

PRINCIPI GUIDA DELLA
COOPERAZIONE ITALIANA
PER IL SETTORE SANITARIO
ANALISI DELLA LORO DIFFUSIONE E UTILIZZO

2014





Indagine a cura di:
ENRICO MATERIA
(esperto in Salute globale)

Realizzata con il contributo della Direzione Generale della Cooperazione allo Sviluppo, Ministero degli Affari Esteri, nell'ambito del progetto "Personale sanitario per tutti e tutti per il personale sanitario!", AID/9924/AMREF/ITA.



ROMA

Sede centrale
Via Alberico II 4,00193
Tel. 06. 99704650
Fax 06.3202227
info@amref.it

MILANO

Via Carroccio 12, 20123
Tel / Fax 02.54107566
milano@amref.it
www.amref.it

Supervisione scientifica di:
Giulia De Ponte
AMREF Italia

Interviste e supporto tecnico a cura di:
Ghislana Caon
Giornalista

Coordinamento ed editing:
Monica Di Sisto
AMREF Italia

Progetto grafico e web:
Mario Giannetta

SOMMARIO

IL "SISTEMA ITALIA" DI COOPERAZIONE IN SANITÀ 2

I PRINCIPI GUIDA PER IL SETTORE SANITARIO A CINQUE ANNI DALLA LORO APPROVAZIONE 6

METODOLOGIA 9

RISULTATI 10

DISCUSSIONE 18

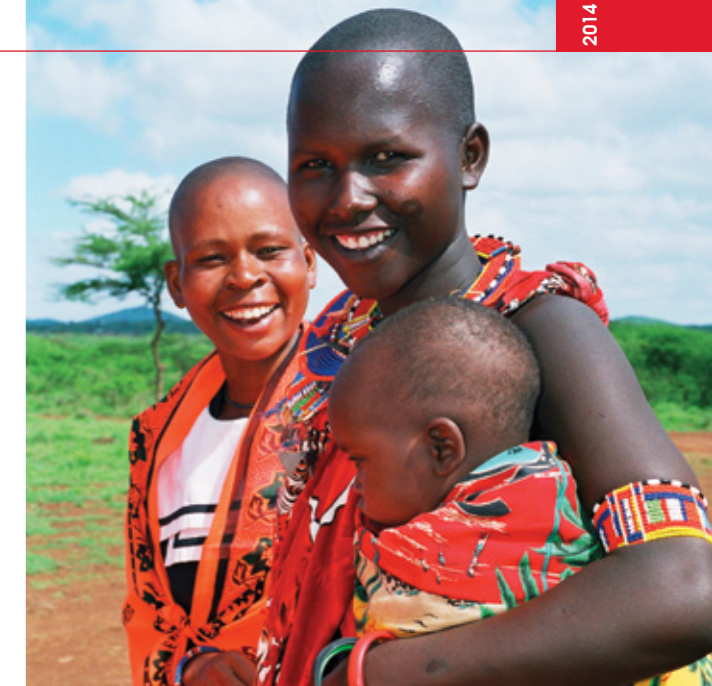
RACCOMANDAZIONI 20

ALLEGATO 1. Questionario somministrato 22

ALLEGATO 2. Elenco delle organizzazioni coinvolte nell'indagine 26

ALLEGATO 3. Marker efficacia: iniziative di Cooperazione sanitaria 27

AMREF Chi siamo 28



I nostri ringraziamenti vanno a:

GIAMPAOLO CANTINI
Direttore DGCS-MAE

ANTONINO CASCIO
Capo Ufficio VII, DGCS-MAE

SERGIO PAGANO
Capo Ufficio VIII, DGCS-MAE

DONATO SCIOSCIOLI
Ufficio VIII, DGCS-MAE

MARIA LUISA CAMPO
DGCS-MAE

FRANCESCO PAOLO VENIER
Capo Unità Tecnica Centrale, DGCS-MAE

BIANCA MARIA POMERANZI
esperta presso l'Unità Tecnica Centrale, DGCS-MAE

BRUNO GENNARO GENTILE
esperto area salute presso l'Unità Tecnica Centrale, DGCS-MAE

VINCENZO RACALBUTO
Direttore dell'Unità Tecnica Locale di Gerusalemme, DGCS-MAE

La responsabilità dei contenuti dell'indagine è unicamente dei partner del progetto

Redazione chiusa il 30 marzo 2014



IL "SISTEMA ITALIA"

DI COOPERAZIONE IN SANITÀ

L'espressione "sistema Italia" vuole indicare in questo lavoro l'insieme di tutti quegli attori e interventi che si occupano, in questo caso, di salute globale: ad oggi, tali attori e i loro interventi si misurano con la necessità di "fare sistema" in modo coerente e strutturato. Vogliamo dunque immaginare qui il "sistema Italia" di Cooperazione in sanità non tanto come una situazione acquisita, quanto come un processo in fieri, che necessita di ulteriori ed energici sforzi di individuazione dei ruoli degli attori e di una costruzione più sistematica delle modalità di interazione e di coordinamento, ai fini della ricerca di un assetto più coerente ed efficace delle azioni.

In questo contesto, i soggetti di Cooperazione sanitaria che sono stati considerati rilevanti ai fini di questa ricerca includono: il Ministero degli Affari Esteri (MAE), le Autorità locali, le strutture del Servizio sanitario nazionali, le ONG, le Fondazioni, gli ordini delle professioni sanitarie italiane e le università.

Per capire come è articolata la risposta dell'Italia – in quanto Paese donatore – alla domanda di salute globale che cresce nel mondo - è necessario introdurre brevemente l'architettura del sistema italiano di Cooperazione in sanità.

1.

IL MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI E IL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

In virtù della legge 49/1987 che regola le attività di Cooperazione internazionale, la titolarità dell'azione di coordinamento e di indirizzo delle attività di Cooperazione internazionale del Governo italiano appartiene al MAE (attraverso la Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, DGCS). I fondi di Cooperazione – inclusi quelli per l'area sanitaria – sono suddivisi invece tra MAE e MEF: il primo si occupa principalmente degli interventi bilaterali¹, oltre che del Fondo Globale per la lotta all'AIDS, alla tubercolosi e alla malaria (GFATM); il secondo gestisce i finanziamenti destinati a fondi multilaterali - come il Fondo Europeo di Sviluppo - a meccanismi di finanza innovativa per la salute - come gli Advanced Market Commitments (AMC) e l'International Finance Facility for Immunization (IFFIm) - e alle istituzioni finanziarie internazionali (tra cui la Banca Mondiale e il Fondo Monetario Internazionale), che hanno spesso un impatto rilevante nel finanziamento dei sistemi sanitari nei Paesi a risorse limitate.

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

Nel 2009, con la formulazione dei Principi guida della Cooperazione italiana sulla salute globale, la DGCS ha confermato l'attenzione verso questo tipo di approccio. Sempre nel 2009 l'Italia come presidente del G8 de L'Aquila rinnova anche in quella sede il proprio impegno in direzione di un approccio integrato alla salute, dell'importanza di sostenere sistemi sanitari nazionali a copertura universale, dell'adesione ai principi della Primary Health Care attraverso un coinvolgimento attivo della società civile e di un approccio multisettoriale alla salute che tenga conto dei determinanti sociali di quest'ultima.

¹ Il MAE gestisce inoltre i contributi volontari alle organizzazioni multilaterali.

2.

L'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (ISS)

L'ISS è il principale organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale; come ente pubblico

l'ISS coniuga l'attività di ricerca a quella di consulenza, formazione e controllo applicate alla tutela della salute pubblica. Per quanto concerne il settore della formazione l'Istituto progetta, sviluppa e organizza attività di formazione e di aggiornamento in sanità pubblica per le esigenze del Servizio sanitario nazionale. Sperimenta e sviluppa metodologie formative innovative, soprattutto nel campo della formazione a distanza. L'offerta formativa dell'Istituto comprende sia moduli rivolti ad operatori nazionali di sanità pubblica sia corsi più articolati rivolti a categorie professionali più ampie, a livello nazionale ed internazionale.

