



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



SALUTE E SVILUPPO

rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
luglio 2023 — n° **86**

*Senza medici,
infermieri e operatori:
la sanità impossibile*





LA NOTIZIA

I dati della mortalità per Covid-19 nel mondo

In Europa e in America i livelli di mortalità cumulativa da Covid-19 sono stati dieci volte superiori rispetto a quelli di gran parte dei Paesi asiatici e dell'Oceania (Regione del Pacifico Occidentale).

Nella **Figura 1** sono riportati i dati di mortalità cumulativa (tutti i morti dall'inizio della pandemia al 31 maggio 2022) per milione di abitanti, nelle 6 Regioni dell'Oms (vedi **Figura 2**). Le barre blu riguardano i casi di morte notificati, le barre azzurre i casi di morte stimati.

FIGURA 1 / CASI DI MORTE PER COVID -19 STIMATI E REGISTRATI, A LIVELLO GLOBALE E DIVISI PER REGIONI OMS AL 31 MAGGIO 2022

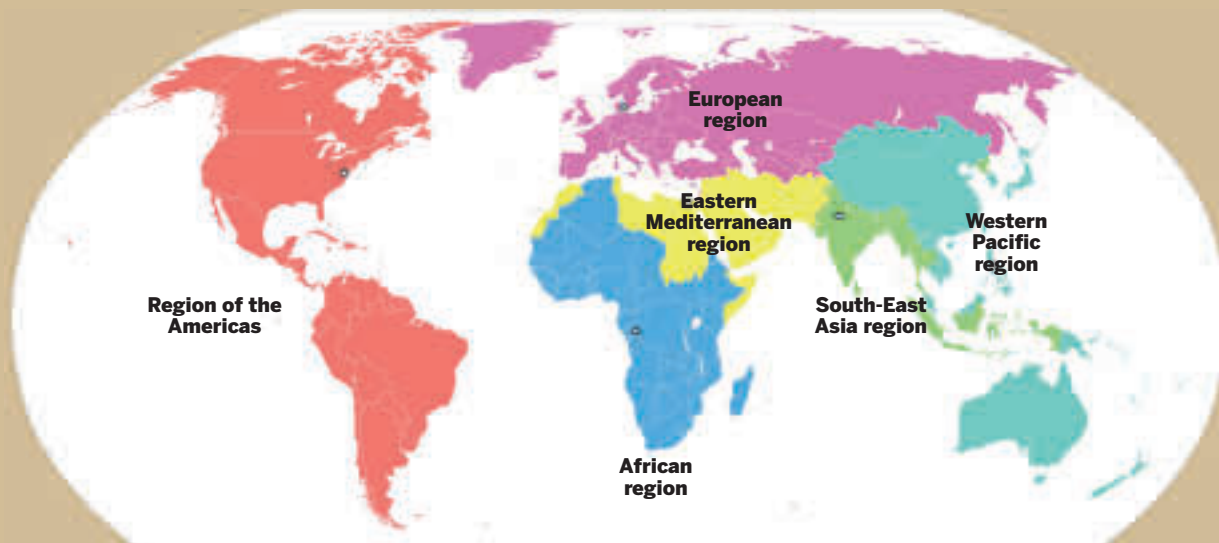
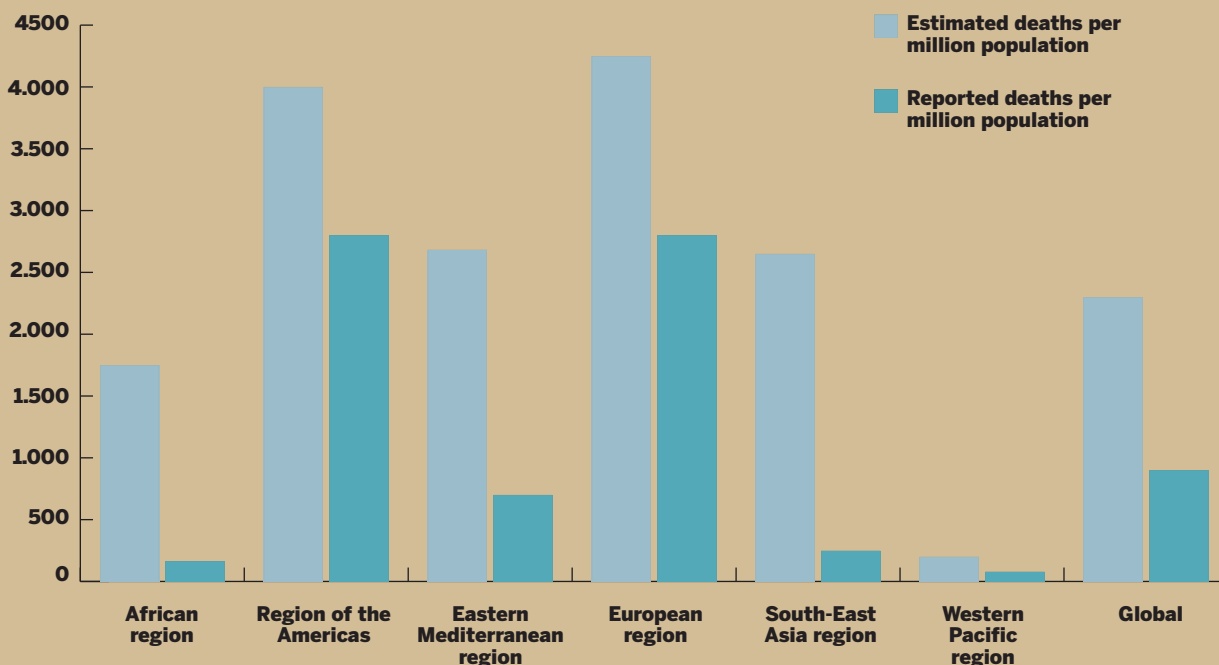


FIGURA 2 / LE 6 REGIONI DELL'OMS

INDEX

DIRETTORE

Gavino Maciocco

COMITATO DI REDAZIONE

Andrea Atzori, Dante Carraro, Adriano Cattaneo, Silvio Donà, Fabio Manenti, Martha Nyagaya, Ana Pilar Betran Lazaga, Giovanni Putoto, Angelo Stefanini, Anna Talami, Ademe Tsegaye, Calistus Wilunda

DIRETTORE RESPONSABILE

Anna Talami

PROPRIETÀ

Medici con l'Africa Cuamm

AMMINISTRAZIONE

Via S. Francesco, 126 - 35121 Padova

t 049 8751279-8751649

f 049 8754738

e-mail cuamm@cuamm.org

COORDINAMENTO DI REDAZIONE

Chiara Di Benedetto

ILLUSTRAZIONE DI COPERTINA

Lorenzo Gritti

IMPAGINAZIONE E STAMPA

Publistampa, Via Dolomiti, 36 - 38057 Pergine Valsugana (Trento)

COPYRIGHT

Medici con l'Africa Cuamm, Via S. Francesco, 126 - 35121 Padova.

È consentita la riproduzione totale o parziale degli articoli e del materiale contenuto nella rivista purché venga citata la fonte

REGISTRAZIONE E AUTORIZZAZIONE

presso il tribunale di Padova n. 1129 del 6.5.1989 e successiva modifica del 9.11.1999

SPEDIZIONE

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

Con il sostegno di



Illustrazione di copertina

Senza medici, infermieri, operatori: la sanità impossibile

Una crisi allarmante scuote i sistemi sanitari mondiali: mancano medici, infermieri e operatori sanitari e le politiche di programmazione e sostegno non sono ancora adeguate. Le risorse umane sono il perno della sanità e della cura e senza di loro non c'è futuro. Per questo Medici con l'Africa Cuamm lavora per valorizzarle e formarle costantemente, in Africa e in Italia.



DIALOGO

PAG. 2

LE PERSONE AL CENTRO

Testo di / don Dante Carraro

PAG. 3

LA FINE DEL LAVORO DI CURA

Testo di / Gavino Maciocco

FORUM

PAG. 6

LE RISORSE UMANE IN SANITÀ: UN VALORE A RISCHIO

Testo di / Giovanni Putoto

PAG. 9

I GIOVANI MEDICI NEL SISTEMA IN CRISI

Testo di / Annalisa Napoli

PAG. 11

"PREPARING FOR DISASTER SAVES LIVES"

Testo di / Valentina Isidoris, Andrea Atzori

ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 13

CRISI DELLE RISORSE UMANE IN SANITÀ. IL CASO TANZANIA

Testo di / Paolo Belardi

PAG. 14

"BOMA HEALTH INITIATIVE" IN SUD SUDAN

Testo di / Chiara Scanagatta

RASSEGNA

PAG. 18

JPO: SPECIALIZZANDI ITALIANI IN AFRICA

Testo di / Chiara Di Benedetto

PAG. 19

SANITÀ SENZA INFERMIERI

Testo di / Chiara Di Benedetto



DIALOGO

LE PERSONE AL CENTRO

Puntiamo a dare competenze e formazione ai giovani studenti africani, nei cui occhi sembra di poter leggere il futuro migliore del continente. Valorizzare, far crescere e supportare le risorse umane, in particolare i nuovi operatori sanitari in Africa, significa infatti contribuire al futuro, non solo della salute, di un continente intero.

TESTO DI / DON DANTE CARRARO / DIRETTORE DI MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Molto spesso lo si sente chiamare capitale umano, noi del Cuamm preferiamo chiamarle anche, più semplicemente, "le persone": quelle che fanno la differenza, sempre, e su cui non smettiamo di investire in Italia come in Africa.

Non è un caso che questo numero di Salute e Sviluppo sia dedicato proprio alle risorse umane in sanità e alla loro carenza, nel contesto di una crisi di portata mondiale che assume una risonanza ancora più forte nei Paesi africani. E non è un caso neppure che il focus del Progetto Cuamm *Prima le mamme e i bambini*, di cui nel 2022 si è avviata la terza fase, sia *Persone e competenze*: un programma che coinvolge 8 Paesi e 14 ospedali e che è stato pensato per consolidare la cura di mamme e bambini nei primi 1.000 giorni di vita e, parallelamente, per promuovere lo sviluppo delle risorse umane e delle competenze degli operatori, considerati motore dei sistemi sanitari funzionanti e sostenibili nel tempo.

Né è un caso, infine, che alcuni dei nostri prossimi impegni di medio termine siano incentrati proprio sulla formazione di operatori sanitari in Africa, soprattutto giovani. Le persone, quindi, come obiettivi e protagonisti della cooperazione che costruiamo da oltre 70 anni.

