



ACCESSO VIETATO

PERCHÉ LA GRAVE CARENZA
DI OPERATORI SANITARI OSTACOLA
IL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Save the Children

EVERY ONE



Save the Children



ACCESSO VIETATO

PERCHÉ LA GRAVE CARENZA
DI OPERATORI SANITARI OSTACOLA
IL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI

Save the Children lavora in più di 120 paesi, salvando le vite dei bambini, combattendo per i loro diritti e aiutandoli a mettere a frutto le loro potenzialità.

A cura di: Patrick Watt, Nouria Bricki, Lara Brearley e Kathryn Rawe.

Si ringraziano i colleghi dei programmi che lavorano nei paesi in cui opera Save the Children per aver contribuito alla stesura dei casi studio, per le testimonianze e i commenti.

Siamo inoltre grati a Benjamin Hennig del Worldmapper Project dell'Università di Sheffield per il suo lavoro sulla cartina a pag 6 e 7.

Editing a cura di: Elena Avenati e Chiara Damen

Traduzione a cura di: Irene Amodei

Stampa: Arti Grafiche Agostini

Foto di copertina di Jane Hahn - L'ostetrica Catherine Oluwatoyin Ojo pesa Miriam di 6 mesi in una clinica in Nigeria, uno dei paesi con la maggior carenza di operatori sanitari nel mondo.

Prima pubblicazione 2011



Save the Children
Italia ONLUS

Save the Children Italia Onlus
Via Volturno, 58 - 00185 Roma
tel +39 06 4807001
fax +39 06 48070039
info@savethechildren.it

www.savethechildren.it

INDICE

Gli operatori sanitari in numeri	IV
Prefazione	VI
Sintesi	VII
1 La dimensione della crisi che coinvolge gli operatori sanitari	I
Niente salute senza operatori sanitari	I
La carenza globale di operatori sanitari	2
L'ineguale distribuzione degli operatori sanitari	8
La carenza di operatori sanitari colpisce più duramente i bambini	9
Operatori sanitari e sistemi sanitari	9
È tempo di agire	11
2 Le cause della crisi	12
Mancanza di istruzione e formazione	12
Stipendio inadeguato e mancanza di incentivi	13
Fondi insufficienti	16
Promesse non mantenute	18
Aiuti inefficaci	18
Piani nazionali dedicati al personale sanitario non finanziati adeguatamente e non realizzati	19
3 Superare la crisi	21
Azione politica globale al più alto livello	21
Azione a livello nazionale	21
Più operatori sanitari con adeguate qualifiche	22
Distribuzione efficace degli operatori sanitari	23
Un salario equo per tutti gli operatori sanitari	27
Più finanziamenti e di migliore qualità	29
Conclusioni	30
Appendice 1: Gli impegni internazionali a favore degli operatori sanitari	31
Appendice 2: Gli impegni a favore degli operatori sanitari come parte della Strategia Globale per la salute delle donne e dei bambini	33
Bibliografia	35
Note	37

GLI OPERATORI SANITARI IN NUMERI

1 miliardo I MILIARDO DI PERSONE NON HA MAI VISTO UN OPERATORE SANITARIO NEL CORSO DELLA SUA VITA.

3,5 milioni NEI 49 PAESI PIÙ POVERI DEL MONDO, MANCANO 3,5 MILIONI DI DOTTORI, INFERMIERI, OSTETRICHE E OPERATORI SANITARI DI COMUNITÀ.

41 IL DEFICIT È CRITICO IN 61 PAESI - 41 DEI QUALI SONO IN AFRICA.

3% UN QUARTO DEL PESO DELLE MALATTIE MONDIALI GRAVA SULL'AFRICA, MA SUL CONTINENTE LAVORA SOLO IL 3% DEI DOTTORI, DELLE INFERMIERE E DELLE OSTETRICHE DEL MONDO.

meno di $\frac{1}{10}$

IL GHANA POSSIEDE LA METÀ DEGLI OPERATORI SANITARI CHE SAREBBERO NECESSARI. LA SIERRA LEONE NE POSSIEDE MENO DI UN DECIMO.

25 volte

SE UN DOTTORE DELLO ZAMBIA LAVORASSE NEGLI STATI UNITI GUADAGNEREBBE 25 VOLTE DI PIÙ.

81%

I TRE QUARTI DEI DOTTORI MOZAMBICANI E L'81% DELLE INFERMIERE LIBERIANE LAVORANO ALL'ESTERO.

1 su 5

I INFERMIERE SU 5 VIVE SULLA SOGLIA DELLA POVERTÀ.

appena $\frac{1}{3}$

I PAESI A BASSO REDDITO RICEVONO APPENA UN TERZO DEGLI AIUTI INTERNAZIONALI DESTINATI A FINANZIARE IL SISTEMA SANITARIO.

Operatori sanitari di comunità, dottori, infermieri e ostetriche sono figure indispensabili alla vita di milioni di bambini. Eppure nel mondo si osserva una grave carenza di operatori sanitari e per questo motivo molti bambini muoiono ogni giorno.

Negli anni i vari sforzi compiuti per migliorare la salute globale hanno trascurato il ruolo vitale giocato dagli operatori sanitari, concentrandosi piuttosto sulla disponibilità, altrettanto critica, di medicinali, vaccini e zanzariere nel sistema sanitario.

Eppure se non si inizia a prestare contemporaneamente attenzione al reclutamento, alla formazione e ad una presenza continuativa degli operatori sanitari sul territorio, ogni altro intervento sarà inefficace.

Il risultato di questa politica è che le cliniche e gli ospedali mancano di personale, specialmente nelle aree rurali più remote. Gli operatori che lavorano assiduamente e in prima linea non vengono in alcun modo premiati per essere gli eroi che in realtà sono. Al contrario molti operatori sanitari ricevono salari miseri, lavorano con equipaggiamenti ridotti al minimo e sono assai poco sostenuti.

Questo rapporto arriva in un momento cruciale: la comunità internazionale sta infatti cominciando a riconoscere le implicazioni della carenza di operatori sanitari. A settembre i leader mondiali si incontreranno all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e avranno la possibilità di fare dei passi in avanti ed affrontare la crisi degli operatori sanitari. In quell'occasione dovranno più che mai impegnarsi a sostenere la forza lavoro sanitaria da qui al 2015. In queste pagine Save the Children spiega perché occorra un'azione immediata e concreta tanto a livello politico internazionale quanto a livello nazionale, in ogni paese che soffre di carenza di operatori sanitari. In primo luogo il mondo ha bisogno di più operatori sanitari. Il Ghana ha a disposizione la metà degli

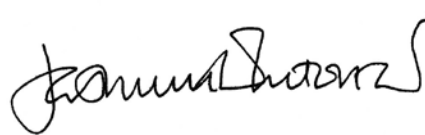
operatori sanitari di cui avrebbe bisogno, la Sierra Leone un decimo. È facile immaginare la differenza che un incremento di questi numeri farebbe in questi paesi. I Governi donatori e le istituzioni internazionali devono aiutare paesi come questi ad affrontare la carenza di personale sanitario. E gli stessi paesi trarrebbero un enorme beneficio se mettessero gli operatori sanitari al centro dei loro piani sanitari nazionali.

In secondo luogo dobbiamo impiegare meglio gli operatori sanitari esistenti e lottare per una loro distribuzione più equa ed uniforme sul territorio. Gli operatori sanitari hanno una famiglia da mantenere e a cui badare e occorre dar loro degli incentivi adeguati perché accettino di lavorare in ambienti difficili. Occorre inoltre riconoscere il loro contributo sia dal punto di vista finanziario sia offrendo loro tutto il sostegno necessario. Per fare davvero la differenza, essi devono essere ben formati e responsabilizzati per svolgere incarichi che permettano loro di esprimere al meglio le loro competenze.

Questo ovviamente non può avvenire in maniera repentina: affinché il personale necessario sia in grado di contribuire concretamente alla realizzazione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio entro il 2015, dobbiamo iniziare a lavorare fin da oggi.

Gli operatori sanitari salvano vite umane. Sono la risorsa più importante di cui disponiamo per migliorare la salute e le possibilità di sopravvivenza dei bambini e delle bambine, delle loro madri e delle loro famiglie.

È tempo di agire.



Jasmine Whitbread
Chief Executive, Save the Children

Ogni giorno 22.000 bambini e bambine nel mondo muoiono prima di aver raggiunto i 5 anni di età.¹

Con il giusto trattamento e un'attenta attività di prevenzione, la stragrande maggioranza di queste morti sarebbe evitabile.

Tuttavia milioni di bambini muoiono a causa della situazione critica in cui gli operatori sanitari si trovano a lavorare, e questo proprio perché non riescono ad accedere alle cure che sarebbero in grado di salvar loro la vita.

I bambini sono le principali vittime della crisi che riguarda gli operatori sanitari. I neonati e i bambini piccoli sono infatti particolarmente vulnerabili a malattie mortali e hanno bisogno dell'assistenza qualificata di un operatore sanitario nei primi giorni, nelle prime settimane e nei primi anni di vita più che in qualsiasi altro momento.

Un bambino che vive in un paese con un numero adeguato di ostetriche, infermieri e medici ha cinque volte più probabilità di sopravvivere al suo quinto compleanno.²

Senza gli operatori sanitari, non possono essere somministrati i vaccini, non possono essere prescritti i medicinali salvavita, non vengono dati consigli per la pianificazione delle nascite e le donne non vengono assistite durante il parto.

La carenza di operatori sanitari ha una doppia natura. In primo luogo, nei paesi più poveri del mondo ci sono troppo pochi operatori sanitari per rispondere ai bisogni dei bambini. Globalmente si stima che manchino almeno 3,5 milioni di operatori sanitari di comunità, ostetriche, infermieri e dottori.³

Per fornire un'assistenza sanitaria elementare occorrono 23 operatori sanitari ogni 10.000 persone.⁴

Tuttavia molti paesi sono ben al di sotto di questa soglia. Il Ghana possiede solo la metà degli operatori sanitari di cui avrebbe bisogno. La Sierra Leone ne possiede meno di un decimo.⁵

In secondo luogo, gli operatori sanitari disponibili spesso non lavorano laddove ce ne sarebbe più bisogno e molti mancano delle competenze, delle risorse e dell'autorità di cui avrebbero bisogno per salvare le vite dei bambini. In molti dei paesi che presentano un alto numero di morti infantili, gli operatori sanitari sono concentrati in aree urbane relativamente più ricche e fuori dalla portata dei bambini che vivono nelle aree più remote.

In molti dei paesi più poveri della terra sono stati fatti dei progressi per affrontare questa doppia sfida dell'insufficienza degli operatori sanitari e dell'inefficienza con cui vengono impiegati quei pochi esistenti. Tali progressi non sono però abbastanza veloci.

Occorre un'azione decisiva immediata per far sì che ogni bambino abbia un operatore sanitario qualificato disponibile, nel momento giusto e nel posto giusto. Questo risultato non sarà raggiunto in maniera repentina: reclutare, formare e distribuire un numero sufficiente di operatori sanitari richiederà anni interi, e renderà necessaria un'azione politica globale e cambiamenti radicali nelle politiche e nelle pratiche nazionali.

A livello globale i leader politici e le istituzioni internazionali devono mettere gli operatori sanitari in cima alla lista delle priorità per la realizzazione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio che riguardano la mortalità materno-infantile.

Impegni politici sono già stati presi in risposta alla Strategia Globale in favore della salute delle donne e dei bambini 'Every Woman, Every Child' (Global Strategy), lanciata dal Segretario Generale delle Nazioni Unite nel settembre 2010.

La sfida, tanto per i paesi in via di sviluppo quanto per i paesi industrializzati, è tener fede a questi impegni e formare e reclutare operatori sanitari in numero sufficiente a superare la crisi entro il 2015.

L'AZIONE POLITICA GLOBALE AI PIÙ ALTI LIVELLI

L'Assemblea Generale delle Nazioni Unite di settembre 2011 rappresenterà un'occasione unica per catalizzare l'azione politica globale sulla grave carenza di operatori sanitari. I governi faranno il punto sulla realizzazione della Strategia Globale durante un evento di alto livello sostenuto da Save the Children e da una coalizione crescente di governi, organizzazioni della società civile, settore privato e istituzioni internazionali.

Tale evento sarà l'occasione per i governi dei paesi in via di sviluppo, i loro donatori e le organizzazioni partner per intervenire sulle cause immediate della crisi che riguarda gli operatori sanitari. Ci sono quattro azioni chiave che è necessario intraprendere:

- reclutare più operatori sanitari con adeguate qualifiche;
- impiegare meglio gli operatori sanitari esistenti per raggiungere i bambini più vulnerabili;
- assicurarsi che tutti gli operatori sanitari ricevano uno stipendio equo;
- dedicare più fondi all'assistenza sanitaria e in modo più efficace.

PIÙ OPERATORI SANITARI CON QUALIFICHE ADEGUATE

Affrontare la crisi che riguarda gli operatori sanitari richiede che governi e paesi donatori lavorino

insieme per assicurare che ci siano sufficienti operatori sanitari di comunità, ostetriche, infermieri e dottori per raggiungere ogni bambino. Numerosi dei più importanti interventi sanitari per i bambini, come l'educazione sanitaria, le cure post-natali, il trattamento della diarrea o la diagnosi della polmonite, possono essere forniti da operatori sanitari di comunità, ma questi avranno bisogno del sostegno di un sistema sanitario più capillare e del personale medico sanitario, dottori, infermieri e ostetriche, per fornire un servizio efficace.

RAGGIUNGERE I BAMBINI PIÙ VULNERABILI

Governi e donatori devono concentrarsi per affrontare l'ineguale distribuzione degli operatori sanitari all'interno dei paesi, incoraggiandoli a lavorare in aree remote e poco servite. Il che significa creare degli incentivi, come ad esempio dei premi finanziari, una supervisione più efficace e migliori attrezzature, affinché vivere e lavorare in contesti impegnativi sia più "attraente".

Un'altra soluzione potrebbe essere il *task-sharing*, ossia la condivisione dei compiti, che permetterebbe agli operatori sanitari, opportunamente formati, che lavorano in prima linea, di prendersi responsabilità aggiuntive consentendo loro di salvare più vite. Il *task-sharing* può aumentare l'accesso all'assistenza sanitaria, specie in aree poco servite dove la scarsità di operatori sanitari altamente qualificati è cronica.

UNO STIPENDIO EQUO PER TUTTI GLI OPERATORI SANITARI

In molti paesi in via di sviluppo, gli operatori sanitari sono sottopagati. In quasi il 20% dei paesi analizzati dall'UNICEF, gli infermieri ricevono a stento quanto basta per tenersi al di sopra della soglia di povertà. Molti operatori sanitari sono costretti a trovarsi una fonte supplementare di guadagno, facendo i doppi turni o un doppio lavoro. La mancanza di un salario

decente può spingere gli operatori sanitari a farsi pagare dai pazienti per l'assistenza sanitaria ricevuta, il che significa spesso che le famiglie più povere non possono permettersi di far curare i propri figli. In alternativa, gli operatori sanitari cercano lavori pagati meglio altrove e abbandonano le loro comunità, il loro paese o lo stesso settore sanitario per dare alla propria famiglia una vita migliore.

Quale che sia il compito dell'operatore sanitario e dovunque egli sia impiegato, i paesi devono far sì che il loro stipendio sia adeguato e che l'importanza del lavoro che stanno facendo sia riconosciuta.

ATTRIBUIRE PIÙ FONDI E IN MANIERA PIÙ EFFICACE ALL'ASSISTENZA SANITARIA

I paesi possono reclutare, formare, distribuire ed attrezzare gli operatori sanitari necessari a realizzare gli Obiettivi del Millennio solo se investono fondi sufficienti. In molti casi ciò significa un aumento significativo del costo salariale del settore pubblico e un aumento complessivo della spesa sanitaria da parte dei governi e dei paesi donatori.

I governi africani devono mantenere le promesse fatte e allocare almeno il 15% del bilancio complessivo dello Stato alla sanità, facendo sì che ciò si traduca in un miglioramento dei servizi sanitari.

Nei paesi più poveri l'aiuto proveniente dai paesi donatori continua a giocare un ruolo cruciale, dato che il 15% di un budget nazionale inadeguato si traduce in un inadeguato budget sanitario. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato

che nel 2015 fornire il minimo di assistenza sanitaria costerà 60 dollari a persona. Questa cifra è quasi nove volte la spesa pro capite che il Governo della Repubblica Democratica del Congo sostiene per persona in materia sanitaria.

Affrontare la crisi che riguarda gli operatori sanitari richiederà anche che governi e paesi donatori spendano di più e in modo più intelligente e che si concentrino sulle aree destinate ad avere le conseguenze maggiori sulla salute infantile. I paesi in via di sviluppo devono dare priorità alle aree in grado di migliorare le condizioni di vita dei bambini più poveri e marginalizzati e di contrastare le cause della mortalità sotto i cinque anni.

I donatori dovrebbero erogare aiuti sul lungo termine e secondo modalità in linea con le strategie e i piani del paese beneficiario e, se opportuno, dovrebbero contribuire direttamente al bilancio sanitario dello Stato. I donatori devono coordinarsi meglio, ottimizzando i loro piani, i sistemi di rendicontazione e le procedure di monitoraggio per ridurre il peso amministrativo che grava sui governi beneficiari.

È fondamentale per ogni bambino ricevere le cure di un operatore sanitario competente, equipaggiato e adeguatamente supportato. Questo risultato richiede globalmente un impegno ai più alti livelli politici e un radicale cambiamento della politica nazionale e della sua realizzazione nei paesi maggiormente interessati dalla carenza di operatori sanitari.

I leader mondiali che si incontreranno nel mese di settembre all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite devono fare del superamento dell'attuale crisi un'assoluta priorità. A un anno dall'adozione della Strategia Globale, si deve cogliere l'occasione di accelerare il processo di reclutamento e formazione di più operatori sanitari per salvare le vite di milioni di bambini.

Il Dottor Abhay Bang, partner di Save the Children, ha avviato in India un sistema di servizi sanitari comunitari per neonati nelle aree rurali aiutando così a ridurre sensibilmente il tasso di mortalità infantile.



