici con l'Africa Cuamm ha continuato a tenere un sostanziale equilibrio tra le fonti di finanziamento private e istituzionali e pertanto a crescere in modo parallelo e uniforme nelle due componenti. Questa modalità di finanziamento dei progetti è coerente con la *mission* del Cuamm che mira ad accrescere nelle istituzioni e nell'opinione pubblica la speranza e l'impegno per un miglioramento dello stato di salute delle popolazioni africane.

Non è solo il bisogno finanziario che spinge il Cuamm a sviluppare attività di raccolta fondi ma, in particolare per la componente del finanziamento privato, la ricerca di adesione alla *mission* e ai valori di Medici con l'Africa Cuamm. La partecipazione di privati cittadini in qualità di sostenitori legittima e rafforza l'attività del Cuamm di fronte a beneficiari e a istituzioni.

Per il futuro dell'organizzazione, il mantenimento dell'equilibrio tra le diverse fonti di finanziamento rappresenta un obiettivo sfidante, che porterà inevitabilmente a esplorare nuovi territori e nuove modalità della raccolta fondi.

La strada che è stata percorsa in questi anni ha portato a valorizzare il capitale umano di questa organizzazione a partire proprio dagli oltre 1500 cooperanti che hanno prestato il loro servizio in Africa in questi 65 anni. A questi si sono poi aggiunte persone e associazioni che, condividendone stile e valori, sono andate a formare un'unica rete che dà voce e risorse alla *mission* del Cuamm attraverso le attività di sensibilizzazione e raccolta fondi. Questa attivazione del capitale umano ha richiesto la presenza nel territorio di referenti locali che supportano e rinforzano le attività e garantiscono il corretto dialogo con la sede centrale. Il rapporto con tutti i donatori è stato, grazie a questa presenza nei territori, agevolato e rinsaldato, trasmettendo concretezza e fiducia attraverso l'impegno fattivo dei volontari in Italia e dei cooperanti in Africa.

La sfida del radicamento territoriale continuerà a guidare la strategia di crescita dei prossimi anni: essa infatti ha permesso da un lato di ottenere

buoni risultati di raccolta fondi durante il periodo di congiuntura economica negativa e dall'altro di non distogliere risorse dai progetti in Africa.

D Il rafforzamento della rete

La rete di cooperanti attualmente presente in Italia si è formata principalmente grazie all'impegno di coloro che hanno vissuto un'esperienza in Africa e questo apporto continuerà a esserne la base nei prossimi anni.

Il perseguimento di una *mission* tanto importante e difficile impone però di individuare nuove e più ampie modalità di partecipazione alla vita del Cuamm che possano coinvolgere più larghe componenti della società civile e prevedano un dialogo e un impegno tra generazioni capaci di garantire la crescita e la continuità.

In questa direzione vanno i progetti di formazione per studenti, specializzandi e ostetriche in Africa e le missioni di supporto per cooperanti con maggiore esperienza professionale e maggiore disponibilità di tempo, che rappresentano un'occasione per allargare la rete dei professionisti sanitari che oltre al loro impegno sul campo in Africa sono chiamati in qualità di attori e testimoni della cooperazione a essere tra i principali portavoce del Cuamm.

Anche l'aumento della notorietà del brand, in particolare attraverso l'affiancamento dei testimonial e l'utilizzo dei social network, rappresenta un'ulteriore opportunità per coinvolgere nuovi "pubblici" nella Rete Cuamm. A questo scopo sarà importante individuare più semplici e trasversali forme di attivazione e coinvolgimento delle Rete che si vedrà arricchita di diverse professionalità, anche non sanitarie. Sarà fondamentale dare concretezza all'idea che tutti, in modi diversi, possono dare il loro contributo alla salute delle popolazioni africane, ognuno in base alle proprie attitudini e capacità.

La crescita della Rete porterà anche all'aumento dei Gruppi Cuamm che, con forme più snelle e operative, continueranno a essere elementi catalizzatori delle opportunità del territorio sviluppando attività di

sensibilizzazione e accreditamento nei confronti di donatori, istituzioni e società civile. Nei prossimi 15 anni l'obiettivo è di portare gli attuali 28 gruppi a 100 con un focus particolare nei territori del Nord Ovest e Centro Sud.

