



# Medici con l’Africa Cuamm e gli Obiettivi del Millennio

don DANTE CARRARO

*Direttore di Medici con l’Africa Cuamm*

*Un tentativo di visione globale dei problemi sanitari dell’Africa, dello stato attuale degli aiuti internazionali in funzione degli obiettivi della Millennium Declaration e del ruolo giocato dai Medici con l’Africa Cuamm nella ricostruzione dell’assistenza sanitaria “dal basso” in quel travagliato continente.*

## CONTESTO

Nel 1990, in occasione del Summit sull’infanzia, settantuno capi di Stato e di governo sottoscrissero la “Dichiarazione mondiale sulla sopravvivenza, la protezione e lo sviluppo del bambino” e un “Piano d’azione” ad essa collegato, fissando obiettivi concreti, in gran parte inerenti alla salute, da raggiungere entro il 2000.

Anche nei numerosi vertici succedutisi nel corso degli anni ’90, la maggior parte dei Paesi continuò a sottoscrivere l’impegno per il raggiungimento di risultati quantificabili anche in riferimento alla salute, in linea con l’impegno preso con la Dichiarazione

---

## “DOCTORS WITH AFRICA CUAMM” AND THE MILLENNIUM GOALS

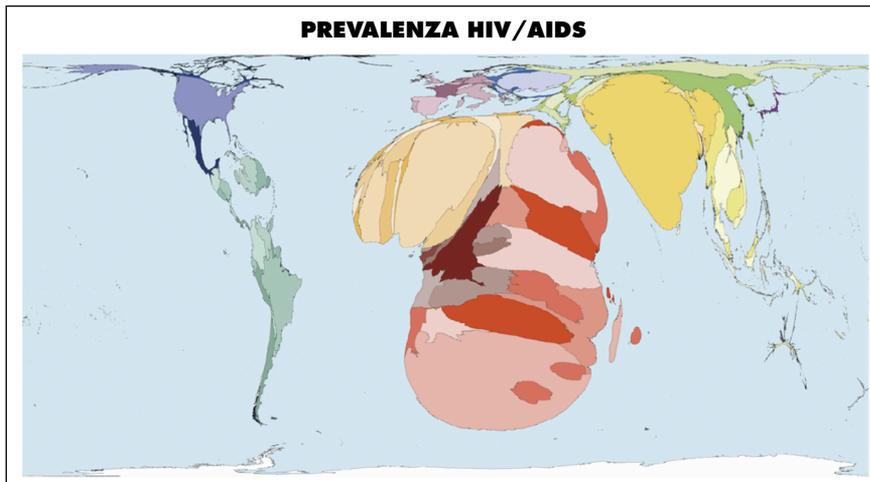
*(Medico e Bambino 2008;27:495-499)*

### **Key words**

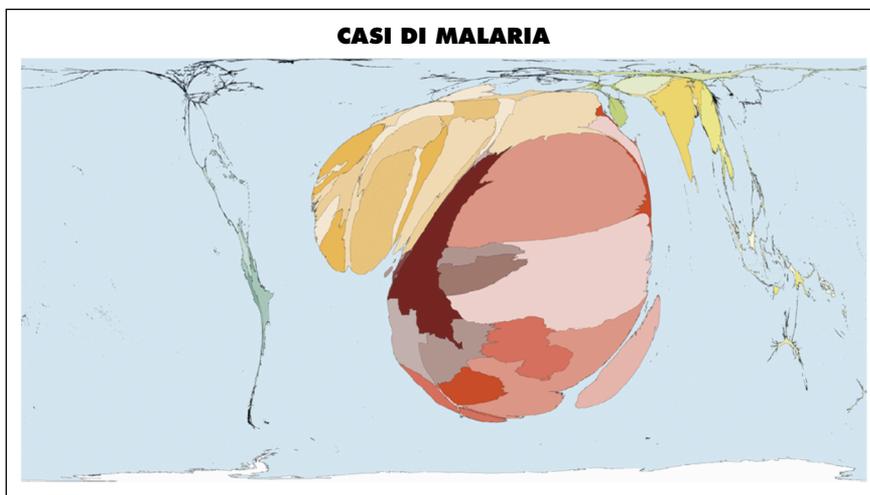
*Millennium Development Goals, Africa, Funds, Health care*