LA DIMENSIONE DELLA CRISI CHE COINVOLGE GLI OPERATORI SANITARI

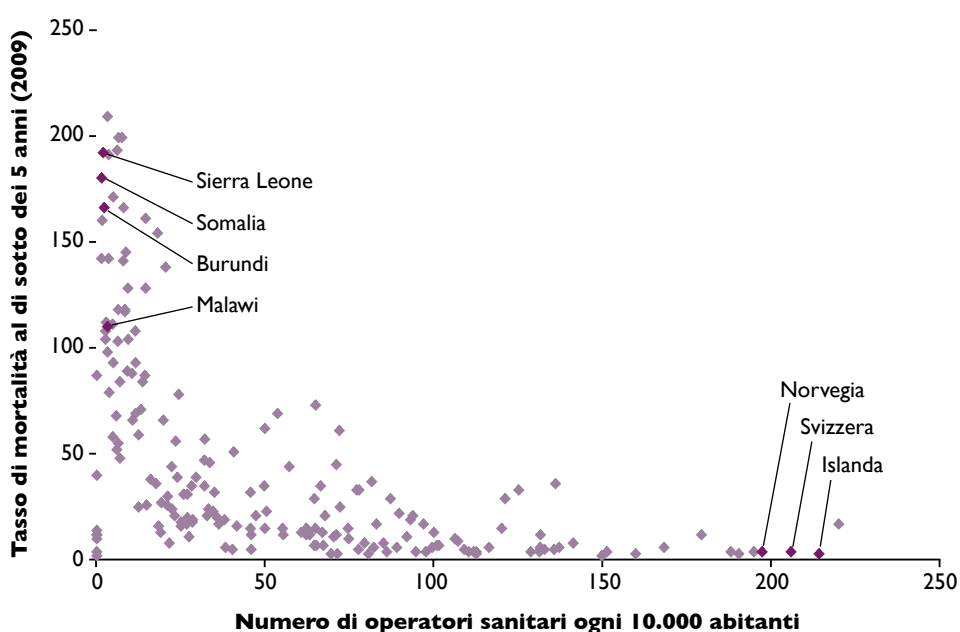
NIENTE SALUTE SENZA OPERATORI SANITARI

Gli operatori sanitari sono risorse indispensabili per salvare le vite dei bambini: essi rappresentano il cardine di qualsiasi servizio sanitario e sono spesso il fattore determinante per la vita o la morte dei bambini stessi. Senza di loro non si possono somministrare vaccini, non si possono prescrivere medicinali salva-vita, non si possono fornire informazioni in materia di pianificazione familiare e le donne non riescono a ricevere un'assistenza qualificata durante il parto. Senza operatori sanitari, malattie come la polmonite e la diarrea - che possono essere trattate facilmente da personale adeguatamente

qualificato e attrezzato - diventano mortali.

Nessun bambino dovrebbe morire perché non è in grado di chiedere aiuto a un operatore sanitario, eppure questo accade ogni anno a milioni di bambini. La carenza di 3,5 milioni di dottori, infermiere, ostetriche e operatori sanitari di comunità e l'inefficienza dell'impiego degli operatori sanitari disponibili, portano ad una crisi del sistema nella quale versano gli operatori sanitari dei paesi più poveri.⁶ Il numero di operatori sanitari presenti e la possibilità di un bambino di raggiungere il quinto anno di età sono strettamente legati (Figura 1). Ad esempio, in Somalia quasi un bambino su cinque muore prima di aver compiuto i cinque anni di età: in questo Paese ci sono 1,5 dottori, infermiere

Figura 1: I paesi con più operatori sanitari hanno un tasso di mortalità infantile più basso



Fonte: World Health Statistics, 2011

e ostetriche ogni 10.000 persone. Al contrario, la Norvegia impiega 188 tra dottori, infermieri e ostetriche ogni 10.000 abitanti e solo un bambino ogni 250 non raggiunge il quinto anno di vita (World Health Organization, 2011b).

Un bambino che vive in un paese con un numero adeguato di ostetriche, infermieri e medici ha cinque volte più probabilità di sopravvivere al suo quinto compleanno rispetto ad un bambino che vive in un paese con forte carenza di operatori sanitari (World Health Organization, 2011b).

LA CARENZA GLOBALE DI OPERATORI SANITARI

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il numero minimo di dottori, infermieri e ostetriche necessarie per fornire servizi sanitari

di base è 23 ogni 10.000 persone (World Health Organization, 2006). La maggior parte dei paesi industrializzati supera di molto questo rapporto (Figura 2): il Regno Unito ad esempio dispone di 130 dottori, ostetriche e infermieri ogni 10.000 abitanti, gli Stati Uniti ne hanno 125, la Svezia 152 (World Health Organization, 2011b).

Eppure 61 paesi - in aumento rispetto ai 59 di cinque anni fa⁷ - non raggiungono la soglia minima e 41 di questi sono nell'Africa sub-sahariana (Save the Children, 2011b). Il Ghana possiede la metà degli operatori sanitari di cui avrebbe bisogno, la Sierra Leone meno di un decimo (Save the Children, 2011b).⁸

Per realizzare, entro il 2015, gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio dedicati alla riduzione della mortalità infantile e materna, alla lotta all'AIDS, alla tubercolosi e alla malaria, è stato calcolato che in 49 paesi a basso reddito ci vorrebbero 2,5 milioni di dottori, infermieri e ostetriche in più e, approssimativamente,

Figura 2: I dieci paesi con la più bassa densità di operatori sanitari e i tre con la più alta

Paese	Numero di operatori sanitari ogni 10.000 abitanti	Abitanti per operatore sanitario
Guinea	1,4	7.143
Somalia	1,5	6.667
Niger	1,6	6.250
Sierra Leone	1,9	5.263
Burundi	2,2	4.545
Repubblica della Tanzania	2,5	4.000
Etiopia	2,6	3.846
Liberia	2,8	3.571
Malawi	3,0	3.333
Ciad	3,2	3.125
Stati Uniti	124,9	80
Regno Unito	130,4	77
Norvegia	188,4	53

Fonte: World Health Statistics, 2011

un milione di operatori sanitari di comunità (Mills, 2009). Questo numero dovrebbe essere considerato come il minimo indispensabile poiché non include un certo numero di paesi, tra cui l'India, che stanno affrontando una significativa carenza di operatori sanitari (vedi il box).

Un miliardo di persone nel mondo non avrà mai l'occasione di incontrare un operatore sanitario in tutta la vita (World Health Organization, 2010e). Milioni di bambini dei paesi più poveri del pianeta

vivono senza un'essenziale assistenza sanitaria di base, e questo perché non esiste un servizio sanitario funzionante nel loro villaggio o nella loro comunità. Un recente studio realizzato da Save the Children dimostra che se si riuscisse a colmare la carenza di 350.000 ostetriche e fosse possibile avere un operatore sanitario qualificato ad ogni parto, si salverebbero ogni anno le vite di 1,3 milioni di neonati (Save the Children UK, 2011a). Se si riuscisse a colmare del tutto la carenza di personale, ogni anno si salverebbe la vita di milioni di bambini.

IL DEFICIT DI OPERATORI SANITARI IN INDIA

La mancanza di operatori sanitari, stimata a 3,5 milioni, considera 49 paesi a basso reddito e non tiene conto delle eventuali carenze presenti altrove. Si tratta pertanto di una stima per difetto della reale carenza globale. In India, si stima ad esempio che occorrono altri 2,6 milioni di operatori per raggiungere gli standard minimi di assistenza sanitaria primaria*.

Le figure richieste per garantire un'assistenza sanitaria primaria, e pertanto incluse in questa cifra, sono le seguenti:

- dottori che lavorano nei centri di prima assistenza;
- levatrici infermiere ausiliarie (*auxiliary nurse midwives*) che forniscono assistenza alle donne e ai neonati e somministrano le vaccinazioni;
- operatori maschi multi-funzioni (*male multi-purpose workers*), responsabili di molte attività volte alla prevenzione e promozione della salute;
- lavoratori "anganwadi" che forniscono tutta una serie di servizi ai bambini sotto i 6 anni e alle donne incinte, compresa la somministrazione di integratori alimentari e il monitoraggio della crescita;

- attivisti socio-sanitari accreditati (*accredited social health activists*) e attivisti socio-sanitari urbani (*urban social health activists*), ovvero quegli operatori sanitari di comunità volontari che operano rispettivamente in aree rurali e urbane.

Secondo le stime più recenti relative al numero di operatori sanitari esistenti fornite dal Rural Health Statistics (2009) e la Common Review quinquennale del National Rural Health Mission (2010), tutte queste figure sono presenti in numero insufficiente. Ad esempio, in base ai dati del Rural Health Statistics relativi al 2009 solo il 29% dei posti per dottori nei centri di prima assistenza sono coperti.

Un'altra tendenza rilevata è che gli operatori sanitari sono meno proprio in quegli stati dove più ci sarebbe bisogno di loro. In Madhya Pradesh, Uttar Pradesh e Bihar, dove il tasso di mortalità infantile è particolarmente alto, c'è una carenza di operatori sanitari di prima assistenza rispettivamente dell'88%, 87% e 82%.

Il deficit di operatori sanitari è maggiore negli stati più poveri, nelle aree rurali, sperdute e montagnose, e nelle regioni con popolazioni tribali.

* Questa stima si basa sui requisiti degli operatori sanitari stabiliti dall'Indian Public Health Standards (gli Standard della Sanità Pubblica Indiana) e dal XIth Five Year Plan (Undicesimo Piano quinquennale) per l'assistenza sanitaria primaria.⁹

QUANDO UN OPERATORE SANITARIO DIVENTA UN EROE: IL DOTTOR MOUROU, NIGER

Il dottor Mourou Arouna (nella foto in basso) è responsabile di un centro di stabilizzazione per bambini malnutriti ad Aguié, in Niger.

Questo Paese registra uno dei più alti tassi di mortalità infantile del mondo: un bambino su sei non vive abbastanza per celebrare il suo quinto compleanno e quasi la metà dei bambini soffre di malnutrizione cronica. In Niger ci sono anche meno di due dottori o infermiere ogni 10.000 persone.

Il centro di stabilizzazione, sostenuto da Save the Children, fornisce alimentazione di emergenza per i bambini.

Il dottor Mourou è responsabile di tutti gli impiegati che lavorano al centro dal 2007. La sua giornata lavorativa inizia alle 7,30, quando controlla che ci siano abbastanza medicine per i trattamenti che vanno somministrati la mattina. Dopodiché inizia il suo giro di visite, e visita tutti i bambini del centro che, durante la recente crisi

alimentare, erano più di 100.

“Ogni giorno ci sono nuovi iscritti. Alle volte vado sul campo a recuperare i malati e li porto qui, li visito e prescrivo loro il trattamento di cui hanno bisogno. La mia giornata tipica è questa. Generalmente vado via dal centro intorno alle 20 o anche più tardi”.

“Ciò che mi motiva è che sono un operatore sanitario, sono un dottore. Ho giurato di dare assistenza sanitaria a coloro che più ne hanno bisogno. Ed è questo giuramento che mi dà la forza di andare avanti.

“Oggi probabilmente non andrò a casa fino alle 4 di mattina, ma se qualcuno mi chiamerà alle 4 e 5 perché ha bisogno di me, tornerò indietro”.

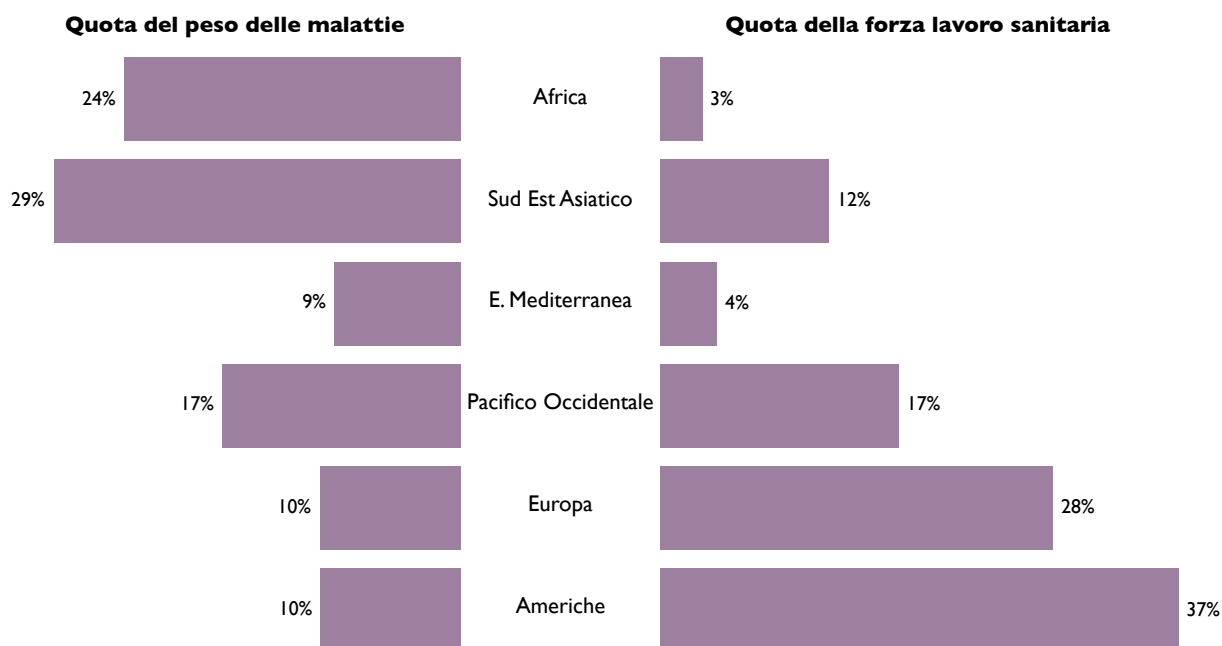
“Sono i bambini a darmi la forza. Sono qui per loro”.

Fonte: Intervista realizzata dallo staff di Save the Children in Niger, 2011



FOTO: RACHEL PALYER/SAVE THE CHILDREN

Figura 3: Percentuale per regione del peso globale delle malattie e della forza lavoro sanitaria



Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità 2006; Organizzazione Mondiale della Sanità 2004

CHE COS'È UN OPERATORE SANITARIO? CHE COS'È UN OPERATORE SANITARIO DI COMUNITÀ?

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce operatori sanitari 'quanti si impegnano nella protezione o nel miglioramento della salute della popolazione' (Adams et al, 2003). Questo rapporto si concentra su quegli operatori sanitari da cui dipende la sopravvivenza infantile: operatori sanitari di comunità e volontari sanitari di comunità, ostetriche, infermieri e dottori. Tuttavia altri operatori sanitari come gli operatori clinici, i farmacisti, i chirurghi e il personale di direzione e supporto sono altrettanto importanti nell'erogazione di un servizio di assistenza sanitaria completo.

Gli operatori sanitari di comunità (OSC) arrivano con diverse esperienze alle spalle, ma in generale sono operatori sanitari non professionali reclutati dalla stessa comunità nella quale sono poi chiamati ad esercitare. Forniscono assistenza sanitaria di base e orientamento, servizi sanitari preventivi e terapeutici come l'assistenza pre-natale e

l'educazione sanitaria. Gli operatori sanitari di comunità normalmente ricevono una formazione standardizzata a livello nazionale e sostenuta localmente, ma non ricevono una formazione medica formale certificata. Gli OSC giocano un ruolo fondamentale nell'incoraggiare i membri della loro comunità a utilizzare al meglio le strutture sanitarie disponibili e a rivendicare il loro diritto alla salute. Gli OSC possono anche aiutare ad affrontare le enormi ineguaglianze nell'accesso all'assistenza nelle aree rurali, remote e prive di servizi, fungendo da ponte tra le famiglie e il sistema di assistenza sanitaria.

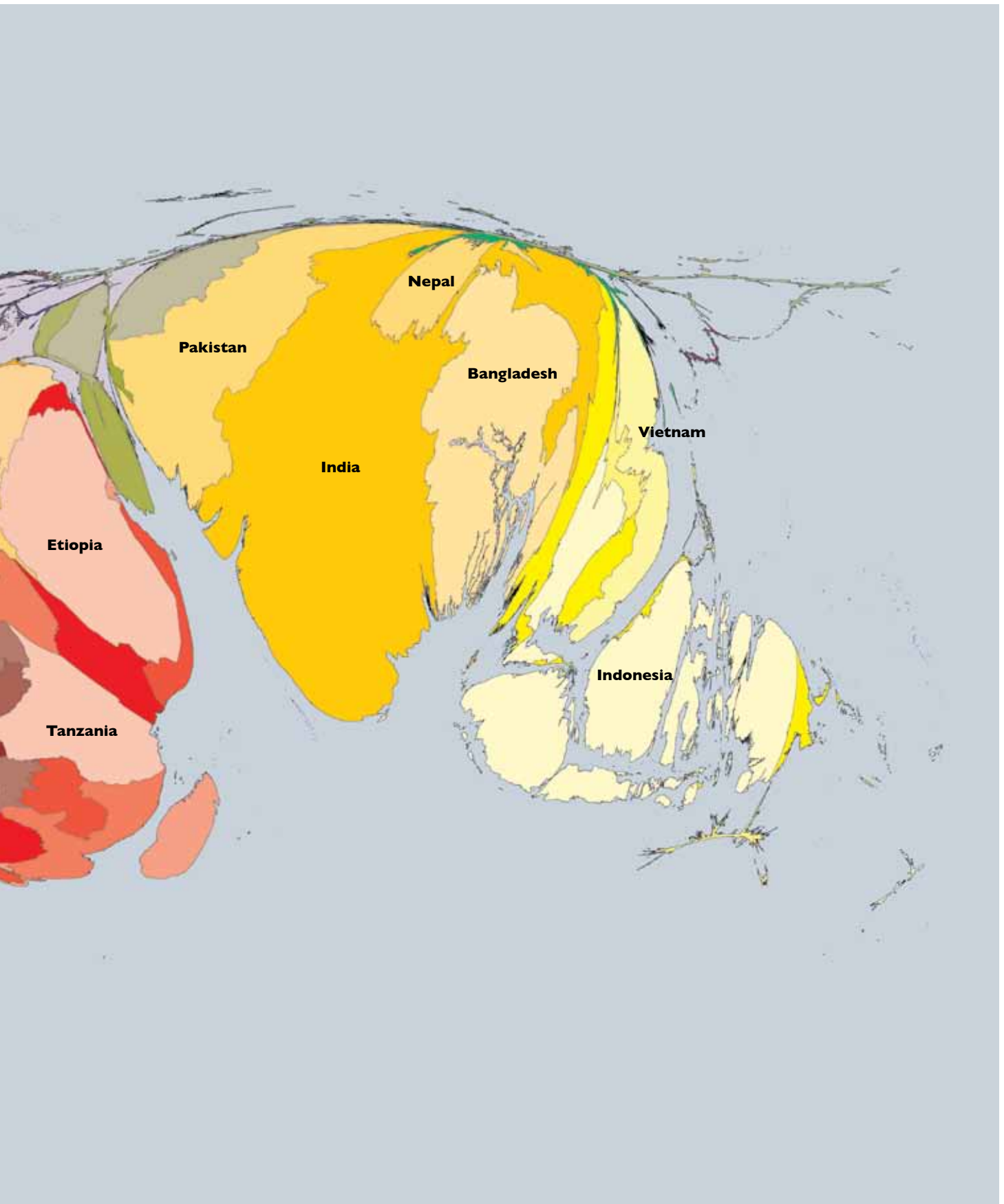
Tuttavia non dovrebbero essere considerati un'alternativa economica o una rapida soluzione. Gli OSC sono tanto più efficaci quanto più sono parte di un 'continuum di assistenza' che va dal nucleo familiare all'ospedale e lo sono ancora di più se ricevono una formazione efficace, un aiuto nella gestione e un salario adeguato.