Per mantenere unita e coesa questa Rete sarà necessario, oltre all'organizzazione di momenti di aggregazione e formazione, recuperare uno strumento per comunicare dotandoci di un mezzo che possa raccogliere le "news" relative alla vita di tutti i giorni delle persone che compongono la nostra Rete: un novello *l 4 venti* sarà il modo migliore per ricordare e ricordarsi dei piccoli momenti che fanno grande la vita (ad esempio, occasioni come le nascite, i matrimoni, le lauree possono e devono trovare spazio nella nostra capacità di comunicare). La famiglia Cuamm che si fa testimone e portavoce della *mission* su tutto il territorio italiano dovrà allo stesso modo e con la stessa capillarità utilizzare strumenti come i social network che rappresentano un nuovo e più ampio territorio dove valorizzare la testimonianza diretta.

D L'aumento dei donatori

La concretezza e la fiducia trasmesse dai nostri cooperanti in Africa resteranno alla base della relazione che vogliamo instaurare con i donatori. In questi anni si è tentato di portare la cultura della raccolta fondi nell'organizzazione e nel suo capitale umano. Questo processo dovrà continuare ed essere ampliato sino a far sentire ogni cooperante responsabile, interessato e convinto promotore del Cuamm e dei suoi progetti sia nell'implementazione operativa che nella ricerca delle risorse necessarie a realizzarli, siano esse umane o finanziarie.

Questa responsabilizzazione del capitale umano unitamente a una crescita di notorietà garantita dalla presenza nei principali media del paese, ci permetterà di raggiungere e coinvolgere un numero crescente di donatori siano essi privati, imprese, associazioni o Fondazioni.

Sarà poi nostro impegno dedicare ai nostri donatori attenzione, sensibilità, impegno e credibilità nelle rendicontazioni affinché essi stessi possano sentirsi parte integrante e fondamentale di Medici con l'Africa

Cuamm e si sentano quindi coinvolti anche nella promozione della *mission* alle proprie comunità di riferimento.

Per raggiungere questo obiettivo dovremo potenziare la possibilità di visita ai nostri progetti in Africa (*fidelity trip* e viaggi di conoscenza), organizzare adeguati momenti di visibilità che possano creare spirito di emulazione e potenziare l'uso dei social network come strumento di comunicazione diretta e veloce delle esperienze in Africa al fine di promuoverle e condividerle.

Questo importante processo sarà accompagnato dalla strutturazione di un sistema informativo capace di raccogliere tutte le conoscenze della e sulla Rete per farle diventare patrimonio dell'organizzazione e quindi valorizzandole. Saranno incrementati ulteriormente gli eventi sul territorio che garantiranno aumento di notorietà e acquisizione di nuovi contatti e questa sarà anche una sfida organizzativa per essere in grado di gestire in modo fluido e personalizzato tutte le relazioni. Attuando questo programma Medici con l'Africa Cuamm intende crescere del 10% annuo per i prossimi 15 anni.

D Il lascito, dono per il futuro

Una riflessione specifica meritano i lasciti testamentari che rivestono un valore simbolico ed etico che va al di là di quello economico. Lasciare un piccolo dono dopo di sé è un modo per continuare a esserci ed è un modo bello, positivo, gioioso. Medici con l'Africa Cuamm si propone di raccontare sempre più i progetti positivi che sono stati realizzati in memoria di chi ci ha lasciato, trasferendo a chi ascolta la "delicatezza" di questo gesto.

È il senso di un impegno intergenerazionale che potrà continuare a rendere viva ed efficace la missione del Cuamm. In quest'ottica si intende il lascito testamentario, come un messaggio offerto a chi resta come ultima attenzione ai più poveri, ai più bisognosi, esprimendo il senso di una ripartenza, un testimone lasciato ai giovani per continuare a percorrere il cammino del diritto alla salute per tutti.

1. Accrescere e **valorizzare il network** di persone coinvolte nella *mission* del Cuamm sia in Italia che all'estero attraverso molteplici forme di coinvolgimento legate all'esperienza diretta (Jpo, Smo, viaggi di conoscenza) e indiretta (eventi e incontri in Italia).

2. **Sviluppare del 10% annuo il numero dei sostenitori** attivi attraverso il radicamento nel territorio e l'attivazione delle comunità legate alla Rete, potenziando sia le attuali modalità relazionali, sia quelle legate ai social network.

3. Aumentare la capacità di **creare relazione e fidelizzazione** attraverso rapporti diretti e personali e con strumenti che mantengano vivi i contatti tra le persone e che possano "accorciare" le distanze con l'Africa (ad esempio: nuovo *I 4 venti*; utilizzo dei social network).

