Ministero della Salute

Information day.

Collaborazione sanitaria internazionale

e programmi europei

ATTI

Roma, 11 dicembre 2007

Ministero della Salute
Auditorium

Ministero della Salute

Information day.
Collaborazione sanitaria internazionale
e programmi europei

ATTI

Roma, 11 dicembre 2007

Ministero della Salute
Auditorium

A cura della Direzione Generale per i rapporti con l'Unione europea e per i rapporti internazionali

Copia di questo volume può essere richiesta a
Direzione Generale per i rapporti con l'Unione europea e per i rapporti internazionali
…….

Oppure può essere scaricata nella sezione Rapporti Internazionali dal sito internet
www.ministerosalute.it
……..
Stampa Ministero della Salute, Roma, maggio 2008

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, ad utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Ha curato il volume

Direzione Generale per i rapporti con l'Unione europea e per i rapporti internazionali – Ministero della Salute

Con la collaborazione di

Patrizia Parodi
Rosaria Minucci

Hanno partecipato all'Information day

S. Agger, Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità, Ministero della Salute, Roma
S. Acquaviva, F, Basile, M.P. Di Martino, G. Guglielmi, P. Malara, R. Minucci, M. Paganelli, P. Parodi, S. Ricci, Direzione Generale per i rapporti con l'Unione europea e i rapporti internazionali, Ministero della Salute, Roma
C. Beretta, Regione Lombardia, Milano
M.A. Bullara, Regione Sicilia, Palermo
S. Cadri, Regione Toscana, Firenze
B. Campione, Direzione Generale della ricerca scientifica e tecnologica, Ministero della Salute, Roma
A.M Catte, Regione Sardegna, Cagliari
M. Cocchi, Direzione Generale programmazione sanitaria, livelli di assistenza e principi etici di sistema, Ministero della Salute, Roma
G. de Vito, Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini, Roma
M. Gaiani, Dipartimento per le politiche comunitarie, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma
A. Gherardini, Direzione Generale programmazione sanitaria, livelli di assistenza e principi etici di sistema, Ministero della Salute, Roma
G. Ghisi, Consigliere diplomatico, Ministero della Salute, Roma
D. Giorgi, Direzione Generale Paesi Mediterraneo e Medio Oriente, Ministero degli Affari Esteri, Roma
C. Lombardo, IST, Istituto nazionale per la ricerca sul cancro e focal point international affairs Alleanza Contro il Cancro, Genova-Roma
G. Marcon, Settore affari internazionali e comunitari, Regione Piemonte, Torino
S. Martorelli, Osservatorio Interregionale Cooperazione Sviluppo, Roma
K. Petropulakos, Regione Emilia Romagna, Bologna
G. Taliani, Dipartimento di malattie infettive e tropicali, Università La Sapienza, Roma

INDICE

Riassunto viii

Summary xi

Résumé xiv

Presentazione xvii

Prima sessione. La diplomazia della salute

La nuova politica sanitaria italiana in ambito internazionale 2
Maria Paola Di Martino

Gli accordi bilaterali nazionali e il nuovo approccio Mediterraneo e Medio Oriente 5
Pietro Malara, Patrizia Parodi

Nuove sinergie nel campo degli interventi umanitari 9
Stefania Ricci

La cooperazione decentrata in sanità – Regione Toscana 14
Suela Cadri

La cooperazione decentrata in sanità – Regione Piemonte 16
Giulia Marcon

Gli accordi bilaterali di sicurezza sociale con i Paesi extra Unione Europea 18
Sergio Acquaviva

I progetti di gemellaggio 22
Monica Paganelli

Esperienze Regionali
L'esperienza della Regione Sardegna. Il Programma operativo ENPI CBC Bacino del Mediterraneo 27
Anna Maria Catte

L'esperienza della Regione Lombardia 31
Claudio Beretta

L'esperienza della Regione Emilia Romagna: programmi assistenziali a favore di cittadini stranieri a carattere umanitario 34
Kiriacula Petropulakos

L'esperienza della Regione Sicilia 38
Maria Antonietta Bullara

Interventi programmati
Il programma di cooperazione ospedaliera per il peace building in Corno d'Africa 41
Gianluca de Vito, Carlo Rest, Elisabetta Zachara, Elisabetta Rossi

L'esperienza della Società Italiana Studio Fegato 43
Gloria Taliani

L'Osservatorio Interregionale Cooperazione Sviluppo 46
Simonetta Martorelli

Seconda sessione L'Europa e le nuove opportunità

La partecipazione al processo ascendente della formazione delle norme europee (CIACE) 54
Massimo Gaiani

Promozione dell'Italia nelle Istituzioni Europee (Consiglio dei Ministri, OCSE, Consiglio d'Europa) e il Programma "Public Health" 56
Gaetano Guglielmi

La salute nella Strategia di Lisbona 60
Rosaria Minucci

La direttiva sui servizi sanitari 65
Francesca Basile

Fondi strutturali: aspetti generali e internazionali 71
Simona Agger

Fondi strutturali: le priorità ed il percorso per il settore salute nella programmazione 2007-2013 76
Manuela Cocchi

Il contributo italiano nella costruzione dello spazio europeo della ricerca: le aspettative per l'oncologia 82
Claudio Lombardo, Bruno Campione, Daniela Albanese, Francesca d'Alessandro, Tania Rondanina

Conclusioni 91

Allegato. Programma 93

Riassunto

L'11 dicembre 2007 si è tenuto a Roma, presso l'Auditorium del Ministero della Salute, l' "Information day. Collaborazione sanitaria internazionale e programmi europei", organizzato dalla Direzione Generale per i rapporti con l'Unione Europea e per i rapporti internazionali ed ha costituito un momento di approfondimento sulla collaborazione sanitaria a livello internazionale, tematica che rientra fra le priorità politiche individuate dall'Atto di indirizzo del Ministro.
L'iniziativa si colloca nell'ambito di una strategia volta a qualificare la collaborazione nel settore sanitario quale strumento privilegiato di politica estera dell'Italia, che ottimizzi le sinergie fra i diversi attori istituzionali, renda meglio visibili le iniziative, faciliti la pianificazione strategica e consenta una maggiore partecipazione del nostro Paese ai programmi europei.
L'evento ha inteso presentare l'evoluzione della politica di collaborazione sanitaria a livello nazionale, europeo ed internazionale ed è stato articolato in due sessioni, la prima dedicata alla "diplomazia della salute" e la seconda all'Europa ed alle nuove opportunità.

In particolare, durante la prima sessione relativa alla "diplomazia della salute", è stata illustrata la nuova politica sanitaria internazionale dell'Italia e le iniziative ad essa correlate come la task force costituita presso la Direzione Generale per i rapporti con l'Unione Europea e per i rapporti internazionali per il coordinamento delle attività internazionali fra le strutture ministeriali e fra il Ministero della Salute e le Regioni e Province autonome. Fra i compiti della task force rientrano la valutazione ed il monitoraggio permanente della copertura e della qualità della partecipazione italiana ai lavori di Organismi internazionali operanti in campo sanitario, il coordinamento con altri Ministeri, la ricerca di sinergie con le Amministrazioni regionali, la predisposizione e implementazione del "Mattone internazionale", la diffusione delle buone pratiche ed il supporto logistico e tecnico per un migliore accesso ai programmi internazionali.
Successivamente sono stati presentati gli Accordi bilaterali nel campo della salute e delle scienze mediche ed il nuovo approccio inaugurato con la Conferenza per la costituzione di un partenariato della salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente, svoltasi a Roma l'8 febbraio 2007, che prevede la costituzione di Tavolo di consultazione, aperto a tutti quegli Enti e Istituti che operano nel campo della salute nell'area e sono disponibili a scambiare informazioni e ricercare sinergie, l'avvio del progetto pilota in Marocco, nato dall'esigenza di condividere nuove metodologie di cooperazione internazionale che rafforzino l'immagine del nostro Paese all'estero, presentandolo come "Sistema Italia", e le altre iniziative in corso di realizzazione.
Durante la terza relazione sono stati commentati gli interventi umanitari, e le sinergie che possono essere attuate fra livello centrale e regionale. E' stata fornita un'esaustiva panoramica della legislazione vigente e delle procedure autorizzative, fornendo infine dati sugli interventi realizzati nel corso del 2007.
La Regione Toscana ha condiviso con i partecipanti le caratteristiche della collaborazione sanitaria internazionale decentrata, basata sui principi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, fra cui si citano quello di –garantire l'universalità di accesso alle prestazioni dando priorità assoluta alle fasce più deboli della popolazione, i bambini e le donne; il rafforzamento dei sistemi sanitari nel loro complesso, in alternativa alle strategie basate sui

programmi verticali; il potenziamento di infrastrutture, sistemi di programmazione e controllo, di acquisto e distribuzione di farmaci essenziali (-inclusi i farmaci antiretrovirali per il trattamento dell'AIDS); l'investimento in risorse umane all'interno del settore pubblico.
La Regione Piemonte ha sottolineato l'importanza della passione e del coordinamento, per superare l'episodicità degli interventi verso un quadro nazionale di politica sanitaria estera. Ha inoltre posto l'accento sulla sostenibilità e la coerenza degli interventi rispetto alle politiche del Paese partner.
Per quanto riguarda gli Accordi bilaterali di sicurezza sociale con i Paesi extra Unione Europea, sono state evidenziate le differenze procedurali con i Paesi comunitari, la necessità di coordinamento con le altre Amministrazioni direttamente coinvolte, gli aspetti procedurali più salienti ed i Paesi con i quali sono in vigore Convenzioni in ambito di assistenza sanitaria.
I gemellaggi amministrativi rappresentano uno strumento, finanziato dalla Commissione Europea a partire dal 1998, che favorisce l'acquisizione di competenze amministrative e giuridiche dei Paesi candidati o potenzialmente candidati all'ingresso nell'Unione Europea. Illustrando le principali caratteristiche di questo strumento è stato sottolineato l'impegno del Ministero della Salute in questo settore, che ha portato all'assegnazione all'Italia di undici progetti negli ultimi due anni.
La giornata è proseguita con la presentazione delle esperienze regionali. La Regione Sardegna ha descritto il programma operativo ENPI CBC Bacino del Mediterraneo che la vede impegnata come Autorità di Gestione. Il tema della sanità si trova nell'ambito delle priorità 1 e 3 nelle misure riguardanti il supporto all'innovazione e alla ricerca per lo sviluppo locale; il supporto alle strategie di pianificazione territoriale e promozione dello sviluppo locale; la promozione di migliori condizioni e modalità per garantire la mobilità delle persone, dei beni e dei capitali.
La Regione Lombardia si è soffermata su uno solo dei temi della collaborazione internazionale in cui è attiva: i progetti di ricerca e i rapporti con la Commissione europea. Per quanto riguarda la telemedicina sono già stati realizzati tre progetti, mentre altri tre inizieranno l'anno prossimo.
La Regione Emilia Romagna si è soffermata sul programma assistenziale e gli interventi umanitari, che, nel periodo 2001-2006 hanno riguardato 503 casi provenienti da ventidue Paesi, con la partecipazione di 13 Aziende sanitarie e degli Istituti Ortopedici Rizzoli. Nel 2005 è stato inoltre approvato il progetto triennale "Saving Children" che ha fornito assistenza a 903 bambini palestinesi nel 2005 e a 1075 nel 2006.
La Regione Siciliana ha sottolineato la posizione di centralità rispetto ai Paesi del Mediterraneo e d ha descritto le varie iniziative di collaborazione sanitaria cui partecipa.
L'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini è particolarmente attiva in Corno d'Africa, dove, in collaborazione con ong e onlus, partecipa alle attività di assistenza clinica e formativa, inviando in missione professionisti ospedalieri preparati, in qualità di cooperanti. Il programma di cooperazione ospedaliera per il *peace building* è iniziato nel 2003 ed è finanziato da donatori pubblici e privati.
Nel contesto dell'Associazione Italiana Studio Fegato è stata istituita una Commissione permanente denominata "Rapporti con i Paesi in Via di Sviluppo" con la finalità di promuovere i contatti e gli scambi culturali e operativi con gli altri Paesi. Le esperienze di collaborazione sanitaria internazionale più recenti riguardano l'Egitto e l'India.