### **Summary**

*All governments in the world are committed to collaborate and to increase resources so that Millennium Development Goals (MDG) become a reality in 2015. However, promises have not become facts and resources issued are really below the necessary. Moreover, many funds of the institutional donors or of the big private donors are focused on specific diseases (vertical programmes); all this ends up to weaken the essential operative tool of any progress in the health care field: the health system of each country. The commitment of “Doctors with Africa Cuamm” that arises from the evangelic message of treating the sick consists of field interventions, studies and dedicated professional training courses. The relative policy requires: a) a good governance of districts, which, in its turn, needs an active participation of peoples’ representatives; b) a system of equitable financing of health care and treatments, roughly based upon local health services; c) the growth of local professional skills; d) recognising a central role to local communities.*



**Figura 1.** La figura mostra un cartogramma in cui le aree dei territori sono disegnate in proporzione ai valori rappresentati. L'Africa appare il grande contenitore, il Gargantua dell'AIDS, seguito dall'India. Fonte dei dati: United Nation Development Programme, Human Development Report, 2004.



**Figura 2.** La figura mostra un cartogramma in cui le aree dei territori sono disegnate in proporzione ai valori rappresentati. Più ancora che per l'AIDS, l'Africa appare gonfiata dai casi di malaria, che sembrano volerla far scoppiare. Fonte dei dati: World Health Organization e UNICEF, World Malaria Report, 2005.

di Alma Ata del 1978: raggiungere un livello accettabile di salute per tutti entro il 2000.

Nel giugno del 2000, il segretario generale delle Nazioni Unite, Kofi Annan, lanciò il rapporto "A better world for all", frutto della collaborazione, riportata come senza precedenti, tra le quattro maggiori organizzazioni internazionali (Nazioni Unite, OCSE, Fondo Monetario Internazionale e Banca Mondiale). Nel rapporto lanciato da Annan, si affermava la tesi dell'insufficienza dell'iniziativa pubblica e che la soluzione potesse derivare da una ve-

ra partnership tra i diversi settori della società.

Eradicazione della povertà e *partnership* globale per lo sviluppo sono alcuni dei temi centrali della dichiarazione conclusiva del *Millennium Summit*, tenutosi a New York nel settembre 2000, in cui vennero lanciati i cosiddetti Obiettivi di Sviluppo del Millennio (*Millennium Development Goals* - MDG).

La Dichiarazione proponeva la riduzione di due terzi della mortalità dei bambini sotto i cinque anni entro il 2015; analogamente per la mortalità

materna: una riduzione di tre quarti nei successivi quindici anni a partire dal 2000.

A questi veniva aggiunto un ulteriore obiettivo: fermare e aver iniziato a far regredire entro il 2015 la diffusione dell'HIV/AIDS, nonché dell'incidenza della malaria e di altre malattie a larga diffusione.

Tre obiettivi su otto sono dunque correlati alla salute, così come otto sotto-obiettivi su 18 e 18 indicatori su 48 sono ad essa riconducibili. Per tutte queste condizioni, la situazione dell'Africa è di gran lunga la peggiore del mondo (*Figure 1-3*). Tra questi ve ne sono diversi non strettamente di tipo sanitario come, ad esempio, la riduzione del numero di persone che soffrono la fame e il migliorato accesso a fonti di acqua potabile.

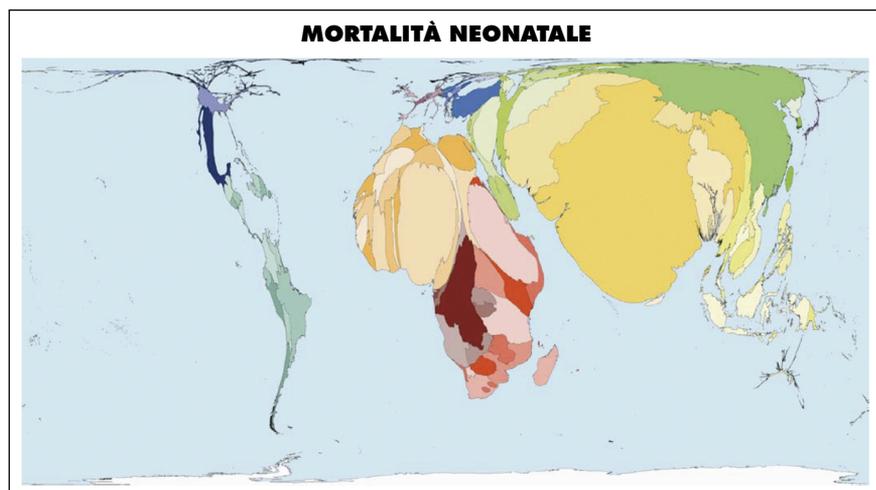
Tutti i governi del mondo, ricchi e poveri, industrializzati e non, si sono impegnati solennemente ad aumentare le risorse, rivedere le politiche e collaborare affinché entro il 2015 le promesse diventino realtà. Purtroppo alla Dichiarazione non era collegato alcun documento riguardante gli stanziamenti necessari per il successo della nuova strategia.