4. Implementare un **database** che possa raccogliere, modificare e valorizzare le conoscenze dell'organizzazione, in modo dinamico.

5. Valorizzare il lascito come forma di attenzione agli ultimi, ai più poveri, che lascia alla comunità un **segnale forte** di speranza e di futuro.

D Il fundraising internazionale

Negli ultimi anni il *fundraising* internazionale ha rappresentato un pilastro importante della strategia di Medici con l'Africa Cuamm.

Recentemente nuovi donatori internazionali hanno messo a disposizione risorse fondamentali per i programmi in corso, in alcuni casi integrando o subentrando ai donatori tradizionali della cooperazione (come la Cooperazione Italiana o il sistema delle Nazioni Unite). Il Cuamm è consapevole che il *fundraising* internazionale ha potenzialità enormi ed è un grande "incubatore" di relazioni, favorendo lo sviluppo di un solido legame tra l'organizzazione stessa, per tramite del progetto implementato, e gli attori della cooperazione internazionale.

Questa relazione e la *partnership* che ne consegue si concretizza in eventi, *workshop*, convegni e altri momenti di visibilità per Medici con l'Africa Cuamm che fungono da cassa di risonanza a livello internazionale. Le presentazioni delle "buone pratiche" e dei risultati ottenuti sono destinate ad aumentare nel prossimo futuro e il Cuamm vuole sostenere questo sviluppo, consapevole che la diffusione del proprio modello di cooperazione sanitaria sia un modo serio ed efficace per influenzare le politiche sanitarie e renderle sempre più eque ed efficienti.

Le priorità del *fundraising* internazionale in questi ultimi anni sono state da un lato dare continuità e sostegno ai programmi in corso e dall'altro contribuire alla crescita degli interventi di maggior impatto mantenendo intatta l'identità e l'approccio di Medici con l'Africa Cuamm. Tutto questo in un contesto attraversato da una grave crisi economica e in fase di rapido cambiamento, che vede il "sistema della cooperazione" sempre più caratterizzato da una grande varietà di attori pubblici e privati.

È ormai noto che, oltre ai tradizionali meccanismi della cooperazione bilaterale e multilaterale, si affacciano con sempre più forza sul tavolo dei donatori (e, talvolta, a parità di risorse disponibili) nuovi donatori istituzionali e fondazioni private, sia che queste siano legate a soggetti privati e istituite a fini benefici o legate a imprese con fini di

responsabilità sociale. Medici con l'Africa Cuamm a livello internazionale si impegna a portare e “difendere” il proprio approccio volto al rinforzo dei sistemi sanitari in modo attivo e propositivo cercando di stringere *partnership* con i diversi e nuovi attori della cooperazione sanitaria.

Le aree geografiche con cui Medici con l'Africa Cuamm andrà a interloquire sono principalmente l'Europa, sia a livello di Unione Europea sia a livello dei singoli paesi (Spagna, Germania, Svizzera, Danimarca, Regno Unito ecc.), gli Stati Uniti soprattutto con le fondazioni private, il Canada che è oggi uno dei principali donatori bilaterali nella lotta per la riduzione della mortalità materna e infine nei paesi del Sud America che hanno non solo realtà missionarie importanti e di lunga tradizione e un numero di professionisti sanitari interessati alla cooperazione, ma stanno divenendo essi stessi importanti attori istituzionali (la cosiddetta cooperazione Sud-Sud).

Particolare attenzione sarà data inoltre ad importanti *hub* internazionali quali Bruxelles per l'Unione Europea, New York e Ginevra per l'Onu e Addis Abeba per l'Unione Africana.

A livello internazionale, Medici con l'Africa Cuamm si impegna quindi a:

D Partecipare a eventi e conferenze internazionali portando i risultati dei programmi, le buone pratiche e le esperienze dal campo.

D Creare momenti di presentazione del lavoro di Medici con l'Africa Cuamm creando eventi, presentazioni, *workshop* e convegni all'estero sia in *partnership* con i principali attori della cooperazione (fondazioni, governi ecc.) che autonomamente.

D Mantenere relazioni costanti (formali e informali) con tutti gli attori della cooperazione internazionale, favorendo il *networking*, la conoscenza di Medici con l'Africa Cuamm e stimolando l'impegno verso progetti operativi sempre rimanendo fedele ai propri valori di riferimento.

D Favorire visite da parte di attori internazionali sia ai progetti di Medici con l'Africa Cuamm in loco che nella sede di Padova come occasioni per

rendere conto del lavoro fatto (donatori già attivi) e per studiare e sviluppare programmi nuovi e innovativi.