L'Osservatorio Interregionale Cooperazione Sviluppo, infine, ha presentato una panoramica sulle caratteristiche della cooperazione sanitaria ed alcune iniziative sostenute dalla cooperazione decentrata.
La seconda sessione inerente l'Europa e le nuove opportunità, è iniziata con l'illustrazione del processo ascendente della formazione delle norme europee, coordinato dal Comitato interministeriale per gli affari comunitari europei – CIACE, istituito nel 2005 per assicurare un organico ed efficace coordinamento dell'azione di governo sui diversi tavoli comunitari.
Il programma è proseguito con l'illustrazione delle caratteristiche del coordinamento effettuato dal Ministero della salute con l'Unione europea, il Consiglio d'Europa, l'OCSE e l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Sono state poi sintetizzate le caratteristiche principali del programma europeo Public Health, che istituisce un'azione comunitaria in materia di salute per il periodo 2008-2013, ed è rivolto anche a Paesi extra europei.
Successivamente è stata presentata la Strategia di Lisbona, lanciata in occasione del Consiglio europeo di Lisbona del 23-24 marzo 2000, in cui la sanità viene individuata come un settore nell'ambito del quale ad un'azione dei singoli Stati deve affiancarsi, a livello comunitario, un'azione nel quadro dei fondi strutturali. Dopo aver illustrato le varie tappe cronologiche, sono stati illustrati i quattro punti salienti: la spesa sanitaria e le misure adottate per il contenimento e la razionalizzazione della stessa, la ricerca sanitaria; le misure per favorire lo sviluppo dei servizi sanitari del Mezzogiorno; l'health impact assessment.
Nella relazione riguardante la Direttiva sui servizi sanitari, dopo un excursus delle diverse fasi cronologiche, sono state descritte le modalità di consultazione, i riferimenti normativi, le principali criticità e le opportunità del processo ascendente tra Stato e Regioni.
Il programma è continuato con due interventi sui fondi strutturali, poiché quest'anno ha preso avvio una nuova programmazione per il periodo 2007-2013 il cui quadro strategico nazionale ha individuato quattro obiettivi e dieci priorità specifiche. Va evidenziato che non esistono obiettivi e priorità esplicitamente riconducibili al tema socio-sanitario, ma la salute appare trattata in modo diffuso in diverse priorità, fra cui assume particolare importanza la priorità 4 – inclusione sociale e servizi per la qualità della vita e attività territoriale.
L'ultimo intervento ha sottolineato l'importanza della ricerca e dello sviluppo tecnologico nel processo di globalizzazione.
In questo settore l'Europa presenta debolezze strutturali che sono state affrontate dal Consiglio europeo di Lisbona, che ha creato uno Spazio europeo della ricerca. In particolare, nel settore oncologico risulta fondamentale il ruolo svolto dall'Italia.

Summary

On December 11, 2007 the “Information day. International collaboration in the health sector and European programmes” was held in Rome, in the Auditorium of the Ministry of Health. The Workshop was organized by the General Directorate for European and International Affairs and represented a moment of study on international collaboration in the health sector, subject included within the priorities in the Italian health policies listed in the Act of coordination of the Minister.
The initiative belongs to a strategy for the qualification of the collaboration in the health sector as privileged instrument for the Italian international policy, aimed at the best use of synergies among the different Institutions, rising visibility, facilitating strategic planning and increasing participation of our Country in the European programmes.
The Workshop, aimed at presenting the evolution of the policy of collaboration in the health sector at national, European and international level, was divided into two sessions, the first dedicated to the “diplomacy of health” and the second to “Europe and the new opportunities”.

In particular, during the first session on “diplomacy of health”, the new international policy of Italy in the health sector was discussed. Among the related initiatives, the most important is the task force operating at the General Directorate for European and international affairs, with the aim of the coordination of international activities within the Ministry of Health and between the Ministry and Regions and Autonomous Provinces.
The task force has the objectives of the permanent evaluation and monitoring of the Italian participation and quality to the International Organizations operating in the health sector; the coordination with other Ministries; the activation of synergies with other Regional Administrations, the preparation and implementation of the “International Brick”, the spread of good practices and the logistic and technical support for a better access to international programmes.
Subsequently bilateral Agreements in the field of health and medical sciences have been presented and the new approach open with the Conference on a new partnership for health with Mediterranean and Middle East Countries, held in Rome on February 8, 2007. The new approach includes a Table of consultation, open to all Bodies and Institutions operating in the health sector in the area and available to exchange information and to find synergies, the pilot project in Morocco, coming from the need to share new methodologies of international cooperation to strengthen the image of our Country abroad as the “Italian System”, and other ongoing initiatives.
The third presentation focused on humanitarian aids and possible synergies between central and regional level. An exhaustive panorama of legislation and procedures for authorisation was presented, as well as data on interventions performed in 2007.
Tuscany Region and presented the characteristics of decentralised international health collaboration, based on principles of the World Health Organisation , among which the universality of access to care, prioritising the weakest groups of population, children and women, strengthening of health systems in their whole as an alternative to vertical programmes, development of infrastructures, planning and control systems, purchase and distribution of essential drugs (including antiretroviral drugs for AIDS treatment), investing human resources in the public sector.

Piedmont Region underlined the importance of passion and coordination, to overcome the interventions on the spot towards a national framework of international health policy. Furthermore it pointed out sustainability and coherence of intervention in respect of the policies of the partner Country.
With reference to bilateral Agreements of social security with extra European Union Countries, the different procedures in respect of Community Countries have been illustrated, as well as the need of coordination with other directly involved Administrations, main procedural aspects and Countries partner in Conventions of social security.
Twinning represents an instrument, financed by the European Commission since 1998, for increasing administrative and legislative competences of Candidate Countries or potentially Candidate Countries to enter in the European Union. Describing the main points of this instrument, the commitment of the Ministry of Health was underlined, permitting the award to Italy of eleven projects in the last two years.
The day continued with the presentation of regional experiences. Sardinia Region described the operative programme ENPI CBC Mediterranean Basin in which is involved as Management Authority. Health is included into priority 1 and 3 on measures concerning the support to innovation and to research for local development, support to strategies for territorial planning and promotion of local development, promotion of better conditions and modalities to guarantee people, goods and money mobility.
Lombardy Region described only one of the themes of the international collaboration in which is engaged: research projects and collaboration with the European Commission. In respect of e-health, three projects have already been implemented and three other will start in the new year.
Emilia Romagna Region has discussed the humanitarian programmes that, in the period 2001-2006 reached 503 people coming from 22 Countries, with the participation of 13 Health Agencies and the Orthopaedics Institutes Rizzoli. In 2005 was also approved the three years project “Saving Children” giving assistance to 903 Palestinian children in 2005 and to 1075 in 2006.
Sicily Region underlined its central position in respect of the Mediterranean Countries and described the different initiatives of health collaboration in which participates.
The Hospital S. Camillo Forlanini is especially present in the Horn of Africa, where, in collaboration with ngo and onlus, participate in the clinic assistance and training activities, sending professionals staff in short and long-term mission. The programme of hospital cooperation for peace building started in 2003 and was financed by public and private donors.
Within the Italian Association for Liver Study the permanent Commission for Cooperation with Developing Countries was set up with the aim to promote contacts and cultural and practical exchanges with other Countries. The most recent experiences of international collaboration in the health sector include Egypt and India.
The Interregional Observatory Cooperation and Development, presented a panorama on characteristics of the health cooperation and some initiatives implemented by the decentralised cooperation.
The second session concerning “Europe and new opportunities”, started with the discussion of the upward development process of the European legislation, coordinated by the Interministerial Committee for Community Affairs – CIACE, constituted in 2005 to assure an organic and effective coordination of the Government action in the different Community Tables.

The programme continued with the presentation of the coordination activity implemented by the Ministry of Health in respect of the European Union, the Council of Europe, OECD and the World Health Organisation. The main points of the Programme Public Health, supporting a European action in the field of health for the period 2008-2013, have been described. This programme covers also extra European Countries.
Subsequently the Lisbon Strategy was illustrated. The Lisbon Strategy was launched during the European Council of Lisbon on March 23-24, 2000, in which health was indicated as a sector where the action of a single State should be supported, at community level, by an action within the structural funds. After discussing the different chronological moments, the four main points were illustrated: health expenditure and measures undertaken for its limitation and rationalisation; health research, measures to support the development of health services in the South, health impact assessment.
In the presentation concerning the Directive on health services, after an excursus of the different chronological phases, modality of consultation, legislative reference, major weakness and opportunities of upward process concerning Government and Regions have been described.
The programme followed with two interventions on structural funds, in fact this year started a new programme for 2007-2013. In its national framework four objectives and ten priorities have been indicated. It has to be mentioned that there are no objectives or priorities explicitly concerning socio-sanitary issues, but health is spread in different priorities, among which priority no. 4 – social inclusion and services for the quality of life and territorial activities.
The last presentation underlined the importance of research and technological development in the process of globalisation.
In this area, Europe shows structural weaknesses addressed during the European Council of Lisbon, which created the European Research Area. In particular, in the oncological sector the role of Italy is of the up most importance.

Résumé

Le 11 décembre 2007, auprès de l'Auditorium du Ministère de la Santé à Rome, a eu lieu le *Information day. Coopération sanitaire international et programmes européens,* organisé par la Direction Générale des Relations avec la Union Européenne et les Relations Internationales; un événement qui a fourni l'occasion de approfondir la réflexion sur la coopération internationale en matière sanitaire, thématique constituant une dès priorités politiques recensées par la Directive nationale d'orientation du Ministre.
L'initiative se place dans le cadre d'une stratégie orientée à qualifier la coopération dans le secteur de la santé en tant que instrument privilégié de politique extérieure de l'Italie qui optimise les synergies entre les acteurs institutionnels, rende plus visibles les initiatives, facilite la planification stratégique et permette une plus grande participation de notre pays aux programmes européens.
La journée de travaux se propose de présenter l'évolution de la politique de coopération sanitaire à niveau national, européen et international et s'articule en deux sessions : l'une centrée sur la « diplomatie de la santé », l'autre sur l'Europe et les nouvelles opportunités.