Figura 4: Mappa del mondo in base al tasso di operatori sanitari ogni 10.000 abitanti

La dimensione di ogni paese riflette il numero di dottori, infermieri e ostetriche di cui questo avrebbe bisogno per raggiungere il rapporto minimo raccomandato dall'OMS di 23 operatori sanitari ogni 10.000 abitanti



La mappa è stata prodotta dal Worldmapper Project, Sasi Research Group dell'Università di Sheffield. La carenza di operatori sanitari è stata calcolata secondo il rapporto minimo raccomandato dall'OMS di 23 dottori, infermieri o ostetriche ogni 10.000 abitanti usando i dati del Global Health Atlas e delle Nazioni Unite (UN population data). Per il Sud Sudan i dati sono stati ricavati dal Piano di Sviluppo Nazionale per il settore sanitario (South Sudan Development Plan, Health Sector Development Plan, 2011 - 2013, 2011) e dal Centro Nazionale per il Censimento, la Statistica e la Valutazione (Statistical Yearbook 2010).



L'INEGUALE DISTRIBUZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI

Spesso gli operatori sanitari sono di meno proprio dove sarebbero più urgentemente necessari. Ciò è vero a livello globale, dove si nota che la carenza colpisce in misura maggiore le regioni più povere del pianeta (Figura 3 e 4).

In Africa si concentrano un terzo delle malattie materno-infantili esistenti e un quarto delle malattie che più in generale affliggono il globo, ma solo il 3% dei dottori, degli infermieri e delle ostetriche che lavorano sul continente (World Health Organization, 2010a). Questa stessa sproporzione si ritrova tale e quale in molti altri paesi.

Per un bambino che vive in una comunità povera, sperduta o trascurata all'interno di un paese che soffre della carenza degli operatori sanitari, la situazione può essere davvero grave. Nella maggior parte dei paesi a basso reddito, i pochi operatori sanitari esistenti tendono a lavorare nelle capitali o nelle aree urbane più ricche. Ciò fa sì che i bambini che vivono in comunità

rurali e remote o nelle aree urbane più povere non abbiano accesso all'assistenza sanitaria professionale.

Le ragioni di questa distribuzione non uniforme sono molteplici e complesse ma tra queste vanno senz'altro segnalate le povere condizioni lavorative e la paga inadeguata, così come il richiamo di migliori opportunità in altre parti del paese, fuori dal settore sanitario pubblico o all'estero.

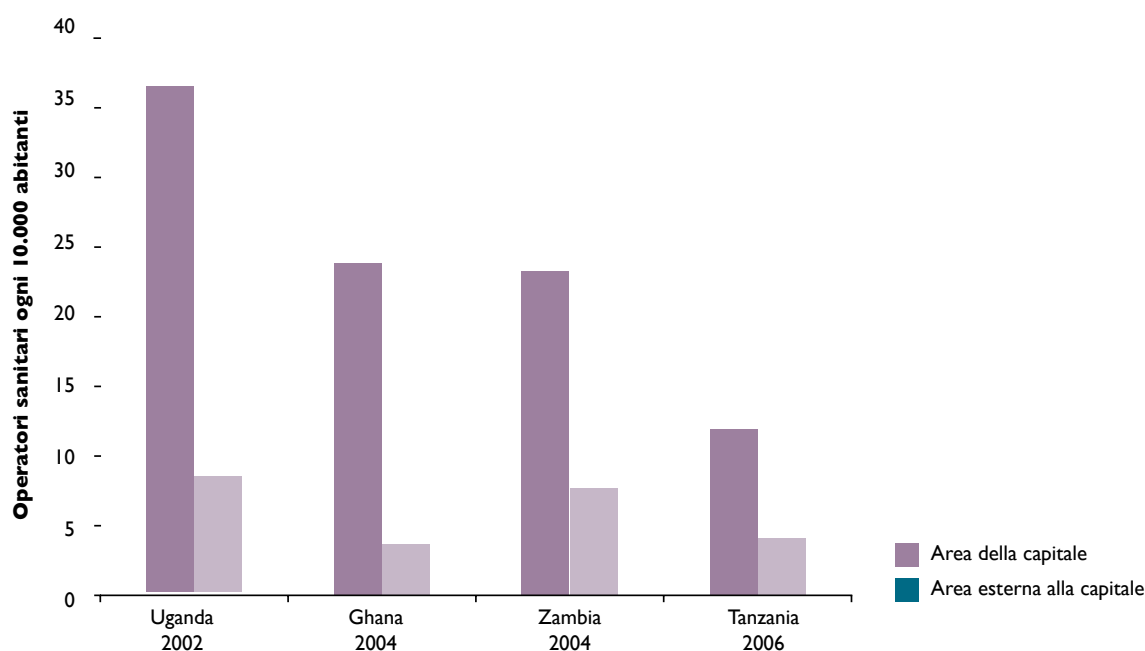
Da tutto questo risulta che, per molti dei bambini più vulnerabili, la clinica sanitaria più vicina è con ogni probabilità attrezzata in modo insufficiente e inadatta a rispondere ai bisogni della popolazione circostante.

L'Uganda è un esempio eclatante (Figura 5).

La capitale, Kampala, contava nel 2006 circa quattro volte più operatori sanitari per abitante che il resto del Paese (Republic of Uganda's Ministry of Health, 2006).

In Ghana nel 2004 la proporzione raggiunse quasi i sei operatori sanitari ad Accra per ogni operatore sanitario attivo fuori della capitale (Tanzania and Zanzibar's Ministry of Health and Social Welfare, 2007).

Figura 5: Numero di operatori sanitari ogni 10.000 abitanti all'interno e all'esterno della capitale in un numero selezionato di paesi



Rapporto: capitale e aree fuori dalla capitale

4,5 6,6 1,4 2,9

Fonte: Tanzania and Zanzibar's Ministry of Health and Social Welfare, 2007

Quasi un terzo di tutte le infermiere in Bangladesh serve il 15% della popolazione che vive concentrata in quattro centri urbani (Zurn et al, 2004). Il 46% della popolazione sudafricana risiede in aree rurali, dove però sono disponibili solo il 12% dei dottori e il 19% delle infermiere (Hamilton and Yau, 2004).

Nelle aree in cui la carenza di operatori sanitari è più acuta, i bambini hanno meno probabilità di sopravvivere. Ad esempio, in Nigeria, un bambino che vive nello stato di Jigawa ha una probabilità di morire tre volte superiore a quella di uno che vive nel vicino stato di Yobe, dove ci sono sette volte più operatori sanitari ogni 10.000 abitanti (Nigeria Bureau of Statistics, 2007). Questa iniqua distribuzione degli operatori sanitari tra aree urbane e rurali non fa che riprodurre inequità tra le condizioni di salute dei ricchi e quelle dei poveri.

LA CARENZA DI OPERATORI SANITARI COLPISCE PIÙ DURAMENTE I BAMBINI

I bambini sono le vittime maggiori della situazione critica in cui gli operatori sanitari si trovano a lavorare. I neonati e i bambini piccoli sono infatti particolarmente vulnerabili a malattie mortali e hanno bisogno dell'assistenza qualificata di un operatore sanitario nei primi giorni, nelle prime settimane e nei primi anni di vita più che in qualsiasi altro momento. Tale assistenza include visite post-natali, immunizzazione contro malattie mortali, somministrazione di vitamina A e di terapie vermifughe. I bambini sono particolarmente vulnerabili alla polmonite, alla diarrea e alla malaria. Senza una diagnosi e un trattamento adeguato da parte di operatori sanitari qualificati, queste malattie evitabili possono trasformarsi velocemente in cause di morte.

Anche le donne in gravidanza hanno bisogno di un contatto più regolare con gli operatori sanitari rispetto alla media. Prima del concepimento, gli operatori sanitari possono dare informazioni sui sistemi di controllo delle nascite. Nel corso della gravidanza l'operatore sanitario può verificare che la donna si stia alimentando correttamente e può monitorare i progressi del bambino. Durante il parto l'ostetrica, anche tradizionale, gioca un

ruolo chiave nell'identificazione e trattamento di eventuali complicazioni e nel cercare aiuto in caso tali complicazioni siano serie; può inoltre aiutare a prendersi cura del neonato. Sono quindi i bambini e le loro madri ad accusare il peso della carenza di personale sanitario nei paesi in via di sviluppo.

Per questa ragione è essenziale porre fine alla crisi che riguarda gli operatori sanitari per realizzare gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e ridurre di due terzi il numero dei bambini che muoiono prima di aver compiuto i cinque anni di età entro il 2015. Certo, assumere e formare gli operatori necessari prenderà molti anni; occorre pertanto iniziare ad agire ora e assicurare che ci siano dottori, infermiere, ostetriche e OSC sufficienti nel 2015. Sono stati fatti dei progressi, ma la carenza di operatori sanitari non si è ridotta alla velocità necessaria per realizzare gli Obiettivi del Millennio.

OPERATORI SANITARI E SISTEMI SANITARI

La capacità di un sistema sanitario di rispondere ai bisogni della sua popolazione dipende dalla sua grandezza, dalle competenze, dalla distribuzione e dall'impegno della sua forza lavoro.

Qualsiasi tentativo di migliorare l'accesso alle medicine essenziali o alla pianificazione familiare, o di aumentare la copertura immunitaria o di introdurre nuovi trattamenti rischia di fallire se non c'è abbastanza personale per erogare tali servizi efficacemente. L'accesso all'assistenza sanitaria di base è il prerequisito di un'infanzia e di uno sviluppo sano e gli operatori sanitari sono un prerequisito di un'assistenza sanitaria di qualità.

Gli operatori sanitari sono solo uno degli elementi che costituiscono il servizio sanitario di un paese. Per essere pienamente efficaci questi devono essere parte di un sistema dotato di:

- infrastrutture funzionanti;
- un ottimo sistema di informazione e sorveglianza sanitaria;
- un'affidabile scorta di medicinali, vaccini e tecnologie;
- sufficienti finanziamenti;
- una buona gestione, una buona leadership e una buona governance.

QUANDO UN OPERATORE SANITARIO DIVENTA UN EROE : SADYA NAEEMI, OSTETRICA, AFGHANISTAN

Sadya Naeemi* (foto in basso) fa l'ostetrica in un distretto rurale nel nord dell'Afghanistan. Era l'unica donna del distretto ad aver completato la scuola secondaria e la sua comunità l'aveva selezionata per frequentare la scuola per ostetriche. Nel 2009 è ritornata al suo villaggio, dove è la sola ostetrica a lavorare nell'unico centro sanitario esistente e fornisce un servizio di copertura 24 ore al giorno. A giugno ha vinto il 'Save the Children Midwife Award 2011'.

Sadya ha dichiarato: "Volevo diventare ostetrica perché il mio villaggio è sperduto, la strada è sterrata e molto brutta e per questo non ci sono ostetriche che vogliono lavorare lì.

Io avevo notato che il tasso di mortalità dei neonati e delle madri è molto alto e che quella gente aveva bisogno di noi. Il mio lavoro è importante perché le

donne rappresentano una parte vitale della società. Sono l'unica ostetrica che parla la lingua locale. Tutti questi elementi mi hanno spinto a diventare ostetrica e a ritornare nel mio villaggio."

L'ospedale più vicino è a cinque ore di distanza e Sadya ha salvato la vita di donne e bambini che non ce l'avrebbero mai fatta ad arrivare in ospedale in tempo. La maggior parte delle donne partorisce in casa o con un'ostetrica tradizionale, un familiare o da sola.

Convincere gli uomini a permettere alle loro mogli di andare al centro sanitario significa cambiare tradizioni centenarie. Attraverso gli sforzi di Sadya, gradualmente le donne hanno iniziato a frequentare il centro e ciò si è tradotto in una maggiore cura prima, durante e dopo il parto.

* Per motivi di sicurezza è stato usato un nome fittizio

Fonte: intervista realizzata dallo staff di Save the Children in Afganistan, 2011



FOTO: FARZANA WAHIDI

Questi pilastri di un efficiente sistema sanitario richiedono investimenti. Al tempo stesso, la carenza di operatori sanitari in molti paesi crea spesso un collo di bottiglia che finisce per ostacolare qualsiasi miglioramento sanitario a livello globale.

I progetti cosiddetti di 'rapido-ritorno' - come quelli che prevedono di aumentare la scorta di medicinali o di costruire nuove strutture sanitarie - tendono a risultare fallimentari perché non tengono conto della capacità della forza lavoro esistente di prendersi cura del bambino malato che visita la clinica e di prescrivergli le medicine di cui avrebbe bisogno per guarire.

Investire in operatori sanitari è un'impresa di lungo termine. Seppure alcuni interventi sanitari, come la somministrazione di sali reidratanti ad un bambino che soffre di diarrea o di antibiotici per la polmonite, generano un ritorno immediato, esiste un evidente ritardo tra un aumento significativo del numero e della capacità degli operatori sanitari e il ritorno che ci si deve aspettare da questo investimento.

Questo è vero, in particolare, per gli operatori sanitari specializzati come i dottori, che richiedono parecchi anni di formazione in strutture costose, ma è anche il caso di figure meno altamente specializzate come gli operatori sanitari di comunità, che pure richiedono formazione e sostegno per svolgere efficacemente il loro lavoro.

È TEMPO DI AGIRE

Esiste un consenso globale sul fatto che un personale sanitario più numeroso e supportato è necessario se si vogliono realizzare gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute. Da quando l'OMS ha dedicato il suo rapporto biennale a questo tema nel 2006 (World Health Organization, 2006), ci sono stati nuovi tentativi di trovare una soluzione alla grave carenza di operatori sanitari. Impegni politici sono già stati presi in risposta alla Strategia Globale in favore della salute delle donne e dei bambini lanciata dal Segretario Generale delle Nazioni Unite durante l'evento 'Every Woman, Every Child' nel settembre 2010.

I leader di molti paesi in via di sviluppo, di molti paesi donatori e di organizzazioni internazionali hanno promesso di affrontare la crisi che riguarda gli operatori sanitari. Ad esempio l'Australia si è impegnata a finanziare la formazione di operatori sanitari ed ostetriche; il Kenya ha dichiarato che avrebbe assunto e distribuito sul territorio 20.000 operatori sanitari in più per l'assistenza sanitaria di base. Save the Children stesso ha promesso di partecipare alla formazione di 400.000 operatori sanitari.¹⁰

La sfida tanto per i paesi in via di sviluppo quanto per i paesi industrializzati è tener fede a questi impegni e formare e assumere operatori sanitari in numero sufficiente ad accelerare il passo verso il superamento della crisi.

Lo slancio innescato dalla Strategia Globale deve subire un'impennata. L'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, un evento di alto livello, sostenuto da Save the Children e da altri gruppi, fornirà il contesto ideale per far incontrare i governi, le organizzazioni non governative e il settore privato e assicurare che vengano concordate misure concrete per superare la crisi che coinvolge gli operatori sanitari.

Tale evento, che si terrà nel mese di settembre, darà l'occasione a quanti hanno preso impegni in favore degli operatori sanitari di dimostrare i progressi fatti, e sarà un'opportunità per gli altri paesi di prendere posizione e adottare piani per assicurare che ogni bambino abbia la possibilità di accedere alle cure di un operatore sanitario competente.

Realizzare questo obiettivo richiede uno sforzo maggiore per far sì che tutti i paesi raggiungano la quota minima di operatori sanitari per numero di abitanti necessaria a fornire un'assistenza sanitaria di base e che gli operatori sanitari siano distribuiti, formati ed equipaggiati per combattere le cause di morte e malattie infantili. Ciò potrà accadere solo se i governi e i donatori si impegneranno ad affrontare i problemi dei salari inadeguati, delle difficili condizioni di vita e lavorative, del sostegno, formazione ed equipaggiamento insufficienti, e, in ultimo luogo, la mancanza di opportunità di progressioni di carriera per gli operatori sanitari.