Le risorse finanziarie destinate alla cooperazione sanitaria, nonostante un relativo incremento, rimangono di gran lunga al di sotto di quanto ritenuto necessario per garantire agli abitanti dei Paesi più poveri l'accesso alle prestazioni sanitarie essenziali. Inoltre, la gran parte dei fondi provenienti dai donatori istituzionali e dai "grandi" donatori privati è concentrata prevalentemente su progetti per malattie specifiche, i cosiddetti "programmi verticali".

Tutto ciò ha l'effetto di indebolire ulteriormente i sistemi sanitari dei Paesi poveri più fragili e di penalizzare le fasce più vulnerabili della popolazione.

Inoltre, sono venute a indebolirsi fortemente, a livello mondiale, una programmazione e una regia seria, una strategia e una supervisione di qualità.

Per questi motivi - secondo i più autorevoli osservatori internazionali - gli obiettivi di salute fissati nell'Agenda del Millennio sono, con gli attuali livel-



**Figura 3.** La figura mostra un cartogramma in cui le aree dei territori sono disegnate in proporzione ai valori rappresentati. L'Africa e il sud dell'India appaiono come giganti, giganti della mortalità neonatale. Fonte dei dati: World Health Organization, World Health Report, 2005.

li di finanziamento e con le attuali politiche di intervento, fuori della portata dei Paesi dell'Africa a sud del Sahara.

### IL NOSTRO IMPEGNO

Il nostro impegno per la salute, originato dall'imperativo evangelico di curare gli infermi, in continuità con l'impegno preso con la Dichiarazione di Alma Ata del 1978 e rafforzato dall'emergere della cultura dei diritti umani, è chiamato in gioco dalla sfida lanciata dall'Agenda del Millennio, che fa del diritto alla salute uno dei pilastri della lotta alla povertà. In un mondo globalizzato come quello in cui viviamo oggi, differenze così evidenti dei livelli di salute, rilevate da speranza di vita e mortalità materna e infantile, sono moralmente, economicamente e politicamente inaccettabili.

Medici con l'Africa Cuamm vede nel fallimento dei sistemi sanitari l'origine della situazione in cui versa l'Africa sub-sahariana, ma non solo. La crisi dei sistemi sanitari in alcuni casi si è manifestata nell'incapacità dei sistemi a proteggere i poveri, ma in altri casi ha contribuito ad acuire la crisi sociale in atto. Il raggiungimento degli obiettivi più direttamente correlati alla salute passa attraverso la revisione delle attuali politiche sanitarie e il rilancio del ruolo dei sistemi sanitari.

### POLITICHE SANITARIE

Le attuali politiche sanitarie non sono soddisfacenti. Non solo i livelli di finanziamento del settore sanitario sono insufficienti e imprevedibili, sono anche influenzati da priorità che non tengono conto dei bisogni e dell'evidenza scientifica. Con l'avvento sulla scena delle grandi fondazioni e dei fondi globali, il processo di elaborazione delle politiche sanitarie si è frammentato, gli interventi si sono verticalizzati e questo ha indebolito ulteriormente i sistemi sanitari. I nuovi meccanismi di partecipazione e finanziamento alla sanità come i piani strategici di lotta alla povertà, il supporto al bilancio dello stato e i programmi settoriali stentano a produrre risultati tangibili sul campo mentre le politiche di *welfare* dei Paesi in via di sviluppo sono contrastate da vincoli restrittivi fiscali e macroeconomici.

I nostri punti fermi sono: aumentare l'investimento in sanità, concentrarsi maggiormente sugli aspetti qualitativi delle prestazioni, riallocare la spesa pubblica e riorientare i servizi pubblici per raggiungere le categorie sociali più svantaggiate, ridurre le barriere finanziarie all'accesso attraverso sussidi pubblici e forme di finanziamento comunitario.