Au cours de la première session sur la « diplomatie de la santé » ont été illustré d'abord la nouvelle politique sanitaire internationale de l'Italie et les relatives initiatives, comme la task force constituée auprès de la Direction Générale des Relations avec l'Union Européenne et les Relations Internationales pour la coordination des activités internationales entre les Ministères et entre le Ministère de la Santé et les Régions et les Provinces autonomes.
Entre les taches de la task force rentrent l'évaluation et le suivi permanent de la quantité et la qualité de la participation italienne aux travaux d'Organismes internationaux opérant dans le secteur sanitaire, la coordination avec les autres Ministères, la recherche de synergies avec les Administrations régionales, la conception et la mise en œuvre du projet « Mattone internazionale » (Brique international), la diffusion des bonnes pratiques et le support logistique et technique pour améliorer l'accès aux programmes internationaux.
Ensuite ont été présentés : les accords bilatéraux conclus dans le domaine de la santé et des sciences médicaux ; la nouvelle approche inaugurée lors de la Conférence tenue (qui s'est déroulée) à Rome l'8 février 2007 pour la constitution d'un partenariat pour la santé avec les pays du Méditerranéen et du Moyen Orient, qui prévoit la constitution d'une Table de consultation ouvert à tous les Etablissements et les Institutions sanitaire opérant sur ce territoire et disponibles à échanger informations et à construire synergies ; le démarrage d'un projet pilot en Maroc, conçu pour l'exigence de partager nouvelles méthodologies de coopération international qui renforce la présence de l'Italie à l'étranger et en valorise l'image comme « Système Italie » ; autres initiatives en cours de réalisation.
En outre, ont été illustrées les interventions humanitaires et les synergies qui peuvent être mise en œuvre entre les organismes centrales et régionaux. On a fourni une synthèse exhaustive de la législation en vigueur, des procédures d'autorisation et des interventions réalisées en 2007.
La Région Toscan a donné un exemple de coopération sanitaire internationale décentralisée, fondée sur les principes de l'Organisation Mondiale de la Santé, parmi lesquels : assurer l'accès aux prestations pour tous et en premier lieu pour les classes plus faibles de la population (femmes et enfants) ; le renforcement des systèmes sanitaire dans

ses ensemble; le renforcement de infrastructures, de systèmes de programmation et contrôle, d'acquisition et distribution de médicaments essentiels (y compris les médicaments anti-rétroviraux pour le traitement du sida) ; l'investissement en ressources humaines dans le secteur publique.
La Région Piémont a souligné l'importance de la passion et de la coordination, pour dépasser l'episodicité des interventions vers un cadre national de politique sanitaire internationale. A, en outre, mise l'accent sur la soutenibilité et la cohérence des programmes en respect de les politiques des Pais partners.
En ce qui concerne les Accords bilatéraux pour la sécurité sociale avec les pays extracommunautaires, ont été mises en évidence : les différences procéduraux entre ces derniers et les pays communautaires ; la nécessité de coordination avec les autres Administrations impliquées ; les aspects procéduraux les plus marquants ; les pays avec lesquels sont en vigueur des Conventions sur l'assistance sanitaire.
Après, on est passé au sujet des jumelages administratifs et des caractéristiques de cet instrument, financé par la Commission européenne à dater de 1998 et qui favorise l'acquisition de compétences administratives et juridiques des Pays candidats à l'adhésion à l'Union européenne.
L'engagement du Ministère de la Santé dans ce domaine a porté à attribuer à l'Italie once projets dans les derniers deux ans.
La journée continue avec la présentation de l'expérience régionale.
La Région Sardaigne a décrit le programme opératif ENPI CBC Bassin méditerranéen, dont la Région même est Autorité de gestion.
Le thème de la santé se place parmi les priorités 1 et 3 dans le cadre des mesures pour : l'appui à l'innovation et à la recherche pour le développement au niveau local ; l'appui aux stratégies de planification territoriales et de promotion du développement local ; la promotion des conditions qui garantissent la mobilité des individus, des biens et des capitaux.
La Région Lombardie c'est arrêté sur un unique thème de la collaboration international sur lequel est active: les projets de recherche et les rapports avec la Commission Européenne. En respect de la télémédecine, trois projets ont déjà été réalisés, tandis que outres trois commenceront la prochaine année.
La Région Emilie-Romagne s'est attardée sur l'assistance et les interventions humanitaires. Les projets dans la période 2001-2006 été focalisés sur 503 cas provenant de 22 pays, avec la participation de 13 agences sanitaires et des Instituts Orthopédique *Rizzoli*. En 2005 a été approuvé le plan triennal « Saving Children » qui a fourni assistance à 903 enfants palestiniens en 2005 et 1075 en 2006.
La Région Sicilienne a souligné la position centrale par rapport aux Pais du Méditerranéen et a décrit les différentes activités de collaboration sanitaire aux quelles participe.
Centre Hospitalier *S. Camillo Forlanini* est très active dans la Corne de l'Afrique où, en collaboration avec ONG et ONLUS, participe aux activités d'assistance formative et pratique médicale en envoyant en mission professionnels hospitaliers compétents en qualité de coopérants. Le programme de coopération hospitalière pour le *peace building* est commencé en 2003 et est financé par donateurs (subventions) publiques et privés.
Dans le contexte de l'Association Italienne pour l'Etude du Fois a été institue une Commission permanente nominé Rapports avec les Pais en Développement, pour promouvoir les contact set les échanges culturale set opératives avec les outres Pais. Les plus récentes expériences de collaboration sanitaire internationale sont avec l'Egypt et l'Inde.

Enfin, l'observatoire interrégional Coopération et Développement a fait une description des caractéristiques de la coopération sanitaire et de quelques initiatives soutenues par la coopération décentralisée.

La deuxième session (Europe et nouvelles opportunités) a commencé par illustrer le processus ascendant de la formation des disposition européennes, coordonné par le Comité interministériel pour les affaires communautaires européens (CIACE) et institué en 2005 pour assurer une cohérente et efficace coordination de l'action du gouvernement aux plusieurs tables communautaires.
Le programme continue avec l'illustration des caractéristiques de la coordination du Ministère de la Santé avec l'Union Européenne, le Conseil d'Europe, l'OCSE e l'Organisation Mondiale de la Santé. Apres, ont été résumé les caractéristiques principales du programme Santé Publique, qu'institut un action communautaire en matière de santé dans le période 2008-2013, et est ouvert aussi aux Pais extra européens.
Le discours continue avec la Stratégie de Lisbonne et ses étapes chronologiques : lancée à l'occasion du Conseil européen du 23 et 24 mars 2000, celle-ci individu la santé comme un secteur où il est indispensable de coordonner l'action de chaque Etat à la gestion communautaire des Fonds structurels. Les points essentiels de la Stratégie sont : la dépense sanitaire et les mesures adoptées pour sa maîtrise et rationalisation ; la recherche sanitaire ; les mesures aptes à encourager le développement des services sanitaire dans le Midi ; l'health impact assessment.
Le rapport sur la Directive sur les services sanitaires décrit les différentes phases chronologiques, les modalités de consultation, les références normatives, les principales criticités et les opportunités du processus ascendant entre Etat et Régions.
Les interventions suivantes portent sur les Fonds structurels, puis que cette année a démarré une planification pour la période 2007-2013 dont le cadre stratégique national a établi quatre objectifs et dix priorités spécifiques. Il faut mettre en évidence que ils n'existent pas objectifs et priorités explicitement connexes au thème socio sanitaire, mais la santé y est traitée de façon généralisée en plusieurs priorités ; la priorité 4 –inclusion social et services pour la qualité de la vie et activités territoriales- prend une importance remarquable.
La dernière intervention a souligné l'importance de la recherche e du développement technologique dans le processus de globalisation.
En ce secteur l'Europe présentes faiblesses structurelles qui ont été traité du Conseil européen de Lisbonne, qui ont crée un Espace européen de la recherche. En particulier, dans le secteur de l'oncologie, le rôle développé de l'Italie est de primaire importance.

Presentazione

Sono particolarmente lieta di poter presentare gli Atti di questa giornata di informazione e conoscenza, che si colloca fra le iniziative concrete volte a "portare la sanità italiana in Europa e nel Mondo e il Mondo e l'Europa nella sanità italiana". Tale obiettivo, già presente nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 e meglio esplicitato nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, potrà essere più facilmente conseguito promuovendo un'attività di coordinamento, di rete, di ricerca delle sinergie, fra le iniziative ministeriali e regionali.

Le linee di programma di Governo per la promozione e l'equità della salute dei cittadini hanno sottolineato la necessità di sostenere un programma di partnership internazionale, che sia occasione di sviluppo di opportunità del nostro sapere medico, scientifico, assistenziale e gestionale negli altri Paesi del Mondo.

L'azione dell'Italia nel campo della salute poggia sugli impegni solennemente adottati nell'ambito degli "Obiettivi di Sviluppo del Millennio" delle Nazioni Unite il cui raggiungimento, tuttavia, è legato anche a determinanti esterni allo stretto ambito sanitario, come sottolineato dalla Commissione sui determinanti sociali della salute dell'OMS. Abbiamo, per questo, voluto farci portavoce della "Salute in tutte le politiche", non dimenticare che la salute è il risultato di politiche messe in atto anche in altri settori che, particolarmente in questa fase di globalizzazione, possono essere buone o cattive proprio per il loro influsso sulla salute della popolazione.

A livello europeo, l'Italia intende sostenere la positività del proprio sistema socio-sanitario, universale e solidale, e ritiene di potersi presentare come partner per progetti di gemellaggio con i paesi neocomunitari. Nel contempo l'Italia è impegnata nell'adeguarsi alle normative comunitarie riguardanti, fra l'altro, i trapianti di cellule e tessuti, il sangue, la tutela dell'inquinamento dell'aria, delle acque e del suolo, i medicinali, i servizi sanitari e le malattie transfrontaliere.

Rafforzando la nostra presenza in Europa e nel Mondo potremo svolgere un'azione più incisiva per garantire il rispetto del diritto alla salute per tutti, sancito dalla nostra Costituzione. La salute dovrebbe essere considerata davvero un bene vitale ed irrinunciabile piuttosto che uno strumento utile al raggiungimento di altri scopi, quali una maggiore competitività economica.

Il diritto alla salute per tutti, uno dei diritti umani che i governi dovrebbero garantire universalmente a tutti i cittadini da loro amministrati, pone le sue basi sull'equità, l' uguaglianza e solidarietà. Il Servizio Sanitario Nazionale italiano, le cui caratteristiche fondamentali sono l'universalità, la sostanziale gratuità per l'accesso a prestazioni appropriate uniformemente assicurate sul territorio nazionale, il rispetto per la libera scelta e il pluralismo erogativi, può servire da modello cui possono fare riferimento altri Paesi europei e del Mondo.

La produzione di benessere e di salute può rappresentare il principale baricentro della nostra politica internazionale. In questo contesto va data priorità alle numerose e spesso poco conosciute esperienze di eccellenza, basate su principi etici piuttosto che su particolarismi ed opportunismi, che permettono di porre al centro le necessità dei cittadini, accrescendo la loro fiducia nelle istituzioni e la solidarietà dei popoli.

E' con grande piacere che presento quindi questo volume, nel quale sono riportate integralmente le relazioni e gli interventi programmati discussi nel corso del Workshop. Molti di questi possono essere considerati esempi positivi, da incentivare e ampliare per migliorare l'approccio del "Sistema Italia della Salute" in ambito internazionale e comunitario. Da parte nostra siamo consci dell'importante lavoro che è stato effettuato, specialmente nel corso di questo ultimo anno, per rafforzare la nostra presenza, ma altrettanto consapevoli del grande lavoro che ci attende se vogliamo proseguire nel cammino intrapreso.