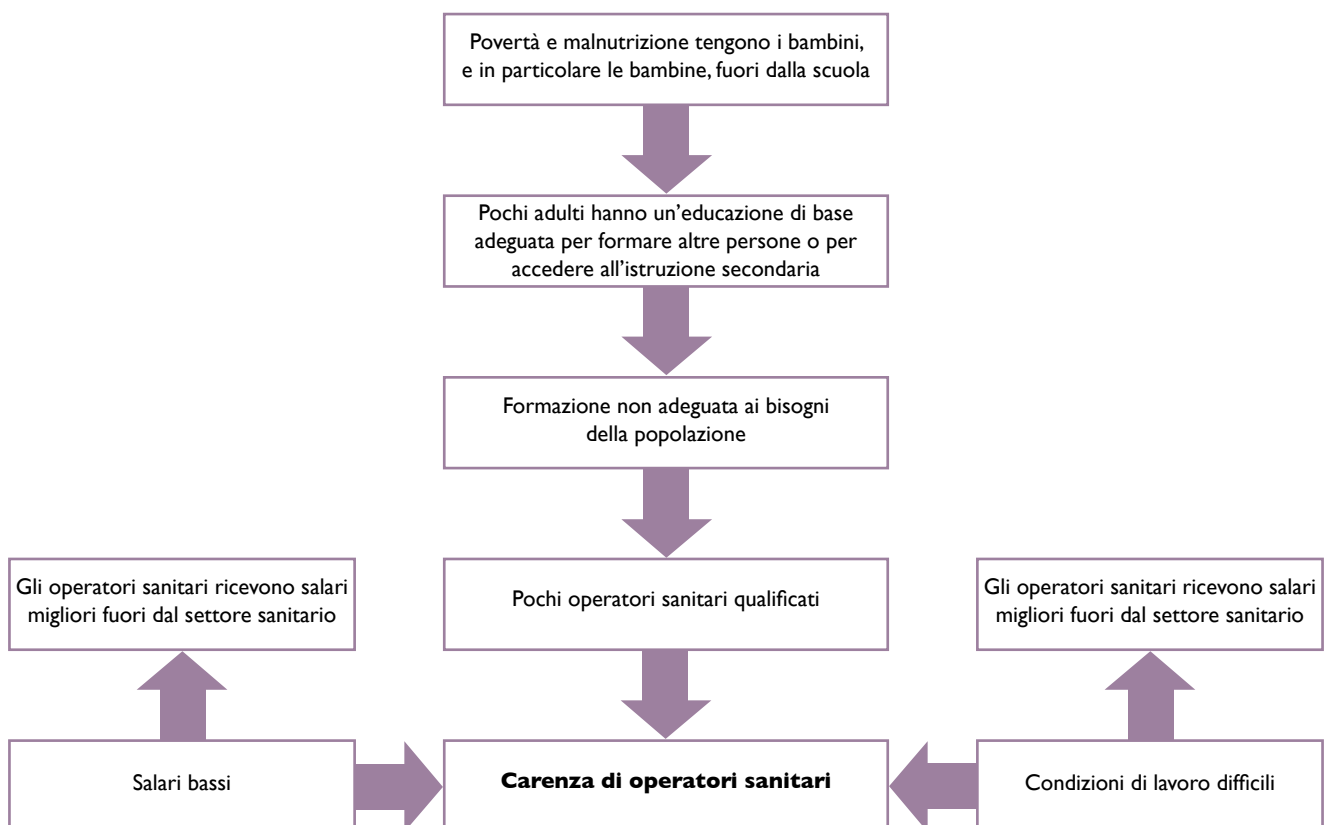
LE CAUSE DELLA CRISI

Le ragioni della crisi che riguardano gli operatori sanitari sono svariate e interconnesse e spiegano perché milioni di bambini che vivono nelle zone più povere del pianeta non hanno ancora accesso all'assistenza sanitaria che potrebbe salvare loro la vita (Figura 6). Tra queste ragioni c'è la mancanza di istruzione e formazione, condizioni di lavoro miserevoli e salari inadeguati, il richiamo di migliori opportunità altrove, un cronico sottoinvestimento nel sistema sanitario e negli operatori sanitari.

MANCANZA DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE

In molti paesi a basso reddito, gli scarsi livelli e la povera qualità dell'educazione contribuiscono alla cronica mancanza di operatori sanitari. Nei paesi più poveri solo una minima percentuale di bambini raggiunge i livelli di istruzione che sarebbero necessari per accedere ad un corso di formazione

Figura 6: I fattori che influiscono sulla scarsità e sull'inequale distribuzione degli operatori sanitari



per infermieri o dottori. In genere poi gli istituti di formazione medica sono pochi e quelli esistenti soffrono spesso di mancanza di fondi. Ad esempio, se in Europa si formano 173.000 dottori l'anno, in Africa questo numero si riduce a 5.100 (Action for Global Health, 2010). In molti paesi manca tanto la capacità di formare personale in grado poi di diventare operatore sanitario, quanto la capacità di fornire una formazione continua affinché gli operatori sanitari esistenti possano migliorare ed aggiornare la loro preparazione.

Occorre aumentare urgentemente il numero di operatori sanitari di comunità (OSC) per provvedere ai servizi di assistenza di base, specie nelle comunità che sono distanti dagli enti preposti all'erogazione di prestazioni sanitarie. Formare un operatore sanitario di comunità richiede meno tempo che formare un dottore, un infermiere o un'ostetrica, ma spesso manca la capacità e l'intenzione di farlo. La maggior parte degli OSC fa pertanto affidamento sul servizio sanitario formale, e quindi su dottori e infermiere. Dato che la formazione iniziale fornita agli OSC è spesso relativamente breve, la formazione continua è indispensabile per garantire che le competenze acquisite vengano aggiornate. A livello globale si stima che, a fronte di una carenza complessiva di 3,5 milioni di operatori sanitari in 49 dei paesi più poveri al mondo, occorrerebbero un milione di OSC in più. Ciò rende la formazione di questi ultimi un elemento determinante nei piani nazionali dedicati alla forza lavoro del settore sanitario.

STIPENDIO INADEGUATO E MANCANZA DI INCENTIVI

“Per ufficiali governativi come dottori, infermiere ed insegnanti, essere assegnati a Melghat (un'area rurale) è come una punizione.”

Dr War, Maharashtra, India

Quanti desiderano diventare operatori sanitari in un paese povero, o in un'area rurale di un paese in via di sviluppo, si trovano davanti alla prospettiva di lavorare in un centro medico che

riceve numerosi casi da trattare ma manca di personale e di attrezzature e non riceve supporto o non ha opportunità di crescita. Molti di coloro che diventano operatori sanitari nei paesi in via di sviluppo lasceranno il settore sanitario a causa dello stipendio basso e delle condizioni di lavoro. L'alto tasso di abbandoni non fa che aggravare la crisi e contribuire alla distribuzione ineguale di operatori sanitari tra i vari paesi e all'interno dei paesi stessi.

Le ragioni che determinano la scelta del tipo di lavoro, e del luogo, da parte di un operatore sanitario sono complesse e numerose (Joint Learning Initiative, 2004). Possono essere divise in fattori che allontanano (fattori push) e fattori che attraggono (fattori pull) ovvero fattori che obbligano la gente ad allontanarsi da un ambiente o la attraggono verso un altro. Per gli operatori sanitari la paga bassa, la mancanza di alloggio, l'inadeguatezza delle strutture scolastiche messe a disposizione dei figli, la scarsa prospettiva di carriera, la debolezza della gestione e la mancanza di sostegno sono tra i più comuni fattori “push”. Parallelamente le opportunità di un salario più alto, di possibilità di promozione o di migliori condizioni di lavoro sono “fattori pull” che attraggono gli operatori sanitari spingendoli quindi ad andare altrove (Joint Learning Initiative, 2004).

Martin lavora in un dispensario nella Provincia Nord Orientale del Kenya. La sua situazione è tipica di molti operatori sanitari in Africa. È l'unico operatore sanitario del dispensario, ma malgrado lavori 60 ore a settimana, con un salario di 24.000 scellini kenioti (265\$) al mese, non è in grado di sfamare la sua famiglia.

“Il mio salario è molto basso” dice Martin. “Non soddisfa i bisogni primari della mia famiglia. Io lavoro troppo, sono il solo operatore sanitario del dispensario e non ho mai tempo di riposare. Il dispensario manca delle cose più basilari e sono a corto di medicine. Il posto dove lavoro è molto lontano e mi sento tagliato fuori dal resto del mondo. Ho pochissime occasioni di crescita professionale. Quando lavoro in un posto come questo le occasioni di essere promosso sono molto scarse”.

SAMA, OPERATORE SANITARIO ED EROE, CINA

Sama (la seconda da destra nella foto in basso) fa la dottoressa nel Sichuan meridionale, in Cina. È responsabile dei sei piccoli villaggi appartenenti alla comunità di Yi che circondano il suo villaggio.

Almeno una volta al mese si reca in ciascuno di essi per visitare i bambini e le loro famiglie che abitano nelle aree più sperdute impiegando a volte fino a tre ore di cammino lungo scoscesi sentieri di montagna.

Sama ha dichiarato: “Alle volte la gente mi chiama di notte e io ho paura perché i sentieri sono ripidi. È particolarmente difficile perché talvolta faccio nascere 2-3 bambini al mese e perciò devo portare con me anche le attrezzature necessarie. Se interviene una complicazione dico al capofamiglia di

accompagnare la madre all’ospedale della contea altrimenti rischia di morire a casa. Molti non sanno che partorire in ospedale non costa nulla”.

L’unica formazione che Sama ha ricevuto risale a vent’anni fa quando fu una delle prime del suo paese a ricevere una formazione sanitaria di base. Guadagna solo 40 YUAN al mese (circa 6 dollari), somma che pagano le autorità sanitarie del villaggio, e allora Sama è costretta a passare la maggior parte del tempo ad aiutare la sua famiglia nei campi, piantando mais e allevando maiali, per sopravvivere.

“La gente qui è troppo povera per darmi qualcosa”, dice “non hanno niente da darmi!”.

Fonte: intervista realizzata dallo staff di Save the Children in Cina, 2011

FOTO: SAVETHECHILDREN



Un salario adeguato è una componente importante del grado di soddisfazione lavorativa, ovunque nel mondo. Nei paesi ricchi, il settore sanitario tipicamente offre salari al di sopra della media: nel Regno Unito gli stipendi degli infermieri e dei medici generici rientrano, rispettivamente, nel terzo quintile e in quello più alto considerando le fasce di distribuzione dei redditi (Office of National Statistics, 2010).

Per quanto lavorino tante ore e con un carico spesso piuttosto pesante, i professionisti sanitari nei paesi donatori ricevono uno stipendio che consente loro di accedere ad un livello di vita assolutamente ragionevole e che riflette in qualche modo il numero di anni dedicati alla formazione professionale.

Ciò non avviene in molti paesi in via di sviluppo. Anche operatori sanitari altamente specializzati spesso vivono alla giornata, costretti a svolgere due lavori per integrare i loro redditi e sostenere le proprie famiglie. In quasi il 20% dei paesi analizzati dall'UNICEF, gli infermieri ricevono a stento quanto basta per tenersi al di sopra della soglia di povertà (UNICEF, 2010). In Pakistan gli 'operatori sanitari donna' erano inizialmente pagati meno di 30\$ al mese - un dollaro al giorno e meno della metà del salario minimo - malgrado i recenti scioperi di luglio 2011 abbiano permesso di migliorare la situazione. In 10 anni lo stipendio reale dei funzionari pubblici -operatori sanitari inclusi - è sceso in 26 dei 32 paesi di cui sono disponibili i dati (McCoy et al, 2008).

Per gli operatori sanitari che lavorano nel settore pubblico i salari possono essere drammaticamente bassi. Alcuni integrano comprensibilmente la loro paga frequentando corsi di formazione esterni o conferenze organizzate da ONG che prevedano il pagamento in contanti di una diaria. Tali situazioni potrebbero non essere sempre un modo efficiente di impiegare il tempo degli operatori sanitari in quanto, almeno temporaneamente, questi non sono in grado di fornire servizi sanitari alla comunità (Riddle, 2010).

Nonostante sia difficile da provare, laddove i servizi sanitari sono stati resi gratuiti per promuovere un accesso equo, gli operatori sanitari, sottopagati, sono spesso tentati di chiedere 'sottobanco' dei

contribuiti informali ai pazienti quale integrazione delle proprie entrate. Queste richieste di pagamento non sono regolamentate e sono spesso illegali. Tutto il peso allora ricade sul paziente, indipendentemente dalla sua possibilità di pagare (Campbell et al, 2009). Ciò significa che le famiglie più povere non possono permettersi di pagare trattamenti salvavita quando i loro bambini sono malati (Borghi et al, 2004).

Mata, che viene da Niger State, in Nigeria, dice che lavorare come infermiera è una sfida quotidiana: "Siamo abituati a non avere medicine e lo staff non è motivato a lavorare a causa dei salari bassi e della difficoltà generale della vita da queste parti. È come se far funzionare il centro non interessasse a nessuno - sono tutti impegnati a fare i propri affari per guadagnare qualcosa".

Alcuni operatori sanitari cercano di trovare lavoro in cliniche private che chiedono ai pazienti di pagare per avere servizi di alta qualità, uscendo così dalla portata delle famiglie povere. Altri si orientano verso organizzazioni no profit, come le ONG e le Chiese, che aiutano a fornire servizi sanitari nei paesi in via di sviluppo, specialmente nelle aree più sperdute. Queste organizzazioni non chiedono ai pazienti la parcella, ma offrono al personale una paga e condizioni migliori di quelle offerte dai servizi sanitari locali attirando così il personale del settore sanitario pubblico.

Angela, capo infermiera all'ospedale Federal Staff di Abuja, in Nigeria, spiega come ospedali privati, ONG ed enti internazionali siano in grado di offrire salari e condizioni decisamente migliori rispetto a quelle offerte dagli enti pubblici e sono i principali responsabili della 'fuga dei cervelli' della forza lavoro sanitaria.

Angela afferma: "Ciò che pagano non può minimamente essere paragonato a quello che riceviamo noi. Ma non è solo questo. Mandano il personale a fare dei corsi di formazione, mentre qui, quando richiediamo al Ministero dei corsi di formazione, ci dicono che non hanno i soldi. E anche quando si propone l'occasione e noi siamo disposti a pagarcela da soli, finisce che non c'è nessuno che rimane a lavorare".

Gli stipendi sono anche uno dei principali fattori responsabili della fuga di operatori sanitari qualificati all'estero. Ciò sorprende poco, se si considera la differenza salariale: un dottore dello Zambia che lavora negli Stati Uniti guadagna 25 volte di più; un infermiere fino a 30 volte tanto (Vujicic et al, 2004). È chiaro che i salari motivano gli operatori sanitari a stare o ad andarsene: l'81% degli operatori sanitari in Ghana, l'84% in Uganda e il 78% in Sud Africa ha dichiarato che rimarrebbe nel proprio paese se ci fossero salari migliori (World Health Organization, 2003). Uno studio condotto in sei stati africani ha dimostrato che la maggior parte degli operatori sanitari ha intenzione di emigrare in ragione di salari più alti (Hongoro and Normand, 2006).

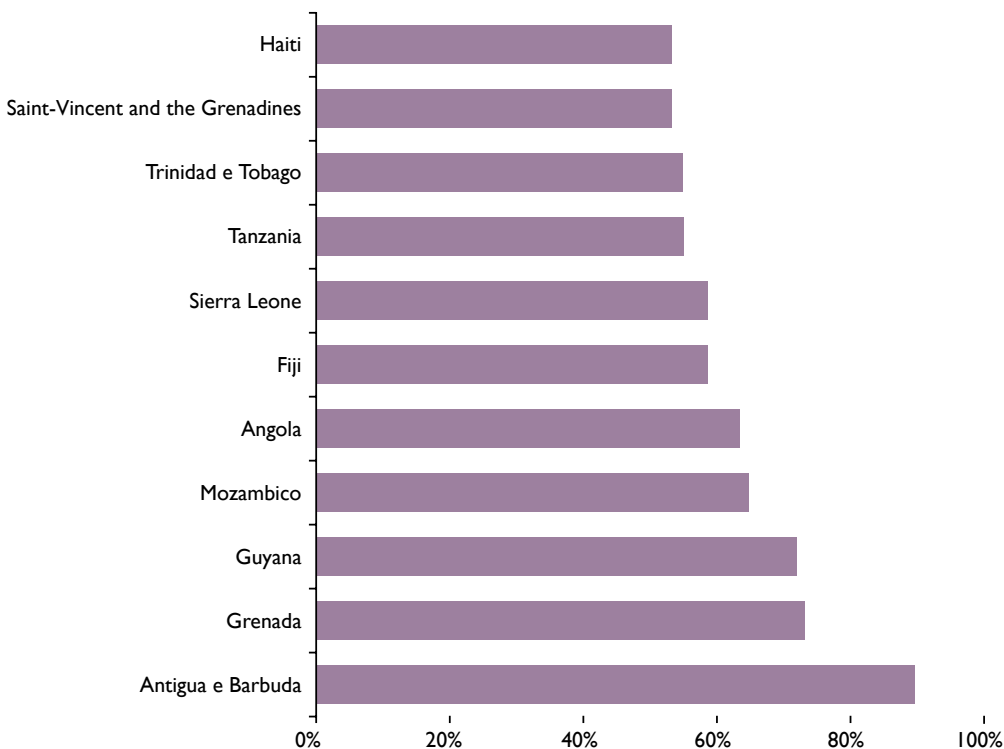
Quando queste intenzioni si trasformano in azioni, i sistemi sanitari locali restano drammaticamente a secco di personale. La percentuale di forza lavoro che emigra per lavorare all'estero è

impressionante: l'81% delle infermiere liberiane; il 78% degli infermieri del Burundi; il 75% dei dottori mozambicani e quasi il 60% dei dottori provenienti dallo Zambia lavorano fuori del proprio paese d'origine (Figura 7) (Clemens and Pettersson, 2006). E questo flusso non avviene solo tra paesi sviluppati e paesi in via di sviluppo, ma anche tra regioni o paesi vicini che offrono migliori prospettive.

FONDI INSUFFICIENTI

La carenza di operatori sanitari e l'uso inefficiente di quelli esistenti è spesso il riflesso di una cronica mancanza di investimenti nel settore sanitario più in generale. Pagare stipendi regolari e sostenere il personale sanitario è un costo considerevole che può essere sostenuto solo laddove una percentuale significativa del bilancio complessivo dello Stato viene dedicato alla salute e una quota significativa del bilancio sanitario sia destinato alle assunzioni,

Figura 7: Gli undici paesi che hanno il più alto tasso di emigrazione di dottori nei paesi dell'OCSE



Fonte: International Migration Outlook – SOPEMI 2007. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007

alla formazione, ai salari e al sostegno dello staff. Gli operatori sanitari tipicamente rappresentano la maggior parte della spesa sanitaria: in Etiopia gli stipendi degli operatori sanitari rappresentano il 59% della spesa sanitaria nazionale; in Liberia il 56%, in Laos il 66%, e in Mozambico il 76% (Tyrell et al, 2010. World Health Organization, 2011a).

Nella gran parte dei paesi che soffrono di una grave carenza di operatori sanitari, il governo non ha dato priorità o non ha saputo allocare una quota sufficiente del bilancio nazionale al settore sanitario (Tabella 1). Nel 2001 i capi dei governi africani si sono incontrati ad Abuja e hanno promesso che avrebbero dedicato il 15% del bilancio dello Stato alla sanità (African Union, 2001). Eppure, ad oggi, solo 8 paesi hanno tenuto fede a questa promessa (World Health Organization, 2011b).