L'ISS svolge diverse attività di Cooperazione internazionale², specialmente nell'ambito della governance sanitaria. In questi casi l'ISS cerca di contribuire alla riforma dei sistemi informativi e di raccolta dei dati sanitari nei Paesi partner, al fine di facilitare le autorità locali nel prendere decisioni politiche in base a dati corretti. Inoltre l'ISS promuove l'utilizzo di indicatori che permettono di verificare i risultati ottenuti sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. La formazione svolta dall'ISS in tali Paesi è indirizzata ai diversi livelli della gerarchia decisionale, ma generalmente i primi interventi sono rivolti ai livelli di policy più elevati del sistema sanitario.

3.

LA COOPERAZIONE DECENTRATA

Come si può evincere da analisi recenti³ la Cooperazione decentrata delle Regioni e degli Enti locali italiani

ha aumentato notevolmente i volumi di aiuti mobilitati negli ultimi anni, pur con modelli normativi ed organizzativi molto differenti a seconda delle Regioni di riferimento.

² Informazioni tratte da: Centro Studi di Politica Internazionale e Osservatorio Interregionale Cooperazione Sviluppo, Indagine sulla Cooperazione sanitaria internazionale delle Regioni italiane, Working Papers 50, Novembre 2008.

³ Centro Studi di Politica Internazionale e Osservatorio Interregionale Cooperazione Sviluppo, Indagine sulla Cooperazione sanitaria internazionale delle Regioni italiane, Working Papers 50, Novembre 2008.



Dal 2000 al 2005 i finanziamenti propri delle amministrazioni locali per la Cooperazione decentrata sono infatti aumentati da 20 ad oltre 50 milioni di Euro e nelle Linee Guida 2013-2015 della Cooperazione italiana redatte e pubblicate dalla DGCS si conferma che *“l'ammontare delle risorse destinate dall'Italia attraverso il canale della Cooperazione decentrata si è attestato negli anni passati su una media annua di oltre 50 milioni di euro, di cui la metà circa con risorse proprie”*. Anche se i documenti di programmazione finanziaria delle Regioni e degli Enti locali per il prossimo triennio lasciano prevedere che tali risorse saranno ridotte, in considerazione della diminuzione nei propri capitoli di bilancio internazionale a disposizione e dell'imminente programmazione settennale dell'Unione Europea, la DGCS auspica che la media futura degli stanziamenti non sia mai inferiore a quella degli anni precedenti⁴.

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

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

Le Regioni italiane svolgono Cooperazione sanitaria attraverso diverse iniziative e tipologie d'interventi che possono essere raggruppate come segue⁵:

- *scambio di esperienze attraverso la formazione professionale in materia sanitaria sia in loco sia negli ospedali italiani;*
- *potenziamento dei servizi degli ospedali locali e sostegno alla loro riorganizzazione gestionale attraverso la forma del gemellaggio tra strutture ospedaliere;*
- *programmi umanitari che prevedono il ricovero in strutture italiane di cittadini stranieri - prevalentemente in età pediatrica - che non possono essere curati nel loro Paese;*
- *invio di attrezzature sanitarie dismesse;*

⁴ File disponibile al link http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/2Fpdgcs%2Fdocumentazione%2FPubblicazioniTrattati%2F2013-03-13_Linee_Guida.2013-15.pdf

⁵ Ibidem.

- *messa a disposizione rapida di personale sanitario, di farmaci e di attrezzature per interventi di emergenza internazionale;*
- *partecipazione, attraverso contributi finanziari, ai programmi dell'OMS, a programmi di ricerca finanziati dall'UE e ad altri programmi internazionali;*
- *promozione di e-health, avvio di teleconsultazioni, telemedicina e tediagnosi. Varie e vaste sono le aree geografiche in cui operano le Regioni, anche se principalmente gli interventi vengono svolti nei Paesi dell'Africa sub-sahariana e dei Balcani. In Africa sub-sahariana gli interventi di Cooperazione sanitaria si concentrano sulla lotta alle pandemie, la prevenzione dell'HIV e la riabilitazione di strutture sanitarie. Molto frequenti sono gli interventi per la formazione di personale locale.*

4.

LE ORGANIZZAZIONI NON-GOVERNATIVE (ONG)

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

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

Parte delle ONG italiane finanzia i propri interventi attraverso la raccolta fondi istituzionale. Gran parte delle ONG, tuttavia, raccoglie fondi anche autonomamente attraverso finanziamenti privati, inclusi quelli provenienti dai singoli cittadini.

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

5.

LE FONDAZIONI

E' sempre più alto il numero degli enti di diritto privato senza fini di lucro - in gran parte Fondazioni - che in Italia si occupano di iniziative di Cooperazione sanitaria internazionale in veste di soggetti erogatori di fondi destinati a enti terzi. Tra esse un posto rilevante è occupato oggi dalle Fondazioni di origine bancaria, come ad esempio Fondazione Cariplo, Monte Dei Paschi di Siena, Compagnia S. Paolo, UNIDEA etc.: la maggior parte di esse sono nate dalle società bancarie negli anni '90, in accordo con la legislazione varata in quegli anni⁶, per svolgere attività sociali in parallelo al business principale. Per quanto concerne il settore non-profit, ogni Fondazione ha i propri documenti di indirizzo programmatico e le relative modalità di erogazione dei fondi e alcune, ad esempio, indicano bandi di concorso per enti terzi. Accanto alle Fondazioni di origine bancaria, anche alcune Fondazioni di impresa investono oggi in Cooperazione sanitaria⁷.

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



⁶ Il riferimento è alla legge “Amato” 218/90.

⁷ L'ENI, ad esempio, sostiene attività di Cooperazione sanitaria nei Paesi in cui è presente con le proprie attività petrolifere, quali la Nigeria, il Congo e l'Angola.



I PRINCIPI GUIDA PER IL SETTORE SANITARIO

Le vigenti Linee guida della Cooperazione Italiana per il settore sanitario sono state approvate dal Comitato Direzionale del Ministero Affari Esteri (MAE) il 14 luglio 2009 con delibera n. 86 e pubblicate sul DIPCO il successivo 24 settembre. Il documento "Salute Globale: i Principi guida della Cooperazione italiana" è stato sviluppato da un comitato tecnico-scientifico di esperti identificati sulla base di un processo inclusivo di consultazione multiattoriale.

Il MAE, d'intesa con gli Stati Generali della Solidarietà e della Cooperazione, aveva assunto la decisione di aggiornare le precedenti Linee guida, che risalivano al 1989, anche sulla scorta delle raccomandazioni dell'OCSE/DAC in tema di linee guida settoriali.

Il nuovo documento sui Principi guida contiene l'enunciazione, sotto forma di statement, delle priorità che la Cooperazione Italiana ha inteso adottare nel campo della salute globale,

al fine di vagliare la rispondenza delle iniziative da promuovere o finanziare. I Principi guida riguardano, in particolare, le seguenti tematiche:

- Lotta alla povertà e alle disuguaglianze socioeconomiche: i determinanti sociali della salute.
- Accesso universale ed equo ai servizi sanitari.
- Sistemi sanitari nazionali.

- La partecipazione delle comunità.
- Ricerca scientifica, reti di conoscenza e promozione culturale.
- I disastri naturali o prodotti dall'uomo.
- L'efficacia dell'aiuto allo sviluppo per la salute globale.

I Principi guida – presentati dalla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo (DGCS) come uno strumento di selezione per i progetti nel settore sanitario e al contempo di



formazione per gli operatori – sono stati accolti in modo favorevole da un'ampia platea di stakeholder. Tra questi si annoverano Ministeri (Salute, Ambiente), Regioni, Università, ONG e organizzazioni della Cooperazione decentrata e non governativa, i cui rappresentanti avevano collaborato al processo di sviluppo.

La successiva divulgazione è avvenuta attraverso una serie di iniziative tra cui la pubblicazione sul portale del MAE⁸ la presentazione a numerosi convegni in ambito nazionale ed internazionale⁹,

8 http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgcs/documentazione/PubblicazioniTrattati/2009-07-01_LineeGuidaSanita.pdf

9 Tra cui: 3° Workshop Nazionale ISDE Italia sulla Salute Globale (2009); 6th European Congress on Tropical Medicine and International Health (2009); Convegno "La Cooperazione Sanitaria Internazionale della Regione Toscana" (2010); presentazioni presso le Università di Camerino, Ferrara, Pavia, Milano da parte del Dr. Racialbuto; presentazioni a Milano, Venezia, Firenze, Roma, Palermo nell'ambito del Progetto Mattone internazionale da parte del Dr. Racialbuto (anni 2010-2012).

la pubblicazione di articoli su riviste scientifiche¹⁰ e blog¹¹. È stata inoltre predisposta una versione inglese per la diffusione internazionale. Il passaggio in Conferenza Stato-Regioni, pur se programmato, non ha avuto poi seguito.