In particolare, analizzando la situazione attuale, si possono trarre le seguenti considerazioni:

1. la possibilità di agire in Europa e a livello internazionale è determinata e definita dalla capacità di garantire una presenza continuativa e strutturata nei livelli decisionali ed operativi;

2. l'esigenza di prevedere, da una parte, la formazione di personale nazionale dedicato e, dall'altra, la definizione di strutture di coordinamento sia a livello nazionale che regionale stabili, che operino con metodologie condivise tra il livello nazionale e regionale. A questo proposito voglio citare la positiva esperienza della Task-force per il coordinamento delle attività internazionali, istituita con Decreto ministeriale 19 aprile 2007 e del Tavolo di coordinamento delle iniziative di collaborazione sanitaria con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente, lanciato il 1 marzo 2007. Quest'ultimo si è avvalso per ora di un Segretariato provvisorio, che dovrebbe essere formalizzato nel prossimo futuro. Nel campo della formazione devo sottolineare che quest'anno, per la prima volta, due funzionari ministeriali parteciperanno all' "*Exchange programme*" dell'Organizzazione europea *HOPE*, con la permanenza di quattro settimane presso strutture dei sistemi sanitari di due importanti Paesi comunitari.

3. la necessità di assicurare il dovuto supporto metodologico per l'elaborazione di progetti che soddisfino i criteri adottati in ambito comunitario ed internazionale. Anche in questo caso la formazione del personale costituisce un pre-requisito indispensabile. Al fine di facilitare questa ed altre iniziative, è stato recentemente definito il Progetto "mattone internazionale" che intende mettere a frutto la positiva esperienza metodologica acquisita in precedenza con gli altri *progetti mattone*.

Considerato il carattere strategico della collaborazione sanitaria in ambito europeo ed internazionale e la necessità di assicurare la massima trasparenza, si procederà alla

valutazione e al monitoraggio dei risultati in concomitanza con la verifica degli obiettivi strategici del Governo e la relazione annuale al Parlamento.

Sono convinta che tutti gli Enti italiani che operano nel campo della tutela della salute, ed in particolare le Regioni e le Istituzioni scientifiche, pubbliche e private, insieme al Ministero degli Affari Esteri, al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore della Sanità, ciascuno nella propria area di competenza, sapranno cooperare per il rafforzare il "Sistema Italia della Salute" a livello europeo ed internazionale.

Desidero quindi confermare il pieno appoggio del Ministero della salute, e mio personale, alla nostra comune iniziativa, convinta come sono che abbiamo davanti a noi una opportunità unica per contribuire al miglioramento del benessere della società civile e a sostenere la solidarietà fra i popoli che si esprime particolarmente nell'aiuto reciproco per la tutela della salute.

Prima sessione

La diplomazia della salute

La nuova politica sanitaria italiana in ambito internazionale

Maria Paola Di Martino
Direzione Generale per i rapporti con l'Unione europea e per i rapporti internazionali, Ministero della Salute, Roma

Introduzione

La Direzione Generale per i rapporti con l'Unione Europea e per i rapporti internazionali, in attuazione del mandato del Ministro e della direttiva di governo, che vuole più Italia in Europa e nel mondo, ha impostato un nuovo modo di lavorare, per dare alla Direzione quella capacità di conoscere tutte le opportunità presenti nel mondo e mettere in sinergia le numerose iniziative italiane all'estero in tema di sanità.

Ci siamo trovati in uno scenario veramente stimolante. Lo scenario internazionale sta definendo prospettive e interessi straordinari nel settore della tutela della salute. In Europa, negli ultimi cinque anni, i Consigli dei Ministri della Salute hanno attirato l'attenzione sulla centralità del tema salute, sui sistemi sanitari e sulla necessità di condividere principi e valori comuni. La salute in tutte le politiche è un progetto strategico comune europeo, che l'Italia ha raccolto e ha fatto proprio. La prossima settimana avrà luogo a Roma un'importante Conferenza ministeriale europea, organizzata dal Ministero della Salute italiano, con la collaborazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e della Commissione europea, che vede l'adesione di tutti i Ministri e delegati dei 26 Paesi, oltre all'Italia naturalmente e che affronterà proprio questa tematica e quella relativa alla misurazione degli impatti delle altre politiche non sanitarie sulla salute. La salute è da tutti riconosciuta come elemento fondamentale per qualsiasi politica di sviluppo, di coesione e di equità. Le nostre esperienze sono molto apprezzate dagli altri Paesi. C'è una fortissima stima dell'Italia, delle nostre capacità scientifiche, cliniche e anche un apprezzamento del nostro sistema sanitario, generale, universale, solidale, e di questo abbiamo la conferma, perché nel mio ufficio ricevo quotidianamente richieste da parte di moltissimi Paesi, dall'Africa al vicino e al lontano Oriente, che chiedono fortemente di stipulare accordi di collaborazione bilaterale con noi nel campo della salute e delle scienze mediche.

Perché una giornata d'informazione sulle politiche internazionali in tema di salute

L'obiettivo di questa giornata non è solo scambiare informazioni tra le componenti istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano ma anche trovare modi di lavoro comune, di condividere sistematicamente le informazioni e formare squadre motivate per lavorare insieme, raccogliere le sfide demografiche e scientifiche, fare sistema.

Conoscersi, lavorare insieme, evitare interventi polverizzati, promuovere sinergie: è anche questo un modo per attuare il "Patto per la salute", di cui ha parlato il Ministro Livia Turco nel corso dell'Audizione alla Commissione affari sociali della Camera dei Deputati, nel giugno dello scorso anno. Un patto per la salute per coinvolgere tutte le componenti del sistema su nove parole chiave: fiducia, qualità, umanizzazione, unitarietà del sistema,

responsabilità, legalità, cultura dei risultati, politica delle alleanze ed Europa e il mondo. Il Ministro ci ha stimolato ad una nuova politica di relazioni per realizzare una presenza costante e qualificata dell'Italia nel mondo. Cosa fare, quindi, per promuovere sviluppo e nuove opportunità del nostro sapere medico, scientifico, assistenziale, organizzativo e gestionale negli altri Paesi?

Anche il Piano sanitario nazionale 2006/2008 sottolinea il carattere senza frontiere della ricerca scientifica e biomedica e la necessità di un approccio globale alle grandi sfide. Un'apertura, quindi, a praticare la solidarietà fra i popoli mettendo insieme ciascuno le proprie esperienze, scambiando informazioni su diversi approcci per percepirne i massimi benefici.

Nell'atto di indirizzo di governo (18 ottobre 2006) che ha definito le priorità politiche 2007 sono state precisate le priorità in ambito internazionale che puntano al potenziamento dei programmi di collaborazione bilaterale e ad un nuovo approccio alle iniziative multilaterali. Nel primo caso un cambiamento sostanziale nella definizione della collaborazione: non più contenitori formali ma piani di azione ben precisi, temporalmente collocati e valutabili nei risultati, finalizzati a valorizzare la collaborazione medico scientifica e la cooperazione in sanità, quali punti di forza dei saperi e dei saper fare del sistema Italia. La salute in Europa e nel mondo sta assumendo sempre più una posizione centrale e basilare per la consapevolezza che se non c'è salute non c'è sviluppo e che salute è uguale a ricchezza "*health=wealth*" La salute quindi al centro delle politiche. In questo nuovo contesto questo Ministero insieme alle Regioni intende promuovere la presenza dell'Italia nelle Istituzioni europee e cogliere tutte le opportunità che l'Europa offre con i fondi che mette a disposizione per la crescita della Comunità europea.

La sfida riguarda tutti, in un'Europa nella quale la mobilità delle persone e delle merci è sempre più forte e condizionante e dove l'Italia è impegnata in modo originale e avanzato a lavorare assieme alle popolazioni migranti nei Paesi d'origine, di transito e di destinazione. Si tratta di credere profondamente nel valore del dialogo interculturale e nel confronto tra diverse civilizzazioni per affrontare anche attraverso il tema della salute il problema dell'immigrazione.

Una task force internazionale

Concretamente, lo scenario ha richiesto, quindi, una nuova modalità di lavoro e alcuni interventi organizzativi.

Per il coordinamento delle attività internazionali fra strutture ministeriali, tra Ministero e Regioni, e altri soggetti interessati è stata costituita una task force con decreto del Ministro del 19/4/2007. Il lavoro è finalizzato a migliorare la partecipazione italiana ai lavori degli organismi europei e si propone di: predisporre un organico piano di lavoro ministeriale per migliorare e coordinare le attività e la formazione; predisporre una linea progettuale nel quadro del "Progetto Mattoni"; agevolare la diffusione di conoscenze e di buone pratiche; facilitare l'accesso ai finanziamenti internazionali; promuovere un piano di intesa con le Regioni per sinergie e coinvolgimenti; una linea progettuale per migliorare la cultura e l'organizzazione del SSN a vari livelli nel panorama della sanità internazionale.

Il primo prodotto rilasciato dalla task force è il Progetto per il "Mattone internazionale". Anche l'odierna giornata d'informazione è un prodotto della task force e colgo l'occasione per ringraziare il prezioso contributo dei collaboratori che ne hanno garantito il successo.
Il cosiddetto "Mattone internazionale" intende avvalersi dell'esperienza maturata dai tecnici regionali e ministeriali nell'ormai concluso progetto "Mattoni" e si propone di garantire una presenza strutturata dell'Italia nei livelli decisionali e operativi in Europa e nel mondo. Si tratta di costruire un progetto che faciliti nuove relazioni stabili attraverso una nuova organizzazione condivisa a livello nazionale e regionale. Obiettivo generale del progetto è costruire un ambito unitario per la crescita diffusa della presenza italiana all'estero. Gli obiettivi specifici riguardano il censimento e la conoscenza dei contesti al fine di assicurare la partecipazione pro-attiva a commissioni, gruppi, ecc. Il lavoro comune dovrà permettere di acquisire e diffondere strumenti comuni di indirizzo, linee guida, indicatori, ecc.; valorizzare i progetti nel campo della "cross border health care"; creare le condizioni per massimizzare l'accesso a programmi e risorse comunitarie. Insomma, "mettere a sistema" le numerose iniziative italiane in varie aree, esportare i saperi e i saper fare valorizzando le tematiche già oggetto del "progetto mattoni". L'esperienza da ripetere prevede la presenza di una Regione capofila, l'individuazione di un Ente Gestore, di un gruppo di Management, settori specifici di lavoro. Le linee operative del progetto prevedono, tra l'altro, la raccolta, l'ordinamento logico e la revisione documentale, la mappatura del quadro istituzionale, il censimento di iniziative, la valutazione dei risultati.

E sui risultati sarà valutata l'efficacia del progetto: quanto l'Italia riuscirà ad influenzare il processo di formazione delle "policies", quali saranno i benefici acquisiti dalla partecipazione ai bandi e dal numero di progetti assegnati all'Italia, la sistematizzazione delle iniziative internazionali e, complessivamente, i riconoscimenti in termini d'immagine del "Sistema Paese" e, non ultima, la capacità di comunicare sviluppata.