Il grande impegno su cui stiamo lavorando adesso riguarda una mobilitazione per mettere realmente al centro l'Africa, i suoi bisogni e quelli delle sue popolazioni, partendo da una visione per poi tradursi, come sempre nel nostro approccio, in programmazione, impegno, azione sul campo e anche in occasioni di incontro con le persone. Solo in questi mesi saranno oltre 200 gli eventi di sensibilizzazione su questi temi di cui siamo promotori in tutta Italia, in un cammino ideale che ci porta dall'*African Day*, celebrato lo scorso 25 maggio, fino al prossimo *Annual Meeting* a Milano, il 4 novembre 2023. Sarà questo l'appuntamento più significativo dell'anno durante il quale ci ritroveremo a condividere il punto del cammino in cui siamo e le prossime destinazioni, insieme alle persone che supportano e *fanno* il Cuamm ogni giorno, in Italia e in Africa. Uno degli obiettivi specifici di questa azione di condivisione così fitta è coinvolgere quante più persone possibile nella nostra prossima sfida: formare 10.000 nuovi operatori sanitari in Africa. Una sfida che guarda all'oggi ma soprattutto al futuro, in un momento storico in cui la sanità soffre per carenza di personale e i sistemi sanitari rischiano di non farcela più. Lo dicono i dati, allarmanti, e lo raccontano le testimonianze dei medici, degli infermieri, degli operatori che, se non si dimettono o si spostano in altri Paesi, lamentano condizioni di lavoro difficili, fatica psicologica, mancanza di supporto pratico e di riconoscimento (come si legge nell'articolo che a pag. 6 fotografa in modo implacabile questa situazione).

In Africa il problema si fa ancora più pressante, sommandosi alle difficoltà strutturali dei sistemi sanitari locali: nel continente si registra il 24% del carico di malattia globale ma è presente solo il 3% mondiale di risorse umane in sanità, come sottolinea uno degli articoli che leggerete nelle pagine seguenti (pag. 13). Un tema che ci è caro anche per questo, perché ha a che fare con la disuguaglianza e con la possibilità di lavorare per ridurla, attraverso gli interventi di lungo periodo, la ricerca sul campo, la formazione delle persone.

Come Cuamm, ancora una volta, vogliamo quindi dare spazio a tutte le persone che, a vario titolo, contribuiscono a costruire salute in Africa, nei luoghi più remoti e in condizioni che è riduttivo definire complesse. E in particolare ai tanti giovani studenti nei cui occhi leggiamo il futuro migliore del continente. Ragazzi e ragazze che seguono un sogno, con determinazione, ostinazione e tenacia. Come ha fatto Gordon, un ostetrico sud sudanese il cui racconto è quello di un intero paese che guarda avanti e che attraverso le difficoltà costruisce la propria storia. Una storia che parla di guerra, perdite, difficoltà ma anche di impegno e fiducia nel futuro, come singolo e come comunità.

Formare forza lavoro sanitaria nei Paesi a basso e medio reddito è una sfida che può davvero fare la differenza e, sul medio e lungo periodo, può invertire la rotta, simbolica e reale, per i giovani africani. Così come per i giovani specializzandi italiani si possono aprire nuove prospettive scegliendo di partecipare al programma Jpo Junior Project Officer, promosso da Cuamm da oltre 20 anni e che, in questo numero, trova spazio di riflessione vista la recente pubblicazione *peer review* proprio sul valore che l'esperienza lascia all'attivo dei giovani medici.

Un tema, quello delle persone e delle competenze, che ritroveremo anche nel nostro prossimo Annual Meeting a Milano il 4 novembre e a cui tutti voi siete caldamente invitati.



DIALOGO

LA FINE DEL LAVORO DI CURA

Il “lavoro di cura” si è trasformato in “lavoro a prestazione”, dove il paziente è destinatario di una serie di servizi diagnostici, terapeutici, assistenziali iper frammentati ed erogati con lo scopo di ottenere il massimo *output* con il minimo *input*.

TESTO DI / GAVINO MACIOCCO / DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA SALUTE, UNIVERSITÀ DI FIRENZE

Fu quasi uno scoop la pubblicazione su Salute e Sviluppo (al tempo “Cuamm Notizie”), nel secondo numero del 1989, di un documento della Banca Mondiale che indicava ai Paesi in via di sviluppo come finanziare i loro sistemi sanitari¹. Un documento, anonimo, apparentemente tecnico – scovato dall'intuito di Maurizio Murru – che si è scoperto ben presto essere una pietra miliare delle politiche sanitarie mondiali per i decenni a venire.

La ricetta per i Paesi che dipendevano dalla Banca Mondiale a causa del loro indebitamento era semplice e spietata: tagliare drasticamente spesa pubblica e in particolare spesa sanitaria, mettere i servizi pubblici a pagamento, favorire la privatizzazione dei servizi sanitari, promuovere le assicurazioni private, decentrare il livello di governo della sanità alle province o ai distretti. La Banca Mondiale, facendosi fedele interprete dell'ideologia liberista dominante, lanciò – *urbi et orbi* – con quella ricetta due chiari messaggi: 1. Gli Stati devono disinteressarsi della salute dei loro cittadini; 2. Con la salute, e soprattutto con le malattie, si possono fare un sacco di soldi, per questo deve occuparsene il Mercato.

Dagli anni '80 in poi ad ogni crisi del debito degli Stati sono stati inferti colpi durissimi ai sistemi sanitari pubblici, perché – come Naomi Klein ha descritto in molte differenti situazioni – «quelli che si oppongono al *welfare state* non sprecano mai una buona crisi».

Una nuova “buona crisi” ebbe origine nel 2008 a causa delle politiche speculative sui mutui immobiliari praticate dalle banche Usa, ma si propagò rapidamente al resto del mondo, provocando una pesantissima crisi economica globale. Una recessione che mise in ginocchio i Paesi europei già fiaccati dalla sfavorevole competizione globale e anche per questo fortemente indebitati. Le nazioni più colpite furono Portogallo, Italia, Irlanda, Grecia e Spagna (da cui l'ambiguo acronimo Piiigs). La ricetta confezionata dalla “Troika” (Banca Centrale Europea, Fondo monetario internazionale, Unione Europea) per affrontare la crisi fu molto simile a quella adottata due decenni prima dalla Banca Mondiale nei confronti dei Paesi in via di sviluppo: politiche di austerità, riduzione della spesa pubblica, tagli alla sanità e all'istruzione, privatizzazione dei beni pubblici. I costi sociali della ricetta – come prevedibile – furono altissimi: alla crescita della disoccupazione, della povertà e delle disuguaglianze sociali si aggiunse la difficoltà dell'accesso ai servizi sanitari, la riduzione dell'offerta sanitaria pubblica e l'aumento dei ticket². In Italia, a differenza degli altri Paesi, non intervenne la Troika. Fu sufficiente la lettera della Banca Centrale Europea (agosto 2011, le firme di Trichet e Draghi) in cui si ordinava al governo italiano di tagliare la spesa pubblica e favorire le privatizzazioni. Il colpo mortale al nostro Ssn è stato inferto attraverso il blocco nelle assunzioni del personale che ha provocato, nell'arco di 10 anni, la perdita di 50.000 dipendenti tra medici e infermieri. Di qui la riduzione dell'offerta sanitaria pubblica e il ricorso massiccio al settore privato, le paurose disuguaglianze nell'accesso tra coloro costretti ad aspettare mesi per avere una visita (o a rinunciarvi) e coloro che pagando saltano tutte le code. Ma l'attacco al capitale umano del Ssn ha avuto una conseguenza ancora più grave: il “lavoro di cura” – dove gli operatori lavorano stabilmente in un determinato ambito, si conoscono, e collaborano per una effettiva presa in carico del paziente – si è trasformato in “lavoro a prestazione”, dove il paziente è destinatario di una serie di servizi – diagnostici, terapeutici, assistenziali – iper frammentati ed erogati da “chiunque” con lo scopo di ottenere il massimo *output* (prestazioni) con il minimo *input* (risorse).

La sanità gestita dal Mercato provoca danni alla salute delle persone – soprattutto le più vulnerabili e le più povere – ed è poco attrattiva per gli operatori sanitari, oberati di lavoro, sfruttati e sottopagati. Per questo motivo – non solo in Italia, ma in tutto il mondo – mancano medici e infermieri (la carenza globale di infermieri prima della pandemia, afferma Lancet, era stimata in 6 milioni e potrebbe raggiungere i 13 milioni nei prossimi anni a causa sia dell'aumento della domanda di salute che dello scarso arruolamento del personale³).

NOTE

¹ The World Bank. *Financing Health Services in Developing Countries, An Agenda for Reforms*. Washington DC, USA, 1987.

² <https://www.saluteinternazionale.info/2014/10/ttip-e-dintorni-il-liberismo-in-sanita-per-chi-suona-la-campana/>

³ Editorial, *The future of nursing: lessons from a pandemic*. Lancet, 2023; 401:1545 (May 13, 2023).



LE RISORSE UMANE "NASCOSTE"

Costruire salute in Africa non è compito solo di pochi. Oltre al contributo quotidiano di medici, infermieri e operatori sanitari, è fondamentale infatti il sostegno di altre figure professionali per il funzionamento del sistema sanitario. Sono i *Community Health Workers*, gli autisti e gli attivisti locali: per la maggior parte ragazze e ragazzi giovani, non necessariamente con un profilo sanitario ma in grado di portare la salute nelle comunità più remote. Come nel caso dei *Nutrition Officers*, attivi in Uganda, che supportano la popolazione attraverso attività di informazione e sensibilizzazione sulla corretta alimentazione dei più piccoli.

MEDICI
CON L'AFRICA
GIAMAI
Doctors with Africa



LE RISORSE UMANE IN SANITÀ: UN VALORE A RISCHIO

Sottofinanziamento cronico, privatizzazione dei servizi e indifferenza della politica, aggravati dall'ondata pandemica di Covid-19 e da una crescente carenza di risorse umane: sono alcuni tratti che descrivono la crisi che stanno vivendo i sistemi sanitari mondiali. Una crisi che nella mancanza di operatori vede uno degli aspetti più dirimpenti, tra dimissioni massicce, migrazioni professionali e disuguaglianze crescenti.

TESTO DI / GIOVANNI PUTOTO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

I sistemi sanitari in Italia e in Africa si trovano a un tornante cruciale della loro storia. Usciti esausti dall'epidemia di Covid-19, soffrono di un cronico sottofinanziamento, patiscono la privatizzazione dei servizi e l'indifferenza della politica. Il tratto più emblematico di questo smarrimento, però, è la crisi profonda della risorsa umana: mancano gli operatori sanitari. Un fenomeno reso complesso anche per la relativa disponibilità di dati, la scarsa aderenza agli standard internazionali di riferimento e l'applicazione di differenti modelli di simulazione e previsione degli organici. Vediamo in sintesi e con la dovuta cautela alcuni elementi cruciali del problema.