I Principi guida sono stati capostipite di una serie di nuove linee guida settoriali della Cooperazione Italiana, elaborate sulla scorta delle raccomandazioni dell'OCSE-DAC, tra cui quelle contro la povertà, eguaglianza di genere, democratic ownership, Cooperazione decentrata, minori, disabilità. Alcuni di questi documenti sono stati sviluppati avendo a modello, dal punto di vista metodologico, i Principi guida per il settore sanitario.

AMREF, nell'ambito del progetto

10 Materia E, Riva G, De Ponte G. Salute globale: i nuovi Principi della Cooperazione sanitaria. Salute e Territorio 2010; 178: 3-7.

11 Materia E, De Ponte G, Riva G. I nuovi Principi guida della Cooperazione sanitaria italiana. www.saluteinternazionale.info, 31 luglio 2009.

di Educazione allo Sviluppo (EAS) "Personale sanitario per tutti e tutti per il personale sanitario" finanziato dal MAE, ha svolto una valutazione della diffusione e dell'utilizzo dei Principi guida nel sistema della Cooperazione in Italia. L'iniziativa di AMREF rappresenta la prima azione intrapresa per valutare in che misura i Principi guida siano divenuti, a più di quattro anni dalla pubblicazione, un documento di riferimento per gli operatori della Cooperazione sanitaria, nonché per apprendere se è ritenuto opportuno aggiornare il documento e/o rafforzarne la diffusione.

In questo rapporto è descritta la metodologia dell'indagine condotta e i risultati che ne sono scaturiti. Sono inoltre formulate alcune raccomandazioni volte a promuovere la diffusione del documento e la sua applicabilità nella pratica dei progetti di Cooperazione.



METODOLOGIA

Per raggiungere gli scopi che la ricerca si proponeva, sulla base di consultazioni informali con l'Unità Tecnica Centrale e con stakeholder selezionati e dopo un incontro di natura informativa con il Direttore Generale Giampaolo Cantini, AMREF ha sviluppato un questionario ad hoc (allegato 1) che è stato sottoposto, via mail o tramite intervista telefonica nel dicembre 2013, a quasi 70 esperti della sanità e della cooperazione di settore in Italia, che hanno prodotto un campione di 34 risultati pienamente comparabili.

Gli esperti sono stati selezionati in quanto affiliati a Ministeri, ONG, Aziende sanitarie, Enti territoriali, Ordini o Collegi professionali, Università o altro tipo di organizzazione (allegato 2), impegnate a vario titolo in attività di Cooperazione allo sviluppo nelle tre Regioni Italiane (Toscana, Lombardia, e Lazio) dove opera l'ONG AMREF.

Agli esperti intervistati telefonicamente era stato inviato il questionario con un certo anticipo e la successiva intervista ha permesso di integrare le risposte scritte con informazioni aggiuntive di tipo qualitativo.

IL QUESTIONARIO CONSTA DI

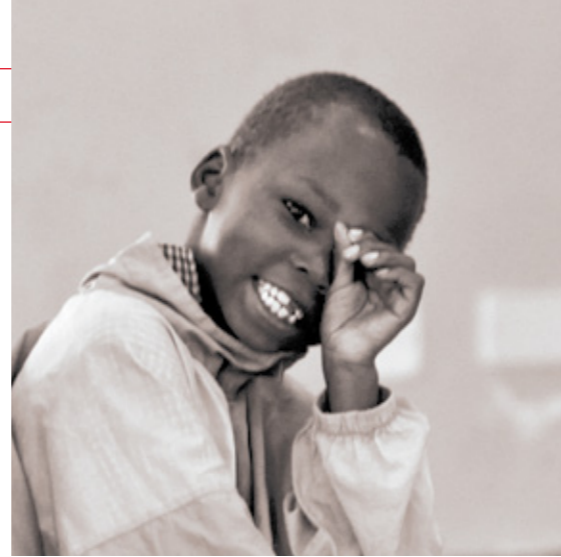
16 DOMANDE, CHIUSE O APERTE,

VOLTE A ESPORARE

I SEGUENTI TEMI:

- La conoscenza dei Principi guida.
- L'utilità del documento per selezionare i progetti che la Cooperazione Italiana realizza o finanzia.
- La coerenza dei Principi guida con: a) le Linee guida e indirizzi di programmazione per il triennio 2013-2015 della DGCS; e b) con le politiche della sanità pubblica italiana con particolare riferimento al personale sanitario.
- L'utilizzo e la diffusione dei Principi guida da parte della propria organizzazione di appartenenza.
- L'utilità della diffusione dei principi guida in ambito internazionale e tra i partner europei di Cooperazione.
- La presenza di eventuali incongruenze e l'eventuale necessità di aggiornamento.
- L'utilità di affiancare ai Principi guida il Codice di condotta dell'OMS sul personale sanitario.

RISULTATI



1.

CONOSCENZA DEI PRINCIPI GUIDA E LORO COERENZA CON ALTRE POLITICHE DI INDIRIZZO

34

Nel campione dei 34 esperti/e selezionati tra i questionari ricevuti e gli intervistati/e (12 donne e 22 uomini), 14 lavorano presso ONG o Onlus; 9 presso Aziende sanitarie o altri Enti regionali; 5 presso Università o Fondazioni; 4 presso Ordini e collegi professionali e 2 presso organizzazioni di altro tipo (Fig. 1).

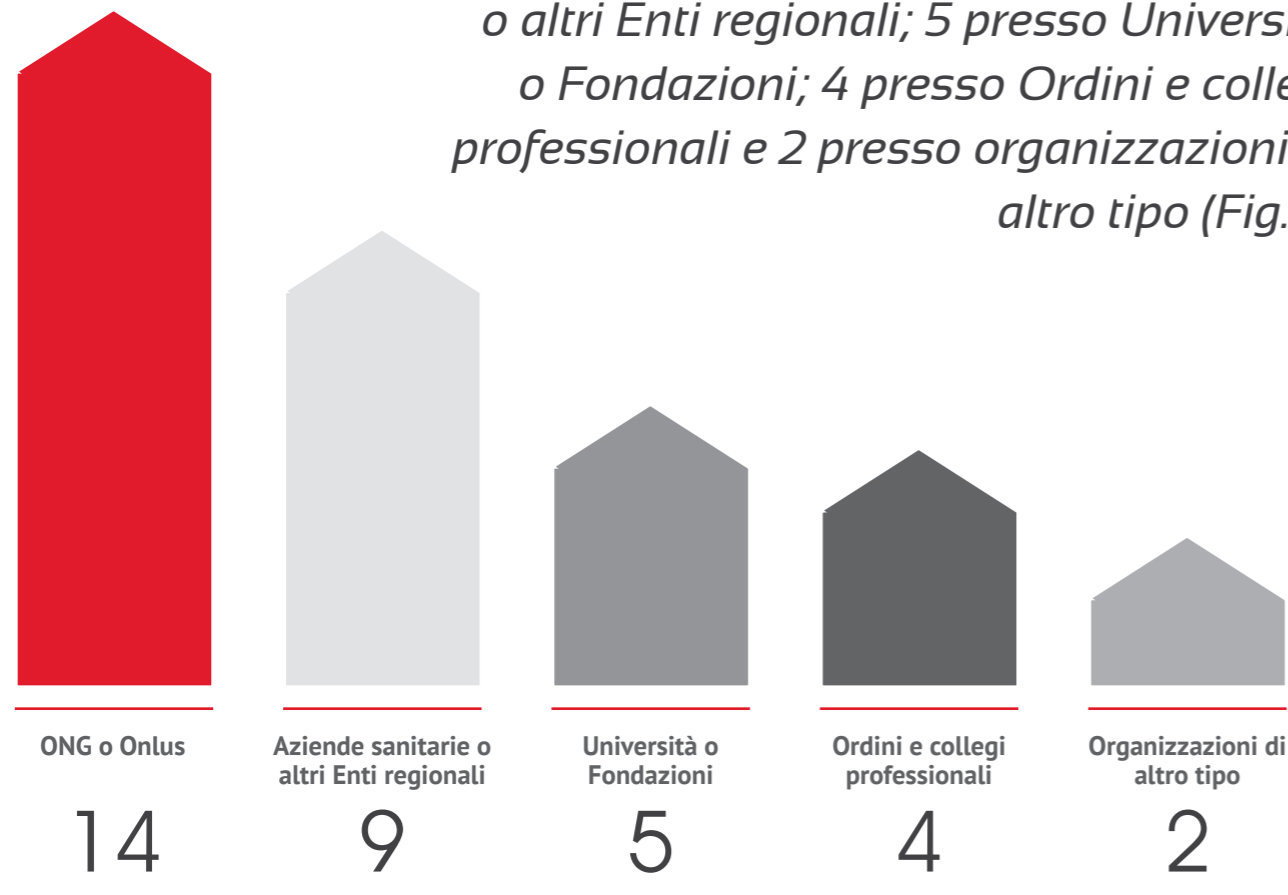


Fig 1. Affiliazione dei rispondenti (n= 34)

Tutte le persone intervistate, ad eccezione di due, riferiscono di conoscere il documento e sono state quindi in grado rispondere alle domande contenute nel questionario.