Gli accordi bilaterali nazionali e il nuovo approccio Mediterraneo e Medio Oriente

Pietro Malara, Patrizia Parodi
Direzione Generale per i rapporti con l'Unione europea e per i rapporti internazionali, Ministero della Salute, Roma

Introduzione

La collaborazione internazionale nel campo della salute e delle scienze mediche rappresenta una realtà molto significativa ed in via di espansione, tenuto conto delle sempre crescenti necessità di stabilire contatti e scambi di esperienze con tutti i Paesi del mondo.

Tale esigenza deriva, in primo luogo, dal notevole incremento della mobilità di persone e dei beni, cui consegue la necessità di proteggere la salute in tutto il mondo, dato che le malattie non hanno confini.

Il compito di questa Direzione Generale e dell'Ufficio competente in materia di accordi bilaterali consiste nel coordinare, attraverso la negoziazione e la stipula di protocolli tecnici di intesa o "Memorandum" con altri Stati, le molteplici attività di collaborazione o cooperazione sanitaria che precedono e seguono gli atti formali di Intesa. Molte iniziative, in passato, hanno preso spunto da contatti che si stabiliscono spontaneamente tra gli ospedali, le Università, gli Istituti Nazionali di Ricerca, le Aziende sanitarie e le Amministrazioni regionali.

Si tratta sia di Protocolli d'Intesa di natura tecnica, stipulati tra i rispettivi Ministeri della salute, e che quasi mai richiedono, per la loro entrata in vigore, leggi di ratifica parlamentare o atti di ratifica del Presidente della Repubblica, sia di Accordi intergovernativi, per i quali tali adempimenti sono di solito necessari, soprattutto qualora siano previsti finanziamenti specifici.

Questi Accordi, di conseguenza, nella grande maggioranza dei casi entrano in vigore all'atto della firma e costituiscono dei quadri di riferimento per tutte le attività di collaborazione sanitaria che si vanno a sviluppare con un determinato Paese.

La Direzione Generale per i rapporti con l'Unione europea e per i rapporti internazionali avvia i negoziati e cura le attività e le procedure preliminari che sfociano, nel caso sia raggiunta anche l'intesa politica, nella sottoscrizione di uno specifico Memorandum d'Intesa. A tal fine organizza le visite ufficiali delle delegazioni italiane ed estere e cura il monitoraggio e la programmazione delle attività e delle iniziative che scaturiscono dall'attuazione delle Intese.

Gli accordi bilaterali nazionali

Sono attualmente operative o comunque in vigore le Intese con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente (Algeria, Tunisia, Egitto, Libia, Israele, Giordania, Arabia Saudita) con i Paesi dell'Europa centro-orientale (Bulgaria, Polonia) e le Repubbliche ex sovietiche (Armenia, Georgia), mentre sono stati presi contatti per valutare la fattibilità di nuovi Accordi con il Marocco, la Turchia, gli Emirati Arabi, la Romania, la Croazia, e l'Azerbaigian.

Gli Accordi sono generalmente accompagnati da Piani di azione, che specificano le attività che si intendono condurre congiuntamente e prevedono la costituzione di Gruppi di lavoro e Commissioni tecniche miste per il monitoraggio delle azioni.
Nel corso del 2004 è stata avviata la collaborazione bilaterale con il Governo cinese, con il quale sono stati siglati cinque Memorandum d'Intesa nei settori: farmaci, medicina tradizionale cinese, servizi veterinari, prevenzione delle malattie trasmissibili. Sono poi seguiti altri Accordi più specifici (medicina rurale, laboratorio congiunto, ricerca sui principi attivi di origine vegetale) con la partecipazione di Istituti di Ricerca e Università.
Un Memorandum d'Intesa bilaterale di cooperazione scientifica e tecnologica nel settore medico sanitario stipulato nel 2003 con gli Stati Uniti ha prodotto una serie di rilevanti collaborazioni e progetti di ricerca congiunti fra Università e Istituti scientifici nei settori dell'oncologia, delle malattie rare e della difesa da attacchi con matrici biologiche. Tale intesa è stata ampliata nel 2005, ed è attualmente in corso una revisione ed estensione della medesima. Il Memorandum è attuato sotto la responsabilità scientifica dell'Istituto Superiore di Sanità.
Recentemente è stata anche riattivata la cooperazione in campo sanitario con i Paesi del Sud America, in particolare con l'Argentina, tramite la revisione dell'Accordo già stipulato e con il Brasile, ed è stato firmato un nuovo Accordo bilaterale con il Messico incentrato sulle biotecnologie avanzate.
Infine sono stati avviati i contatti con il Mozambico, predisponendo un testo di Accordo all'esame delle Autorità sanitarie di quello Stato, e del tutto in via preliminare con altri Paesi dell'Africa sub-sahariana.
Tale attività rientra negli obiettivi strategici del Ministero della Salute, con l'intento di rafforzare il ruolo del "Sistema Italia" nel mondo e soprattutto nell'area del Mediterraneo e del Medio Oriente, nel campo della sanità pubblica e della medicina. In tale senso si ritiene cruciale condividere con le Regioni, le Università e gli Istituti di Ricerca, un progetto che valorizzi i saperi e le buone pratiche nazionali per rendere sinergiche le risorse messe in campo, avvalendosi anche del considerevole patrimonio di esperienze di cooperazione sanitaria realizzate da strutture del Servizio Sanitario Nazionale, spesso con l'appoggio operativo di Organizzazioni non governative.

Il nuovo approccio Mediterraneo e Medio Oriente

Nel campo dell'attività di collaborazione sanitaria con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente la *Conferenza nazionale per la costituzione di un partenariato della salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente,* svoltasi a Roma l'8 febbraio 2007, organizzata congiuntamente dal Ministero della Salute e dal Ministero degli Affari Esteri, ha rappresentato un nuovo impulso nei rapporti internazionali dell'area attraverso il coinvolgimento e il sostegno delle Regioni, degli Enti locali e degli altri Enti pubblici e privati che operano nell'area. Con l'impegno strategico congiunto del Ministero degli Affari Esteri e del Ministero della Salute si è dato avvio ad un programma di potenziamento della presenza italiana con la cosiddetta "diplomazia della salute" che considera i sistemi sanitari come parte centrale della protezione sociale e come elemento che contribuisce concretamente alla coesione e alla giustizia sociale. Si tratta di offrire il partenariato nel settore della salute come strumento di pace, solidarietà e sviluppo sostenibile anche nelle aree di crisi. Inoltre la conferenza è stata l'occasione per fare un primo censimento delle attività di collaborazione internazionale in campo sanitario e di riunire i diversi attori per presentarsi come "Sistema Italia della salute". Sono stati prodotti

gli Atti della Conferenza, disponibili on-line sul sito del Ministero della salute – area rapporti internazionali.
Dopo la Conferenza sono state avviate diverse iniziative tra le quali si citano:

- Costituzione del **Tavolo di consultazione**, aperto a tutti quegli Enti e Istituti che operano nel campo della salute nell'area e che sono disponibili a scambiare informazioni e ricercare sinergie, a cui hanno aderito sinora oltre 100 Istituzioni e/o persone. Il Tavolo è stato consultato per raccogliere le proposte di collaborazione con il Marocco, con l'Algeria, con l'Egitto, con gli Emirati Arabi Uniti. Sono inoltre state fornite informazioni circa la possibilità di partecipazione a bandi europei e nazionali per progetti sanitari in diversi Paesi (Turchia, Israele, Marocco).

- Avvio del **progetto pilota in Marocco**, nato dall'esigenza di condividere nuove metodologie di cooperazione internazionale che rafforzino l'immagine del nostro Paese all'estero, presentandolo come "Sistema Italia". Al fine di dare avvio ai negoziati per la stipula di un Accordo bilaterale, è stata effettuata una prima missione, di carattere tecnico, dal 20 al 23 maggio 2007, cui hanno partecipato esponenti del Ministero della Salute e della Regione Sicilia, in rappresentanza di tutte le Regioni, ed affiancata, in alcune fasi, da un esperto del Ministero degli Affari Esteri. Questa prima fase è stata descritta nel "Quaderno Marocco", di cui è disponibile la prima bozza che sarà integrata con il testo dell'Accordo ed il Piano d'azione, una volta perfezionati. I settori di collaborazione individuati come prioritari sono l'oncologia, le malattie infettive, le malattie croniche e stili di vita, i trapianti, la telemedicina, l'immigrazione.

- **Missione tecnica in Egitto**, utilizzando la nuova metodologia inaugurata con il Marocco, che ha previsto la consultazione del Tavolo e la partecipazione di un rappresentante delle Regioni. La missione ha avuto luogo dal 13 al 15 luglio e si è conclusa con la firma del nuovo Piano d'azione 2008-2009, che ha confermato le aree già individuate come prioritarie per la collaborazione (malattie infettive, trapianti, ematologia, oncologia) alle quali è stata aggiunta quella della salute pubblica.

- **Visita negli Emirati Arabi Uniti**, dal 16 al 19 ottobre 2007, anche questa realizzata utilizzando le nuove metodologie sopra descritte, per avviare i contatti per la stipula di un Accordo bilaterale. La visita è stata guidata dal Sottosegretario Zucchelli.

- Progettazione della web community **"Rete della salute per il Mediterraneo e Medio Oriente",** come strumento per facilitare la condivisione di informazioni e strumenti fra i diversi attori della rete e rendere più agevoli i contatti fra i partecipanti. La web community, che dovrebbe essere lanciata nei prossimi mesi, prevede una prima fase aperta solo ai rappresentanti di strutture pubbliche italiane, ed una seconda fase, aperta a tutti e multilingue, da estendere ai Paesi del bacino mediterraneo mediorientale.

Fra le iniziative programmate, ma non ancora realizzate, figurano:

- Realizzazione di un **Segretariato permanente**, per dare impulso e favorire il coordinamento della rete di collaborazione sanitaria, i cui obiettivi sono:
    - la raccolta e la diffusione di informazioni e proposte di collaborazione provenienti dai Paesi dell'area, dall'Unione europea e dalle Organizzazioni internazionali;
    - la raccolta e diffusione di informazioni sulle attività di cooperazione in ambito sanitario con i Paesi dell'area;
    - la produzione e condivisione di metodologie adeguate per l'ottimale raccolta e diffusione di informazioni sulle attività di cooperazione e collaborazione;
    - il coordinamento delle istituzioni pubbliche e private che operano in ambito sanitario nell'area, attraverso la costituzione di un apposito Tavolo per sostenere e promuovere gli Accordi di collaborazione bilaterale.

- Realizzazione di una **banca dati accessibile on-line** che raccolga le esperienze e le proposte di collaborazione con i Paesi dell'area.

- Realizzazione della **Conferenza internazionale per la costituzione di un partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente**, da organizzare in collaborazione con il Ministero degli Affari Esteri a cui dovrebbero partecipare i Ministri della salute dei Paesi dell'area.

La nuova metodologia di programmazione della collaborazione internazionale in campo sanitario, intrapresa con i Paesi dell'area mediterranea e medio-orientale, potrebbe essere estesa ad altre aree geografiche e punta alla sinergia degli interventi in un quadro coordinato e condiviso evitando di disperdere le risorse umane e finanziarie in azioni frammentate e isolate che poco incidono sulla realtà sociale e sanitaria dei Pesi beneficiari.