LO STOCK

Nel 2020, lo stock di forza lavoro impiegata nel settore sanitario consisteva in 29,1 milioni di infermieri, 12,7 milioni di medici, 3,7 milioni farmacisti, 2,5 milioni di dentisti, 2,2 milioni di ostetriche e 14,9 milioni di occupazioni aggiuntive, pari a 65,1 milioni di ope-

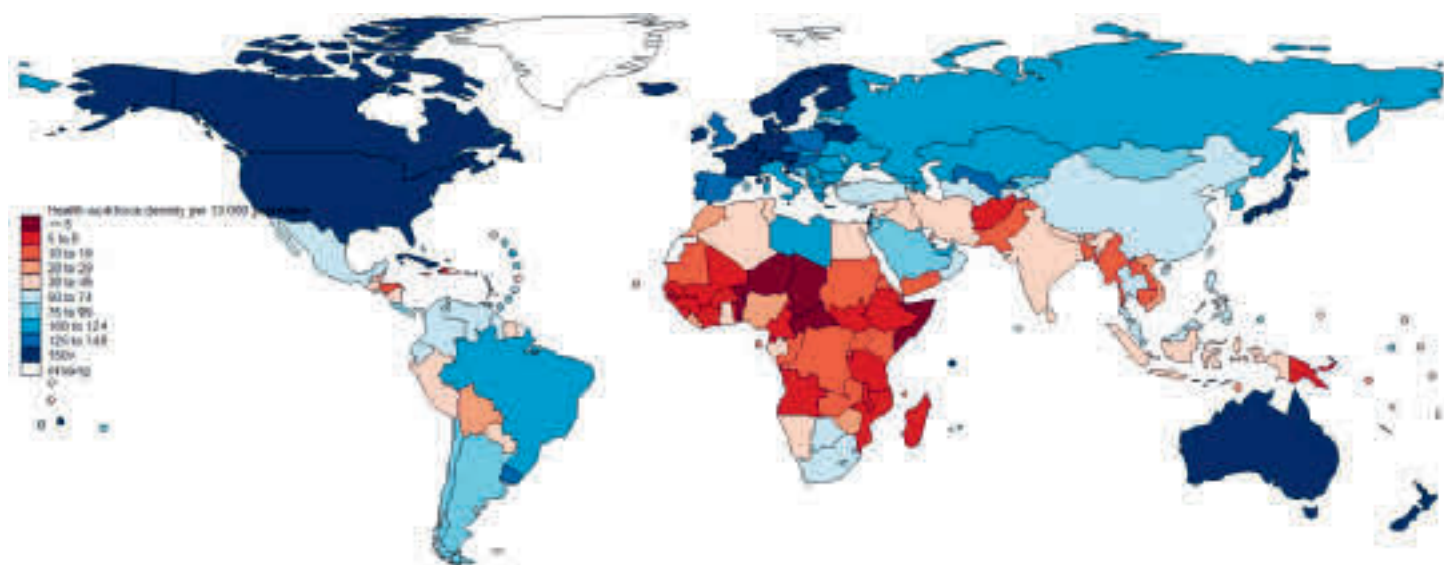
ratori sanitari occupati. Rispetto al 2013, questo stock è aumentato del 29% a livello globale¹.

LA DISTRIBUZIONE

La forza lavoro sanitaria globale è distribuita in modo iniquo. I Paesi ad alto reddito hanno una densità di operatori sanitari per 10.000 abitanti che è 6,5 volte quella dei Paesi a basso reddito (**Figura 1**). Complessivamente, un quinto circa della popolazione mondiale, quella ad alto reddito, assorbe il 50% degli operatori sanitari disponibili.

Italia. Secondo il rapporto *Health at Glance* dell'OCSE, in Europa ci sono in media 4 medici e 8,3 infermieri ogni 1.000 abitanti. L'Italia è in linea con la media con i primi mentre registra una grave carenza per i secondi con 6,3 su 1.000, specie nel territorio. Il rapporto tra infermieri e medici è di 1,2, uno dei più bassi d'Europa². Negli ultimi anni il personale a tempo indeterminato del Ssn è fortemente diminuito. Un'analisi del "Perso-

FIGURA 1 / MAPPA DELLA DENSITÀ DI OPERATORI SANITARI PER 10.000 ABITANTI NEL 2020



* Ultima densità disponibile al 2020, inclusi medici, infermieri, ostetriche, dentisti, farmacisti

nale del servizio sanitario Nazionale” realizzata dall'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali mostra un andamento altalenante³. Al 31 dicembre 2018 era inferiore a quello del 2012 per circa 25.000 lavoratori (41.400 in meno rispetto al 2008). Negli anni 2020-2021 dovuto anche all'effetto dell'epidemia di Covid-19, si è assistito a un incremento di personale, portando il numero delle unità in servizio al 2021 sovrapponibile a quello del 2012.

Africa sub-Sahariana. Secondo uno studio recente dell'Oms che ha interessato 47 Paesi dell'Africa sub-Sahariana, ci sono in media 1,55 professionisti sanitari qualificati ogni 1000 abitanti con grandi disegualianze tra aree urbane e rurali. I Paesi fragili e in conflitto, come il sud Sudan, hanno una densità media di 0,3 operatori sanitari per 1000 abitanti⁴. Seychelles, Mauritius, Namibia e Sudafrica sono i soli Paesi con una densità di operatori superiore alla soglia minima di 4,45 x 1000 abitanti necessaria per conseguire gli obiettivi dell'*Universal Health Coverage*.

LE PROIEZIONI AL 2030 E IL GAP

Stante le condizioni attuali della produzione dello stock, l'analisi al 2030 indica un tasso di crescita prudenziale del 2,7% annuo (rispetto a una crescita dello 0,9% della popolazione mondiale), che rappresenterebbe un aumento di 19 milioni di posti di lavoro netti portando il personale sanitario a 84 milioni di unità. Rispetto ai bisogni del personale come definiti dall'Oms⁵, il gap si attesterebbe attorno ai 10,2 milioni di professionisti, in gran parte rappresentati dalla componente infermieristica tanto da essere definita una *“Global Health Emergency”*⁶. Si tratta probabilmente di un dato sottostimato che considererebbe solo il personale sanitario impiegato nel settore pubblico. Secondo il gruppo di studio sul *Burden of Diseases*, se l'obiettivo è il raggiungimento dell'80% della copertura sanitaria universale (Uhc), il gap delle risorse umane risulterebbe essere molto più ampio, dell'ordine di diverse decine di milioni di unità⁷.

In base all'analisi realizzata dal Crea in **Italia** per allinearsi al livello di altri Paesi europei di riferimento mancherebbero all'appello 30.000 medici e 250.000 infermieri⁸. Le aree montane, i borghi isolati, le regioni più popolate e le cure primarie risultano i più penalizzati dalla carenza, ma anche a livello ospedaliero la crisi del personale morde. Le specialità mediche più sofferenti riguardano medicina d'urgenza-emergenza, anestesia, pediatria, medicina interna e chirurgia e tutte le specialità dei servizi diagnostici⁹. La carenza è già oggi evidente nei concorsi deserti, nel ricorso ai cosiddetti “medici a gettone”, nelle dimissioni volontarie e nella chiusura di servizi sanitari essenziali.

Africa sub-Sahariana. Nel 2030, tenendo conto del rapido aumento della popolazione la carenza di lavoratori nella regione africana costituirà il 52% della carenza globale (ne rappresentava un terzo nel 2013). Il 69% della carenza di forza lavoro sarà concentrata in 55 Paesi, in gran parte africani, messi in evidenza dall'Oms in una lista rossa di salvaguardia dal reclutamento internazionale attivo¹⁰. Un caso particolare è quello che riguarda il

personale infermieristico. Sarebbero 5,78 milioni gli infermieri necessari per il 2030, ma senza investimenti aggiuntivi e mantenendo l'attuale capacità di produzione e impiego, si potrà soddisfare solo il 47% della domanda¹¹.

LE “SPINTE” DEL MERCATO ALLA MIGRAZIONE PROFESSIONALE, LE RAGIONI PERSONALI, IL PARADOSSO DELLA DISOCCUPAZIONE

A parte i motivi legati alla mancata o inadeguata programmazione del personale sanitario (il buco tra fabbisogni e laureati, il blocco del turnover, la gobba pensionistica ecc.), sono le condizioni di lavoro e retributive la causa principale del gap esistente e del fenomeno della migrazione professionale. **In Italia**, sempre secondo il Crea, l'attrattività della professione infermieristica è scarsa e solo l'1% degli studenti sceglie questo corso di laurea contro una media del 3% negli altri Paesi Ue. Pesano: la bassa retribuzione (il 40% in meno della media dei Paesi del nord Europa), una formazione universitaria inadeguata specie sotto il profilo della specializzazione clinica, i ritmi stressanti di lavoro e le opportunità molto limitate di carriera professionale. Secondo il data base dell'Ocse, tra il 2000 e il 2022 hanno scelto di lavorare all'estero quasi 180.000 professionisti sanitari italiani¹². Inghilterra, Svizzera, Germania, Spagna e Belgio sono i Paesi di maggiore attrattività. Il fenomeno è parzialmente controbilanciato dall'assunzione di professionisti stranieri. Quest'ultimi rappresentano il 6% dell'intera forza lavoro nel 2018/19 con un trend in continua crescita¹³. Intanto, per coprire i vuoti dell'organico tutti gli attori, quelli pubblici vale a dire le Regioni (es. Sardegna, Emilia Romagna, Calabria ecc.), e quelli privati cioè le aziende sanitarie, le società di lavoro interinale, le cooperative sono sempre più impegnati nel reclutamento attivo di medici ed infermieri nei Paesi extraeuropei come Argentina, Brasile, Tunisia, Moldavia, Filippine e India. Anche il Ministro della Salute sembra pensarla allo stesso modo¹⁴.

In Africa, benché la produzione del personale sanitario sia aumentata in modo significativo grazie allo sviluppo della rete universitaria (quasi 200 le università) e delle scuole di formazione dei quadri sanitari (2300 le scuole infermiere e ostetriche) si assiste ad un fenomeno migratorio interno ed esterno del continente. I professionisti sanitari africani migrano nei Paesi del continente con livelli salariali più alti come Sudafrica, Namibia e Botswana. Il salario annuale lordo di una infermiera in Namibia è di circa US 50.000 contro una media in Africa di US 10.000 e di US 2.196 nella Repubblica Democratica del Congo¹⁵. Si emigra però anche nei Paesi occidentali (es. Ue, Usa, Australia, Canada, Francia, Belgio) i cui sistemi sanitari dipendono sempre più dal contributo degli stranieri. Nel Regno Unito un sesto degli operatori sanitari impiegati nel Nhs ha un passaporto estero mentre sono 15.000 i dipendenti provenienti dalla sola Nigeria¹⁶. Secondo una revisione sistematica dei Paesi a basse risorse, che copre gli ultimi 50 anni, oltre a ragioni di mercato, si emigra o si ha l'intenzione di migrare sempre più anche per motivi personali

quali sicurezza, soddisfazione professionale, qualità della vita, ri-congiungimenti familiari¹⁷.

Infine, va segnalato il paradosso della disoccupazione sanitaria. In Kenya sarebbero 5000 i medici disoccupati, e diverse migliaia le infermiere non impiegate dell'Etiopia, Ghana, Repubblica Democratica del Congo, Malawi e dello stesso Sudafrica¹⁸. Non si tratta, come si ritiene erroneamente, di un eccesso di offerta, ma di politiche pubbliche restrittive. Questo surplus presunto di personale è legato alle austere politiche di bilancio, spesso imposte dall'agenzia finanziarie internazionali (Imf, Wb), che impediscono alla pubblica amministrazione di assorbire queste risorse nonostante i bisogni conclamati dei sistemi sanitari¹⁹.

QUALI LE STRATEGIE FUTURE DA ADOTTARE

La correlazione tra risorse umane, copertura efficace e mortalità è dimostrata da tempo²⁰. Sono chiare le indicazioni dell'Oms date ai governi per non veder collassare i sistemi sanitari dopo l'epidemia di Covid-19²¹. È un mix di azioni che comprendono: investimenti sulla formazione di base e continua, basata sui bisogni di salute della popolazione; spazi fiscali, contrattuali e regolatori adeguati per il reclutamento e la stabilizzazione a lungo termine di personale sanitario; incentivazioni monetarie e non

per sostenere l'allocazione di personale nelle aree geografiche meno accessibili; sviluppo di nuovi modelli assistenziali basati sul task shifting, le équipes interprofessionali, l'integrazione ospedale territorio, la spinta alla digitalizzazione e alle nuove tecnologie. Quanto questa agenda di riforme strutturali sia fatta propria dai governi è tutto da vedere e da sottoporre ad un attento scrutinio pubblico.