Una proporzione molto elevata di intervistati ritiene che i Principi guida rappresentino un strumento utile, molto (n=9, 30%) o abbastanza (n=20, 67%), per identificare i programmi di Cooperazione sanitaria da intraprendere o finanziare (Fig. 2).

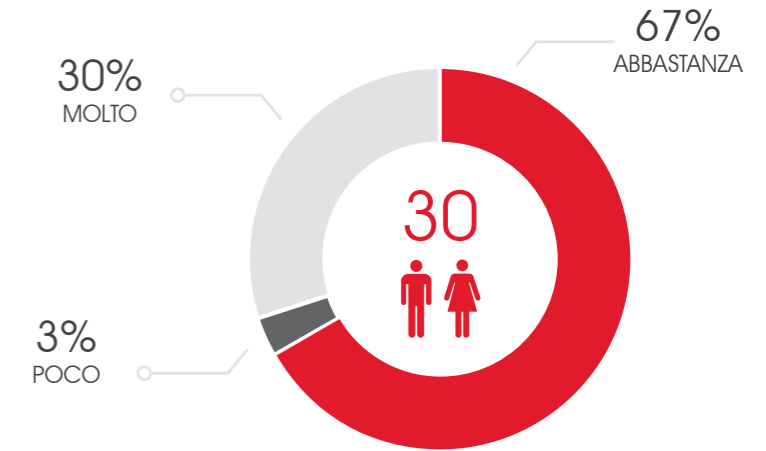


Fig 2. Utilità dei Principi guida (n=30)

Come mostrato in Figura 3, quasi la metà dei rispondenti (14 su 30; 47%) ritiene che vi sia poca coerenza tra i Principi guida e le Linee guida triennali di programmazione della Cooperazione Italiana, mentre il 40% ritiene che la coerenza sia molta (n=2; 7%) o abbastanza (n=10; 33%). Il 13% riferisce di non conoscere le Linee guida triennali. Va rilevato come in alcune interviste telefoniche con risposta positiva era tuttavia intuibile una scarsa conoscenza del contenuto delle Linee guida triennali.

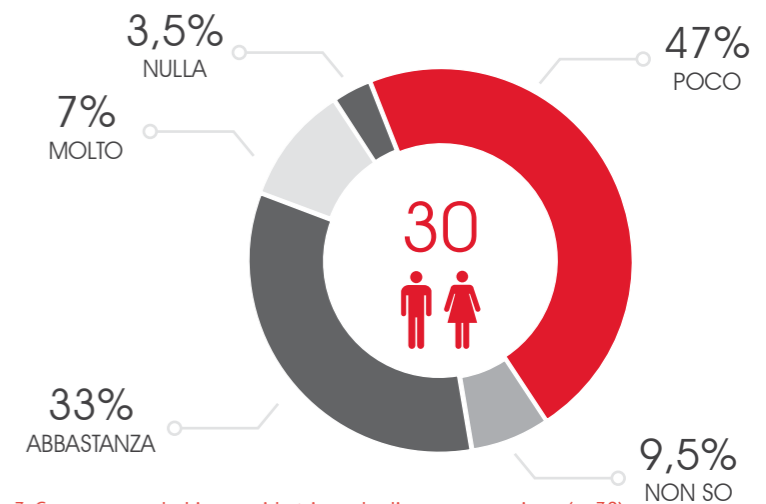


Fig 3. Coerenza con le Linee guida triennale di programmazione (n=30)

Diversi esperti hanno argomentato che la scarsa coerenza con le Linee guida triennali possa derivare dall'insufficiente integrazione dei diversi attori pubblici che operano in Italia nel campo della Cooperazione allo sviluppo: Ministeri (Esteri, Economia e Finanze - MEF, Salute), Enti locali (Regioni, Province, Comuni, Aziende sanitarie). Alcuni esperti hanno rilevato che se da una parte i Principi guida sono orientati verso

interventi comprensivi miranti allo sviluppo dei sistemi sanitari, all'equità e al contrasto ai determinanti sociali della salute, dall'altra risorse consistenti sono allocate per iniziative "verticali" dei partenariati pubblico-privati come il Fondo Globale e il GAVI (attraverso l'International Financing Facility for Immunizations (IFFIm) o a strumenti controversi per finanziare la ricerca farmaceutica quali gli Advanced Market Commitments (AMC) gestiti dal MEF.

Riguardo la coerenza dei Principi guida con la politiche di sanità pubblica in Italia - con particolare riferimento alla mobilità del personale sanitario - gli intervistati si dividono tra coloro che ritengono che vi sia scarsa (n=13, 43%) coerenza e chi pensa che ve ne sia molta (n=6; 20%) o abbastanza (n=8; 27%) (Fig. 4).

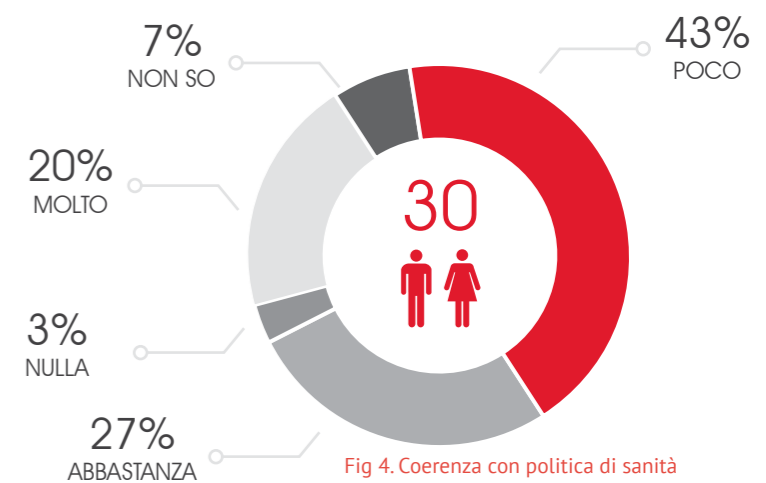


Fig 4. Coerenza con politica di sanità pubblica in Italia (n=30)

2. UTILIZZO DEI PRINCIPI GUIDA

La maggioranza del campione (n=18; 62%) ha riferito che il loro ente di appartenenza (tra cui 8 ONG, 4 Aziende sanitarie e 2 Ordini professionali) utilizza i Principi guida per selezionare i progetti da intraprendere, mentre il 24% (n=7) degli intervistati ha risposto negativamente (Fig. 5).

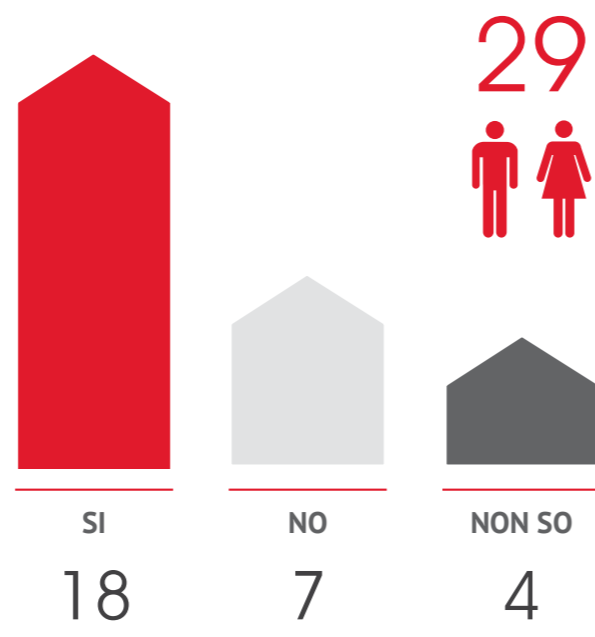


Fig 5. Utilizzo dei Principi guida da parte dell'organizzazione di appartenenza (n=29)

La Figura 6 mostra che la maggioranza dei rispondenti (n=16; 55%) ritiene che i Principi guida non contengano incongruenze o difetti che abbiano ostacolato il loro utilizzo.