I nostri interventi sul campo forniscono elementi preziosi sui successi e

sui problemi delle politiche sanitarie. Diventa essenziale che queste esperienze, analizzate criticamente, vengano condivise, rese pubbliche e discusse attraverso un'attenta ma vasta azione di *lobby* e *advocacy*. A tal fine è cruciale partecipare attivamente ad alleanze e partnership a livello nazionale, europeo e globale, e direttamente nei Paesi in cui operiamo al fine di influenzare gli attori, i contenuti e i processi delle politiche sanitarie.

### IL RAFFORZAMENTO DEI SISTEMI SANITARI DISTRETTUALI

Riteniamo che il modello di sistema sanitario da prediligere nei nostri interventi sia quello basato sul distretto sanitario. Qui, soprattutto qui, si dovrebbero misurare la performance del sistema sanitario e gli impatti degli interventi sulla salute e sulla lotta alla povertà, anche quando si opera in situazioni di emergenza umanitaria. Il rafforzamento del sistema distrettuale passa attraverso una serie di questioni che devono essere affrontate.

### GOVERNANCE

Per ben funzionare, il distretto e le sue componenti necessitano di un sistema di governo che sia presente e attivo affinché gli interessi pubblici, del personale e dei pazienti siano tenuti nella giusta considerazione e rispettati. Questo aspetto di buon governo è spesso carente, per cause interne ed esterne, con conseguenti gravi distorsioni dei diritti dei malati, che perdono qualsiasi possibilità di influenzare le scelte strategiche che hanno conseguenze rilevanti per la loro vita.

Medici con l'Africa Cuamm crede che la democrazia praticata richieda una partecipazione attiva dei rappresentanti delle popolazioni nella supervisione politica delle strutture sanitarie pubbliche, private, senza e con scopo di lucro, e vuole investire in un processo di accrescimento della capacità degli organi di governo, in particolare degli ospedali *non for profit*.

## L'EQUI FINANZIAMENTO DEI SERVIZI SANITARI

In Africa la forma più diffusa e iniqua di finanziamento dei servizi sanitari è il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei pazienti (*user fees*). In sostanza, pagano proporzionalmente di più i poveri e coloro che si trovano in condizione di bisogno: gli ammalati; si aggrava la povertà dei poveri, costretti a causa di una malattia a privarsi di qualcosa di essenziale (un animale, l'istruzione di un figlio ecc.).

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

Per Medici con l'Africa Cuamm i compiti fondamentali di un sistema sanitario sono quelli di migliorare lo stato di salute della popolazione e di garantire l'accesso universale ai servizi, senza discriminazioni, attraverso forme eque di finanziamento (*fair financing*, ovvero mutue locali, schemi di finanziamento comunitario, assicurazioni nazionali ecc.). Su questo punto c'è l'impegno a sperimentare nuove forme di finanziamento con i partner africani e a monitorarne l'impatto sulle categorie sociali ed economiche più povere.

## LE RISORSE UMANE

L'Africa sub-sahariana sta attraversando una gravissima crisi di risorse umane nel settore sanitario (Figura 4 e 5). Non è solo una questione di quantità, che può variare da Paese a Paese, ma anche di gestione, motivazione, sviluppo. C'è carenza, soprattutto, di competenze gestionali. L'attuale utilizzazione delle risorse finanziarie, materiali e umane, e di ogni altro elemento del processo di produzione dei servizi sanitari rimane un problema critico. Come lo è anche la capacità di integrare i programmi verticali nella programmazione distrettuale o la necessità di riorientare le risorse e i servizi a favore di aree e gruppi meno privilegiati al fine di ridurre le disegualianze presenti.

La gestione efficiente ed efficace del distretto e dell'ospedale è condi-

zionata dalla qualità del management. Distretti e ospedali dovrebbero essere gestiti da figure professionali competenti ancora molto rare nei Paesi in cui operiamo. L'appoggio, lo sviluppo e la formazione di questi professionisti costituiranno una delle nostre priorità attraverso il supporto a centri qualificati, anche accademici, di formazione locale.