A livello internazionale, è necessario un impegno più incisivo da parte del Nord del mondo, delle agenzie multilaterali e dei grandi finanziatori per formare la forza lavoro sanitaria nei Paesi a basso e medio reddito. Esistono già delle iniziative globali, tra cui la *WHO Roadmap for Building the Public Health and Emergency Workforce, Community health workers delivering primary health care: opportunities and challenges* e vari sforzi guidati da Paesi che necessitano di sostegno. Il bracconaggio (*poaching*) di personale sanitario all'estero non è etico. Il Codice globale di condotta per il reclutamento internazionale di personale sanitario dell'Oms è chiaro: bisogna tener conto dei diritti, obblighi e aspettative dei Paesi d'origine, dei Paesi di destinazione e del personale sanitario migrante; è fondamentale la condivisione delle decisioni con le autorità e gli ordini professionali locali; bisogna riconoscere la reciprocità degli interessi e l'impegno a sostenere concretamente lo sviluppo delle risorse umane a medio lungo termine nei Paesi a risorse limitate. Aiutarli, sì, veramente, a casa loro.

NOTE

1 Boniol M, Kunjumen T, Nair TS, et al. *The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage?* BMJ Global Health 2022;7:e009316. doi:10.1136/bmjgh-2022-009316

2 OECD/European Union (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.

3 Il Personale del Servizio Sanitario Nazionale. Approfondimenti MARZO 2023, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2147-il-personale-del-servizio-sanitario-nazionale>

4 Ahmat A, Okoroafor SC, Kazanga I, et al. *The health workforce status in the WHO African Region: findings of a cross-sectional study*. BMJ Global Health 2022;7:e008317. doi:10.1136/bmjgh-2021-008317

5 WHO. *Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. (Human Resources for Health Observer, 17). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250330>

6 Recover to rebuilt. The shortage of nurse is a global health emergency. International Council of Nurses, 2023.

7 *Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. Lancet 2022; 399: 2129–54.

8 Senza riforme e crescita, SSN sull'orlo della crisi, 18° Rapporto Sanità, Crea, 2023. Secondo stime più prudenti della Corte dei Conti e della FNOPI gli infermiere necessari sarebbero 65.000.

9 La Mappa delle carenze di Medici Specialisti Regione per Regione. Studio Anao Assomed 2019.

10 WHO health workforce support and safeguards list 2023 8 March 2023,

Technical document <https://www.who.int/publications/i/item/9789240069787>

11 *The Nursing and Midwifery Workforce in the African Region: optimizing and accelerating investments for resilient health systems*, WHO African Region, 2023.

12 *La grande fuga di medici e infermiere in Italia*. Quotidiano Sanità, 7 marzo 2023.

13 *Operatori sanitari stranieri e COVID-19 nell'UE: gli 'invisibili' diventano 'visibili'?* Senyo Dotsey, Quaderni del CNEL - n. 16 ottobre 2021.

14 Schillaci: "Con il Pnrr soldi al personale, infermiere dall'India per i buchi in corsia", Repubblica 02 giugno 2023.

15 *Analysis of nursing and midwifery labour market outcomes*, WHO African Region, 2023.

16 NHS staff from overseas: statistics <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-7783/>

17 Toyin-Thomas P, Ikhurionan P, Omoyibo EE, et al. *Drivers of health workers' migration, intention to migrate and non-migration from low/middle-income countries, 1970-2022: a systematic review*. BMJ Global Health 2023;8:e012338. doi:10.1136/bmjgh-2023-012338

18 <https://nation.africa/kenya/news/the-frustrations-of-kenya-s-jobless-doctors-4111842>

19 *Health worker unemployment in LMICs with shortage: a policy brief prepared for the 2nd review of the relevance and effectiveness of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, WHO, 2019

20 Speybroeck N, Kinfu Y, Dal Poz MR. *Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes*. Geneva: World Health Organization, 2006.

21 *Ticking time bomb: Without immediate action, health and care workforce gaps in the European Region could spell disaster*, WHO Europe, 2022.



I GIOVANI MEDICI NEL SISTEMA IN CRISI

Il Servizio sanitario nazionale è in una crisi persistente di strutture e persone: è urgente agire con politiche di programmazione che garantiscano risorse adeguate anche per il personale sanitario, che del sistema è il perno. Per una dimensione della sanità che sia equa, territoriale, incentrata sulle cure primarie e con i medici di medicina generale di nuovo al centro.

TESTO DI / ANNALISA NAPOLI / MEDICO CHIRURGO E PRESIDENTE SEGRETARIATO ITALIANO GIOVANI MEDICI

UNA SANITÀ FRAGILE

Mondi e contesti solo apparentemente lontani risultano uniti, in forme e formule differenti, da un minimo comune denominatore: la centralità delle risorse umane. È noto come le fragilità di sistema in sanità siano legate prioritariamente alla scarsità di operatori, alla loro formazione, a un adeguato sviluppo di reti e a un efficace inserimento delle risorse all'interno di esse. Nei Paesi in via di sviluppo come nel nostro. Sono le *persone* a fare realmente la differenza, sono loro che forniscono assistenza e cura ai singoli e alle popolazioni, sono loro che con la ricerca studiano le cause e valutano gli interventi, ed infine dialogano con le comunità garantendo continuità tra emergenza e sviluppo, in un sistema che sia quanto mai *resiliente* anche sotto l'impatto del cambiamento.

Il dibattito attualmente in corso, in una fase storica non meno complessa di quella pandemica, risulta incentrato prevalentemente su due aspetti strettamente interconnessi: la crisi ingravante del Servizio sanitario nazionale – per definizione pubblico, equo ed universalistico – e la necessità, sempre più urgente, di adottare politiche di programmazione volte a mettere in campo adeguate risorse per il personale sanitario, fulcro e forza motrice del sistema.

RIORGANIZZARE IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Il *follow-up* post emergenziale, necessario per riorganizzare e rimettere in moto il sistema dopo anni di mancata e/o poco lungimirante programmazione, non può non tener conto, al fine di analizzare e correggere i fattori alla base dei problemi cronici del Ssn, dei crescenti e rinnovati bisogni di salute della popolazione, emersi in maniera quanto mai evidente durante la pandemia. Le nuove esigenze di salute del Paese vanno interpretate e valutate nel più ampio e complesso scenario del mutato, e tuttora mutevole, background socio-sanitario nazionale, nel quale si registra ormai da tempo il progressivo ed inarrestabile incremento dell'aspettativa di vita e, con esso, delle cronicità e delle multimorbidità.

All'adeguamento quantitativo delle risorse da impiegare – non solo meramente strutturali ma innanzitutto umane – va accompagnata una rivalutazione qualitativa dell'intero sistema – Salute.

Nella strada verso una riforma del sistema medico specialistico, tra le principali criticità sotto la lente di ingrandimento, alcuni importanti passi sono stati compiuti nella direzione di un maggior investimento di risorse. Da qualche anno ormai, in virtù dello stanziamento di significative risorse tanto per il finanziamento dei contratti di formazione specialistica quanto di borse di formazione in medicina generale, è stato riassorbito il cosiddetto "*imbutto formativo*" che teneva in ostaggio migliaia di giovani medici impossibilitati ad accedere ai percorsi di formazione post-lauream.

IL NODO DELLA FORMAZIONE

Un ulteriore sforzo, in tema di programmazione, è stato compiuto recentemente con la valutazione e definizione, dal punto di vista quanti - e qualitativo, del fabbisogno di professionisti di cui il Ssn necessita.

Tuttavia restano irrisolte le criticità relative alla formazione universitaria e a tutt'oggi non è stata realizzata una reale e adeguata riforma del sistema formativo pre - e post - lauream, che continua a "limitarsi" a provvedimenti emergenziali tesi a colmare le lacune tramite l'inserimento, ora dai primi anni di corso, dei medici specializzandi. La formazione va piuttosto ripensata e reimpostata calandola nei rinnovati contesti di salute, salvaguardandone valore e qualità, correggendo le storture e le problematiche esistenti e aumentando l'attrattività del servizio sanitario pubblico, in particolare per quel che riguarda alcune branche maggiormente depauperate dalla fuga del personale sanitario, tanto verso il privato quanto verso l'estero. Uno stillicidio, ormai cronico, sintomo di un disagio strutturale che vede quale principale vittima sacrificale il settore dell'emergenza-urgenza, sin dalla fase di ingresso nei percorsi di specializzazione, quale conseguenza di scarse tutele, pochi incentivi, episodi di aggressione all'ordine del giorno.

NUOVI MEDICI E RIFORME PER LA SANITÀ TERRITORIALE

Analogo discorso sussiste per la formazione specifica in medicina generale, per la quale notevole sforzo è stato compiuto dalle

Istituzioni e dalle Regioni, anche in virtù dei fondi messi in campo dal Pnrr, per adeguare il numero di borse rispetto alle carenze determinatesi a causa dell'ondata di pensionamenti già in atto. La sanità territoriale si trova all'ennesimo banco di prova. Ed è – sempre più – un problema anche di numeri. Strettamente connesso alla realizzazione delle Case di Comunità e all'applicazione ed implementazione dei nuovi modelli di assistenza sanitaria territoriale, così come definiti dal DM 77, è il nodo del personale. I medici di famiglia stanno, infatti, diminuendo in modo preoccupante. L'allarme è ormai chiaro, da tutte le Regioni, e i dati sono fortemente significativi a riguardo. Ne mancano quasi 2900 ed entro il 2025 ne perderemo oltre 3400. Ondata pensionistica, ricambio generazionale disomogeneo e altalenante, scarsa attrattività per la professione, mancata programmazione, crescente complessità dei fabbisogni di salute e della gestione del lavoro.

Le criticità, evidenti da anni, sono emerse drammaticamente durante la pandemia scoperciando da un lato le falle dell'assistenza territoriale e dall'altro la necessità di un piano di riforma non più procrastinabile. Il Pnrr, e con esso il DM 77/2022, chiede che le Istituzioni agiscano concretamente in questa direzione. Eppure il cambiamento è a più di un passo dall'essere attuato, nonostante una parte cospicua delle risorse del Pnrr sia dedicata allo sviluppo della rete dei servizi territoriali.

In base a quanto definito dalla Missione 6 Salute del Piano, le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità costituiscono il *luogo di cura* deputato a fornire l'assistenza sanitaria di prossimità in virtù di un approccio multidisciplinare che includa anche interventi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria.

L'auspicio è che non rappresentino un modello esclusivamente strutturale ma che siano realmente in grado di dare risposta ai crescenti bisogni di salute della popolazione nel contesto di un servizio sanitario gravato dalla sempre maggiore prevalenza delle patologie croniche, dalla carenza di personale, dalla scarsa integrazione tra ospedale e territorio e dal conseguente sovraccarico dei Pronto Soccorso. Il progetto delle Case di Comunità presuppone, pertanto, una riforma in toto dell'assistenza sanitaria territoriale, a partire dalla formazione dei medici di medicina generale.