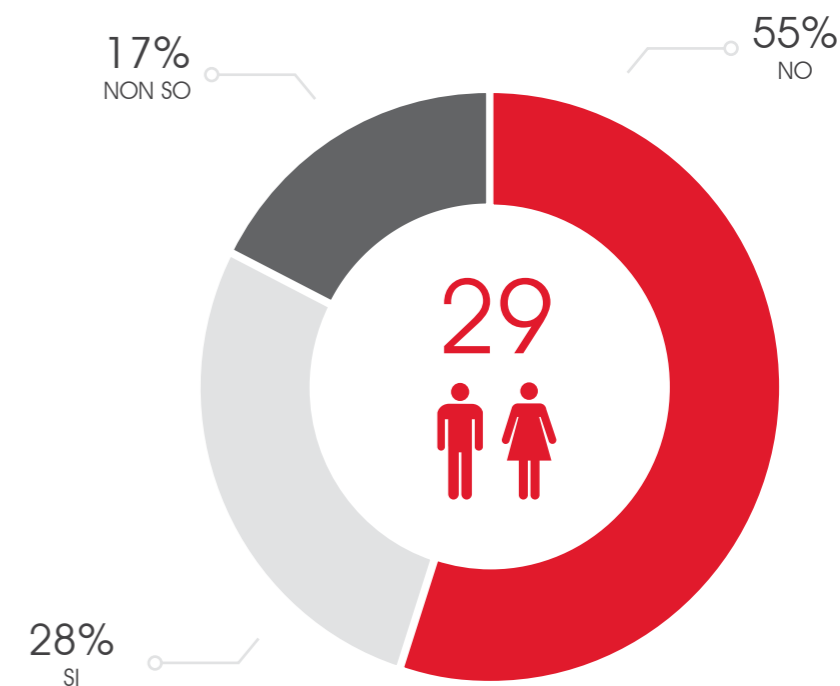


Fig 6. Presenza di incongruenza dei Principi guida che ne ostacolano la diffusione (n=29)

Principi guida sono utilizzati nella formazione del personale che alcune ONG come il COI (Cooperazione Odontoiatrica Internazionale) e la Regione Toscana impiegano nei progetti di Cooperazione e per la definizione degli indirizzi programmatici delle attività di Cooperazione sanitaria. In Regione Toscana sono stato utilizzati anche come standard per sviluppare le linee guida regionali per la Cooperazione. Viene inoltre riferito un loro utilizzo come strumento di informazione e di sensibilizzazione in tema di salute globale tra gli iscritti agli Ordini professionali. Gli intervistati (12 su 18; 67%) che hanno risposto positivamente alla domanda relativa all'utilizzo dei Principi guida, hanno riferito che l'organizzazione di appartenenza ha anche messo in atto attività volte alla diffusione degli stessi. Queste sono state, in prevalenza, di tipo informativo/formativo per il personale addetto a svolgere progetti di Cooperazione per conto dell'organizzazione ma anche di tipo educativo nei corsi universitari di salute globale nonché di disseminazione tra le ONG affiliate (come nel caso dell'Osservatorio AIDS).



Tra coloro che invece affermano il contrario (n=8; 28%), vanno segnalate prese di posizione di diverso significato. Da una parte vi è chi indica che il documento sia "poco conosciuto" o "troppo generico" o "poco specifico", dall'altra chi li ritiene "lungimiranti" e quindi di difficile applicazione nella realtà fattuale della Cooperazione Italiana ritenuta coacervo di politica,

diplomazia e aspetti tecnici. In sintonia con quest'ultimo commento, un altro esperto (OISG) afferma che "sono stati poco e o niente diffusi: è mancata l'ownership, l'appropriazione da parte del Ministero degli Esteri". Un esperto (ONG) spiega che la limitata diffusione non deriva da incongruenze del documento quanto dalla scarsità delle risorse disponibili e dal fatto che

"sul terreno sempre più spesso prevale l'emergenza o l'uso geopolitico della Cooperazione, indipendente dalle reali esigenze dei beneficiari. In altre parole, ci sono aree dichiarate prioritarie che non vengono coperte ed aree meno prioritarie che ad un certo punto diventano oggetto di intervento".

3.

DIFFUSIONE DEI PRINCIPI GUIDA

Quasi all'unanimità, gli intervistati si sono espressi a favore dell'opportunità di diffondere i Principi guida a livello internazionale, sia nei Paesi di intervento e presso gli organismi multilaterali (24 su 26; 92%), che tra i partner europei laddove l'Italia svolge il ruolo di lead donor nel contesto della divisione dei compiti tra stati Membri dell'UE (25 su 29; 86%).

Per quanto riguarda le iniziative da intraprendere, da parte della DGCS o di altri soggetti, per rendere più efficace la divulgazione in ambito internazionale, nazionale e locale, gli intervistati hanno proposto una gamma di possibili azioni. A livello locale e nazionale sono suggerite iniziative seminariali di informazione in forum territoriali e a livello degli ordini professionali, e di formazione continua per gli operatori sanitari (corsi ECM). Sono inoltre raccomandate iniziative per la formazione di base, nelle scuole secondarie e nelle università, per promuovere la cultura della Cooperazione tra i più giovani, con riferimento ai corsi di laurea anche diversi dalla medicina, comprese le professioni sanitarie e i corsi di Cooperazione allo sviluppo. È sottolineata l'opportunità di coinvolgere gli Ordini dei medici, i Collegi professionali e le Società medico-scientifiche per la loro capacità di raggiungere platee molto vaste di operatori sanitari.

Si segnala inoltre il richiamo a sollecitare la Conferenza Stato-Regioni a recepire i Principi guida come quadro di riferimento per la Cooperazione decentrata. In aggiunta, si indica come utile anche la pubblicità sui media.

Vi è poi chi osserva che "si può divulgare solo ciò che poi si implementa effettivamente" e che sarebbe necessario rendere i Principi guida "vincolanti dal punto di vista operativo". A livello internazionale, si suggerisce di diffondere i Principi Guida nell'ambito delle iniziative in corso nei Paesi partner

e in occasione di eventi internazionali e di incontri con le agenzie per l'aiuto allo sviluppo. Si propone come utile la traduzione in inglese del documento con pubblicazione sul sito web del MAE e con diffusione da parte delle UTL.

Viene però ricordato che le iniziative di diffusione "se non le fai in casa tua è difficile farle all'estero", soprattutto quando le varie componenti della Cooperazione italiana "lavorano in silos, in compartimenti stagni", comunicando poco tra di loro.



4.

NECESSITÀ DI AGGIORNAMENTO DEI PRINCIPI GUIDA

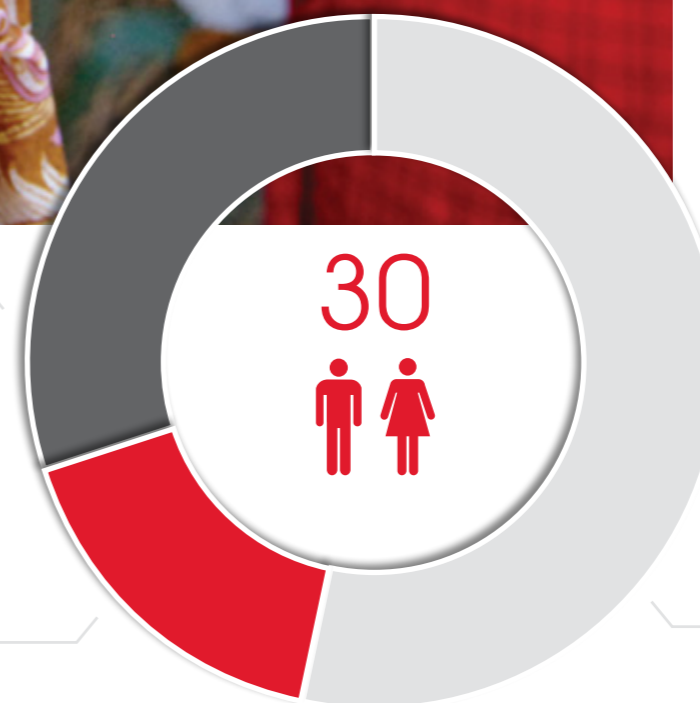
Come risulta dalle risposte, alquanto controverso è il tema se i Principi guida necessitano di essere aggiornati: il 53% degli intervistati (n=16) ritiene che un aggiornamento sia comunque opportuno, il 30% (n=9) che non ve ne sia bisogno, e il 17% (n=5) non si pronuncia al riguardo (Figura 7).