Nuove sinergie nel campo degli interventi umanitari

Stefania Ricci
Direzione Generale per i rapporti con l'Unione europea e per i rapporti internazionali, Ministero della Salute, Roma

Riferimenti normativi

Il decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, recante le disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e le norme sulla condizione dello straniero ed il relativo regolamento di attuazione decreto Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394 e successive modificazioni ed integrazioni prevedono in particolare la disciplina dell'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri soggiornanti sul territorio nazionale, identificando tre categorie di beneficiari:

1. stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale;

2. stranieri *non* iscritti al Servizio Sanitario Nazionale;

3. stranieri che entrano in Italia per motivo di cura.

Stranieri che entrano in Italia per motivi di cura

Rientrano in questa categoria:

- gli stranieri che chiedono il visto d'ingresso per motivo di cure mediche;
- gli stranieri che vengono trasferiti in Italia per cure nell'ambito di interventi umanitari;
- gli stranieri che vengono trasferiti in Italia per cure nell'ambito di programmi di intervento umanitario delle Regioni.

Procedura di autorizzazione di interventi umanitari di competenza del Ministero della Salute

L'art. 36, comma 2, del decreto legislativo 286/98 prevede che il trasferimento per cure in Italia è consentito nell'ambito di programmi umanitari definiti ai sensi dell'articolo 12, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, previa autorizzazione del Ministero della Salute, d'intesa con il Ministero degli Affari Esteri.

Il provvedimento interministeriale, così come configurato dalla predetta norma, si caratterizza per l'assoluta discrezionalità politica dell'intervento, in quanto il provvedimento stesso non viene disciplinato dalla legge sia per quanto riguarda i soggetti e le aree d'intervento sia per quanto riguarda i presupposti e le condizioni in base ai quali si ritenga necessario intervenire.

Il Ministero della Salute, sulla base della documentazione acquisita, attiva un'istruttoria che si svolge attenendosi ai seguenti criteri:

- prestazioni sanitarie comprese tra quelle di alta specialità;
- prestazioni sanitarie non erogabili nei Paesi di provenienza per locali carenze tecnico sanitarie;
- prestazioni sanitarie rivolte prioritariamente ai minori;
- indigenza in cui versa il cittadino extracomunitario;
- garanzia di valido e sostanziale supporto fornito da organizzazioni non governative (ong) o da organizzazioni non lucrative di utilità sociale (onlus*)* riferita a tutte le spese non ricomprese in quelle strettamente sanitarie, che non possono essere messe a carico del Ministero della Salute;
- limiti della disponibilità di bilancio.

Negli ultimi anni sono stati autorizzati ed effettuati diversi interventi umanitari, soprattutto a favore di minori extracomunitari, tutti risolti con successo, conseguendo una equilibrata distribuzione per aree geografiche, che ha visto coinvolti quasi tutti i continenti.

Numerose patologie per le quali sono stati attivati gli interventi di cui trattasi necessitano di prosecuzione di cure o di controlli sino a conclusione del relativo protocollo terapeutico. Anche in siffatte circostanze, il Ministero della Salute ha provveduto e provvede ad onorare gli impegni assunti.

INTERVENTI UMANITARI AUTORIZZATI NEL 2007

ETA'	PAESE	PATOLOGIA	STRUTTURA OSPEDALIERA
3 anni	TANZANIA	atresia polmonare con DIV	Istituto Gaslini - Genova
5 anni	SIRIA	grave malformazione cardiaca	Istituto Gaslini - Genova
4 anni	LIBANO	assenza congenita fibula arto inf.sin. - osteomielite	Osp. Pediatrico "Regina Margherita" - Torino
2 anni	TUNISIA	talassemia	San Matteo di Pavia
11 anni	SUDAN	leucemia	Rome Transplant Network - Bambin Gesù Roma
10 anni	LIBIA	aplasia midollare grave	Rome Transplant Network - Bambin Gesù Roma
13 anni	LIBIA	leucemia linfoide acuta in 2ª remissione completa	Rome Transplant Network - Bambin Gesù Roma
12 anni	LIBIA	piastrinopenia idiopatica	Rome Transplant Network - Bambin Gesù Roma
25 anni	GEORGIA	amputazione terzo inf. destro e terzo sup. tibiale sinistro	Villa Betania - Polo Osp.ro S.Spirito - ASL/RM E
2 anni	ARGENTINA	talassemia	IME Istituto Mediterraneo di Ematologia Roma
11 anni	PERU'	fibrosi epatica congenita	I S M E T T di Palermo
11 anni	ARGENTINA	talassemia major	I M E di Roma
minori	LIBIA	Interventi a favore di minori e adulti libici a contagiati da virus HIV EU Action Plan for Bengasi	Bambin Gesù di Roma Meyer di Firenze - Pol. Tor Vergata di Roma - L.Spallanzani di Roma

Procedura dei programmi di intervento umanitario di competenza della Regione

L'art. 44, comma 2, del D.P.R. 394/99 prevede che le Regioni - ai sensi dell'art. 32, comma 15, della legge 27 dicembre 1997, n. 449 - nell'ambito della quota del fondo sanitario nazionale ad esse destinata, autorizzino, d'intesa con il Ministero della Salute, le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere ad erogare prestazioni che rientrino in programmi assistenziali, approvati dalle Regioni stesse, per alta specializzazione a favore di:

- cittadini provenienti da Paesi extracomunitari nei quali non esistono o non sono facilmente accessibili competenze medico specialistiche per il trattamento di specifiche, gravi patologie e non sono in vigore accordi di reciprocità relativi all'assistenza;

- cittadini di Paesi la cui particolare situazione contingente non rende attuabili, per ragioni politiche, militari o di altra natura, gli accordi eventualmente esistenti con il Servizio Sanitario Nazionale per l'assistenza sanitaria.

La portata della richiamata normativa conduce a ritenere che il Legislatore abbia voluto senz'altro conferire una connotazione univoca alla programmazione degli interventi assistenziali sanitari a favore di cittadini extracomunitari, interventi che sono ovviamente dettati da improrogabili motivi umanitari.

Da ciò consegue che l'intesa richiesta dal Legislatore al Ministero della Salute sia necessariamente finalizzata a pianificare e coordinare gli interventi di settore sul territorio nazionale

REGIONE	PAESE DI DESTINAZIONE INTERVENTI UMANITARI	INTERVENTI/PATOLOGIE
ABRUZZO	Africa, America Latina Est Europa (Albania) Medio Oriente	cardiochirurgia, ematologia, neurochirurgia, chirurgia pediatrica e generale
BASILICATA	non sono state indicate nel Programma le aree geografiche di intervento	cardiochirurgia, neurochirurgia, ortopedia, ematologia, oncologia, cura di patologie derivanti da eventi bellici
EMILIA ROMAGNA	Africa, Area balcanica, Medio Oriente	cardiochirurgia, chirurgia pediatrica, oncologia - realizzazione del progetto triennale "Saving the children"
LAZIO	Africa, America Latina, Medio Oriente, area balcanica	oncologia, ematologia, traumatologia, cardiologia

Nuove sinergie delle Istituzioni coinvolte

L'esigenza di assicurare coerenza ed organicità tra Stato e Regioni – in un'ottica di solidarietà sanitaria internazionale – induce a rafforzare la collaborazione tra i soggetti Istituzionali coinvolti con il coordinamento del Ministero della Salute quale organo propulsivo per gli interventi umanitari a favore delle popolazioni più sfortunate.

Il Ministero della Salute può dare un effettivo valore aggiunto agli sforzi regionali creando una rete di solidarietà che consenta di procedere in sinergia evitando il rischio di frammentazione. Tale rete si può avvalere della collaborazioni delle ong e onlus.

I programmi umanitari ai diversi livelli sono strumento concreto di solidarietà e conoscenza e aprono anche nuove prospettive di collaborazione.

Proposte operative

- Definire regole semplici e adottabili da tutte le Istituzioni coinvolte per addivenire ad una programmazione annuale nazionale degli interventi umanitari a carico del Ministero della Salute e delle Regioni.

- Prevedere un margine di discrezionalità per la presa in carico di eventuali interventi non programmati.
- Garantire priorità agli interventi in zone di guerra.
- Coinvolgere le strutture sanitarie di eccellenza per la pianificazione degli interventi.
- Snellire le procedure di ingresso in collaborazione con il Ministero degli Affari Esteri.
- Favorire gli ingressi dai Paesi con i quali vigono accordi di cooperazione.

La cooperazione decentrata in sanità – Regione Toscana

Suela Cadri
Assessorato al diritto alla salute, Regione Toscana, Firenze

Il sistema di cooperazione sanitaria della Regione Toscana è caratterizzato da un modello le cui linee d'indirizzo strategico e politico vengono stabilite e concordate tra due enti, l'Assessorato della Cooperazione Internazionale e l'Assessorato al Diritto alla Salute. Tale assetto le conferisce senza dubbio una particolare forma organizzativa ed è dettato dalla precisa volontà di qualificare la cooperazione decentrata in sanità attraverso l'attribuzione di specifici contenuti tecnici.

I principi su cui il sistema toscano di cooperazione sanitaria si basa sono quelli forniti, ed ampiamente condivisi, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Tra questi ricordiamo quello di –garantire l'universalità di accesso alle prestazioni dando priorità assoluta alle fasce più deboli della popolazione, i bambini e le donne; il rafforzamento dei sistemi sanitari nel loro complesso, in alternativa alle strategie basate sui programmi verticali; il potenziamento di infrastrutture, sistemi di programmazione e controllo, di acquisto e distribuzione di farmaci essenziali (–inclusi i farmaci antiretrovirali per il trattamento dell'AIDS); l'investimento in risorse umane all'interno del settore pubblico.

La Giunta regionale adotta annualmente la Strategia di cooperazione sanitaria internazionale da realizzare durante l'anno, impartendo indirizzi specifici in attuazione dei contenuti strategici. L'attuazione di tutta la strategia è affidata all'Azienda Ospedaliera Universitaria A. Meyer di Firenze che coordina il Comitato delle Aree Vaste, l'ente preposto alla raccolta e alla diffusione delle informazioni *da* e *verso* il territorio regionale. La Regione Toscana, infatti (GRT n. 508 del 09/07/07) ha individuato nelle Aree Vaste il nodo centrale per giungere alla realizzazione di un piano di cooperazione sanitaria sviluppato "in rete" e concertato con tutti i soggetti attivi sul territorio, in modo da conseguire una progettualità più forte ed incisiva. In ogni Area Vasta è stato costituito un coordinamento per la cooperazione sanitaria internazionale al quale partecipano i referenti aziendali (ogni Azienda sanitaria ha individuato un proprio referente per la cooperazione sanitaria), garantendo in questo modo la messa in rete di numerose professionalità e lo scambio di esperienze tra soggetti ed enti.

Gli operatori delle Aziende sanitarie sono a loro volta il punto di riferimento per numerosi organismi, privati e pubblici, presenti sul territorio e che vengono coordinati a livello provinciale attraverso forum e Tavoli della Cooperazione decentrata.