Per formare un medico di famiglia servono almeno dieci anni ed un percorso formativo all'altezza, incentrato su un *core curriculum* omogeneo sul territorio nazionale che tenga conto delle competenze specifiche necessarie, incluse quelle digitali, altro aspetto centrale all'interno del Piano di riforma.

È necessaria una medicina territoriale in grado di rispondere ai bisogni del paziente, centrando la propria pratica quotidiana sulla promozione della Salute e sulla medicina di prossimità, vicina ai pazienti e alla loro realtà, anche familiare e sociale, passando da un modello ospedalocentrico a un modello assistenziale proattivo e interdisciplinare che abbia quale fulcro le cure primarie e quale regista il medico di medicina generale.

È fondamentale che il ricambio generazionale in atto diventi un'opportunità per superare vecchie logiche e costruirne di nuove, attraverso un dialogo costante tra i professionisti della salute e tra di essi e le Istituzioni, a tutela del servizio sanitario pubblico e, soprattutto, del diritto alla salute come sancito dall'articolo 32 della Costituzione, da porre al centro di ogni analisi che riguarda la Salute e dell'agenda politica e sanitaria.

NOTA BIBLIOGRAFICA

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/06/in-difesa-del-ssn-e-del-welfare-territoriale/>



“PREPARING FOR DISASTER SAVES LIVES”

L'Africa sta attraversando una serie di sfide di grande rilievo che includono cambiamenti demografici, economici, socio-politici e climatici. Uno scenario complesso, che il continente ha bisogno di saper affrontare in un processo che metta al centro la formazione dei professionisti sanitari, per costruire comunità e sistemi sanitari resilienti in grado di rispondere ai disastri causati da rischi ambientali o provocati dall'uomo.

TESTO DI / VALENTINA ISIDORIS, ANDREA ATZORI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

UNO SCENARIO COMPLESSO

Nell'ultimo ventennio, l'Africa sta attraversando una serie di cambiamenti demografici, economici e socio-politici che rendono le condizioni dei Paesi talmente instabili da non riuscire a garantire alla popolazione sicurezza o servizi pubblici di primaria importanza¹. A questo quadro, si aggiungono i sempre più frequenti eventi di disastro ambientale. Sebbene l'Africa sia il continente che contribuisce solo al 3% delle emissioni globali, essa è anche la regione più esposta agli effetti negativi del cambiamento climatico². Secondo il rapporto “*State of the Climate in Africa 2021*”³ nel continente africano il cambiamento climatico si riflette nel costante aumento della temperatura e nell'incremento di disastri naturali: forti piogge, inondazioni, cicloni tropicali, siccità, incendi e ondate di caldo sono alcuni dei fenomeni che stanno colpendo ormai ciclicamente le regioni africane, impedendo un trend di sviluppo positivo e causando migliaia di “rifugiati climatici”⁴. Come nel Corno d'Africa e in alcune province dell'Angola, dove l'estrema siccità ha raggiunto livelli critici per la popolazione, costretta a fuggire nei paesi limitrofi per la fame e per l'assenza di fonti d'acqua.

Un'ulteriore problematica che l'Africa si trova ad affrontare oggi riguarda anche la diffusione di conflitti e di eventi di violenza politica, che vanno a peggiorare la situazione di Paesi già fragili. Ne è un esempio l'Etiopia, con un conflitto definito tra i “più mortali del 2022” che ha causato oltre 600.000 civili morti e 2 milioni e mezzo di sfollati nella regione del Tigray e dintorni⁵. Oppure il recentissimo scontro tra i due massimi leader militari del Sudan, che ha fatto precipitare nel caos per l'ennesima volta il martoriato Paese africano, costringendo alla fuga oltre 2 milioni di persone⁵.

La situazione è resa ancor più grave dal fatto che buona parte dei Paesi africani è costretta ad affrontare una o due di queste crisi allo stesso tempo. Come il Mozambico che, già colpito nel 2019 da due cicloni tropicali (Idai e Kenneth), dal 2020 vive tuttora in una profonda crisi umanitaria nell'area di Cabo Delgado dove sono presenti i cosiddetti *Internal Displaced People*, in fuga dal terrorismo islamico.

PREPAREDNESS SAVES LIVES

In uno scenario complesso come quello del continente africano,

il personale sanitario assume un ruolo di fondamentale importanza nel costruire comunità e sistemi sanitari resilienti in grado di rispondere ai disastri causati da rischi ambientali o provocati dall'uomo⁶. Per questo, qualsiasi professionista sanitario dovrebbe essere adeguatamente preparato ed equipaggiato per lavorare in modo efficace in momenti di emergenza, soprattutto in contesti a risorse limitate.

Tuttavia, recenti studi mettono in luce come l'annosa carenza di risorse umane in molti Paesi africani e l'inadeguata capacità di formazione sono ancora un grave ostacolo nella crescita e sviluppo del personale sanitario in risposta ai bisogni della popolazione anche durante un'emergenza⁷, causando ritardi e complicazioni nella fase di risposta e di recupero⁸.

Ciononostante, è presente un forte desiderio di formarsi e di migliorare il proprio background⁹⁻¹⁰. Cuamm lo ha sperimentato direttamente nei propri Paesi colpiti dalle emergenze, con una mobilitazione spontanea non solo di professionisti sanitari, ma anche di *community health workers* e giovani attivatori pronti a rendersi utili nel momento dell'emergenza. In Mozambico, a seguito del passaggio del ciclone Idai, sono bastati pochi giorni di formazione per creare dei team di volontari coinvolti nella risposta ai bisogni più imminenti, come l'assistenza ai feriti e la sensibilizzazione della popolazione al rischio di epidemie, impiegando semplicemente le risorse già presenti a Beira e coinvolte in programmi comunitari legati alla prevenzione e assistenza dell'Hiv¹¹.

Dalle esperienze maturate sul campo e dalle evidenze emerse su scala globale, risulta quindi sempre più evidente la necessità di prepararsi a gestire situazioni di crisi, soprattutto in contesti a risorse limitate come nel continente africano, in un processo che metta al centro la formazione dei professionisti sanitari e la loro capacità di essere pronti (*preparedness*) a gestire le crisi dentro le unità sanitarie e a integrare la loro attività con risposte a livello comunitario⁶.

JUST IN TIME IN LOW RESOURCE SETTINGS

Partendo da queste riflessioni nasce nel 2022 la progettazione di “*Just in Time in Low Resource Settings*”¹² un percorso formativo sviluppato da Medici con l'Africa Cuamm in collaborazione con il Centro di Ricerca in Medicina d'Emergenza e dei Disastri (Crimedim) dell'Università del Piemonte Orientale¹³. Sviluppato in moduli accessibili online su una piattaforma di *e-learning*, il

corso è stato costruito con l'obiettivo di fornire ai partecipanti i principi di base della medicina dei disastri e delle emergenze di salute pubblica e apprendere le procedure operative standard da adottare prima (*preparedness*), durante (*response*) o dopo (*mitigation*) un disastro.

Il corso attualmente è stato promosso nei Paesi dell'Africa sub-Sahariana riscontrando un immediato interesse da parte dei beneficiari: da marzo a maggio 2023 oltre 500 persone hanno completato tutti i moduli previsti dalla formazione e superato il test di apprendimento finale, ottenendo un attestato di partecipazione digitale. Significativi sono i dati raccolti sul tipo di professioni dei registrati: il 31% dei corsisti sono medici, seguiti dagli infermieri (13%) e dagli studenti di professioni mediche e sanitarie (12%). Il restante 44% appartiene ad altre categorie professionali attive nel sistema sanitario locale: *Public health experts, Environmental health officers, Humanitarian activists and coordinators, Nutritionists, Community health officers, Clinical officers and Risk communication officers*. È interessante notare come il corso abbia generato l'interesse non solo della categoria sanitaria, ma anche di altre figure professionali che lavorano a stretto contatto con le comunità e con il sistema sanitario dei Paesi.

Seppur nato in via sperimentale, il corso ha riscontrato un notevole successo avvalorando l'interesse per l'*Emergency management* e l'importanza della formazione che sta alla base del progetto formativo Cuamm: il 98% delle persone che ha risposto al questionario di valutazione ha ritenuto infatti "*Just in Time in Low Resource Settings*" un corso interessante e utile per il proprio background formativo e lavorativo.

NOTE

1 World Bank, *What is a fragile state?*, 2015

<https://blogs.worldbank.org/developmenttalk/what-fragile-state>

2 IPCC, *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability*, 2022

https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/downloads/report/IPCC_AR6_WGII_Full_Report.pdf

3 WMO, *State of the Climate in Africa*, 2021 <https://public.wmo.int/en/our-mandate/climate/wmo-statement-state-of-global-climate/Africa>

4 UNHCR, *Climate change and disaster displacement*, <https://www.unhcr.org/what-we-do/build-better-futures/environment-disasters-and-climate-change/climate-change-and>

5 International Crisis Group, *Crisis Watch Digest Ethiopia, War in Sudan*, 2023 <https://www.crisisgroup.org/>

6 WHO, *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>

7 The Lancet, *Human resources for health-investing in action*, 2016

COSTRUIRE LE BASI PER SISTEMI RESILIENTI

Partire dai bisogni di un territorio, rispondere alle necessità della popolazione e cercare insieme le risposte più giuste che portino a soluzioni concrete: questo è l'approccio che Medici con l'Africa Cuamm vorrà mantenere anche nell'ambito della gestione delle emergenze, partendo dallo sviluppo ulteriore della formazione dei professionisti africani.

Secondo l'Agenda 2030 del WHO riferita alle risorse umane impiegate nel settore sanitario, dedicare maggiori risorse ed energie alla preparazione dei professionisti sanitari aiuterebbe infatti a ridurre i rischi per la salute delle comunità più vulnerabili e migliorare la fiducia degli operatori sanitari nel rispondere efficacemente ai disastri: dalla capacità di arrivare "preparati" e rispondere in breve tempo alla crisi quanto accade, alla capacità di assorbirla, adattarsi e trasformarla⁶.

Ma per fare tutto ciò è necessario investire in piani di formazione di qualità e a lungo termine, facilmente accessibili con modalità online/offline, in grado di adattarsi al contesto africano per rafforzare le competenze dei professionisti e delle comunità locali e costruire le basi per risposte pronte, rapide ed efficaci di fronte alle emergenze¹⁴.

Per queste ragioni, Cuamm continuerà a indirizzare i suoi sforzi lavorando sul campo e garantendo capacità di adattamento affinché, terminata un'emergenza, gli insegnamenti appresi si sedimentino e portino alla creazione di sistemi sanitari e comunità resilienti.