Diversi tra gli esperti intervistati hanno indicato gli argomenti che, a loro giudizio, meritano di essere aggiornati o inseriti ex-novo nel documento; tra questi vi è anche chi ritiene il documento ancora attuale, perché "pur essendo ancora validi è sempre utile aggiornare i documenti dopo alcuni anni".

Viene ricordato innanzitutto come i Principi guida dovrebbero essere aggiornati alla luce della rivisitazione dell'agenda per lo sviluppo post 2015 con particolare allusione al tema della copertura sanitaria universale (Universal Health Coverage, UHC). La UHC è l'argomento citato con maggiore

30%
NO

Fig 7. Necessità di aggiornamento (n=30)

17%
NON SO53%
SI



frequenza dagli esperti intervistati; un riferimento particolare è proposto per l'accesso ai servizi da parte delle comunità più marginalizzate e per chi è vittima di stigma e la discriminazione – i malati di AIDS ma non solo. I redattori del presente rapporto osservano che la UHC è peraltro già enunciata nei Principi guida quale *“Accesso universale ed equo ai servizi sanitari”* (pag. 13 del documento).

Altro argomento prioritario, a valenza trasversale, è quello dei diritti umani associato con la UHC. Di qui, viene ricordato il rafforzamento dei sistemi sanitari e la relazione tra sistema pubblico e privato sociale e il ruolo delle nuove forme di mutualità nei Paesi terzi.

Anche il tema della crisi economica e dei suoi effetti sulla salute viene segnalato da diversi interlocutori come meritevole di essere incluso quale priorità di intervento nei Principi guida. Si può notare che non si tratta in effetti di un tema congiunturale, sia per la durata e la gravità della crisi globale, sia per gli effetti duraturi sull'incidenza di povertà e sull'aspirazione crescente delle disuguaglianze socioeconomiche, nella salute e nell'assistenza sanitaria.

Altri argomenti molto rilevanti sono indicati come meritevoli di una trattazione più ampia nei Principi guida. Si tratta dell'eguaglianza di genere e l'empowerment delle donne, la tutela dell'ambiente e il rapporto ambiente-salute. L'integrazione tra salute - sicurezza alimentare - nutrizione è suggerita come meritevole di un nuovo principio. In generale, si arguisce che diversi intervistati interpretano la salute in una prospettiva olistica e intendono sottolineare le interconnessioni con gli altri settori.

Più specifiche sono le menzioni relative al contrasto alla migrazione del personale sanitario e all'utilizzo dei vaccini.

Sono anche segnalati argomenti che riguardano le politiche per migliorare l'efficacia dell'aiuto, come la necessità di incrementare la quota di finanziamenti attraverso il canale del supporto al bilancio, e di aumentare le sinergie con le agenzie multilaterali quali l'OMS. È anche richiamata la necessità di contrastare il conflitto di interesse strutturale anche considerando l'evidenza di ONG legate al settore privato for profit.

La grande maggioranza dei rispondenti (85%; 23 su 27) pensa che il *“Codice di condotta sul reclutamento internazionale del personale sanitario”* dovrebbe essere integrato nel quadro dei Principi guida.



5. ALTRI COMMENTI

Nello spazio dedicato agli ulteriori commenti, gli intervistati hanno potuto aggiungere considerazioni aggiuntive, più generali, che riguardano la relazione tra i Principi guida e il ruolo delle Cooperazione Italiana.

Viene segnalata la necessità di declinare alcuni dei Principi in indicazioni tecniche e operative, come ad esempio nel caso degli interventi di emergenza e della continuità con i programmi di sviluppo.

Le questioni della scarsità di risorse disponibili per le iniziative della Cooperazione e della necessità di una riforma della Cooperazione ricorrono in diverse interviste, rispetto alle quali il discorso sui Principi guida perde, in

prospettiva, di rilevanza.

Ancora, si sottolinea come il dibattito pubblico sulla Cooperazione sia monopolizzato da poche entità e non sia quindi abbastanza corale, e come il MAE mantenga una posizione di basso profilo, se si esclude il Forum tenutosi a Milano nell'ottobre 2012. Infine, viene ribadito come la Cooperazione abbia bisogno di autonomia tecnica rispetto alla politica e alla diplomazia.

DISCUSSIONE

Le informazioni quantitative e qualitative che sono state raccolte nel corso dell'indagine hanno permesso di tracciare una mappa della conoscenza, utilizzo e valutazione dei Principi guida della Cooperazione italiana nel settore sanitario da parte di un nutrito numero di esperti attivi, a vario titolo, nel campo dell'aiuto allo sviluppo nel settore sanitario.

Anche se i risultati della ricerca non sono generalizzabili per via del campione non rappresentativo, il processo di selezione "a palla di neve" con esperti autorevoli che rappresentano diverse prospettive nel sistema della Cooperazione italiana, ha consentito di ottenere risultati tanto interessanti quanto fonte di riflessione.

In sintesi, si può affermare che i Principi guida sono ben conosciuti dalla maggioranza di operatori consultati, che sono utilizzati da molte organizzazioni che si occupano di Cooperazione sanitaria, e che sono in larga misura ritenuti ancora validi, pur se meritevoli di un qualche aggiornamento.

È comune sentire tra gli esperti intervistati che il documento sia stato diffuso e utilizzato in misura minore a quanto sarebbe stato auspicabile e che meriterebbe di essere portato all'attenzione di un pubblico più vasto, sia a livello nazionale che internazionale. Il potenziale dei Principi guida in termini di formazione del personale e di esplicitazione chiara delle strategie della Cooperazione italiana in campo sanitario è stato colto in modo insufficiente. In questo senso, come osservato in particolare da due esperti (OISG e Università), la percezione di una scarsa "appropriazione" da parte del Ministro degli Esteri di questo documento di policy potrebbe essere spiegata dall'insufficiente integrazione

esistente tra i principali stakeholder della Cooperazione italiana: la politica, la diplomazia e la componente tecnica. Va tenuto presente lo strabismo decisionale derivante dal policentrismo delle politiche di aiuto allo sviluppo adottate nei diversi Ministeri – MAE, MEF e Ministero della Sanità, responsabili rispettivamente del 34%, 37% e 14% della spesa complessiva per interventi di Cooperazione nel quinquennio 2008-2012 – in assenza di un fondo unico per la Cooperazione e di un processo di priority-setting condiviso e trasparente.

La salute globale resta al centro delle politiche di sviluppo e il crescente finanziamento verificatosi nell'ultimo ventennio a livello globale ha contribuito al raggiungimento – anche se parziale – degli MDG 3, 4 e 5 di competenza sanitaria, pur se con forte disuguaglianze tra e all'interno dei Paesi. Anche se negli anni, a venire altri settori dello sviluppo sono stati annunciati come prioritari per la Cooperazione italiana (come le politiche di genere e la promozione del settore privato), la sanità e i suoi determinanti sociali non potranno essere trascurati.

Anche per questi motivi, l'indagine condotta da AMREF suggerisce un rilancio dei Principi guida per renderne più cogente la diffusione e l'utilizzo. Questa prospettiva assume rilevanza anche alla luce della necessità esistente in Italia

di superare i "compartimenti stagni", integrando cioè maggiormente la Cooperazione governativa e decentrata nell'ambito dei principi di sussidiarietà e complementarità, come previsto dalle Linee guida per Cooperazione decentrata e dagli stessi Principi guida nel settore sanitario, nell'ultima sezione riguardante l'efficacia dell'aiuto allo sviluppo per la salute globale.