D Aderire a network internazionali tematici (es. nutrizione, materno-infantile, Hiv/Aids, NCDs ecc.) postando online documenti, buone pratiche e risultati dei progetti e della ricerca operativa e seguendo attivamente le discussioni online e le newsletter internazionali.

D Esplorare modalità di costituzione di sedi Cuamm in alcuni paesi europei, in USA e in Canada a supporto di attività di *fundraising* e *partnership* in loco.

Collegato a questa presenza rimane l'impegno di produrre materiali di visibilità, tecnico scientifici, *factsheet* dei progetti e *brochure* Medici con l'Africa Cuamm in lingua inglese, così come di creare un sito web oltre che in italiano anche in inglese, spagnolo e portoghese. Dovrà aumentare la capacità di veicolare le *news*, di *engagement* e di attrazione di nuovi pubblici attraverso i social media in modalità multilingua (italiano, portoghese, inglese e spagnolo).

1. Promuovere le **partnership internazionali** con donatori privati e pubblici e facilitare le relazioni con gli *stakeholder* istituzionali internazionali.

2. Focalizzarsi **sull'Europa, gli Stati Uniti e il Canada** anche costituendo sedi Cuamm in loco.

3. Aumentare la capacità di comunicare globalmente attraverso documenti, materiali e l'utilizzo di vari canali nelle **lingue italiano, inglese, spagnolo e portoghese**.

Bibliografia

D Il contesto

Intervento del Presidente della Repubblica alla sessione di apertura della XI Conferenza degli Ambasciatori d'Italia, dal titolo "Diplomazia per l'Italia". <http://www.quirinale.it/elementi/Continua.aspx?tipo=Discorso&key=95>

Africa: a continent adrift John Marcum, Foreign Affairs, America and the World, 1988/89
<https://www.foreignaffairs.com/articles/africa/1989-02-01/africa-continent-adrift>

The rising of the south, Human Development Report 2013, UNDP
http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/14/hdr2013_en_complete.pdf

African Economic Outlook 2015, Regional Development and Spatial Inclusion

Africa a Hopeful continent, The Economist, 2013
<http://www.economist.com/news/special-report/21572377-african-lives-have-already-greatly-improved-over-past-decade-says-oliver-august>

OECD (2015), *States of Fragility 2015: Meeting Post-2015 Ambitions*, OECD Publishing, Paris
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264227699-en>

World Bank harmonized list of fragile situations, FY14
<http://siteresources.worldbank.org/EXTLICUS/Resources/5117771269623894864/HarmonizedlistoffragilestatesFY14.pdf>

Strengthening Health System for resilience, IDS Practice paper in brief, 18, February 2015-09-05

The urban disadvantage. State of the world's mothers, Save the Children, 2015-09-05

Pastoralism, demographics, settlement and service provision in the Horn and East Africa, Humanitarian Policy Group, May 2010, ODI

Health in the post-2015 development agenda: need for a social determinants of health approach
http://www.who.int/social_determinants/advocacy/UN_Platform_FINAL.pdf?ua=1

Global Health Statistics 2015, World Health Organisation

State of inequality: reproductive, maternal, newborn and child health, 2015, World Health Organisation

Progress for children. Beyond average: learning from the MDG, Number 11 2015, UNICEF

Global health 2035: a world converging within a generation, The Lancet Commission Global Health 2035, *Lancet* 2013; 382: 1898–955

Institute for Health Metrics and Evaluation. *Financing Global Health 2014: Shifts in Funding as the MDG Era Closes*. Seattle, WA: IHME, 2015

Biesma R, Brugha R, Harmer A, Walsh A, Spicer N, Walt G. The effects of global health initiatives on country health systems: a review of the evidence from HIV/AIDS control. *Health Policy Plan* 2009; 24: 239–52

La cooperazione sanitaria internazionale in La Salute Globale, Maciocco e Santomauro, pagg. 229–249, Carocci Faber Editori, 2014

The Millennium Development Goals Report 2015, United Nations 2015-09-05

Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>

Kent Buse and Sarah Hawkes *Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift?*

Buse and Hawkes Globalization and Health (2015) 11:13 DOI 10.1186/s12992-015-0098-8

Marco Schäferhoff, Christina Schrade and Elina Suzuki Centre on Global Health Security | August 2015 *Analysing Proposals for Reform of the Global Health Architecture*, Research Paper, Chatham House