[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)30246-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)30246-X.pdf)

8 IFRC, *World Disasters Report 2020*, <https://www.ifrc.org/document/world-disasters-report-2020>

9 NCBI, *Knowledge of and Attitude Toward Disaster Preparedness Among Secondary School Students in the Western Region of Saudi Arabia*, 2023 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9937084/>

10 BMC Emergency Medicine, *Emergency and disaster management training: knowledge and attitude of Yemeni health professionals- a cross-sectional study*, 2018 <https://bmcemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12873-018-0174-5>

11 The Lancet HIV, *HIV continuity of care after Cyclone Idai in Mozambique*, 2020 [https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(20\)30045-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(20)30045-X/fulltext)

12 Doctors with Africa CUAMM: <https://doctorswithafrica.org/en/whats-new/news/just-in-time-in-low-resource-settings/>

13 CRIMEDIM: <https://crimedim.uniupo.it/>

14 NCBI, *Nurses in Disaster Preparedness and Public Health Emergency Response*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573904/>



ESPERIENZE DAL CAMPO

CRISI DELLE RISORSE UMANE IN SANITÀ. IL CASO TANZANIA

Anche nei Paesi dell'Africa sub-Sahariana la carenza di medici e operatori sanitari è un problema rilevante, che si scontra con la fragilità dei sistemi sanitari, la scarsità di risorse economiche e di personale formato. Il caso della Tanzania descrive la complessità del fenomeno, tra risultati raggiunti e sfide aperte.

TESTO DI / PAOLO BELARDI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

L'AFRICA SUB-SAHARIANA SENZA PERSONALE SANITARIO

Le proiezioni al 2030 sulla carenza di personale sanitario non lasciano spazio a dubbi: la stima è di circa 10.2 milioni di professionisti mancanti, per la maggior parte infermieri, necessari per colmare il *gap* esistente tra i bisogni di personale, così come definiti dall'Oms, e la disponibilità effettiva. Un dato ancora più eclatante in Africa, in cui si registra il 24% del carico di malattia globale e in cui è presente solo il 3% mondiale di risorse umane in sanità. E solo nell'Africa sub-Sahariana si trovano 36 dei 57 Paesi al mondo che soffrono di tale carenza. I motivi? Rapida crescita demografica, fuga di cervelli verso Paesi a più alto reddito, numero insufficiente di personale formato per anno e disparità di distribuzione sul territorio, data da fenomeni migratori interni da zone rurali a zone urbane.

IL CASO DELLA TANZANIA

In Tanzania mancano risorse umane in sanità a causa del basso numero di professionisti formati, della scarsa capacità di trattare personale qualificato e della distribuzione iniqua delle risorse. Se il 75% della popolazione risiede in aree rurali solo il 55% del personale infermieristico e il 31% di quello medico operano in tali zone. È interessante notare come tra le cause di perdita di risorse sanitarie per trasferimento in altri Paesi vi sia la scarsa capacità di assorbire le stesse da parte del sistema sanitario.

In seguito alle riforme degli anni '90 nel Paese è stata adottata una politica di decentralizzazione del sistema sanitario che dà maggiore autonomia ai distretti anche nella gestione delle risorse umane. Questo ha comportato un aumento della richiesta di figure sanitarie a livello distrettuale, in parte colmata dalla possibilità di accreditamento di istituti privati di formazione in ambito sanitario e da un investimento maggiore nelle istituzioni pubbliche. Se nella Muhimbili University (Dar es Salaam) fino agli anni '90 si potevano immatricolare 50 futuri medici per anno, nel 2010 gli immatricolati/anno erano 200.

FORMAZIONE E RECLUTAMENTO DELLE RISORSE UMANE

Gli sforzi e gli obiettivi raggiunti in ambito formativo sono innega-

bili ma non si sono tradotti in un miglioramento nel reclutamento: nel 2012 si registravano 0,3 medici, infermieri e ostetriche per 1000 abitanti *versus* il 2,28 per 1000 raccomandato a livello internazionale. In questo contesto la mancanza di competenze nella gestione e programmazione delle risorse umane ha giocato un ruolo cruciale ma un grosso ostacolo è stato anche il sistema di assunzione complesso, costoso e burocratizzato in cui è il Ministero dell'Economia e delle Finanze ad approvare il budget annuale per le *vacancies* del personale sanitario, senza tener conto degli *assessment* distrettuali. Questo fa sì che ogni anno il numero delle *vacancies* sia inferiore ai bisogni reali e al numero di medici laureati. Si osserva, quindi, da un lato il fenomeno della fuga di cervelli, dall'altro lo spostamento di risorse nel settore privato. Dal 2006, tuttavia, il governo ha istituito un sistema per collegare istituzioni che si occupavano di formazione e strutture sanitarie: nasceva così lo *Human Resources for Health Information System* (Hrhis).

MIGLIORARE I PROCESSI OLTRE LE DIFFICOLTÀ

Un'analisi sulla distribuzione di risorse umane, e non solo, nell'ambito dell'assistenza materna al parto è esemplificativo di queste difficoltà: dall'ultima *survey* nazionale emerge come tre quarti delle strutture sanitarie in Tanzania offrano assistenza al parto fisiologico e nell'11% sia possibile partorire con taglio cesareo. Tuttavia, tra le strutture che offrono assistenza al parto fisiologico, solo il 28% dispongono di un *provider on call 24/24h* e solo nel 30% di essi sono disponibili linee guida sulle emergenze ostetriche di base o più complesse *Basic Emergency Obstetric Care* (BEmOC) o *Comprehensive Emergency Obstetric Care* (CEmOC). Infine, nell'87% di queste strutture, è disponibile un kit da parto completo ma la percentuale scende se si opera nei dispensari.

Il tema della formazione, gestione e programmazione delle risorse umane è centrale per la performance del sistema sanitario a tutti i livelli e non è un caso che anche in Tanzania Medici con l'Africa Cuamm abbia avviato la fase del programma "Prima le Mamme e i Bambini" intitolata proprio "Persone e competenze".

A riprova della necessità ineludibile di lavorare in modo sistematico e integrato sulle persone, in tutte le fasi formative e professionali che le coinvolgono, per costruire processi virtuosi e cambiamenti di lungo periodo che produrranno poi benefici per l'intero sistema sanitario.



ESPERIENZE DAL CAMPO

“BOMA HEALTH INITIATIVE” IN SUD SUDAN

Creare un sistema sanitario di comunità per far fronte alle necessità di cura e salute in un Paese fragile e senza risorse come il Sud Sudan: la *Boma Health Initiative* nasce con questo obiettivo.

La sua implementazione procede tra criticità strutturali, prospettive future su cui lavorare e le risorse umane – *i Boma Health Workers* – al centro.

TESTO DI / CHIARA SCANAGATTA / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

UN SISTEMA SANITARIO DA CONSOLIDARE

Il Sud Sudan ha tra i più alti tassi di mortalità materna (789/100.000 nati vivi) al mondo, ben al di sopra della soglia massima fissata come obiettivo di sviluppo sostenibile per il 2030 (140/100.000), ed è uno dei 12 Paesi con tasso di mortalità neonatale superiore a 30/1.000 nati vivi¹. La rete di strutture sanitarie in condizioni di fornire assistenza alle emergenze ostetriche è deficitaria. Il Governo non ha le risorse per colmare queste lacune e dipende in toto dai suoi partner internazionali, i cui interventi sono però spesso scoordinati e limitati nel tempo e nello spazio, per lo più emergenziali e quindi privi di una visione programmatica.

Interventi di questo tipo sono particolarmente inadeguati a sopprimere alla mancanza di risorse umane dedicate e preparate. Solo il 15% delle donne partorisce in presenza di personale qualificato, con una media di 3.5 professionisti sanitari (medici, infermieri, ostetriche) ogni 10.000 abitanti, il Sud Sudan ha poche possibilità di raggiungere la quota ideale di 23 entro il 2030², mancando investimenti di lungo periodo nella formazione professionale. Il poco staff qualificato si concentra nella capitale, prediligendo impieghi nel privato, mentre chi opera nelle strutture governative rurali manca di conoscenze e competenze ed è spesso poco motivato, sottopagato e poco presente, con conseguenze sull'offerta di servizi, discontinua e deficitaria, e sulla domanda degli stessi, con la popolazione restia e scoraggiata rispetto al recarsi presso unità e centri sanitari spesso chiusi o non rispondenti alle necessità dei pazienti.

Durante gli anni della guerra, con l'assistenza sanitaria limitata all'ambito umanitario, le ong avevano formato diverse tipologie di operatori sanitari di comunità (divenuti tali con corsi di formazione molto “pratici”) e questi sono poi divenuti la principale forza lavoro del sistema, arrivando a presidiare anche unità e centri di salute e talvolta gli ospedali. Il Ministero della Sanità Sud Sudanese ha iniziato ad affrontare il problema puntando a sostituire, a livello di strutture sanitarie, gli operatori sanitari di comunità con personale qualificato. Il Ministero ne ha abolito i corsi di formazione, puntando sugli Istituti di Scienze Sanitarie e su percorsi di studio qualificanti, come il diploma in ostetricia o infermieristica. Inoltre, con la politica sulle risorse umane varata nel 2019, ha limitato la presenza di queste figure nei team standard per livello di cura e l'ha disincentivata prevedendo una remunerazione net-

tamente più bassa che in passato. Infine, ha definito per loro una collocazione alternativa all'interno del sistema, varando la nuova politica per la creazione di un Sistema sanitario comunitario.

BOMA HEALTH INITIATIVE: PER UN SISTEMA SANITARIO DI COMUNITÀ

La creazione di un Sistema Sanitario Comunitario è considerato un passo fondamentale per la promozione dell'accesso al pacchetto di servizi sanitari di base attraverso il coinvolgimento della popolazione nella promozione della salute a partire dalla famiglia e dal villaggio, o meglio il Boma, l'unità amministrativa più piccola del Sud Sudan.

Braccio operativo di questo sistema sono i *Boma Health Workers*, operatori sanitari di villaggio remunerati, incaricati di diagnosticare e trattare malaria/diarrea/polmonite non complicata nei bambini minori di 5 anni, sensibilizzare la popolazione sui principali temi sanitari e nutrizionali, identificare e riferire le donne gravide così come i bambini minori di due anni non immunizzati o che non hanno completato il ciclo vaccinale. I candidati naturali a svolgere questo ruolo sono stati indicati come coloro che, al momento della pubblicazione della policy, ricoprivano il ruolo di operatori sanitari di comunità presso strutture sanitarie e ospedali governativi o per conto delle tante ong presenti nel Paese.

La *Boma Health Initiative* è stata lanciata come soluzione per ridurre la distanza tra la popolazione e i servizi preventivi e curativi di base, razionalizzare gli accessi alle strutture sanitarie, migliorare la qualità delle cure erogate dal sistema sanitario formale facilitando la sostituzione del personale ausiliario/non qualificato con professionisti, assicurare l'accettabilità delle riforme proposte nei servizi sanitari formali e unificare sotto la guida del Ministero tutte le figure comunitarie sul territorio.

Raggiungere questi obiettivi, però, si sta dimostrando più difficile e complesso del previsto, a causa dei tempi lunghi per sviluppare una forza lavoro qualificata sufficiente a sostituire la presenza capillare nella rete sanitaria formale degli Operatori Sanitari Comunitari e dei costi alti per implementare la *Boma Health Initiative* su scala nazionale, con la conseguente difficoltà per i *Boma Health Workers* di garantire una copertura adeguata, scarsa regolamentazione e un ampio margine di azione lasciato ancora alle figure tradizionali. Inoltre, quando si è trattato di scegliere i *Boma Health Workers*, gli Ope-

ratori Sanitari Comunitari erano ancora impegnati a sostenere il lavoro delle strutture sanitarie e degli ospedali e per questo ci si è trovati con *Boma Health Workers* scelti dalla popolazione dell'area di riferimento e senza esperienza pregressa e privi di una qualsiasi educazione di base, con enormi lacune formative e di competenze. Questo rappresenta una criticità ancora più importante se si pensa alla complessità e articolazione del mandato che viene loro assegnato e al fatto che i *Boma Health Workers* sono coinvolti in ogni nuova iniziativa riguardante il settore "salute".