La responsabilità di reclutare, formare e conservare la forza lavoro sanitaria di un paese è alla fine responsabilità del governo del paese stesso. I paesi in via di sviluppo devono fare della sanità una priorità nazionale e devono allocare le risorse di conseguenza.

Tuttavia, in alcuni dei paesi più poveri, per quanto l'obiettivo del 15% della spesa nazionale allocata alla

sanità sia stato raggiunto, la cifra pro capite resta troppo bassa per garantire uno standard sanitario dignitoso. Dopo tutto, il 15% di un budget nazionale inadeguato si traduce in un inadeguato budget sanitario. Nel 2008 la Repubblica Democratica del Congo ha stanziato per la sanità il 17,5% della spesa pubblica, ma questo si traduceva in 7\$ per persona. La Liberia ha speso per la sanità il 17,2% del bilancio: 9\$ a persona all'anno.

D'altra parte il Regno Unito spende 2.500\$ all'anno, la Svezia 3.000\$, la Danimarca, la Norvegia e gli Stati Uniti quasi il doppio (World Health Organization, 2011b). Stando alle raccomandazioni dell'OMS, entro il 2015 la spesa minima richiesta per rispondere ai bisogni elementari della popolazione dovrebbe essere di 60\$ a persona (World Health Organization, 2010c). Gli attuali livelli di finanziamento dei paesi a basso reddito - anche in presenza di sforzi significativi - non arrivano a coprire a pieno i costi dell'assistenza sanitaria di base.

La capacità dei paesi più poveri di fare fronte ai bisogni dei lavoratori del settore sanitario è spesso ostacolata dalle condizioni fiscali eccessivamente restrittive imposte dai programmi del Fondo Monetario Internazionale (FMI).

Tabella 1: I dieci paesi che spendono meno in salute considerando la percentuale della spesa sanitaria nazionale e della spesa sanitaria pro capite

Paesi	Percentuale di spesa nel settore sanitario sul totale della spesa pubblica (2008)	Paesi	Spesa pubblica pro capite nel settore sanitario (in US\$) (2008)
Myanmar (Burma)	0.7	Guinea	3
Azerbaijan	2.5	Sierra Leone	3
Eritrea	3	Eritrea	4
Iraq	3.1	Bangladesh	5
Pakistan	3.1	Guinea-Bissau	5
Afghanistan	3.7	Rep. Pop. Democratica del Laos	6
Rep. Pop. Democratica del Laos	3.7	Burundi	7
Guinea-Bissau	4	Repubblica Democratica del Congo	7
Sierra Leone	4.2	Etiopia	7
Guinea	4.3	Pakistan	7

Fonte: World Health Statistics, 2011

I paesi più poveri potranno affrontare la grave carenza di operatori sanitari solo se i governi donatori aumenteranno la quantità e la qualità degli aiuti e se adotteranno politiche macroeconomiche più liberali.

PROMESSE NON MANTENUTE

Tutti sono d'accordo - e la Strategia Globale lo conferma - sul fatto che gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio in materia sanitaria non potranno essere raggiunti se non verrà affrontata la situazione critica che riguarda gli operatori sanitari (Appendice I). I maggiori cambiamenti che contribuiranno a risolvere tale crisi devono venire *in primis* dai paesi in via di sviluppo. Anche i paesi donatori hanno la responsabilità di rispondere ai bisogni degli operatori sanitari specialmente nei paesi più poveri fortemente dipendenti dagli aiuti esterni. In un momento in cui gli aiuti di molti paesi ricchi si stanno riducendo, il sostegno finanziario agli operatori sanitari rischia di venir ulteriormente sacrificato. Se tutti i donatori seguissero l'esempio della Norvegia, della Svezia, della Danimarca, dei Paesi Bassi e del Lussemburgo, donando lo 0.7% del PIL come previsto dall'obiettivo delle Nazioni Unite, la comunità internazionale avrebbe molte più possibilità di rispondere rapidamente, e in modo flessibile, alla situazione critica che riguarda gli operatori sanitari.

Il costo di queste promesse non mantenute è pesante e viene pagato con la salute dei bambini. Nonostante gli aiuti dedicati alla salute materno-infantile siano raddoppiati dal 2003 arrivando a raggiungere 5,4 miliardi di dollari nel 2008 - il 60% dei quali proviene dalla Gran Bretagna e dagli Stati Uniti - questa cifra corrisponde a 4,5 centesimi per ogni dollaro speso complessivamente in aiuti e rappresenta appena un terzo del livello di aiuto necessario per raggiungere gli Obiettivi del Millennio relativi al settore sanitario secondo quanto identificato della Strategia Globale (Pitt et al, 2010). Gli aiuti che vengono erogati per finanziare i sistemi sanitari spesso scavalcano i paesi che più hanno bisogno: i paesi a basso reddito ricevono solo un terzo dell'aiuto complessivo stanziato per la salute nonostante questi paesi stiano affrontando la sfida sanitaria più dura e urgente. (Mills, 2009).

AIUTI INEFFICACI

Troppo spesso il modo in cui i donatori erogano gli aiuti indebolisce la capacità dei governi di affrontare la crisi che riguarda gli operatori sanitari. I paesi a basso reddito tipicamente contano su molteplici fonti di finanziamento per coprire le spese sanitarie, tra cui le tasse, e gli stanziamenti formali ed informali.

È normale che i finanziamenti dei donatori alla sanità provengano da vari canali e non arrivino tutti allo stesso tempo, e al contempo ciascun donatore può controllare diversi flussi finanziari che confluiscono poi su uno stesso servizio sanitario. La maniera frammentaria in cui gli aiuti vengono assegnati al settore sanitario rende le decisioni di lungo termine che riguardano il personale sanitario particolarmente difficili, specie nei paesi più poveri che dipendono fortemente dagli aiuti per coprire i loro costi vivi.

Ciascun singolo aiuto porta con sé specifici processi in termini di formulazione di progetti e programmi, approvazione, implementazione, monitoraggio e reportistica, e questo può pesare non poco su governi beneficiari già sovraccarichi, spesso a scapito dei piani sanitari nazionali.

Un recente articolo ha riportato, ad esempio, che in Mozambico attualmente si stanno implementando 185 diversi progetti nel settore sanitario, ciascuno rispondente a criteri di pianificazione, implementazione e reportistica diversi (OCSE 2011). La frammentazione dei donatori può anche avere un impatto diretto sulla capacità dei servizi sanitari locali. In Tanzania uno studio ha mostrato ad esempio che le visite dei donatori richiedono in media all'ufficiale medico distrettuale il 10-20% del suo tempo, e la redazione di rapporti anche di più (McKinsey & Company and Bill & Melinda Gates Foundation, 2005).

C'è da aggiungere poi che gli stanziamenti sono spesso assegnati su periodi brevi - tipicamente un ciclo annuale di bilancio - e ciò impedisce ai paesi di fare piani per progetti di lungo termine, come quelli che sarebbero necessari per reclutare e formare operatori sanitari. Oltre ad essere a breve

termine, l'aiuto orientato al settore sanitario è in genere molto più volatile dei fondi ricavati dalle tasse (McKinsey & Company and Bill & Melinda Gates Foundation, 2005). Se i paesi non possono affidarsi a flussi finanziari stabili, non possono neanche pianificare investimenti che dureranno parecchi anni incidendo così sulla loro capacità di sostenere dei costi fissi (Oya and Pons-Vignon, 2010).

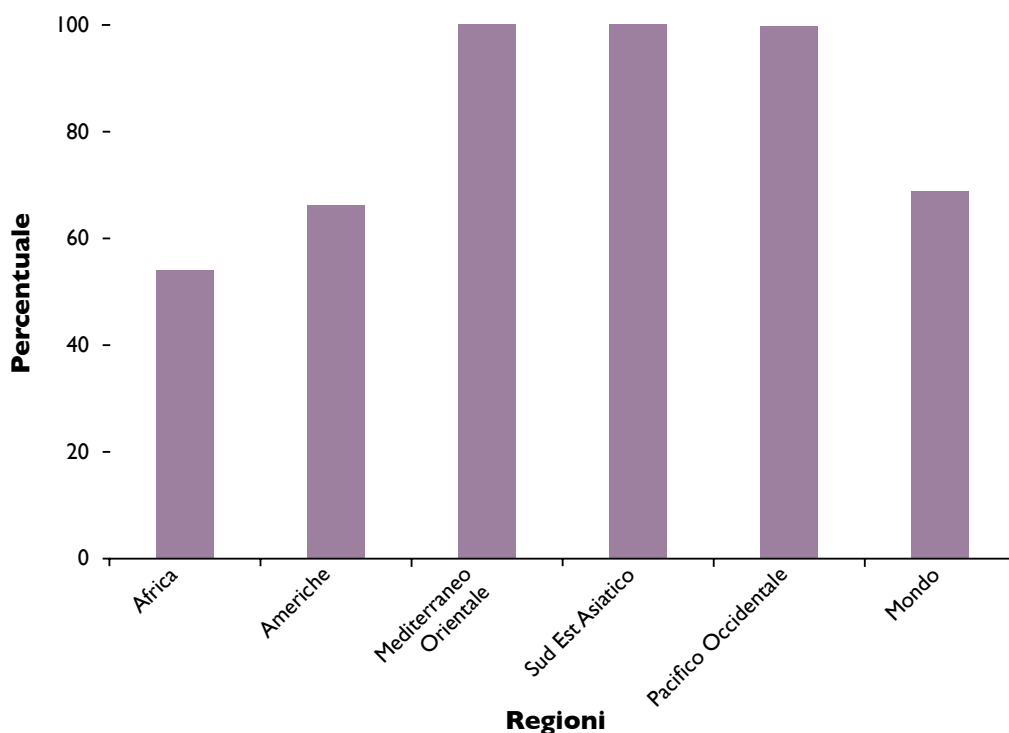
PIANI NAZIONALI DEDICATI AL PERSONALE SANITARIO NON FINANZIATI ADEGUATAMENTE E NON REALIZZATI

Tutti i paesi che soffrono di una grave carenza di personale sanitario e mancano di dottori, infermieri, ostetriche e operatori sanitari di comunità, hanno bisogno di un piano che spieghi come intendono rispondere ai bisogni immediati in modo sostenibile e tale piano deve essere il fulcro di un piano sanitario nazionale. In ciascun piano sanitario nazionale occorre trovare il giusto equilibrio tra gli sforzi compiuti per migliorare le competenze degli operatori sanitari

esistenti e la volontà di reclutare nuovo personale. I piani esistenti si concentrano normalmente su formazione e mantenimento del personale in servizio. Ciò è essenziale ma va integrato con altrettanti sforzi volti ad rafforzare il reclutamento di lungo termine di tutti i tipi di operatore sanitario (World Health Organization, 2010d).

Nel 2010 quasi l'80% dei paesi che stanno soffrendo di una crisi che riguarda gli operatori sanitari ha dichiarato di avere un piano per affrontare la carenza di personale sanitario. Il 71% di questi prevede un budget per la realizzazione di tale piano, sebbene con vari livelli di dettaglio. Nonostante ciò, solo il 38% di questi piani dispone di un finanziamento adeguato per coprire i costi necessari. La mancanza di finanziamenti spiega anche il fatto che solo il 55% dei piani che riguardano il personale sanitario è stato davvero realizzato (World Health Organization, 2010d). I paesi che hanno più bisogno sono anche quelli i cui piani sono più scoperti dal punto di vista finanziario (Figura 8) (World Health Organization, 2010d). In Liberia, ad esempio, meno del 5% degli aiuti ricevuti per interventi sul settore

Figura 8: Percentuale di piani che ricevono fondi dall'OMS a livello regionale e globale



Fonte: World Health Organization, 2010d

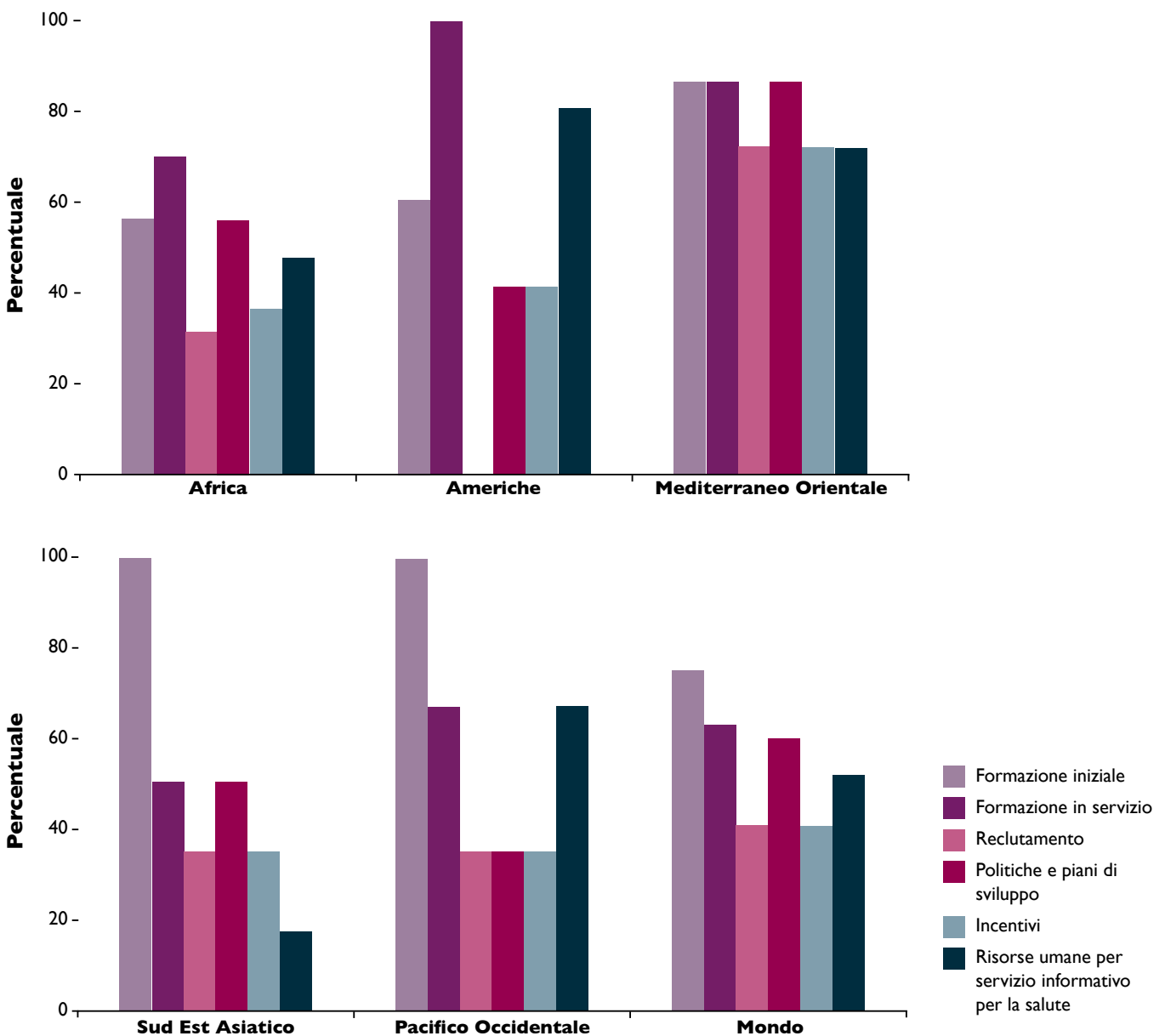
sanitario (1,5 milioni di dollari) sono stati investiti nel sostegno degli operatori sanitari (World Health Organization, 2011a).

Gli aiuti destinati agli operatori sanitari vengono orientati principalmente alla formazione, in particolare ai corsi di specializzazione, agli incentivi e, occasionalmente, al reclutamento (Figura 9). Gli aiuti non vengono destinati ad aumentare gli stipendi dei lavoratori sanitari - in parte ciò è dovuto alla riluttanza dei donatori a sostenere costi di lungo

periodo - tanto che solo 19 dei paesi sottoposti a sondaggio dall'OMS ricevono un qualche tipo di supporto per sostenere il salario degli operatori sanitari (World Health Organization, 2010d).

Nei paesi dove la carenza di operatori sanitari è drammatica e laddove i livelli salariali costituiscono un deterrente al reclutamento, al mantenimento e alle prestazioni sanitarie locali, la riluttanza dei donatori a contribuire ai costi vivi del settore o al bilancio dello Stato rappresenta un ostacolo importante al progresso.

Figura 9: Percentuale del tipo di attività degli operatori sanitari sostenute da partner di sviluppo e dall'OMS a livello regionale e globale



Fonte: World Health Organization, 2010d

SUPERARE LA CRISI

Per superare la crisi che riguarda gli operatori sanitari occorre agire con urgenza intervenendo su due livelli.

A livello globale, i leader politici e le istituzioni internazionali devono approfittare dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite per mettere gli operatori sanitari in cima alla lista delle priorità, mobilitare risorse e fare regolarmente il punto sui progressi fatti.

Al tempo stesso, i paesi in via di sviluppo che soffrono di carenza di operatori sanitari devono adottare e realizzare piani vincolati nel tempo e preventivati nei costi, se vogliono riuscire ad avere il personale sanitario di cui hanno bisogno entro il 2015.

AZIONE POLITICA GLOBALE AL PIÙ ALTO LIVELLO

I governi hanno già promesso di aumentare il numero di operatori sanitari e di iniziare ad impiegare in modo efficiente quelli esistenti, tramite la Strategia Globale.

Da un lato i paesi che sinora si sono sottratti ad impegni specifici devono farsi avanti, dall'altro le promesse già fatte vanno rafforzate e realizzate concretamente. I progressi registrati in tal senso saranno valutati nel corso di un evento di alto livello dell'Assemblea delle Nazioni Unite a settembre 2011, che sarà un'occasione per intensificare gli sforzi per affrontare la carenza di operatori sanitari ed esortare a prendere misure a livello nazionale.

AZIONE A LIVELLO NAZIONALE

Se si intende superare la crisi che coinvolge gli operatori sanitari nei paesi più poveri occorre affrontare sia la carenza assoluta di personale, sia l'uso inefficace del personale esistente. C'è bisogno di maggior enfasi nel sostenere quegli operatori sanitari che lavorano in prima linea, come le ostetriche e gli OSC, che sono il primo punto di contatto con i bambini e le loro famiglie.