Il richiamo all'aggiornamento dei Principi guida è in sintonia con quanto approvato nel documento per le Linee guida settoriali-tematiche e trasversali (LGSTT) della DGCS del c.d. "Piano Efficacia 3", dove si indicano i riferimenti *in base ai quali devono essere redatte le linee guida:*

- documenti sintetici e realistici;
- traccia sul da farsi in un determinato settore di intervento;
- riferimento al contesto in termini di risorse disponibili e delle priorità strategiche, geografiche e settoriali indicate nella programmazione triennale;
- necessità di aggiornamento periodico anche per l'evoluzione del contesto di riferimento;
- collegamento con i marker di efficacia;
- redazione in inglese;
- struttura del documento in tre sezioni distinte: a) contesto di riferimento; b) obiettivi strategici e risultati attesi; c) collaborazione con altri attori italiani.





I risultati della studio consentono di rendere opportuna la formulazione di raccomandazioni, a breve e a medio termine, atte ad una "rinascita" dei Principi guida e a un loro più cogente utilizzo e diffusione.

RACCOMANDAZIONI

A BREVE TERMINE:

- Restando nel solco tracciato dal c.d. "Piano Efficacia 3", appare utile proporre di equipaggiare i Principi guida con un Marker di efficacia specifico. Questa proposta si allinea al riordino e alla standardizzazione della disciplina delle Linee guida e alla revisione del modello di Marker con cui misurare l'efficacia delle iniziative. L'allegato 3 contiene la proposta di un Marker, che si propone venga adottato ed allegato ai Principi Guida, composto da 6 domande volte a esplorare se l'iniziativa si occupa di almeno una delle prime sei priorità enunciate nei Principi guida stessi.



A MEDIO TERMINE:

- Si propone un aggiornamento dei Principi guida dopo l'approvazione del Framework Post 2015 con la partecipazione di un gruppo multiattoriale di esperti e un coordinamento forte da parte della DGCS, tale da garantire la coerenza con le Linee guida triennali, l'adozione nella pratica e un'ampia diffusione. In particolare, è necessario un rilancio del documento da parte della DGCS anche al proprio interno, oltre il livello tecnico, così che l'approccio dei Principi Guida diventi fondante delle posizioni italiane anche nei consessi multilaterali.
- La diffusione del nuovo documento dovrà esplicarsi a diversi livelli organizzativi e con un approccio molteplici per assicurare l'adozione sia da parte degli Enti pubblici che si occupano di Cooperazione (Ministeri, Regioni, Comuni) che da parte del mondo della Cooperazione non governativa. A questo fine appare decisivo la presentazione del documento in conferenza Stato Regioni per ottenere l'adesione delle Regioni.
- Ancora in tema di diffusione dei nuovi Principi guida appare utile il coinvolgimento di università, ordini e collegi professionali, società mediche e associazioni che, come emerso dalla valutazione svolta da AMREF, sono recettive al proposito.



- Altrettanto rilevante è raccomandare una maggiore interazione della Cooperazione Italiana con le associazioni della società civile che si occupano di Cooperazione anche su temi specifici che compongono l'agenda della salute globale.
- Il coinvolgimento del vasto pubblico è utile per coinvolgerlo nel dibattito sui temi della Cooperazione allo sviluppo e emanciparlo dal mero ruolo di sottoscrittore di singole iniziative promozionali.
- È infine auspicabile una riforma della Cooperazione italiana che attraverso il meccanismo del fondo unico di Cooperazione risolva l'insufficiente integrazione tra i principali attori e consenta un processo di implementazione condivisa dei Principi Guida.

ALLEGATO 1

QUESTIONARIO SOMMINISTRATO

QUESTIONARIO SULL' UTILIZZO E LA DIFFUSIONE DEI PRINCIPI GUIDA DELLA COOPERAZIONE ITALIANA PER LA SALUTE GLOBALE

Nell'ambito del progetto EAS "Personale sanitario per tutti e tutti per il personale sanitario", finanziato dal Ministero Affari Esteri, AMREF sta conducendo una valutazione del livello di diffusione e di utilizzo dei Principi guida della Cooperazione Italiana in ambito sanitario. Il documento, sviluppato nel 2009 da un gruppo di lavoro composto da esperti in Cooperazione e salute, è pubblicato e consultabile sul sito del MAE: http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgcs/documentazione/PubblicazioniTrattati/2009-07-01_LineeGuidaSanita.pdf

Le saremmo molto grati se potesse rispondere alle domande del questionario, vergando un simbolo (✓) accanto alla risposta che ritiene valida o riportando le sue valutazioni negli spazi dedicati in caso di domande a risposta aperta. Potrebbero essere necessari non più di 15 minuti per compilare l'intero questionario.

La preghiamo di inviare il questionario compilato all'indirizzo mail ghislana@libero.it entro dieci giorni da oggi.

Non mancheremo di inviarle, appena sarà possibile, un feed-back sui risultati della valutazione e di invitarla al seminario conclusivo del progetto che si terrà auspicabilmente entro la fine del primo semestre del 2014.

Grazie per la sua collaborazione!

Giulia De Ponte, Responsabile Advocacy, AMREF Italia



RISPONDE:

Nome Organizzazione

Cognome Sede

Ruolo Telefono Email

Data

1. Conosce il documento del Ministero Affari Esteri "Salute globale: Principi guida della Cooperazione italiana"?

Sì No

Se ha risposto SÌ alla domanda 1, continuare;

Se ha risposto NO, interrompere la compilazione del questionario.

2. Ritiene che i Principi guida forniscano un quadro di riferimento utile a identificare quali iniziative la Cooperazione Italiana debba intraprendere o finanziare?

Molto Abbastanza Poco Nulla Non so

3. Ritiene che ci sia sufficiente coerenza tra i Principi guida e le "Linee guida e indirizzi di programmazione" della Cooperazione Italiana per il triennio 2013-2015¹²?

Molto Abbastanza Poco Nulla Non so

4. Stante la crescente interdipendenza tra sistemi sanitari, ritiene che i Principi guida promuovano la coerenza tra le politiche/pratiche di Cooperazione sanitaria internazionale del nostro Paese e le politiche/pratiche di sanità pubblica in Italia, con riferimento in particolare al tema del brain drain di professionisti da un sistema sanitario all'altro?

Molto Abbastanza Poco Nulla Non so

5. Il vostro Ente/Organizzazione utilizza i Principi guida come quadro di riferimento per le iniziative di Cooperazione sanitaria da voi programmate/implementate?

Sì No Non so

6. Se ha risposto SÌ alla domanda 5, potrebbe descrivere le modalità con cui i Principi vengono utilizzati dal vostro Ente/Organizzazione, anche fornendo qualche esempio?

¹² Consultabili al sito: http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgcs/Documentazione/PubblicazioniTrattati/2013-03-13_Linee_Guida.2013-15.pdf

7. Se ha risposto SI alla domanda 5, ritiene che siano state poste in essere dal suo Ente/Organizzazione attività specifiche per diffondere e/o promuovere l'utilizzo dei Principi guida in Italia?

Sì No Non so

8. Se ha risposto SI alla domanda 7, potrebbe descrivere quali attività sono state poste in essere dal suo Ente/Organizzazione per diffondere e/o promuovere l'utilizzo o l'applicazione dei Principi guida in Italia?

9. A suo parere, i Principi guida presentano incongruenze o problemi che ne hanno reso difficile o impedito l'utilizzo?

Sì No Non so

10. Se ha risposto SI alla domanda 9, può descrivere quali incongruenze o problemi presentano?

11. Ritiene opportuno che i Principi Guida vengano diffusi anche a livello internazionale, presso gli organismi multilaterali e/o nei Paesi di intervento ?

Sì No Non so

12. Quali iniziative sarebbero utili, a suo parere - da parte della DGCS o di altri soggetti - per rendere più efficace la divulgazione dei Principi guida in ambito internazionale, nazionale o locale?

13. Ritiene ad esempio che i Principi guida possano utilmente essere proposti ai partner europei come strumento di indirizzo degli interventi di Cooperazione sanitaria in cui l'Italia sia lead donor, nel contesto della divisione del lavoro europea ?