CONTINUITÀ DELLE CURE E FORMAZIONE

Da quando la *Boma Health Initiative* è stata lanciata, si è assistito ad un notevole e continuo calo delle visite ambulatoriali presso le strutture sanitarie periferiche: questo potrebbe significare che i *Boma Health Workers* stanno riuscendo a fungere da filtro rispetto al flusso di pazienti che si dirigono verso unità e centri di salute e/o che i loro sforzi sul versante dell'educazione sanitaria stiano promuovendo abitudini funzionali a ridurre l'incidenza delle malattie più comuni nell'infanzia. Sorge però il dubbio che i *Boma Health Workers* stiano intercettando la stessa popolazione

che, in loro assenza, sarebbe comunque riuscita ad arrivare alle strutture sanitarie, lasciando ancora scoperte le aree più remote. Inoltre, proprio il finanziamento della *Boma Health Initiative* ha sottratto risorse al supporto alla rete sanitaria, con il 25% delle strutture governative e tutti gli ospedali statali che non ricevono più alcun supporto esterno dall'aprile 2022 e non sono quindi più in grado di assicurare un funzionamento continuo.

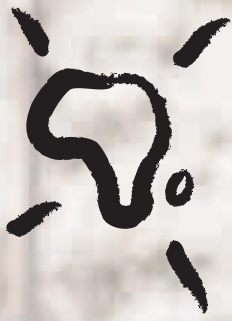
La *Boma Health Initiative*, sulla quale il governo Sud Sudanese ha puntato moltissimo, è da considerare come una delle componenti del sistema sanitario e può risultare funzionale al miglioramento della salute della popolazione solo in un'ottica di continuità delle cure tra più livelli e solo se si accompagna ad investimenti sostanziali incluso quello della formazione del personale sanitario qualificato, di cui i *Boma Health Workers* non sono un sostituto ma un complemento.

I *Boma Health Workers* a loro volta necessitano di essere formati e adeguatamente sostenuti per svolgere il lavoro loro assegnato, anche per evitarne il continuo *turnover* e la conseguente perdita in termini di esperienza, conoscenze acquisite e legami con la popolazione. Il mandato deve essere commisurato alle loro capacità, al loro numero, all'area da coprire e un eventuale aumento dei loro compiti deve essere bilanciato da un proporzionale aumento del supporto fornito.

NOTE

1 I contenuti di questo paragrafo fanno riferimento a *Reproductive Health Policy 2020-2030* e *Reproductive, Maternal, Newborn, Child, Adolescent Health and Nutrition (RMNCAH and N) Strategic Plan 2020-2024* del Ministero della Sanità Sud Sudanese.

2 *Comprehensive Report and A Strategy for the Tracking, Deployment, & Retention of Human Resources for Health. With a specific focus on mapping those trained under the Strengthening Midwifery Services (SMSII Project)*, Ministry of Health, Government of South Sudan, Canada and Sweden cooperation, UNFPA (June 2018).



DESTINAZIONE CURA

Dai villaggi e dalle zone più remote della Sierra Leone in cui molto spesso mancano infrastrutture e collegamenti di base, fino ai luoghi di cura: è anche lungo questa direttrice che si muove la salute nell'Africa sub-Sahariana. Spesso con mezzi di fortuna e su lunghe distanze, gli autisti e i collaboratori conducono i pazienti negli ospedali e nei dispensari perché possano ricevere le cure. Un contributo fondamentale dato dalle persone e in grado di garantire maggiore accesso e copertura nelle cure primarie fino all'ultimo miglio.







RASSEGNA

JPO: SPECIALIZZANDI ITALIANI IN AFRICA

Sei mesi di specializzazione nell'Africa sub-Sahariana con il progetto JPO Junior Project Officer: un'esperienza di formazione professionale e personale che attiva uno sguardo nuovo sulla professione e sulla salute globale, come confermano anche i risultati di un'indagine somministrata agli specializzandi coinvolti negli anni.

TESTO DI / CHIARA DI BENEDETTO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

UN PROGETTO CHE CRESCE

Da oltre 20 anni il progetto JPO Junior Project Officer, sostenuto da Medici con l'Africa Cuamm, coinvolge gli specializzandi di Medicina delle università italiane in un periodo di formazione nei Paesi dell'Africa sub-Sahariana in cui Cuamm opera.

Sei mesi di pratica clinica, formazione e attività di ricerca sul campo in cui i giovani medici si confrontano con realtà molto diverse da quella in cui sono abituati a muoversi: difficoltà strutturali, carenza di risorse, diversità sociali e culturali sono solo alcune delle sfide che si trovano a gestire durante questa esperienza.

Dal 2002 al 2020 sono stati oltre 240 gli specializzandi che hanno aderito al progetto, con una crescita costante di domande ricevute e di partenze: dalle 7 domande ricevute e 4 partenze annuali nei primi 5 anni di progetto si è arrivati a 56 domande ricevute e 27 partenze annuali negli ultimi 5 anni di progetto. Delle 43 facoltà di Medicina in Italia 37 sono state coinvolte nel progetto JPO, inviando specializzandi e, in molti casi, attivando anche accordi di partenariato con Medici con l'Africa Cuamm, a riprova dell'esigenza di internazionalizzazione e di apertura verso i Paesi a basse risorse.

Tra le molte specificità del progetto JPO due sono peculiari rispetto ai programmi simili: la durata di sei mesi, che permette un buon adattamento al contesto e un avvicinamento reale ai temi della salute globale, e lo svolgimento in Paesi in cui le relazioni con le istituzioni e le realtà sanitarie locali sono consolidate. Elementi che permettono un approccio strutturato, calato nei contesti specifici e di collaborazione tra tutti gli attori.

VALUTAZIONE DI UN'ESPERIENZA

È del marzo 2023 la pubblicazione su *BMC Medical Education* dell'articolo "International medical electives in Sub-Saharan Africa: experiences from a 19-year NGO-driven initiative"¹, che riporta i risultati dell'indagine di valutazione somministrata proprio ai giovani specializzandi coinvolti nel progetto JPO, con una percentuale del 65% di risposte ottenute, in prevalenza dagli specializzandi partiti tra il 2016 e il 2020. La maggior parte dei questionari (54%) è stata compilata dagli specializzandi partiti come JPO negli ultimi 5 anni del periodo di studio, con una prevalenza di donne e delle specializzazioni in pediatria, salute pub-

blica e medicina interna. Gli ospedali di Wolisso, Tosamaganga e Beira sono risultati quelli che hanno ospitato il maggior numero di tirocinanti.

I risultati dell'indagine restituiscono una fotografia interessante del progetto, evidenziando alcuni aspetti in parte prevedibili: per uno specializzando italiano le difficoltà di formarsi e praticare nel contesto africano sono molte, a livello concreto, psicologico e culturale; la crescita professionale e personale che se ne ricava, però, è riportata come rilevante (rispettivamente dal 93% e dall'80% degli intervistati) e spesso con ricadute concrete sulle scelte professionali future.

Il 27% degli intervistati ha dichiarato infatti che l'esperienza JPO ha avuto un impatto sulle proprie scelte di carriera: un ulteriore periodo di tempo trascorso in un contesto medico in Africa (29%), l'intenzione di fare altre esperienze simili nei Paesi a basso reddito (33%) e un contatto ancora attivo con l'ambiente africano di riferimento (50%) e con Medici con l'Africa Cuamm (91%). Inoltre, emergono l'acquisizione di una maggiore autonomia (79%) e resilienza nell'adattarsi e gestire situazioni complesse (77%).

Dell'esperienza africana sono stati messi in luce, ovviamente, anche dei punti critici: circa il 64% degli intervistati ha segnalato difficoltà legate alla mancanza di attrezzature – dai dispositivi ai farmaci – alle diverse modalità di lavoro (57%) e all'esposizione a situazioni per le quali non si sentiva tecnicamente preparato (56%) o psicologicamente preparato (39%). Inoltre, al ritorno, molti specializzandi hanno avuto, o percepito, un riconoscimento medio-basso dell'esperienza JPO da parte delle università di partenza, aspetto interessante da approfondire.

In generale, il progetto JPO si inserisce in modo rilevante in uno spazio in crescita, quello di una formazione medica innovativa e consapevole dei temi della salute globale. La formazione medica tradizionale, infatti, è ancora incentrata quasi esclusivamente sugli aspetti clinici e con un raggio di azione locale mentre il nostro tempo esige visione e strumenti complessi, approcci multidisciplinari e orientati alla salute globale come pratica e obiettivo.

NOTE

¹ Quaglio et al., *International medical electives in Sub-Saharan Africa: experiences from a 19-year NGO-driven initiative*, in *BMC Medical Education*, marzo 2023.



RASSEGNA

SANITÀ SENZA INFERMIERI

Pochi, sotto pressione, con scarso riconoscimento sociale ed economico del valore della loro professione: gli infermieri sono pilastri per la salute e la cura delle persone ma la loro situazione è critica. Migliorarla significa dare nuova forza ai sistemi sanitari e contribuire alla costruzione di una copertura sanitaria universale.

TESTO DI / CHIARA DI BENEDETTO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

INFERMIERI: UNA RISORSA ESSENZIALE

Il 12 maggio 2023 è stata la Giornata internazionale degli infermieri, un'occasione per riflettere sulla situazione dell'assistenza infermieristica, sulle criticità – molte e persistenti – e sulle prospettive future. Il personale infermieristico nel mondo è pari a 27.9 milioni di professionisti, che rappresentano circa il 59% delle professioni sanitarie: una rilevanza numerica ma anche “qualitativa”, visto il ruolo degli infermieri nella cura e nella salute in ospedali, strutture di assistenza a lungo termine e nella comunità. E questo sia nelle situazioni ordinarie sia in quelle straordinarie, come durante la pandemia di Covid-19 in cui gli infermieri hanno fatto la differenza nei contesti più vari, dalla gestione delle cliniche mobili in Botswana per raggiungere le aree rurali all'attività nelle terapie intensive fino al contributo degli infermieri di ricerca nello sviluppo di vaccini e terapie farmacologiche nel Regno Unito.

Tutto ciò al di là di ogni retorica sugli “infermieri eroi”, che non si è tradotta né in maggiori tutele e garanzie – aumento dei salari, migliori condizioni contrattuali, supporto logistico e psicologico, formazione – né in un riconoscimento del contributo scientifico e gestionale che apportano al sistema sanitario.

ISTANTANEA DI UNA CRISI

Nel 2020 l'Oms avvertiva che nel mondo mancavano 5,9 milioni di infermieri, quasi un quarto dell'attuale forza lavoro, pari a 27.9 milioni di persone. La carenza più evidente era nei Paesi a reddito medio-basso dell'Africa, dell'America Latina, del sud-est asiatico e del Mediterraneo orientale. Una carenza che sembra destinata ad aumentare per via dell'aumento della domanda, delle dimissioni massicce e dello scarso ricambio. Solo in Italia oggi mancano 65.000 infermieri, con un rapporto di 1,6 infermieri per medico invece dei 3 indicati negli standard internazionali.