Molte delle misure necessarie per andare in questa direzione possono essere realizzate in un periodo di tempo relativamente breve, come il rafforzamento delle competenze degli operatori esistenti attraverso corsi di specializzazione e condivisione dei compiti (o *task-sharing*), e possono avere un impatto significativo sulla disponibilità e sulla qualità dell'assistenza sanitaria.

Tuttavia è necessario anche realizzare investimenti di lungo periodo, i soli in grado di assicurare la disponibilità del personale per gli anni futuri, e di creare un continuum di assistenza tra la casa e l'ospedale.

Le soluzioni alla carenza di operatori sanitari richiederanno un'azione collettiva trasversale ai governi nazionali.

I Ministeri delle Finanze hanno un ruolo centrale dato che gran parte del salario totale degli operatori sanitari proviene dal settore pubblico.

Anche i Ministeri dell'Istruzione rivestono un ruolo importante, poichè nella maggior parte dei paesi i corsi di formazione degli operatori sanitari sono per lo più finanziati dal budget dell'educazione.

I Ministeri della Sanità richiedono una chiara leadership politica, dato che i ministri sono chiamati ad affrontare la carenza di personale sanitario in modo sostenibile e progressivo, dando priorità ai bisogni dei bambini e delle famiglie più povere.

I paesi afflitti dalla crisi degli operatori sanitari devono quindi:

- reclutare più operatori sanitari con un ampio spettro di qualifiche;
- impiegare meglio gli operatori sanitari esistenti per raggiungere i bambini più vulnerabili;
- assicurarsi che tutti gli operatori sanitari ricevano uno stipendio dignitoso;
- dedicare più fondi all'assistenza sanitaria e in modo più efficace.

I piani nazionali per il personale sanitario

Ogni paese afflitto dalla crisi degli operatori sanitari deve avere stabilito un piano governativo con relativo budget per reclutare e formare nuovi operatori sanitari, e una strategia per garantire che la disponibilità di operatori sanitari sia sostenibile sul lungo termine (Global Health Workforce, Alliance, 2008).

I governi dei paesi in via di sviluppo devono dare priorità alla salute e destinare una percentuale sufficiente del loro bilancio per sostenere finanziariamente tali piani. Anche i donatori devono fare la loro parte per assicurare che nessun piano nazionale per il personale sanitario fallisca a causa della mancanza di fondi, e dovrebbero fornire supporto tecnico così da garantire che il piano rifletta i bisogni reali e specifici della popolazione, anche di quella che vive nelle aree sprovviste di servizi. Oltre ad aumentare l'offerta di operatori sanitari, i piani per il personale sanitario devono identificare un modo per impiegare meglio gli operatori esistenti, tramite adeguati corsi di formazione, *task-sharing*, riassegnazione ad aree scarsamente servite, misure per la permanenza nelle stesse (*retention packages*), e investimenti per supportare, gestire ed equipaggiare gli operatori sanitari (Tabella 2) (Grobler et al, 2009).

PIÙ OPERATORI SANITARI CON ADEGUATE QUALIFICHE

Reclutare più operatori sanitari di comunità

Gli operatori sanitari di comunità sono una componente essenziale del personale sanitario e sono spesso in prima linea nell'assistenza sanitaria dei bambini. I paesi più poveri non saranno in grado di realizzare l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio n. 4 senza operatori sanitari di comunità più numerosi e meglio supportati. Dal momento che formare gli OSC prende meno tempo che formare figure professionali più specializzate, essi hanno la possibilità di intervenire su molte delle attuali emergenze sanitarie che colpiscono i paesi con un alto tasso di mortalità infantile (Bhutta et al, 2010).

Sul lungo termine gli OSC possono giocare un ruolo indispensabile completando operatori sanitari più qualificati e fungendo da ponte tra la comunità e il servizio sanitario. Tuttavia reclutare più OSC, formarli e distribuirli efficacemente sul territorio è una sfida complessa. Questi non vanno considerati come una rapida soluzione o come un'alternativa alle ostetriche, infermiere e dottori. L'esperienza insegna che gli OSC sono più efficaci quando lavorano a fianco di professionisti, quando sono collegati a centri sanitari funzionanti e quindi in grado di indirizzare i casi più gravi ai professionisti sanitari specializzati (Lehmann and Sanders, 2007).

Il grande vantaggio degli OSC risiede nel fatto che sono in grado di raggiungere le comunità più povere e di accedere alle popolazioni più lontane e attualmente scavalcate dal sistema sanitario esistente.

Sono inoltre particolarmente importanti per assicurare il miglioramento della salute infantile. Fornendo un'assistenza a basso costo ma molto efficace nella prevenzione e nella cura, come i trattamenti per la polmonite e la diarrea, e dando consigli sull'allattamento e la nutrizione, gli OSC possono garantire una maggiore equità nell'offerta dei servizi per la salute materno-infantile (Lehmann and Sanders, 2007). La loro efficacia nel raggiungere i bambini più poveri e le loro madri è ancor più

importante se si considera che nella maggior parte dei paesi a basso reddito l'attuale tentativo di ridurre la mortalità infantile si è concentrato in maniera sproporzionata sulle fasce di reddito più alto della popolazione.

In molti paesi l'impiego di OSC è ormai una consuetudine. In Brasile gli OSC raggiungono 80 milioni di persone (Bhutta et al, 2010). In Pakistan dal 1994 esiste un esteso programma pubblico per la formazione e la distribuzione sul territorio di operatrici sanitarie (Lady Health Workers, LHW). Con un personale di 90.000 operatori, si stima che le operatrici sanitarie coprano il 70% della popolazione rurale (Jalal, 2011). La conseguenza di questi risultati, rapidi e a basso costo, è che un numero sempre maggiore di paesi si sta concentrando sugli OSC nella lotta alla mortalità materno-infantile.

DISTRIBUZIONE EFFICACE DEGLI OPERATORI SANITARI

Le zone abitate dai bambini più vulnerabili sono quelle che registrano il minor numero di operatori sanitari. Esistono molte strategie per incoraggiare gli operatori sanitari a lavorare in prima linea, spesso in aree sperdute, rurali e prive di servizi. Tali strategie permetterebbero di migliorare l'accesso ai servizi sanitari affrontando così alla radice le cause della mortalità infantile. Tra queste vi sono: gli incentivi finanziari, i miglioramenti nelle tecnologie di comunicazione, la formazione personalizzata o adeguata ai bisogni delle regioni prive di servizi, nonché cambiamenti nella normativa che permettano per esempio ad un operatore sanitario di lavorare un certo numero di ore nel settore privato.

Tanto il sostegno professionale da parte del settore sanitario, quanto il supporto della popolazione

PROGRAMMA DI EMERGENZA PER LE RISORSE UMANE IN MALAWI

Il Malawi ha dimostrato che mettere a punto un piano nazionale per il personale sanitario, poi sostenuto dai donatori, sia il modo migliore per risolvere il problema della carenza di operatori sanitari. Il programma di Emergenza per le Risorse Umane del Malawi (Emergency Human Resources Programme, EHRP) ha aumentato il personale sanitario del 53% tra il 2004 e il 2009 e si stima abbia salvato oltre 13.000 vite.

Il Piano consisteva in 5 interventi che affrontavano la carenza di personale sul lungo periodo, prendendo al contempo delle misure temporanee per rispondere ai bisogni immediati:

- 1) ha migliorato gli incentivi aumentando del 50% lo stipendio di 11 diverse tipologie di operatore sanitario, insieme a nuove assunzioni e a strategie di riassunzione;
- 2) ha ampliato la capacità di formazione per raddoppiare il numero degli infermieri e triplicare quello dei dottori che potevano essere formati;
- 3) ha impiegato dottori volontari internazionali e infermieri tutor nel breve periodo, mentre si

organizzavano corsi di formazione su larga scala;

- 4) ha rafforzato la capacità del Ministero della Salute di pianificare, gestire e sviluppare risorse umane;

- 5) ha sviluppato un sistema di gestione dell'informazione sanitaria per monitorare e valutare le capacità delle risorse umane.

L'EHRP è stato realizzato con l'aiuto finanziario e tecnico di partner di sviluppo tramite un Sector Wide Approach (SWAp). Questo approccio prevede che i donatori finanzino il cuore del budget sanitario, permettendo al governo beneficiario di stabilire quali sono le sue priorità e realizzare un piano nazionale.

La valutazione dell'EHRP ha evidenziato che alla base del successo dell'operazione ci sono stati la volontà politica, la partecipazione di più partner e attori, la pianificazione sul lungo termine e l'equilibrio tra i diversi quadri di operatori sanitari. Il governo non avrebbe potuto pagare per l'intero piano, e tanto meno per l'aumento di stipendi, senza il sostegno del donatore.

Fonte: Management Sciences for Health, 2010

Tabella 2: Interventi per migliorare il tasso di permanenza degli operatori sanitari nelle aree più sperdute

Categorie di intervento	Esempi
<p>A. Educazione e interventi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ammissione mirata di studenti provenienti dal background rurale • Reclutamento e formazione nelle aree rurali • Modifiche e miglioramento nei curriculum medici • Maggiore pratica sul campo nelle zone rurali a partire dall'inizio del percorso di studi universitari • Programmi educativi di sensibilizzazione • Coinvolgimento della comunità nella selezione degli studenti • Richiesta di servizio obbligatorio • Licenza condizionata • Sistemi di rimborso del prestito • Creazione di diversi profili di operatori sanitari • Riconoscimento delle qualifiche all'estero
<p>B. Compensazione monetaria (compensazione finanziaria diretta e indiretta)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Salari più alti per chi lavora nelle zone rurali • Indennità rurale (compreso l'installation kit) • Pagamento condizionato alla performance • Diversi metodi di pagamento • Prestiti (per la casa, la macchina, etc.) • Borse di studio per l'educazione familiare • Altri benefits
<p>C. Gestione e supporto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Generale miglioramento nelle infrastrutture rurali (abitazioni, strade, telefonia, accesso all'acqua, comunicazioni radio, etc.) • Migliori condizioni lavorative e abitative, incluse le opportunità per l'istruzione e per l'occupazione del coniuge, accesso adeguato e certo alle tecnologie e ai medicinali • Supervisione di supporto • Supporto nello sviluppo di un percorso di carriera continuo • Premi e riconoscimenti speciali • Opportunità di contratto flessibili per lavoro part time • Misure per ridurre la sensazione di isolamento degli operatori sanitari • Maggiore opportunità per il reclutamento del servizio civile

Fonte: World Health Organization, 2009

locale, sono elementi determinanti per assicurarsi che un operatore sanitario permanga stabilmente nel suo incarico e sia altamente motivato. Esistono svariati esempi a testimonianza del successo di assunzioni di operatori sanitari selezionati per lavorare in aree sperdute. In Nigeria, il Midwife Service ha reso obbligatorio per le ostetriche neodiplomate un anno di servizio in un centro sanitario di una comunità rurale e sta arruolando ostetriche disoccupate o in pensione. Oltre 2.600 ostetriche sono state distribuite in 652 centri e il progetto è stato prolungato da due a tre anni in ragione del suo successo (Nigeria Federal Ministry of Health, 2011). Il Burundi e la Sierra Leone sono ricorsi alla strategia di richiamare gli operatori sanitari in pensione per lavorare nelle aree rurali, mentre si procede a formare nuovi operatori.¹¹ In alcuni casi vengono richiesti operatori sanitari ad un altro paese: ad esempio dottori ed infermieri cubani sono stati inviati nelle aree rurali in vari stati africani sub-sahariani (Laleman et al, 2007).

Condivisione dei compiti

Molti operatori sanitari non hanno la necessaria formazione, attrezzatura e autorità per affrontare le vere cause della mortalità infantile sotto i 5 anni. In questi casi andrebbero formati e andrebbero loro assegnate nuove e differenti responsabilità. La condivisione dei compiti (il cosiddetto *task-sharing*) normalmente implica che gli operatori sanitari vengano formati ed equipaggiati per riorientare le loro priorità sanitarie. In alcuni casi ciò comporta cambi e revisioni nelle regole e nelle leggi in modo da permettere a differenti quadri di operatori sanitari, come gli operatori sanitari di comunità, di accollarsi alcune delle responsabilità dei professionisti specializzati (che sono pagati di più e la cui formazione prende molto più tempo). Tali compiti possono includere la gestione di malattie infantili comuni, come la polmonite e la malaria. In molti paesi il *task-sharing* sta prendendo piede e sta avendo effetti positivi sulla salute delle donne e dei bambini. Ad esempio l'Etiopia ha realizzato un innovativo piano su larga scala che prevedeva

GLI ASSISTENTI SANITARI DI SORVEGLIANZA - IL CASO DEL MALAWI

Molti dei miglioramenti sulle chances di sopravvivenza dei bambini in Malawi sono dovute al lavoro di promozione sanitaria degli oltre 10.000 assistenti sanitari di sorveglianza (Health Surveillance Assistants, HSAs) che sono disseminati nelle aree rurali del Paese (VSO Malawi, 2011). Questi assistenti sanitari, che inizialmente venivano reclutati temporaneamente per le campagne di vaccinazione contro il vaiolo negli anni '60 e contro il colera alla metà degli anni '70, sono operatori formati e stipendiati che forniscono assistenza sanitaria preventiva come immunizzazioni per via orale ed educazione sanitaria. Come parte del Programma Sanitario Nazionale del Malawi che prevede di fornire servizi di assistenza alle madri e ai neonati a livello comunitario, il Governo del Malawi, sostenuto da Save the Children, ha aumentato il numero di questi operatori sanitari di frontiera e ha reso quelli già esistenti più efficaci grazie a dei corsi di formazione.

Questo Programma, realizzato in collaborazione con il Ministero della Sanità, l'UNICEF e altri partner, raggiunge ogni anno approssimativamente 500.000 neonati e le loro mamme (Save the Children US, 2007).

Attualmente gli operatori sanitari di sorveglianza vengono formati per assistere le madri e i neonati nel corso della gravidanza, fin a dopo la nascita e per indirizzare i bambini malati al centro sanitario più vicino per ulteriori trattamenti. I risultati preliminari nei tre distretti pilota di Chitipa, Dowa e Thyolo mostrano un aumento di assistenza prenatale e di parti assistiti. I risultati dell'indagine domestica sulla copertura dei servizi sanitari, inclusa l'assistenza neonatale, saranno disponibili a breve.

Sulla scia del successo di tale Programma, il Ministero della Salute sta realizzando il pacchetto in altri tre distretti e il governo ha già in programma di estenderlo a tutti i 28 distretti del Paese.

DORIS OPERATRICE SANITARIA ED EROINA: OPERATORE SANITARIO DI COMUNITÀ, SUD SUDAN

Doris (foto in basso) è un operatrice sanitaria di comunità nello Stato Western Equatoria in Sud Sudan. È stata formata da Save the Children per diagnosticare e trattare la malaria, la polmonite e la diarrea nella sua comunità.

Doris ha dichiarato: “Ho fatto nascere dei bambini ma tre sono morti. Tutti hanno sofferto di diarrea e di malaria in passato. Ho imparato

come funzionano le medicine che trattano queste malattie e come comportarmi con i pazienti. Ho imparato a fare domande quando una madre viene da me con il suo bambino malato. Chiedo il nome e l'età del bambino e quale parte del corpo gli fa male.

Se il corpo del bambino è caldo so che si tratta di malaria e allora gli do le pastiglie antimalariche. Dico alla madre di dare una pastiglia al giorno al bambino e se non migliora la indirizzo alla clinica.

Per la diarrea, se la madre mi dice che è iniziata molti giorni prima le chiedo perché non ha portato il bambino da me prima. Se ha disturbi di stomaco chiedo alla madre se gli sta dando da mangiare.

Dopo il corso mi sentivo felice e adesso ho curato già venti bambini che avevano la polmonite e ho dato alle persone che sono venute da me le pastiglie contro la malaria. Vedo i bambini che stanno meglio. Una delle figlie di un mio vicino aveva la polmonite e io sapevo che cosa c'era che non andava.

La comunità mi ha scelto per diventare un'operatrice sanitaria di comunità così posso aiutare a trattare i bambini di qui. Ho accettato perché volevo aiutare i bambini. A volte vengono la mattina, a volte cinque, tre, quattro insieme. Altre volte mi svegliano di notte. Non posso rifiutarmi di curarli, anche se sono stanca, perché so come si sente una madre quando suo figlio è malato.”



FOTO: RACHEL PALMER/SAVE THE CHILDREN

Fonte: intervista realizzata dallo staff di Save the Children in Sud Sudan nel 2010.

di assegnare a 34.000 donne stipendiate compiti di promozione e prevenzione sanitaria, in particolare nel campo della salute materno-infantile, dell'HIV/AIDS e della malaria. Nelle regioni in cui il lavoro di promozione e prevenzione è già forte, è stato sperimentato il *task-sharing* della gestione di malattie infantili comuni come la diarrea, la polmonite, la malaria e le forme gravi di malnutrizione da parte delle operatrici sanitarie e i primi risultati dimostrano che queste sono state in grado di verificare, classificare e trattare i bambini efficacemente (Degefie et al., 2009, Wakabi, 2008).

Il governo etiope sta anche formando operatori sanitari di medio livello che hanno bisogno di una formazione più breve dei dottori, ma possono svolgere compiti simili, inclusi il parto cesareo e l'assistenza ostetrica generale. Il *task-sharing* è particolarmente significativo nei paesi a basso reddito come l'Etiopia che combinano un alto tasso di mortalità infantile, scarse risorse e una popolazione rurale che non ha accesso ai servizi sanitari.¹²

UN SALARIO EQUO PER TUTTI GLI OPERATORI SANITARI

I paesi possono reclutare più operatori sanitari e cercare di sfruttare al meglio la forza lavoro sanitaria esistente offrendo incentivi. Le condizioni lavorative, il sostegno alla gestione, le opportunità di sviluppo di competenze e la posizione sociale degli operatori sanitari sono tutti elementi decisivi. Tuttavia in molte zone i bassi salari rappresentano un deterrente e scoraggiano gli individui dall'entrare o rimanere nelle fila del personale sanitario e costringono molti operatori ad avere un rendimento al di sotto delle proprie possibilità nello svolgimento delle proprie funzioni. Un giusto stipendio potrebbe aiutare ad aumentare la produttività, ridurre l'assenteismo o l'esigenza di doppi lavori e migliorerebbe la permanenza, diminuendo il turnover.