Sì No Non so

14. A quattro anni dalla loro pubblicazione, ritiene che i Principi guida necessitino di essere aggiornati, in vista in particolare della definizione di un'Agenda di sviluppo per il post 2015?

Sì No Non so

15. Se ha risposto SI alla domanda 14, quali argomenti meritano di essere aggiornati o inseriti ex novo, e in che modo?

16. Ritiene che la Cooperazione sanitaria italiana debba integrare nel quadro dei Principi guida il "Codice di condotta sul reclutamento internazionale del personale sanitario"¹³, approvato dall'OMS nel 2010?

Sì No Non so

Ulteriori commenti sui temi sollevati dal questionario:

Molte grazie per il tempo dedicato alla compilazione del questionario e per il prezioso contributo fornito!

¹³ Consultabile alla pagina: <http://www.manifestopersonalesanitario.it/wp-content/uploads/2013/09/CodiceDiCondottaRev2013.pdf>

ALLEGATO 2

ELENCO DELLE ORGANIZZAZIONI COINVOLTE NELL'INDAGINE

ONG / ONLUS

- Action Aid
- AISPO
- AMSES
- AMURT
- COI
- COOPI
- Emergency
- Fairwatch
- Emergenza Sorrisi
- Medicus Mundi Italia
- Movimento Shalom
- Operare per
- Sicomoro
- Terre Des Hommes
- World Friends

AZIENDE SANITARIE / REGIONI

- AO San Camillo Forlanini Roma
- AO Sant'Andrea Roma
- ASL 5 Pisa
- ASL 8 Arezzo
- AOU Siena
- Regione Lazio
- Centro Salute Globale Regione Toscana
- Area Vasta Toscana

ORDINI E COLLEGI PROFESSIONALI

- FNOMCeO
- IPASVI
- Collegio Ostetriche Toscana
- Ordine dei Medici di Milano
- Collegio Infermieri Professionali Varese

UNIVERSITÀ E FONDAZIONI

- Università Bocconi di Milano
- Università La Sapienza di Roma Sapienza
- Università di Firenze
- Università di Bologna
- 4F4Africa

ALTRE ORGANIZZAZIONI

- OMS European Office for Investment for Health and Development
- Osservatorio Italiano sull'Azione globale contro l'AIDS
- Osservatorio Italiano per la Salute globale (OISG)

ALLEGATO 3

MARKER EFFICACIA: INIZIATIVE DI COOPERAZIONE SANITARIA

DOMANDE	SI/ NO	Punteggio DA 0 A 10	Riferimento a attività, linea di budget, e pagine di riferimento nel documento in esame	Spiegazioni e note
1				
2				
3				
4				
5				
6				

1 Gli obiettivi dell'iniziativa intendono agire sui determinanti sociali della salute (quali istruzione, nutrizione, accesso all'acqua potabile, igiene ambientale, condizioni abitative, lavoro) e/o promuove politiche di protezione sociale tali da mitigare povertà e disuguaglianze?

2 Gli obiettivi dell'iniziativa intendono sviluppare il sistema di cure primarie e/o secondarie con l'obiettivo specifico di migliorare la copertura sanitaria, accesso equo ai servizi, protezione e promozione della salute, prevenzione primaria e secondaria, trattamento delle malattie, riabilitazione o palliazione?

3 Gli obiettivi dell'iniziativa intendono rafforzare il sistema sanitario per almeno una delle seguenti componenti con approccio non selettivo?

- a) erogazione dei servizi
- b) risorse umane
- c) sistemi informativi
- d) farmaci e tecnologie sanitarie
- e) finanziamento
- f) capacity building e governance

4 Gli obiettivi dell'iniziativa intendono favorire la partecipazione e l'empowerment delle comunità per scelte relative alla salute?

5 Gli obiettivi dell'iniziativa favoriscono lo sviluppo di capacità locali per la ricerca scientifica con riferimento a:

- a) ricerca operativa
- b) ricerca sui sistemi sanitari
- c) farmaci e vaccini
- c) tecnologie sanitarie

con ricadute dirette sulla popolazione e per le disuguaglianze nella salute o nell'assistenza sanitaria?

6 L'iniziativa ha come obiettivo l'assistenza in situazioni di emergenza per disastri naturali o prodotti dall'uomo secondo i principi di imparzialità, neutralità e umanità?
(solo per le iniziative di emergenza)



AMREF

DA 56 ANNI CON L'AFRICA

AMREF, AFRICAN MEDICAL AND
RESEARCH FOUNDATION,
È LA PRINCIPALE ORGANIZZAZIONE
SANITARIA NO PROFIT
DEL CONTINENTE AFRICANO.

Lavora in Africa da 56 anni, contribuendo allo sviluppo socio-sanitario del Paese, in particolare nelle aree più remote e marginalizzate. È stata fondata a Nairobi nel 1957 per iniziativa di tre chirurghi e in oltre mezzo secolo di attività ha soccorso, curato e istruito milioni di persone.

Oggi AMREF impiega in Africa circa 900 persone, per il 97% africani, e gestisce 140 progetti di sviluppo sanitario in Etiopia, Kenya, Sudafrica, Senegal, Sud Sudan, Tanzania e Uganda, con il coinvolgimento attivo delle comunità, del personale e dei sistemi sanitari locali. Nei Paesi in cui opera, AMREF è presente con centri sanitari e unità mobili di chirurgia, prevenzione, vaccinazione e oculistica, in grado di fornire assistenza medica alle popolazioni nomadi e rurali. Inoltre attraverso il servizio dei Flying Doctors, i "Dottori Volanti", AMREF porta regolare assistenza specialistica e chirurgica a 70 milioni d'abitanti dei villaggi più remoti, operando in 150 ospedali compresi in un raggio di 1.7 milioni di chilometri quadrati, un'area grande come l'Europa occidentale. L'impegno di AMREF nel campo della prevenzione, dell'educazione alla salute e della formazione di personale medico e paramedico locale mira sempre a generare risultati sostenibili e benefici permanenti attraverso modelli replicabili. Fuori dall'Africa, il network internazionale di AMREF è composto da 12 sedi in Europa,

Stati Uniti e Canada. Approdata nel 1987 in Italia, AMREF ha una sede centrale a Roma e una regionale a Milano. Dopo 25 anni di attività l'organizzazione è riconosciuta, tra le Istituzioni e presso la società civile, per la sua peculiarità di ONG africana, con l'impegno continuo a creare una cultura, un giudizio e una sensibilità verso l'Africa più costruttivi, paritari e consapevoli. Quasi il 90 per cento dei fondi raccolti da AMREF Italia proviene dal sostegno di privati cittadini, da eventi e manifestazioni e da collaborazioni con aziende selezionate. I sostenitori di AMREF Italia sono oltre 160 mila e tra di loro figurano anche noti personaggi del mondo dell'arte, della cultura, dello spettacolo e dello sport, che contribuiscono personalmente alla crescita di AMREF con la loro testimonianza e collaborazione. Nel 1999 AMREF ha vinto il Conrad Hilton Foundation Humanitarian Award, il prestigioso riconoscimento internazionale conferito ogni anno a un'organizzazione umanitaria non governativa che si è particolarmente distinta nell'alleviare le sofferenze umane e nel rappresentare un modello di organizzazione capace di favorire uno sviluppo reale e sostenibile. Nel 2005 AMREF ha vinto il Bill e Melinda Gates Award per la Salute Globale con questa motivazione: "AMREF è più di una delle voci dell'Africa, è un atto di coraggio, di passione, di intelligenza, di fermezza. AMREF ha imparato come migliorare veramente la salute in Africa chiedendo agli Africani cosa bisogna fare e come farlo nel modo migliore".



Nel 2012 AMREF è stata insignita del World Federation of Public Health Associations Organisational Award, in riconoscimento degli eccezionali risultati conseguiti nel campo della salute pubblica.

Nel 2013 Il Global Journal ha assegnato ad AMREF il 28° posto nella classifica mondiale delle 100 ONG più efficaci dell'anno; il 3° posto tra le ONG che operano in ambito medico sanitario.

Questa pubblicazione è realizzata nell'ambito del progetto "**Personale sanitario per tutti e tutti per il personale sanitario!**", AID/9924/AMREF/ITA, con il sostegno del Ministero Affari Esteri.

La responsabilità dei suoi contenuti è unicamente dei partner del progetto.



www.manifestopersonalesanitario.it