D La Strategia di Medici con l'Africa Cuamm

Criteri di Intervento nei Programmi di Cooperazione in campo sanitario nei PVS, Documenti 1975–1985 2 Cuamm

Declaration of Alma Ata, World Health Organisation, 1978

Africa nel 21 Secolo: Salute Per Tutti? Cuamm, Medici con l'Africa, 2000

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. Padova 2008

Everybody business: Strengthening Health System to Improve Health Outcome, World Health Organisation, 2007

Putting People First, in Primary Health Care, Now More than Ever. Global Health Report 2008. WHO, Geneva

Tarimo, E. (1991) Towards a healthy district: organizing and managing district health systems based on Primary Health Care; WHO, Geneva

J Rohde et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet* 2008; 372: 950–61

Friberg IK et al. (2010) Sub-Saharan Africa's Mothers, Newborns, and Children: How Many Lives Could Be Saved with Targeted Health Interventions? *PLoS Med* 7: e295. doi:10.1371/journal.pmed.1000295

R Atun et al. Improving responsiveness of health systems to non-communicable diseases *Lancet* 2013; 381: 690–97

A Harries et al. Monitoring treatment outcomes in patients with chronic disease: lessons from tuberculosis and HIV/AIDS care and treatment programmes *Tropical Medicine & International Health* Volume 20, Issue 7, July 2015, Pages: 961–964

Olivier J, Tsimpo C, Gemignani R, et al. Understanding the roles of faith based health-care providers in Africa: review of the evidence with a focus on magnitude, reach, cost, and satisfaction. *Lancet* 2015; published online July 7.

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60251-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60251-3)

Duff JF, Buckingham WW III. Strengthening of partnerships between the public sector and faith-based groups. *Lancet* 2015; published online July 7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60250-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60250-1)

Tomkins A et al. Controversies in faith and health care. *Lancet* 2015; published online July 7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60252-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60252-5)

A Universal Truth: No Health without a Workforce, 2014, Global Health Workforce Alliance and World Health Organisation

Technology for Global Health, Lancet Commission, *Lancet* 2012; 380: 507–35

Syed S, Dadwal V, Martin G: Reverse innovation in global health systems: towards global innovation flow. *Globalisation and Health* 2013, 9: 36.

Research for Universal Health Coverage, World Health Report 2013, World Health Organisation

D **Priorità tematiche**

Jennifer Bryce, Cesar G Victora, Robert E Black The unfinished agenda in child survival *Lancet* 2013; 382: 1049–59

Count Down to 2015 Fulfilling the Health Agenda for Women and Children *The 2014 Report*

Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, et al. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. *Lancet* 2013; published online Nov 19. DOI:10.1016/S0140-6736(13)62231-X

Maternal and Child Nutrition Series, *Lancet*, June 6, 2013

International Food Policy Research Institute. 2014. Global Nutrition Report 2014: Actions and Accountability to Accelerate the World's Progress on Nutrition. Washington, DC

The Gap Report 2014, UNAIDS, Defeating AIDS-Advancing Global Health, *Lancet*, June 25, 2015

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60658-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60658-4)

Global Tuberculosis Report, WHO, 2014

WHO's new End TB strategy, *Lancet*, 2015; 385: 1799–801

WHO. World malaria report 2013. Geneva: World Health Organization, 2013

Global Technical Strategy for Malaria 2016-2030, WHO, 2015

Non Communicable Diseases Series, *Lancet*, February 12, 2013

Global status report on non communicable diseases 2014. WHO

Global action plan for the prevention and control of non communicable diseases 2013-2020, WHO, 2013

Atun R Transitioning health systems for multimorbidity, *Lancet*, June 8, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62254-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62254-6)

Universal Health Coverage series, *Lancet*, 2012

Tracking universal health coverage: first global monitoring report, WHO and WB, 2015

Monitoring Universal Health Coverage, Collection Review, Plos Medicine, September 2014

Medici con l'Africa Cuamm
via San Francesco, 126
35121 Padova
tel. 049 8751279
cuamm@cuamm.org
www.mediciconlafrica.org

Progetto grafico:
Heads Collective

Impaginazione:
Publistampa Artigrafiche

Finito di stampare
nel mese di luglio 2016
da Publistampa Arti Grafiche

Supplemento n. 1 a èAfrica 4/2016
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003 (convertito
in Legge 27/02/2004 n° 46)
art. 1, comma 1, NE/PD

> >

< < < < < < < < < <

< < < < <

>

> > > > > > > >