Il salario di base - che corrisponde a quanto occorre ad un individuo per coprire i bisogni primari - è importante soprattutto per gli OSC e le infermiere che sono tendenzialmente meno pagate. Un salario nazionale minimo, laddove esiste, può essere usato come punto

IMPIEGARE MEGLIO GLI OPERATORI SANITARI NEL NORD DELLA NIGERIA

Save the Children è membro della Partnership for Reviving Routine Immunisation - Maternal, Newborn and Child Health. La partnership che raggiunge 17 milioni di persone in 4 Stati è stata lanciata nel 2006 in cooperazione con il governo nigeriano e con il sostegno del Regno Unito e della Norvegia.

Una parte del programma si concentrava sulla necessità di migliorare la formazione e la gestione degli operatori sanitari esistenti. La partnership ha offerto corsi di specializzazione in assistenza sanitaria materno-infantile e neonatale, pianificazione familiare e gestione delle malattie infantili al 43% degli operatori sanitari di alcuni centri selezionati. Il programma includeva la formazione di 40 nuovi formatori e la costituzione

di 14 nuovi centri di formazione. Un sistema informatizzato per la gestione delle risorse umane è stato istituito in tutti gli Stati coinvolti e 29 manager e supervisori sono stati istruiti sull'uso del software.

Una valutazione del programma ha evidenziato che i problemi ancora da risolvere erano lo sviluppo di incentivi per trattenere gli operatori sanitari nelle aree rurali più sperdute e l'aumento del numero di operatori sanitari donne. Il programma è stato prolungato fino al 2013 e si concentrerà sulla possibilità di ampliare le competenze degli operatori sanitari di comunità, fornendo loro una formazione da ostetrici, e di migliorare la supervisione dei neodiplomati.

Fonte: PRRINN-MNCH, Marzo 2011

di riferimento per il salario di base; tuttavia sono pochi i paesi a basso reddito che hanno già definito il proprio salario minimo. Un'alternativa potrebbe essere regolare i salari all'interno del settore sanitario definendo una tariffa standard per ciascuna categoria lavorativa. Ciò attrarrebbe lavoratori di migliore qualità e assicurerebbe livelli salariali giusti all'interno del paese.

Vari meccanismi che in qualche modo collegano l'erogazione di fondi al raggiungimento di un risultato stanno acquistando popolarità tra i donatori, specialmente la Banca Mondiale. Uno di questi è il finanziamento basato sui risultati che prevede che gli operatori sanitari ricevano dei pagamenti aggiuntivi in relazione a ciò che hanno realizzato. Per quanto il sistema di pagamento condizionato ai risultati (*pay-for-performance*) sia stato introdotto o esteso ad almeno 20 paesi (Meessen et al, 2010), i risultati sono finora

ancora incerti (Pearson, 2011). Tale sistema richiede infatti che vengano identificati attentamente gli indicatori di successo poiché vincolare gli stanziamenti ai risultati può essere rischioso. Ad esempio l'adozione di alcune procedure essenziali potrebbe essere trascurata se gli incentivi economici fossero correlati alla quantità dei servizi offerti e non alla qualità degli stessi o se si focalizzasse l'attenzione sui bambini più facili da raggiungere a scapito di quanti abitano in comunità sperdute. Laddove gli operatori sanitari sono scarsi e il sistema di reportistica inaffidabile, il monitoraggio della prestazione può essere particolarmente complesso. Gli schemi di *pay-for-performance* vanno considerati con cautela e definiti con cura, solo così gli incentivi basati sulla prestazione sono in grado di migliorare i servizi sanitari, come è successo in Rwanda, dove si è osservata una maggiore copertura e una migliore qualità dei servizi sanitari materno-infantili (Basinga et al, 2011).

IL RUOLO DELLE VOLONTARIE SANITARIE DI COMUNITÀ - IL CASO DEL NEPAL

In Nepal, Save the Children ha sostenuto il Ministero della Salute nella costruzione di servizi sanitari di assistenza. Il progetto include la formazione degli operatori sanitari esistenti in modo che acquisiscano nuove competenze tanto nell'ambito della supervisione, della logistica e del monitoraggio quanto in quella più direttamente legata all'assistenza dei neonati.

Il Nepal ha un corpo unico e ben stabilito di più di 48.000 volontarie sanitarie che agiscono in prima linea nel fornire un'ampia gamma di servizi per la salute materno-infantile in tutto il Paese. Rappresentano un ponte tra il settore sanitario formale e la comunità sin dagli anni '90.

Le volontarie sanitarie di comunità fanno visite a domicilio, prima e dopo il parto, e hanno seguito corsi specifici in assistenza neonatale, inclusa la rianimazione e l'assistenza skin-to-skin per i prematuri o i neonati sottopeso. Per quanto le volontarie non siano qualificate da un

Fonte: Saving Newborn Lives, 2009

punto di vista medico, sono state formate per identificare i sintomi di un'infezione seria che è la causa più frequente di morte neonatale in Nepal. Il governo nepalese ha realizzato i corsi di formazione in 10 distretti e ha dimostrato il suo impegno a salvare le vite dei neonati sostenendo e incentivando efficacemente queste volontarie.

Lavorando con altri partner, il ruolo di Save the Children nel progetto era di verificare quanto tali interventi fossero efficaci, fornire assistenza tecnica e assistere il governo a dar forma alla sua politica, contribuendo anche direttamente alla realizzazione dei corsi di formazione in un distretto.

Il Nepal è sulla buona strada per realizzare il quarto Obiettivo di Sviluppo del Millennio che prevede di ridurre la mortalità infantile di due terzi entro il 2015.

PIÙ FINANZIAMENTI E DI MIGLIORE QUALITÀ

Reclutare un numero maggiore di operatori sanitari e rendere migliori le condizioni di lavoro richiederà una maggiore spesa sanitaria. A livello nazionale molti paesi possono allocare una quota maggiore delle loro risorse al settore sanitario e da parte loro i governi devono trovare il modo di raccogliere i fondi necessari attraverso il gettito fiscale. Nei paesi in cui il reddito familiare è ridotto, e pertanto ricavare soldi dall'aumento delle tasse è difficile, per rispondere ai bisogni della forza lavoro sanitaria occorre il sostegno di donatori internazionali. Questi devono rendere i loro aiuti più efficaci e aumentare il sostegno sanitario in modo da aiutare i paesi ad affrontare la crisi che riguarda gli operatori sanitari.

Stanziamento di risorse locali e finanziamento equo

Al momento, gran parte dell'assistenza sanitaria dei paesi in via di sviluppo è pagata dai pazienti stessi (World Health Organization, 2010c). In molti paesi i centri sanitari richiedono infatti il pagamento di parcelle. Questo non fa che aumentare i costi dell'assistenza quando la si richiede o semplicemente impedisce a un numero sempre più grande di bambini di ricevere le cure che potrebbero salvare loro la vita (Save the Children UK, 2009).

Nel caso di una malattia seria o di complicazioni durante un parto, ad esempio, una famiglia può improvvisamente ritrovarsi a pagare un costo incredibilmente alto per il servizio sanitario e ciò può farla sprofondare nella povertà e nel debito (Xu et al, 2003). Inoltre questo tipo di parcelle sono inefficienti e costose da gestire (Save the Children UK, 2009) e possono creare una barriera tra gli operatori sanitari di comunità e le famiglie con cui essi lavorano. La prima responsabilità dell'operatore sanitario di comunità è quella di orientare donne e bambini alla clinica in tempo utile, ma se poi queste cliniche richiedono il pagamento dei servizi essenziali, i pazienti più poveri continueranno a non accedervi e il valore aggiunto dell'operatore sanitario di comunità sarà azzerato. Come risultato

di queste considerazioni, c'è ora un consenso abbastanza esteso rispetto al fatto che far pagare ai pazienti l'assistenza sanitaria è controproducente e che dovrebbero essere stabiliti modi alternativi - ad esempio attraverso forme di pre-pagamento, risk-pooling e aumento delle tasse - per raccogliere fondi (World Health Organization, 2010c).

Un aiuto più consistente ed efficace

In molti paesi a basso reddito i governi avranno bisogno del sostegno dei donatori per rispondere ai bisogni della forza lavoro sanitaria. Nonostante l'aiuto destinato al settore sanitario sia aumentato significativamente negli ultimi anni, esso rimane ben al di sotto delle necessità di finanziamento identificate dalla Strategia Globale.

Un aumento degli aiuti in linea con l'obiettivo delle Nazioni Unite dello 0,7% del PIL permetterebbe ai donatori di rispondere più rapidamente e in maniera più flessibile ai bisogni dei paesi in via di sviluppo in materia di personale sanitario: se tutti i paesi in via di sviluppo si impegnassero a destinare il 15% della spesa pubblica al settore sanitario e, allo stesso tempo, i donatori mettessero in pratica l'obiettivo dello 0,7% e mantenessero la quota di aiuto destinata alla salute, allora le risorse finanziarie sarebbero sufficienti ad assicurare il raggiungimento degli Obiettivi del Millennio relativi alla salute (Mills, 2009). I donatori devono anche impegnarsi a rendere il loro aiuto al settore sanitario più efficace. Il prossimo Forum sull'efficacia dell'aiuto che si terrà nel 2011 a Busan, in Corea del Sud, farà il punto sui progressi fatti per realizzare gli impegni presi a Parigi nel 2005 e ad Accra nel 2008. Sotto molti aspetti, il settore sanitario funge da test, dato il grande numero di donatori e la mancanza di un efficace coordinamento.

L'International Health Partnership (IHP+) punta a mettere in pratica, nel settore sanitario, i principi di Parigi e di Accra armonizzando il coinvolgimento dei donatori e facendo sì che gli aiuti siano in linea con i singoli piani nazionali dei paesi beneficiari. Tuttavia questi obiettivi sono stati perseguiti solo in parte e molto lentamente. I donatori dovrebbero quindi intensificare i loro sforzi nell'ambito de IHP+.

CONCLUSIONI

Ogni giorno migliaia di bambini muoiono nei paesi più poveri del mondo perché hanno la sfortuna di vivere lontani da operatori sanitari qualificati e attrezzati per prevenire e curare le più comuni cause di morte sotto i cinque anni. Senza un'azione concentrata che affronti il bisogno di assistenza sanitaria di milioni di bambini, la promessa globale di ridurre la mortalità infantile di due terzi entro il 2015 non sarà che una chimera e non potrà realizzarsi.

L'Assemblea Generale delle Nazioni Unite che si terrà a New York nel mese di settembre è un evento di alto livello nel quale si esamineranno i progressi e l'impegno dei donatori e dei governi nei confronti degli operatori sanitari. Vi sarà quindi l'opportunità di affrontare la crisi degli operatori sanitari attraverso una mobilitazione di risorse, l'identificazione dei cambiamenti necessari nelle politiche pubbliche e la richiesta di un nuovo impegno da parte di quei paesi che finora non hanno mantenuto fede alle promesse fatte. In questo evento di alto livello si devono affrontare le due dimensioni della situazione critica in cui si trovano gli operatori sanitari: la carenza drammatica di operatori sanitari che colpisce 61 paesi e l'incapacità di servirsi in maniera efficiente di quelli esistenti. Un reclutamento su larga scala di operatori sanitari, una formazione migliore e una distribuzione più omogenea dovrebbero iniziare adesso. La crisi che riguarda gli operatori sanitari colpisce in misura assolutamente sproporzionata i bambini delle comunità più povere, ovvero coloro che sono tendenzialmente meno assistiti sul piano sanitario. La possibilità di ridurre la mortalità infantile, in ogni fascia sociale e di reddito, dipende in gran parte dalla redistribuzione degli operatori sanitari in aree che sono

attualmente trascurate e richiede l'organizzazione di corsi di formazione che permettano loro di affrontare le cause della mortalità infantile.

Superare la grave carenza di operatori sanitari richiede un'azione a livello globale e nazionale. Per reclutare e formare un numero maggiore di operatori sanitari, conservando un certo equilibrio tra differenti quadri professionali, sono necessari investimenti maggiori e di lungo termine. Allo stesso tempo si deve fare miglior uso della forza lavoro già esistente assicurando che questa riceva un salario equo e che sia ben supportata, formata, attrezzata e motivata.

I governi dei paesi in via di sviluppo hanno bisogno di piani chiari per portare avanti cambiamenti che sono spesso difficili. Hanno anche bisogno di fondi adeguati, per assicurare che tali piani vengano pienamente realizzati.

Nei paesi più poveri, molti dei quali soffrono di una drammatica carenza di operatori sanitari, i governi hanno bisogno di aiuti maggiori e più efficaci e di condizioni fiscali più agevoli da parte del Fondo Monetario Internazionale per rispondere ai bisogni della forza lavoro sanitaria.

Gli impegni relativi al personale sanitario presi nella Strategia Globale testimoniano un crescente consenso circa le soluzioni della crisi e un diffuso riconoscimento del fatto che gli operatori sanitari sono indispensabili per salvare la vita dei bambini. La sfida, ora che la comunità internazionale si riunirà a New York il prossimo settembre per fare il punto sui progressi compiuti, è di tradurre aspirazioni e promesse in cambiamenti concreti e porre le basi per accelerare i progressi verso la realizzazione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio sulla salute materno-infantile.

GLI IMPEGNI INTERNAZIONALI A FAVORE DEGLI OPERATORI SANITARI

LA RISOLUZIONE 57.19, 2004 DELL'ASSEMBLEA MONDIALE DELLA SANITÀ

Sollecita gli Stati Membri a mettere in atto strategie per mitigare gli effetti negativi della migrazione del personale sanitario e minimizzare le conseguenze dannose che essa ha sui sistemi sanitari.

LA RISOLUZIONE 59.23, 2006 DELL'ASSEMBLEA MONDIALE DELLA SANITÀ

Sollecita gli Stati Membri a confermare i propri impegni a favore della formazione di nuovi operatori sanitari:

- riflettendo sulla messa a punto di meccanismi in grado di mitigare gli effetti negativi che la migrazione di personale sanitario ha sui paesi in via di sviluppo, identificando delle modalità che permettano ai paesi sviluppati, che ricevono tale personale, di sostenere e rafforzare i sistemi sanitari dei paesi di origine dell'emigrazione e in particolare di sviluppare le risorse umane;
- promuovendo, tramite istituzioni accreditate, la formazione dell'intero spettro di figure professionali che sono necessarie, e anche di operatori sanitari di comunità, operatori sanitari del settore pubblico e paraprofessionisti;
- incoraggiando i partner mondiali della sanità, i donatori bilaterali e le partnership che

intervengono sulle malattie più gravi (malaria, HIV, tubercolosi) a sostenere finanziariamente gli istituti di formazione del personale sanitario nei paesi in via di sviluppo;

- promuovendo il concetto di training partnership tra scuole, con scambi di studenti tra le università;
- promuovendo, in ogni paese colpito da carenza di personale sanitario, la creazione di squadre di pianificazione - in cui siano rappresentati anche portatori di interessi più ampi, corpi professionali, settore pubblico e privato e organizzazioni non governative - con il compito di formulare una strategia nazionale integrata per la forza lavoro sanitaria, che tenga in considerazione anche la necessità di meccanismi efficaci per l'impiego di volontari formati;
- adottando approcci innovativi per insegnare in paesi sviluppati e in via di sviluppo con materiali aggiornati e un'educazione continua che integri l'uso della tecnologia di informazione e comunicazione.

PROGRAMMA D'AZIONE EUROPEO PER OVVIARE ALLA GRAVE CARENZA DI OPERATORI SANITARI NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO (2007-2013), 2007

Il Consiglio sottolinea la necessità che l'Unione Europea sostenga maggiormente il potenziamento delle capacità di formazione, a livello nazionale, da parte della pubblica amministrazione anche per quanto riguarda la formazione in materia di gestione

delle risorse umane, la realizzazione di una riforma del servizio civile, il miglioramento delle condizioni di lavoro, la promozione di incentivi salariali e non salariali come stabilito dal Programma d'Azione Europeo.

Il Consiglio riconosce che occorrono risorse finanziarie adeguate per garantire soluzioni sostenibili alla carenza di risorse umane nel contesto più ampio del finanziamento del settore sanitario nei paesi in via di sviluppo.

Il Consiglio invita la Commissione e gli Stati Membri a considerare con assoluta serietà il grave deficit di operatori sanitari nei programmi sanitari con i paesi in via di sviluppo.

G8, 2008

I membri del G8 si impegnano a migliorare la copertura della forza lavoro sanitaria fino ad arrivare alla soglia di 2,3 operatori sanitari ogni 1000 persone, stabilita dall'OMS, inizialmente in partnership con i paesi africani in cui sono già attivi e che sono colpiti da una grave carenza di operatori sanitari.

G8, 2009

Per realizzare l'obiettivo dell'accesso universale ai servizi sanitari, specialmente all'assistenza sanitaria di base, è essenziale rafforzare i sistemi sanitari migliorando le condizioni della manodopera sanitaria, che comprende sia i professionisti sanitari sia gli operatori sanitari di comunità, e rafforzare i meccanismi di finanziamento e di informazione dei sistemi sanitari, compresa l'assistenza socio-sanitaria, con particolare attenzione alle fasce più vulnerabili.

Riaffermiamo il nostro impegno ad affrontare la scarsità di operatori sanitari nei paesi in via di sviluppo, specialmente in Africa, e prendiamo nota della Dichiarazione di Kampala del 2008 e dell'Agenda per Azioni Globali lanciata dalla Global Health Workforce Alliance.

Incoraggiamo l'OMS a sviluppare entro il 2010 un Codice Globale di Condotta sul Reclutamento Internazionale del Personale sanitario.