Altrettanto preziose sono le figure sanitarie che operano nelle unità periferiche. Esiste un ampio consenso tra

gli esperti di sanità pubblica su quali siano le tecnologie curative e preventive efficaci e il loro costo, soprattutto per quanto riguarda la salute materno-infantile. Sfortunatamente, queste conoscenze sono poco note e ancor meno applicate dagli operatori sanitari. Si tratta, pertanto, di favorire programmi a medio lungo termine che considerino un mix appropriato di interventi di formazione, aggiornamento, supervisione e di miglioramento delle condizioni di lavoro.



Figura 4. La figura mostra un cartogramma in cui le aree dei territori sono disegnate in proporzione ai valori rappresentati. Come si vede, la spesa sanitaria pubblica è radicalmente bassa in Africa, che appare ridotta a una sottile appendice dell'Europa, e molto alta in quest'ultimo continente, che appare più grande del Nord America. In Italia l'entità della spesa sanitaria pubblica appare molto alta. Anche il Giappone appare molto ingrandito. Fonte dei dati: United Nation Development Programme, Human Development Report, 2004.

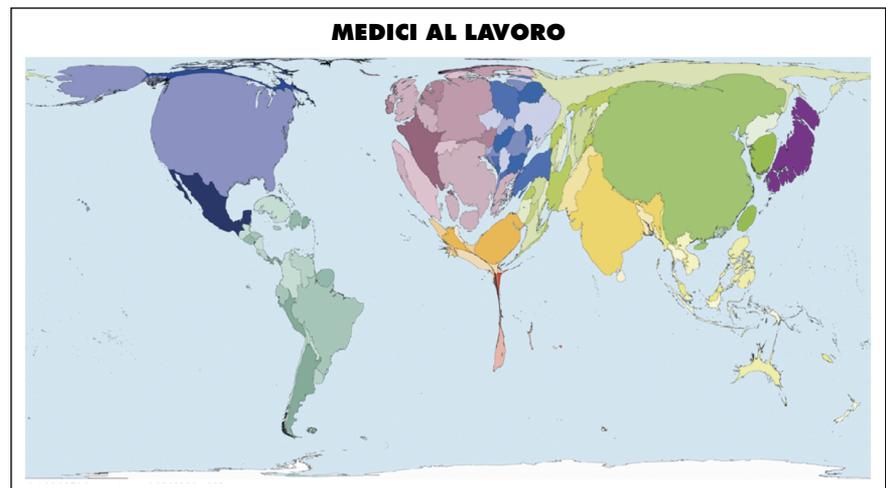


Figura 5. La figura mostra un cartogramma in cui le aree dei territori sono disegnate in proporzione ai valori rappresentati. Le risorse umane in Africa rispecchiano la microscopica entità della spesa sanitaria. Fonte dei dati: World Health Organization, Human Resources for Health, 2004.

## MESSAGGI CHIAVE

□ Il Millennium Summit delle Nazioni Unite del 2000 ha fissato alcuni traguardi, i cosiddetti *Millennium Development Goals* o MDG, da raggiungere per il 2015, in un piano ambizioso verso l'equità mondiale, che fa seguito a quello, sostanzialmente fallito, di Alma Ata, che prevedeva "Salute per tutti per l'anno 2000".

□ Tre di questi MDG hanno particolare interesse per la sanità e per la salute materno-infantile: il MDG 4 (riduzione di 2/3 della mortalità dei bambini < 5 anni entro il 2015); il MDG 5 (riduzione di 2/3 della mortalità materna entro il 2015). Infine c'è l'impegno ad arrestare l'aumento dell'epidemia di malaria e AIDS e altre malattie a larga diffusione entro il 2015, anno in cui dovrebbe iniziare una loro regressione (MDG 6).

□ Tutti i Paesi delle Nazioni Unite, in particolare i "grandi" del G8, si sono impegnati ad aumentare il loro contributo finanziario per gli anni dal 2000 al 2015, ma gli esborsi sono alquanto inferiori alle promesse.

□ Tra i donatori scarsamente affidabili l'Italia è uno dei peggiori.

□ In ogni modo gli aiuti internazionali "dall'alto" tendono a privilegiare l'impegno specifico verso alcune malattie (malaria, AIDS, TB, malattie diffusibili) piuttosto che la costruzione di una rete sanitaria di base "equa e sostenibile".

□ Medici con l'Africa Cuamm è una ONG impegnata, invece, nell'aiuto "dal basso", ivi compresa la formazione di personale.