Sono molti i casi che fotografano uno stato di difficoltà professio-

BIBLIOGRAFIA

- 1 State of the world's nursing - 2020
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- 2 Health at a glance - 2022
<https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>
- 3 The future of nursing: lessons from a pandemic
Lancet, 2023; 401:1545 (May 13, 2023)
- 4 Financial Times

nale e personale della categoria: un articolo di *The Lancet Regional Health Western Pacific* condotto su quasi 140.000 infermieri in Cina riporta che il 34% di loro si considerava in *burn-out* e il 56% manifestava sintomi di depressione in pandemia mentre un sondaggio del 2022 in Belgio rivela che il 44% degli infermieri avrebbe voluto lasciare il proprio lavoro. Gli infermieri, inoltre, in tutto il mondo hanno scioperato contro salari bassi e condizioni di lavoro non sicure, con esiti molto vari: dagli accordi migliorativi ottenuti in Germania fino al divieto di sciopero degli operatori sanitari in Zimbabwe.

ALCUNE PROSPETTIVE PER IL FUTURO

Il 2020 è stato l'*International Year of the Nurse and the Midwife*, promosso per celebrare i 200 anni dalla nascita di Florence Nightingale, pioniera dell'assistenza infermieristica moderna, e valorizzare il ruolo del personale infermieristico. In questa occasione Oms, ICN (*International Council of Nurses*) e *Nursing Now* hanno pubblicato il *Rapporto sullo stato dell'infermieristica nel mondo* che contiene alcuni indirizzi generali per fronteggiare la carenza di personale infermieristico e agire sul futuro. Alcuni di questi indirizzi ribadiscono in particolare:

- la necessità di investire in una formazione infermieristica di alto livello, che risponda ai bisogni globali e locali della salute, al passo con l'innovazione tecnologica e in grado di leggere i bisogni sociali e di salute attuali;
- l'obiettivo di formare almeno 6 milioni di nuovi infermieri entro il 2030, soprattutto nei Paesi a basso e medio reddito per compensare carenze e rendere i sistemi sanitari locali più resilienti. Questo anche con l'obiettivo di riequilibrare i flussi migratori che muovono gli infermieri dai Paesi in via di sviluppo verso Paesi ad alto reddito e con sistemi sanitari in grado di assorbirli;
- la valorizzazione del ruolo e maggiore coinvolgimento degli infermieri a livello decisionale, di *policy making* e scientifico, riconoscendo le competenze e il lavoro sul campo di questi professionisti della salute.

<https://www.ft.com/content/402df6ca-5098-40ca-9cc8-bae331c39398>
Jamie Smyth in New York and Sarah Neville in London JUNE 2 2022

5 Sanità 24 - Il Sole 24 ore, 8 dicembre 2022, a cura di FNOPI
<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/europa-e-mondo/2022-12-08/ocse-2022-ruolo-chiave-infermieri-nell-assistenza-ma-sono-pochi-e-pandemia-ha-aggravato-carenze-italia-coda-classifica-38-paesi-ocse-numero-organici-retribuzioni-e-formazione-151252.php?uuid=AE539cNC>



MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Nata nel 1950, Medici con l'Africa Cuamm è la prima ong in campo sanitario riconosciuta in Italia (in base alla Legge della cooperazione del 1972) 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, intervenendo con questo approccio anche in situazioni di emergenza, per garantire servizi di qualità accessibili a tutti.

STORIA

In oltre **70** anni di storia:

- o oltre **200** i programmi realizzati;
- o **2.100** le persone coinvolte nei progetti;
- o **43** i Paesi d'intervento;
- o **239** gli ospedali serviti;
- o **1.160** gli studenti ospitati dal collegio di cui 874 italiani e 286 stranieri provenienti da 34 diversi Paesi;
- o oltre **5.000** gli anni di servizio cumulativi effettuati.

ISTANTANEA

Medici con l'Africa Cuamm è attualmente presente in Angola, Etiopia, Mozambico, Repubblica Centrafricana, Sierra Leone, Sud Sudan, Tanzania, Uganda con:

- o **162 progetti** di cooperazione principali e un centinaio di micro-realizzazioni di supporto, con i quali appoggia:
 - 21 ospedali;
 - 95 distretti (per attività di sanità pubblica, assistenza materno-infantile, lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, formazione);
 - 761 strutture sanitarie;
 - 4 scuole infermieri (Lui e Rumbek - Sud Sudan, Wolisso - Etiopia, Matany - Uganda);
 - 1 università (Beira - Mozambico);
- o **3.459 risorse umane** di cui 256 internazionali (espatriati) europei.

IN EUROPA

Medici con l'Africa Cuamm è attiva da anni anche in Europa nella realizzazione di progetti di sensibilizzazione e formazione sui temi dell'equità e della cooperazione sanitaria internazionale. In particolare, lavora in *network* con università, ong e istituzioni per creare una società italiana ed europea cosciente del valore della salute quale diritto umano fondamentale e componente essenziale per lo sviluppo.

AVVISO AI LETTORI

Sostieni e partecipa al nostro impegno in Africa, attraverso una di queste modalità:

- **c/c postale:** n. 17101353 intestato a Medici con l'Africa Cuamm
- **bonifico bancario:** IBAN IT 32 C 05018 12101 000011078904 presso Banca Popolare Etica Padova
- **carta di credito:** telefonando allo 049.8751279
- **online:** www.mediciconlafrica.org
- **5x1000:** con la tua firma e il nostro codice fiscale 00677540288

Medici con l'Africa Cuamm è onlus ong. Le offerte inviate sono quindi deducibili nella dichiarazione dei redditi, allegando la ricevuta dell'offerta eseguita.

SALUTE E SVILUPPO offre studi, ricerche e documentazione unici nel panorama editoriale italiano.

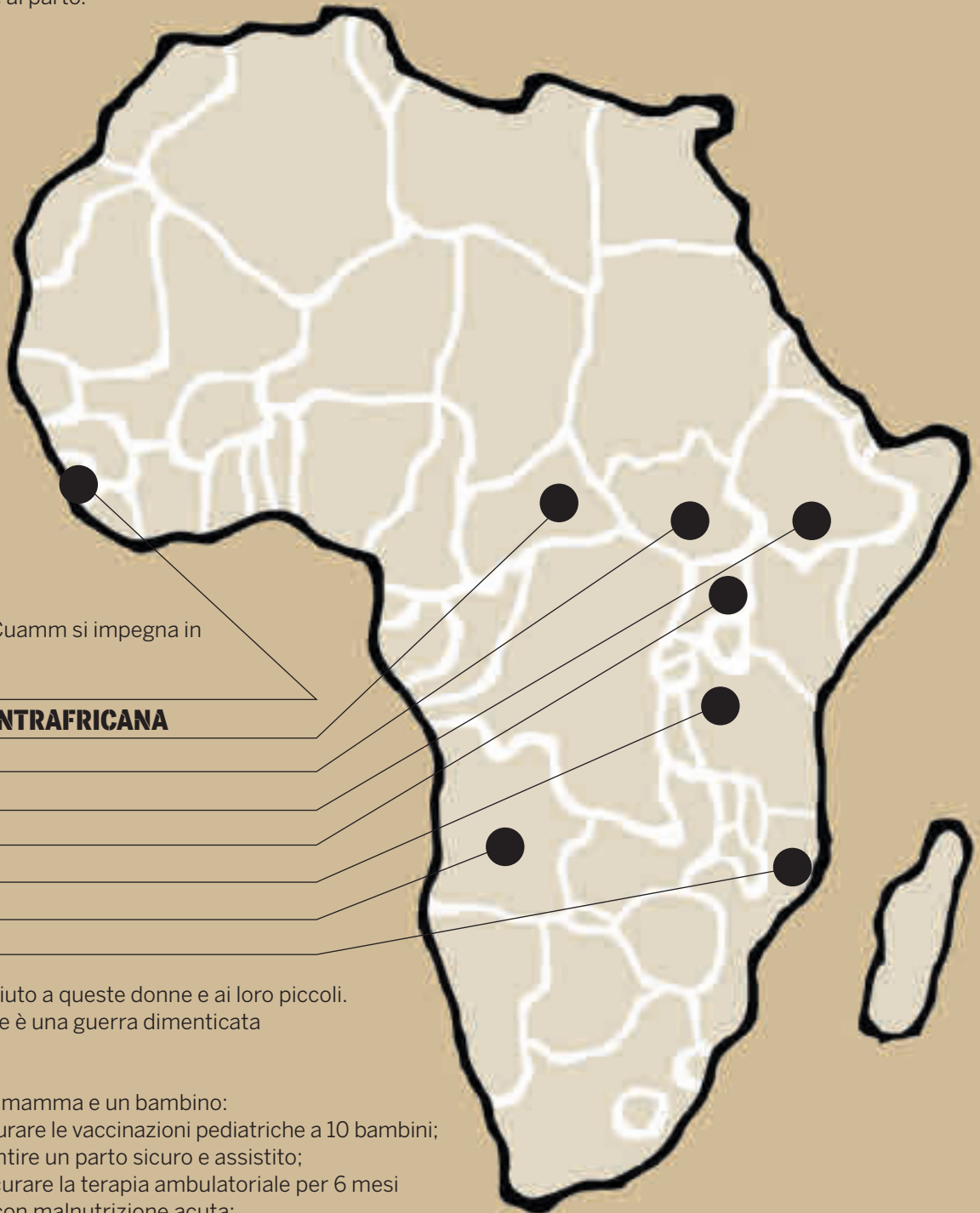
La nostra pubblicazione ha bisogno dell'appoggio di tutti i lettori e amici di Medici con l'Africa Cuamm.



L'AFRICA DEI BISOGNI

OGNI ANNO NELL'AFRICA A SUD DEL SAHARA:

- 4,5 milioni di bambini muoiono prima di aver compiuto cinque anni, per malattie prevenibili e curabili a basso costo;
- 1,2 milioni di neonati muoiono nel primo mese di vita per mancanza di cure;
- 265.000 donne perdono la vita per cause legate alla gravidanza e al parto.



Medici con l'Africa Cuamm si impegna in

SIERRA LEONE

REPUBBLICA CENTRAFRICANA

SUD SUDAN

ETIOPIA

UGANDA

TANZANIA

ANGOLA

MOZAMBICO

per portare cura e aiuto a queste donne e ai loro piccoli.
Aiutaci in questa che è una guerra dimenticata e silenziosa.

Prenditi cura di una mamma e un bambino:

- 10 euro per assicurare le vaccinazioni pediatriche a 10 bambini;
- 40 euro per garantire un parto sicuro e assistito;
- 60 euro per assicurare la terapia ambulatoriale per 6 mesi per un bambino con malnutrizione acuta;
- 80 euro per sostenere un corso di aggiornamento per un'ostetrica
- 100 euro per sostenere un corso di aggiornamento per un medico locale (formazione continua)



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



rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
luglio 2023 — n° **86**
www.mediciconlafrica.org

«Molto spesso lo si sente chiamare capitale umano, noi del Cuamm preferiamo chiamarle anche, più semplicemente, “le persone”: quelle che fanno la differenza, sempre, e su cui non smettiamo di investire in Italia come in Africa».

don Dante Carraro