La bidirezionalità del flusso informativo implica una predisposizione al capovolgimento dello schema gerarchico. In altre parole questo significa che spesso gli input informativi e propositivi arrivano direttamente dal tessuto sociale toscano a beneficio dell'intero sistema. L'operatività delle strategie regionali si esplica prima di tutto attraverso la definizione delle aree geografiche d'interesse prioritario su cui andranno ad inserirsi le proposte progettuali. Tali modalità progettuali si suddividono in due tipi: i Progetti di Iniziativa Regionale (PIR) e i progetti a Bando.

Per un maggior coinvolgimento dei nostri professionisti (medici, infermieri, tecnici) è in corso una proficua collaborazione con l'Ordine dei Medici al fine di creare una banca-dati degli operatori che hanno esplicitato un particolare interesse a partecipare a specifiche iniziative di cooperazione sanitaria internazionale. In questo modo è possibile anche prevedere un percorso formativo, indispensabile a chi vuole avvicinarsi a o approfondire tematiche fondamentali inerenti il mondo della cooperazione sanitaria internazionale.

Altri due elementi di coesione sono rappresentati dalle Linee-guida – il documento, in fase di approvazione definitiva, contenente le coordinate strategiche ed operative del Sistema – e il sito web della Cooperazione Sanitaria Internazionale della Regione Toscana dove è possibile trovare molte notizie utili sulla gestione dell'intero settore, dall'elenco storico dei progetti approvati ai criteri di valutazione e accettazione dei ricoveri in regime di cooperazione, ai riferimenti legislativi di comune interesse e così via.

Tutto questo può certamente essere migliorato. Noi contiamo di farlo con l'aiuto della nostra rete di operatori. La condivisione delle conoscenze e la capacità di dialogo e di ascolto sono le armi vincenti per la costruzione di un sistema di cooperazione strategico ed integrato.

La cooperazione decentrata in sanità – Regione Piemonte

Giulia Marcon
Settore affari internazionali e comunitari, Regione Piemonte, Torino

Il Piemonte è la Regione capofila nel settore della cooperazione internazionale nell'ambito della Conferenza delle Regioni, mentre il ruolo di vice coordinamento per l'area del Mediterraneo è svolto dalla Regione Sardegna.

Ci sono alcune parole chiave che sono emerse negli interventi precedenti, la prima delle quali è la passione, ma anche la necessità di trovare un felice connubio fra la passione e il coordinamento: è su quest'ultimo lato, in cui esistono più debolezze, che dobbiamo far convergere i nostri sforzi. La circolazione della comunicazione, anche all'interno delle stesse Amministrazioni, è a volte difficile, non solo nel campo della salute, ma in tutti gli aspetti della collaborazione internazionale.

Nei diversi territori esistono numerosi operatori sanitari, medici, assistenti sanitari, personale infermieristico, responsabile della gestione manageriale delle politiche della salute, che spesso utilizzano periodi di ferie, aspettativa ed altre modalità per partecipare, anche per periodi brevi, alle iniziative di cooperazione sanitaria. Questo è un patrimonio, spesso sconosciuto che emerge, a volte, anche nella sua episodicità.

Talvolta questo impegno si realizza attraverso le Aziende sanitarie che, sia sollecitate dal loro personale o da istanze esterne, provenienti in particolare da continenti come quello africano, ma anche dall'Asia e dal Sud America, richiedono interventi da parte del nostro sistema.

In questa realtà sempre più globalizzata è importante superare il concetto di cooperazione sanitaria verso un concetto di promozione della salute, come già menzionato in precedenza illustrando la "diplomazia della salute". Vanno inoltre individuati strumenti che valorizzino, accanto alle esperienze di questi singoli operatori, tutte lodevoli, una maggiore sinergia fra quelle che sono le attività e le iniziative dei singoli soggetti fisici o giuridici facendole convergere verso un quadro che sia coerente con quello che è il quadro nazionale e internazionale di cooperazione e quindi con quelle scelte di politica estera che il nostro Paese, attraverso il Ministero degli Affari Esteri e il Ministero della Salute, individua.

In questo quadro dovrebbero anche essere individuate iniziative di sostenibilità e di coerenza rispetto alle politiche del Paese partner. Questa caratteristica a volte viene dimenticata e si impongono i propri standard, che non sempre giovano effettivamente allo sviluppo della promozione della salute in una realtà diversa. Il tema della formazione è immediatamente collegato a questo.

Su tutti questi aspetti è necessario fondare qualcosa di solido e strutturato, il coordinamento di cui si diceva prima.
In questo panorama il ruolo su cui molte Regioni si sono interrogate, dando a volte risposte diverse, basate anche sulla loro organizzazione interna, è stato quello della definizione di

un piano regionale per la promozione della salute nella cooperazione internazionale, tenendo contro anche del quadro normativo regionale di riferimento. Esistono, infatti, leggi regionali diverse che si ispirano alle leggi nazionali, prima fra tutte la legge sulla cooperazione internazionale, ma non solo, e nel dibattito aperto in queste settimane rispetto a questo tema, il ruolo delle Regioni è ancor più significativo nel momento in cui la specificità di questa cooperazione diventa la sanità e quindi la salute, un tema principe dell'attività regionale. Un tema, inoltre, cui sono dedicate gran parte delle risorse finanziarie dei bilanci regionali e quindi diventa fondamentale la necessità di coerenza con quelle che sono le indicazioni politiche che emergono dai diversi Piani sanitari regionali.

Ne deriva l'importanza di promuovere un coordinamento che sia prima di tutto un coordinamento, per quanto ci riguarda, regionale perché come già detto, questa è stata individuata come un'esigenza prioritaria, che comprenda tutte quelle iniziative che hanno origine sul territorio, indipendentemente dalle fonti da cui provengono, ma che garantisca un quadro di riferimento.

Il tema del mattone internazionale sembra che necessiti di ulteriore lavoro preparatorio perché è più complesso rispetto agli altri mattoni che si sono andati via via costituendo e necessita di una coerenza e di un legame molto stretto con quelle che sono le politiche di cooperazione che le Regioni, in collaborazione con il Ministero degli Affari Esteri, svolgono, tenendo conto anche di una serie di altri pilastri che esistono, perché le azioni di cooperazione sanitaria molto spesso si iscrivono in programmi che non sono specifici o dedicati, ma si collocano in un quadro più ampio.

Venendo alla specificità, da ultimo, del Mediterraneo e volendo utilizzare questo esempio, credo che proprio nel recente esame dello schema per la costituzione di un Segretariato, sia emersa, fra le Regioni, l'esigenza di coordinare, a lato delle iniziative specifiche sanitarie, altre iniziative con altre realtà, anche organizzate, che già esistono. Fra queste desidero menzionarne due in particolare: da un lato il programma multiregionale sottoscritto con accordo di programma quadro che riguarda il Mediterraneo ed i Balcani che in qualche modo sempre insistono sul bacino del Mediterraneo. Questi due programmi multiregionali hanno due Regioni capofila e nell'ambito di questi programmi sono inseriti degli interventi in materia di tutela della salute e sanità. L'altro riferimento è lo strumento ENPI nell'ambito della politica di vicinato. Anche in questo caso le Regioni svolgono un ruolo fondamentale, in particolare la Regione Sardegna che ha la responsabilità dell'Autorità di gestione di questo programma. Il richiamo al tema della salute nei programmi europei, ancora una volta, evidenzia l'esigenza di un coordinamento, per riconoscere una specificità alle politiche della salute nel contesto più ampio della cooperazione decentrata. La collaborazione sanitaria ha una valenza particolare, infatti, al di là di realizzare questo o quel singolo intervento, si pone l'obiettivo di andare verso una fase, che poi ritroveremo anche in altri temi discussi in questo Convegno, che è quella dell'assistenza e della partecipazione alla costituzione dell'*Institution building.* Si tratta, quindi, di una collaborazione alla creazione di politiche della salute che ritorna nel tema dell'incontro di oggi in cui, infatti, si parla di collaborazione e non di cooperazione. Concludo assicurando la completa disponibilità di tutta la Commissione affari comunitari e internazionali della Conferenza delle Regioni a collaborare sia al Segretariato per il Mediterraneo sia al progetto mattoni.

Gli accordi bilaterali di sicurezza sociale con i Paesi extra Unione Europea

Sergio Acquaviva
Direzione Generale per i rapporti con l'Unione europea e per i rapporti internazionali, Ministero della Salute, Roma

Competenze

L'Ufficio VII, della Direzione generale per i rapporti con l'Unione Europea e per i rapporti internazionali, è stato istituito, con D.M. del 23 giugno 2004.

Detta struttura è preposta all'attuazione degli accordi bilaterali in materia di assistenza sanitaria con Stati non appartenenti all'Unione Europea (UE), nonché alla trattazione dei rapporti economico finanziari con gli stessi Stati e connessi rapporti con le Regioni, le Province autonome e le aziende sanitarie.

Nel preesistente ordinamento, le attuali competenze dell'Ufficio VII rientravano tra quelle dell'Ufficio II, struttura quest'ultima, che continua a curare la trattazione degli affari economico finanziari e normativi inerenti la mobilità sanitaria nell'ambito dell'Unione Europea e dello Spazio Economico Europeo.

Attività

A differenza del sistema di sicurezza sociale in ambito comunitario, la cui disciplina è riconducibile unitariamente ed uniformemente ai regolamenti comunitari di sicurezza sociale n. 1408/71 e n. 574/72, il sistema di mobilità internazionale extra UE è disciplinato da distinti trattati internazionali, recepiti nell'ordinamento dalle previste leggi di ratifica, riguardanti accordi di sicurezza sociale, prima denominati anche accordi di emigrazione, aventi, in prevalenza, come destinatari, lavoratori, pensionati e, di norma, i familiari conviventi. In limitati casi, i destinatari sono tutti gli iscritti ai rispettivi sistemi sanitari.

Detti accordi prevedono varie forme di tutela a favore dei destinatari, quali le prestazioni sanitarie, anche per temporaneo soggiorno, previdenziali e di assistenza sul luogo di lavoro.

Le Amministrazioni direttamente coinvolte nell'applicazione dei citati trattati sono, nell'ambito delle rispettive competenze, oltre al Ministero della Salute, il Ministero del Lavoro, l'INPS, INAIL, l'INPDAP.

Il Ministero degli Affari Esteri assolve la funzione di coordinamento delle dette Amministrazioni per le eventuali modifiche delle convenzioni vigenti, per la soluzione di problematiche in sede di Commissioni miste tra rappresentanti dei Paesi interessati, nonché alla attivazione di iniziative per la stipula di nuove convenzioni.

Il Ministero dell'Economia e Finanze interviene, invece, ogni qualvolta, in caso di modifica ovvero di stipula di nuove convenzioni, occorre quantificare gli oneri conseguenti.

Nel caso di stipula di nuove convenzioni gli oneri di spesa gravano nella prima fase di applicazione, trattandosi di esecuzione di accordi internazionali, sul bilancio del Ministero degli Affari Esteri. Per gli anni successivi, i relativi costi sono ripartiti, pro quota, stabilizzandosi, sui bilanci delle Amministrazioni sopra citate. Per questa Amministrazione tali oneri sono iscritti nella tabella 15, nell'ambito delle spese obbligatorie, sul capitolo 4370 denominato - rimborso per spese sanitarie all'estero-. Su detto capitolo gravano anche i costi per l'assistenza diretta e indiretta della mobilità sanitaria in ambito comunitario.