## LA DIMENSIONE FAMILIARE E COMUNITARIA

È necessario riportare all'attenzione della cooperazione sanitaria internazionale il ruolo chiave delle comunità, che negli ultimi anni è stato trascurato.

Le famiglie, nel contesto delle rispettive comunità e culture, sono gli attori principali della salute dei propri membri e i naturali alleati per il successo di ogni iniziativa al riguardo. Le condizioni di povertà in cui sono costrette a vivere le famiglie influenzano

gli stili di vita che incidono sullo stato di salute. Senza un intervento importante, a livello familiare e comunitario, sui determinanti distali della salute, le strutture sanitarie da sole non riusciranno mai a fornire salute alla popolazione.

La sfida richiede da parte di tutti un modo nuovo di relazionarsi alle comunità locali, con un approccio basato sul diritto alla salute e sull'implementazione di meccanismi innovativi mirati a rendere le famiglie capaci e dotate dei mezzi necessari per sviluppare pienamente le loro potenzialità. Per fare questo ci si adopererà per realizzare programmi integrati che riconoscano la parità di genere, le opportunità economiche, l'educazione, la sicurezza alimentare, l'igiene ambientale e l'accesso all'acqua potabile quali fattori ad alto impatto sulla salute. Questo richiederà che nei distretti dove operiamo si formino alleanze programmatiche con altre organizzazioni che operano in settori non sanitari.

## CONOSCENZA, EVIDENZA E RISULTATI

Politiche sanitarie, efficacia degli aiuti, rafforzamento del sistema di stretta, gestione efficiente delle risorse, lotta alle disuguaglianze, qualità della cura e altri aspetti, compresi - pur nella loro complessità metodologica - anche gli *outcome*, devono essere sottoposti a un vaglio attento di analisi, monitoraggio, valutazione e ricerca. È la sfida della conoscenza e dell'evidenza di ciò che funziona, di come funziona e a quali condizioni. Non si tratta di una sfida nuova, ma di una sfida che si pone in modo nuovo. Gli strumenti moderni della comunicazione rendono facilmente accessibili e fruibili dati, informazioni, esperienze e contatti un tempo impensabili per sede, rapidità e costi. Bisogna lavorare di più e meglio su metodi e strumenti del sapere, inclusi i sistemi informativi di routine, e sull'analisi critica delle informazioni. Il lavoro sul campo deve essere sottoposto a un sistematico processo di monitoraggio e valutazione, adottando una logica organizzativa improntata alla gestione finalizzata ai risultati. Tutto ciò

ha fatto emergere più chiaramente il bisogno di riorganizzare e di rafforzare la nostra attività in termini di *result-based management*.

Per orientarci in questa direzione Medici con l'Africa Cuamm si propone di: rafforzare in Italia i percorsi di formazione e di aggiornamento del personale in partenza; fare un uso più frequente ed efficace delle *survey* locali; inserire un obiettivo di ricerca in ogni progetto; aderire a reti internazionali su tematiche specifiche (ad esempio, area materno-infantile, *contracting*); partecipare a forum e a dibattiti scientifici; ampliare la platea di contributi e lettori della rivista *Salute e Sviluppo*; sensibilizzare gli operatori sanitari e coinvolgere l'opinione pubblica italiana sui temi della salute globale e della cooperazione sanitaria internazionale.

## CONCLUSIONI

Medici con l'Africa Cuamm si pone in questo complicato scenario della cooperazione sanitaria internazionale come soggetto che si integra nel sistema sanitario nazionale dei Paesi dove opera, facendo attenzione a non essere mai protagonista ma sempre discreto facilitatore e, quando necessario, supplente. Medici con l'Africa Cuamm, nella convinzione che la salute è un diritto, pone la priorità della sua azione sulla necessità di influenzare le attuali insoddisfacenti politiche sanitarie e di rafforzare i sistemi sanitari attraverso interventi a medio-lungo termine.

Continueremo, quindi, con estrema flessibilità, a riabilitare strutture, fornire attrezzature e farmaci, provvedere risorse umane e finanziarie, formare personale; ma non come progetto fine a se stesso, ma come mezzo per cooperare con i governi e le comunità africane per migliorare quanto più possibile gli obiettivi di salute e di equità.

## Indirizzo per corrispondenza:

don Dante Carraro  
e-mail: [cuamm@cuamm.org](mailto:cuamm@cuamm.org)  
[www.mediciconlafrica.org](http://www.mediciconlafrica.org)