BOZZA DELLA RISOLUZIONE ADOTTATA DURANTE UN MEETING DI ALTO LIVELLO NELL'AMBITO DELLA 64° SESSIONE DELL'ASSEMBLEA GENERALE DELLE NAZIONI UNITE, 2010

Ci impegniamo ad accelerare la realizzazione di iniziative volte a promuovere la salute pubblica globale per tutti attraverso la riforma dei meccanismi di reclutamento nazionali e delle politiche di formazione del personale sanitario, sviluppando piani nazionali in favore della manodopera sanitaria, basati sulle esperienze maturate e capaci di affrontare la carenza di operatori sanitari così come la loro distribuzione non uniforme all'interno dei vari paesi, in particolare nelle aree sperdute e rurali, e nel mondo, fattore che indebolisce i sistemi sanitari dei paesi in via di sviluppo, in particolare in Africa. A questo proposito riconosciamo l'importanza delle azioni nazionali ed internazionali che promuovano l'accesso universale ai servizi sanitari e che tengano in considerazione le difficoltà che i paesi in via di sviluppo si trovano a dover affrontare quando cercano di mantenere, sul proprio territorio, personale sanitario specializzato alla luce dell'adozione del codice di condotta globale dell'OMS sul reclutamento internazionale del personale sanitario, la cui adesione è volontaria.

GLI IMPEGNI A FAVORE DEGLI OPERATORI SANITARI COME PARTE DELLA STRATEGIA GLOBALE PER LA SALUTE DELLE DONNE E DEI BAMBINI (ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, 2010B)

- L'**Afghanistan** aumenterà il numero di ostetriche da 2.400 a 4.556.
- L'**Australia** sosterrà finanziariamente gli operatori sanitari specializzati (ostetriche incluse).
- Il **Bangladesh** formerà altre 3.000 ostetriche.
- Il **Burkina Faso** svilupperà e realizzerà un piano per le risorse umane del settore sanitario e costruirà una nuova scuola pubblica e privata per ostetriche entro il 2015.
- Il **Burundi** aumenterà il numero di ostetriche da 39 (quante erano nel 2010) a 250, e il numero delle scuole di formazione per ostetriche da una (2011) a quattro (entro il 2015).
- La **Cambogia** migliorerà la salute riproduttiva delle donne aumentando la percentuale di parti assistiti da personale specializzato a 70%.
- La **Repubblica Centrafricana** farà in modo di aumentare la percentuale di nascite assistite da personale specializzato dal 44 all'85% entro il 2015.
- Il **Ciad** rafforzerà le risorse umane del settore sanitario formando 40 ostetriche l'anno per i prossimi 4 anni, creando una scuola per ostetriche, costruendo un ospedale nazionale specializzato per donne e bambini con 250 letti e distribuendo gli operatori sanitari nei vari centri di salute per assicurare che un minimo di servizi sia fornito. Il Chad si impegna ad approvare una politica nazionale a favore delle risorse umane del settore sanitario.
- Le **Comore** accelereranno la realizzazione di un piano strategico in favore delle risorse umane del settore sanitario.
- La **Repubblica Democratica del Congo** aumenterà la proporzione di parti assistiti da personale sanitario specializzato arrivando all'80%.
- L'**Etiopia** aumenterà il numero di ostetriche da 2.050 a 8.635.
- **Haiti** metterà a punto un piano in favore delle risorse umane del settore sanitario entro il 2015.
- L'**Indonesia** garantirà che tutti i parti siano assistiti da personale specializzato.
- Il **Kenya** recluterà e distribuirà sul territorio altri 20 mila operatori sanitari.
- La **Liberia** raddoppierà il numero di ostetriche formate e presenti sul territorio (rispetto al 2006).
- La **Repubblica Popolare Democratica del Laos** formerà 1.500 nuove ostetriche entro il 2015, specializzando il personale già esistente e reclutandone di nuovo.
- Il **Madagascar** aumenterà la percentuale di parti assistiti da personale specializzato dal 44 al 75%.

- Il **Malawi** accelererà la formazione e il reclutamento di personale sanitario per coprire tutte le posizioni disponibili nel settore sanitario.
- La **Mongolia** realizzerà una politica di aumento del 50% dei salari delle ostetriche, ginecologhe e dei pediatri.
- **Myanmar** aumenterà il numero di ostetriche in rapporto alla popolazione da 1/5.000 a 1/4.000 e metterà a punto un nuovo piano di risorse umane per il settore sanitario per il 2012-2015.
- Il **Nepal** recluterà, formerà e distribuirà 10.000 persone specializzate in più per assistere ai parti.
- Il **Niger** formerà 1.000 persone per affrontare il problema della salute riproduttiva degli adolescenti.
- La **Nigeria** introdurrà una politica per aumentare il numero di operatori sanitari in grado di fornire i servizi di base, come gli operatori sanitari di comunità e le ostetriche, concentrandosi in particolare sulla distribuzione di personale maggiormente specializzato nelle aree rurali, in modo da sostenere le 2.488 ostetriche recentemente distribuite nei vari centri sanitari nazionali.
- La **Papua Nuova Guinea** migliorerà l'educazione in ambito ostetrico, registrerà 500 nuove ostetriche entro il 2015 e aumenterà il numero di ostetriche da 17 nel 2011 a 40 nel 2020.
- Il **Rwanda** formerà cinque volte più ostetriche, aumentando il rapporto da 1/100.000 a 1/20.000.
- **Sao Tome e Principe** aumenteranno la percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato da 87,5% a 95%.
- Il **Senegal** aumenterà la percentuale di parti assistiti dal 51 all'80% aumentando il reclutamento di ostetriche ed infermiere statali.
- La **Sierra Leone** farà sì che tutti gli insegnanti vengano coinvolti nella formazione professionale continua in ambito sanitario.
- Il **Tajikistan** farà sì che entro il 2015 l'85% delle ostetriche siano formate e in grado di assistere nei casi di emergenza.
- La **Tanzania** aumenterà il numero degli iscritti per anno negli istituti di formazione sanitaria da 5.000 a 10.000 e il numero di diplomati da 3.000 a 7.000. Parallelamente migliorerà il reclutamento, la distribuzione e la presenza duratura sul territorio degli operatori sanitari adottando innovativi schemi di bonus salariali legati alla qualità della prestazione e concentrando l'attenzione sui servizi dedicati alla salute materno infantile.
- Il **Vietnam** aumenterà la percentuale di donne che partoriscono in presenza di personale specializzato dal 96 al 98%.

ACTION FOR GLOBAL HEALTH (2010) Health Workers Urgently Needed to Reach the Health MDGs. *The Human Resources for Health Crisis: Briefing Paper*.

ACTION FOR GLOBAL HEALTH & STOP AIDS CAMPAIGN (2010) The IMF, the Global Crisis and Human Resources for Health: Still constraining policy space.

ACTIONAID Five solutions for tax justice.

ADAMS, O B, POZ, M R D, SHENGELIA, B, KWANKAM, S Y, ISSAKOV, A, STILWELL, B, ZURN, P & GOUBAREV, A (2003) Human, Physical, and Intellectual Resource Generation: Proposals for monitoring. IN MURRAY, C J L & EVANS, D B (Eds) *Health Systems Performance Assessment: Debates, methods and empiricism*. Geneva, World Health Organization.

AFRICAN UNION (2001) Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases. Abuja, Nigeria, African Union.

BASINGA, P, GERTLER, P J, BINAGWAHO, A, SOUCAT, A L, STURDY, J & VERMEERSCH, C M (2011) Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary healthcare providers for performance: an impact evaluation. *Lancet*, 377, 1421–8.

BHUTTA, Z A, LASSI, Z S, PARIYO, G & HUICHO, L (2010) Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. World Health Organization, Global Health Workforce Alliance.

BLACK, R E, COUSENS, S, JOHNSON, H L, LAWN, J E, RUDAN, I, BASSANI, D G, JHA, P, CAMPBELL, H, WALKER, C F, CIBULSKIS, R, EISELE, T, LIU, L & MATHERS, C (2010) Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet*, 375, 1969–87.

BORGHI, J, ENSOR, T, NEUPANE, B D & TIWARI, S (2004) Coping with the Burden of the Costs of Maternal Health. IN OPTIONS, DFID & HMGN MINISTRY OF HEALTH (Eds) *Nepal Safer Motherhood Project*.

CAMPBELL, J, OULTON, J A, MCPAKE, B & BUCHAN, J (2009) Removing user fees? Engage the health workforce. *Lancet*, 374, 1966.

CLEMENS, M & PETERSSON, G (2006) Medical Leave: A new database of health professional emigration from Africa. Washington, DC, Centre for Global Development.

DEGEFIE, T, MARSH, D, GEBREMARIAM, A, TEFERA, W, OSBORN, G & WALTENSBERGER, K (2009) Community case

management improves use of treatment for childhood diarrhoea, malaria and pneumonia in a remote district of Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*, 23.

GLOBAL HEALTH WORKFORCE ALLIANCE (2008) Health Workers for All and All for Health Workers: The Kampala Declaration and Agenda for Global Action. *First Global Forum on Human Resources for Health*. Kampala, Uganda.

GLOBAL STRATEGY FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH (2010) Commitments.

GOLDSBOROUGH, D (2007) Does the IMF Constrain Health Spending in Poor Countries? Evidence and an agenda for action. Centre for Global Development.

GREENHILL, R & WATT, P (2005) Real Aid: An agenda for making aid work. Johannesburg, ActionAid International.

GROBLER, L, MARAIS, B J, MABUNDA, S A, MARINDI, P N, REUTER, H & VOLMINK, J (2009) Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev*, CD005314.

HAMILTON, K & YAU, J (2004) The Global Tug-of-War for Health Care Workers. Migration Policy Institute.

HONGORO, C & NORMAND, C (2006) Health Workers: Building and Motivating the Workforce.

JALAL, S (2011) The lady health worker program in Pakistan – a commentary. *Eur J Public Health*, 21, 143–4.

JOINT LEARNING INITIATIVE (2004) *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis*, Global Equity Initiative: Harvard University.

LALEMAN, G, KEGELS, G, MARCHAL, B, VAN DER ROOST, D, BOGAERT, I & VAN DAMME, W (2007) The contribution of international health volunteers to the health workforce in sub-Saharan Africa. *Hum Resour Health*, 5, 19.

LEHMANN, U & SANDERS, D (2007) Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Geneva, World Health Organization.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH (2010) Evaluation of Malawi's Emergency Human Resources Programme: Final Report. UK Department for International Development.

MCCOY, D, BENNETT, S, WITTER, S, POND, B, BAKER, B, GOW, J, CHAND, S, ENSOR, T & MCPAKE, B (2008) Salaries and incomes of health workers in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 371, 675–81.

- MCKINSEY & COMPANY & BILL & MELINDA GATES FOUNDATION (2005) *Global Health Partnerships: Assessing Country Consequences*.
- MEESSEN, B, SOUCAT, A & SEKABARAGA, C (2010) Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bull World Health Organ*, 89, 153–6.
- MILLS, A (2009) Working Group I Report: Constraints to Scaling Up and Costs. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems.
- NIGERIA FEDERAL MINISTRY OF HEALTH (2011) *Saving Newborn Lives in Nigeria: Newborn health in the context of the Integrated Maternal, Newborn and Child Health Strategy*.
- OECD (2011) *Improving Domestic Accountability Support: Budget Processes and Health in Mozambique. Meeting of the DAC Network on Governance*, Paris.
- OYA, C & PONS-VIGNON, N (2010) Aid, Development and the State in Africa. IN PADAYACHEE & VISHNU (Eds) *The Political Economy of Africa*. London, Routledge.
- PEARSON, M (2011) Results based aid and results based financing: What are they? Have they delivered results? London, HILSP Institute.
- PITT, C, GRECO, G, POWELL-JACKSON, T & MILLS, A (2010) Countdown to 2015: assessment of official development assistance to maternal, newborn, and child health, 2003–08. *Lancet*, 376, 1485–96.
- PRRINN-MNCH (2011) Progress Report. *PRRINN-MNCH Midterm Review*. DFID Human Development Resource Centre.
- REPUBLIC OF UGANDA'S MINISTRY OF HEALTH (2006) *Service Availability Mapping*. World Health Organization.
- RIDDE, V (2010) Per diems undermine health interventions, systems and research in Africa: burying our heads in the sand. *Tropical Medicine and International Health*.
- SAVE THE CHILDREN UK (2009) *Health User Fees: The case against*. London, Save the Children UK.
- SAVE THE CHILDREN UK (2011a) *Missing Midwives*. London, Save the Children UK.
- SAVE THE CHILDREN UK (2011b) *No Child Born To Die: Closing the gaps*. London, Save the Children UK.
- SAVE THE CHILDREN USA (2007) *Malawi Newborn Health Program: First Year Annual Report*. Westport, Save the Children USA.
- SAVING NEWBORN LIVES (2009) *Program in Nepal Mid-Term Review: Final Report, October 2009, Internal Report*.
- TANZANIA AND ZANZIBAR'S MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL WELFARE (2007) *Tanzania Service Availability Mapping, 2005–06*. World Health Organization.
- TYRRELL, A K, RUSSO, G, DUSSAULT, G & FERRINHO, P (2010) Costing the scaling-up of human resources for health: lessons from Mozambique and Guinea Bissau. *Human Resources for Health*, 8, 14.
- UNICEF (2010) *Protecting Salaries of Frontline Teachers and Health Workers*. IN UNICEF POLICY AND PRACTICE (Ed) *Social and Economic Policy Working Briefs*.
- VSO MALAWI (2011) *Improving management and supervision for Health Surveillance Assistants in Malawi*. Global Health Workforce Alliance.
- VUJICIC, M, ZURN, P, DIALLO, K, ADAMS, O & DAL POZ, M R (2004) The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Hum Resour Health*, 2, 3.
- WAKABI, W (2008) Extension workers drive Ethiopia's primary health care. *Lancet*, 372, 880.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003) *Migration of health professionals in six countries: a synthesis report*. Brazzaville, WHO Regional Office for Africa.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004) *Global Burden of Disease: 2002 estimates (revised)*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006) *The World Health Report 2006 – Working together for health*. Geneva, WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009) *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Background paper for the first meeting to develop evidence-based recommendations to increase access to health workers in remote and rural areas through improved retention*. Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010a) *Access for all to skilled, motivated, and supported health workers. Global Strategy for Women's and Children's Health: Background paper 4*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010b) *Global Strategy for Women's and Children's Health. 'Every Woman, Every Child'*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010c) *Health Systems Financing: The path to universal coverage. World Health Report*. Geneva, World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010d) *Policies and practices of countries that are experiencing a crisis in human resources for health: tracking survey. Human Resources for Health Observer*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010e) *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Global Policy Recommendations*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011a) *Efficiency and effectiveness of aid flows towards health workforce development: exploratory study based on four case studies from Ethiopia, the Lao People's Democratic Republic, Liberia and Mozambique. Human Resources for Health Observer*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011b) *World Health Statistics*. Geneva, WHO.
- XU, K, EVANS, D B, KAWABATA, K, ZERAMDINI, R, KLAVUS, J & MURRAY, C J (2003) Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 362, 111–7.
- ZURN, P, DAL POZ, M R, STILWELL, B & ADAMS, O (2004) Imbalance in the health workforce. *Hum Resour Health*, 2, 13.

¹ UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (2010) 'Levels & Trends in Child Mortality'.

² World Health Organization (2011b). World Health Statistics. Geneva, WHO.

³ Mills, A (2009) Working Group I Report: Constraints to Scaling Up and Costs. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems.

⁴ World Health Organization (2006). The World Health Report 2006 – Working together for health. Geneva, WHO.

⁵ World Health Organization (2011b). World Health Statistics. Geneva, WHO.

⁶ L'OMS stima che la mancanza cronica di 3.5 milioni di operatori sanitari si riferisce solo ai 49 paesi a basso reddito e considera unicamente i dottori, le ostetriche, gli infermieri e gli operatori sanitari di comunità; è quindi una significativa sottostima del deficit totale globale, MILLS, A (2009) Working Group I Report: Constraints to Scaling Up and Costs. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems.

⁷ Come riportato nel WHO's World Health Report, 2006.

⁸ Analisi realizzata da Save the Children UK 'No Child Born To Die: Closing the gap' report, 2011.

⁹ È stato stimato che il deficit di operatori sanitari in India ammonta a 2,61 milioni. L'analisi è stata condotta dallo staff di Save the Children India e si basa sui target stabiliti dalle norme indiane sugli standard di salute pubblica, sui dati forniti dai dottori degli ambulatori sanitari di base, dalle ostetriche e dagli infermieri ausiliari, dai lavoratori angawadi, attivisti accreditati nel settore socio-sanitario, e da operatori maschi-multifunzione attingendo al Rural Health Statistics 2009 ai dati del Women and Child Development Ministry 2011 e dalla Common Review quinquennale del National Rural Health Mission 2010.

¹⁰ Per dettagli sugli impegni presi da Save The Children, le ONG e le altre associazioni della società civile nell'ambito della Strategia Globale si può consultare il sito: www.everywomaneverychild.com/commitments.

¹¹ Dall'esperienza degli autori in Burundi e Sierra Leone.

¹² Non c'è un consenso chiaro intorno al *task-sharing* e l'opportunità di ricorrervi dipende fortemente dal contesto. In alcuni casi le associazioni professionali degli operatori sanitari hanno mostrato posizioni contrastanti e alcune resistenze a espandere il ruolo attuale degli operatori sanitari oltre le competenze definite a livello internazionale. D'altra parte il potenziale del *task-sharing* non deve far sì che questo sia visto come un'alternativa alla necessità di formare dei quadri, necessari nel lungo periodo.

Save the Children è la più grande organizzazione internazionale indipendente che lavora per migliorare concretamente la vita dei bambini in Italia e nel mondo. Esiste dal 1919 e opera in oltre 120 paesi del mondo con una rete di 29 organizzazioni nazionali e un ufficio di coordinamento internazionale.

Save the Children è stata costituita in Italia alla fine del 1998 come Onlus ed ha iniziato le sue attività nel 1999. Oggi è una Ong riconosciuta dal Ministero degli Affari Esteri.

Nell'ottobre 2009 abbiamo lanciato Every One, una grande campagna globale per dire basta alla mortalità infantile.

Ogni giorno migliaia di bambini muoiono nei paesi poveri perché la grave carenza di operatori sanitari fa sì che non ricevano l'assistenza necessaria a salvare loro la vita.

Gli operatori sanitari sono l'elemento indispensabile di qualsiasi sistema sanitario. Senza di loro i vaccini non vengono somministrati, le medicine salvavita non vengono prescritte, le donne non ricevono assistenza durante il parto.

I leader mondiali si incontreranno a New York il 20 settembre 2011 ed è ora che prendano misure decisive per affrontare la carenza globale di 3,5 milioni di operatori sanitari salvando così la vita di milioni di bambini.