Come per la mobilità sanitaria in ambito comunitario, aldilà delle innovazioni introdotte dalla tessera sanitaria europea, l'assistenza sanitaria è regolata da preventive autorizzazioni da parte delle Istituzioni competenti attraverso il rilascio di appositi attestati. In conformità a detti attestati viene erogata l'assistenza e, in seguito, lo Stato estero invia richieste di rimborso tramite fatture a questa Amministrazione, in qualità di organismo di collegamento, chiedendone il rimborso.

All'Ufficio VII compete eseguire i pagamenti (per conto delle ASL, previa verifica e controllo, da parte di queste ultime, sulla regolarità delle prestazioni sanitarie erogate durante la permanenza all'estero) e ricevere i pagamenti relativi all'assistenza fornita a cittadini stranieri, che verranno poi imputati alle ASL interessate, in sede di ripartizione del fondo sanitario nazionale.

Aspetti procedurali

L'istruttoria di dette pratiche concernenti introduzioni di debiti e crediti, da e per i Paesi esteri, comporta anche la formulazione di contestazioni, rigetti, accettazioni, annullamenti, con conseguenti corrispondenze con tutte le ASL e gli Organismi esteri di collegamento, nonché, emissione di decreti di pagamento, acquisizione rimborsi ed elaborazione di rendiconti contabili.

La trattazione della documentazione contabile e sanitaria in questione, analoga all'attività svolta dall'Ufficio II e riassunta nell'accluso schema, si svolge seguendo un procedimento che, al variare delle difficoltà, può durare da diversi mesi a più anni.

Sotto il profilo giuridico normativo, l'Ufficio è preposto ad applicare le disposizioni contenute nei singoli trattati nel campo dell'assistenza sanitaria (redigendo anche note informative rivolte agli assessorati regionali alla sanità e quindi alle ASL). L'Ufficio partecipa istituzionalmente ai lavori Commissioni miste, composte anche da delegazioni dei Paesi destinatari delle singole convenzioni, istituite presso il Ministero degli Affari Esteri ovvero a Commissioni di coordinamento tra le Amministrazioni nazionali interessate all'applicazione dei detti accordi internazionali. Particolarmente impegnativa è l'intensa attività di relazioni con il pubblico, atteso che l'Ufficio è chiamato a risolvere, quotidianamente, numerosi quesiti inerenti all'applicazione delle Convenzioni citate.

L'Ufficio, segue anche tutte le problematiche inerenti al potenziamento del sistema TESS (Telematica Europea per la Sicurezza Sociale), al fine di uniformarsi alle comuni esigenze

dell'Ufficio II, riguardanti la raccolta dati e scambio informazioni con Regioni, Province e Comuni.

A tal fine è coinvolto anche negli sviluppi del gruppo di lavoro interistituzionale, istituito, su iniziativa delle Direzioni Generali della Programmazione e dei Rapporti internazionali, al fine di potenziare la collaborazione con le Regioni e Province autonome, allo scopo di risolvere alcune problematiche sorte con l'introduzione in Italia della Tessera Europea di Assicurazione Malattia e supervisionare il preoccupante fenomeno di richieste di prestazioni di alta specializzazione all'estero, al fine di invertire l'attuale tendenza ed attrarre anche pazienti stranieri verso i centri di eccellenza nazionali.

Attualmente sono vigenti Convenzioni con i seguenti Paesi:

Argentina, Australia, Brasile, Capo Verde, Croazia, ex Jugoslavia, Principato di Monaco, Repubblica di San Marino, Tunisia, Santa Sede (Città del Vaticano).

Presso il Ministero degli Affari Esteri sono all'esame ipotesi di predisposizione di schemi di Convenzioni con la **Turchia** e revisione dell'accordo con la **Repubblica di San Marino**, limitatamente alla posizione dei lavoratori frontalieri.

Non sono state ancora ratificate le Convenzioni con **Cile, Uruguay** e **Venezuela**, per mancanza di copertura finanziaria.

Tra le attività di particolare rilievo nelle quali è coinvolto l'Ufficio, a decorrere dall'ottobre 2004, data d'inizio dell'operatività della struttura, si segnalano le seguenti.

Nel mese di novembre 2004, presso il Ministero degli Affari Esteri è stata istituita una Commissione di coordinamento interministeriale per gli accordi di sicurezza sociale con i Paesi delle Americhe, che segue, tra l'altro, stante la significativa presenza di comunità di connazionali, le modifiche delle vigenti Convenzioni con il Brasile e l'Argentina.

Tra le iniziative intraprese dall'Ufficio merita segnalazione la sperimentazione in atto di un'applicazione informatica che sostituirà l'applicativo TESS per la gestione del fatturato con i Paesi extra UE. Caratteristica di detto sistema è il superamento del rapporto esclusivo Ministero-ASL per la trattazione e definizione del fatturato attivo e passivo derivante dai flussi di mobilità da e verso i Paesi convenzionati. L'applicativo denominato ASPEC (Assistenza Sanitaria nei Paesi Esteri Convenzionati) è basato su uno scambio dei dati tra il Ministero e le Regioni, mettendo queste ultime in condizione di monitorare parte di detto fenomeno della mobilità sanitaria al fine di invertire la tendenza di formazione di saldi contabili negativi tra i costi e ricavi conseguenti.

CREDITI

AL COSTO

- Pervengono dalle USL Mod. E125 e vengono dalla raggruppati per Paese Estero (Ue ed ExtraUe)
- Trasmissione alla Ditta RI.TE.MA. tramite Finsiel per perforazione
- Riesame modelli non perforati e prime contestazioni ale USL
- Introduzione dei crediti ai Paesi esteri
- Esame contestazioni pervenute da Paesi esteri
- Conseguente corrispondenza con le USL
- Esame e valutazione risposte USL
- Reintroduzione definitiva dei crediti accertati
- Nota di accredito da parte dell'Istituzione estera

procedimento che si ripete fino a completa definizione dei casi contestati

A FORFAIT

- Pervengono dalle USL Mod. E 121 - E 108 - E 109 e vengono raggruppati per Paese estero (UE - ExtraUE)
- Esame catalogazione ed inserimento nel terminale (anagrafe)
- Richiesta chiarimenti alle USL per modelli incompleti
- Introduzione dei crediti ai Paesi esteri
- Esame contestazioni pervenute da Paesi esteri
- Conseguente corrispondenza con le USL
- Esame e valutazione risposte USL
- Reintroduzione definitiva dei crediti accertati
- Nota di accredito da parte dell'Istituzione estera

procedimento che si ripete fino a completa definizione dei casi contestati

DEBITI

AL COSTO

- Acquisizione e invio mod. E.125 da parte Paesi esteri (UE - ExtraUE)
- Codifica, preparazione e trasmissione delle fatture alla perforazione
- Aggiornamento delle fatture errate al terminale
- Quadratura tra gli importi addebitati ed accertati e quadratura tra n° fatture addebitate ed accertate
- Prime contestazioni allo Stato estero di fatture errate
- Divisione fatture per Regioni ed USL
- Spedizione delle fatture preparazione delle buste con lettera di trasmissione
- Esame risposte USL con correzione al terminale e eventuale nuova spedizione USL
- Esame risposta contestazioni dello Stato estero correzione al terminale ed invio alle USL
- Definizione ultime contestazioni e invio comunicazione allo Stato estero

esame fatture con imputazioni diverse da USL (INPS, INAIL, INAM, ecc..) ricerche del caso ed eventuali contestazioni

procedimento che si ripete fino a completa definizione dei casi contestati

A FORFAIT

- Acquisizione mod. E 127 trasmessi da Paesi UE
- Registrazione a terminale lettera notifica
- Lavorazione fatture per trasmissione alla Società di perforazione (codifica)
- Aggiornamento fatture errate a terminale (scarti)
- Invio fatture alle USL per controllo imputazione debito
- Esame risposte USL con correzione al terminale e eventuale nuova spedizione alle USL
- Lettera contestazione allo Stato estero
- Esame risposte contestazioni dello Stato, correzione a terminale e invio alle USL
- Definizione ultime contestazioni con invio lettera allo Stato estero

RENDICONTO CONTABILE -

INSERIMENTO DELLE SEGUENTI NOTE NEL PROGRAMMA "LIQUIDAZIONE" per i PAESI ESTERI

CREDITI ITALIA		DEBITI ITALIA	
AL COSTO (Art.93-96)	A FORFAIT (art. 94-95)	AL COSTO (Art.93-96)	A FORFAIT (art. 94-95)
note italiane di introduzione al costo ed a forfait		**note di introduzioni al costo ed a forfait da parte dei Paesi esteri**	
nota da parte del BELGIO -FRANCIA- SPAGNA di versamento dell'acconto come da accordi		**nota italiana di versamento dell'acconto (come da accordi) per i Paesi BELGIO- FRANCIA e SPAGNA**	
note di contestazioni dei Paesi Esteri e varie note di risposta da parte italiana fino a completa definizione dei casi contestati		**note di contestazioni italiana e varie note di riposta da parte degli Stati esteri fino a completa definizione dei casi contestati**	
nota italiana di reintroduzione dell'importo definitivo dovuto all'Italia comprensivo dei casi sanati e depurato dei casi annullati.		**nota di reintroduzione da parte delle Istituzioni estere dell'importo dovuto, comprensivo dei casi sanati e depurati dei casi annullati**	
nota estera di versamento del credito dovuto all'Italia. Tale versamento viene effettuato in favore dell'U.I.C. c/c bancario n. 080 aperto presso la Banca d'Italia per il successivo versamento al Bilancio dello Stato, stato di previsione del Ministero della Salute - Capo XX, Capitolo 3620.		**nota italiana di notifca di emissione del decreto di pagamento (Capitolo 1620) degli importi dovuti agli Stati esteri**	

I progetti di gemellaggio

Monica Paganelli
Direzione Generale per i rapporti con l'Unione europea e per i rapporti internazionali, Ministero della Salute, Roma

Il programma dei gemellaggi amministrativi (twinning) è stato lanciato dalla Commissione europea nel 1998, momento nel quale l'Europa ha iniziato ad allargarsi, ed è stato concepito come uno strumento che, grazie alla collaborazione fra Stati Membri (SM) e Paesi Beneficiari dei fondi (BC), candidati, o potenziali candidati all'ingresso nell'Unione europea (UE), potesse rafforzare le competenze amministrative e giuridiche di questi ultimi e li guidasse nella trasposizione della legislazione comunitaria in quella nazionale.

I Paesi coinvolti in un gemellaggio (solitamente due) devono raggiungere insieme un risultato operativo relativo *all'acquis comunitaire* o ad altre politiche comunitarie previste nel progetto stesso e non devono semplicemente definire o fornire i mezzi per farlo.

Il rapporto fra i due Paesi deve concretizzarsi in una stretta collaborazione nella quale l'impegno che si è assunto il BC è fondamentale e rappresenta la forza trainante dell'intero processo: non si tratta quindi di un'assistenza tecnica a senso unico dal MS al BC, ma di un percorso condiviso, nel quale ognuno dei due partner si assume le responsabilità definite nell'accordo stesso. In particolare, il BC si impegna a intraprendere e a finanziare le riforme relative alle Direttive tema del gemellaggio e sempre nell'ottica dell'implementazione dell'*acquis comunitaire*, mentre lo SM deve accompagnarlo in questo processo per tutta la durata del progetto.

In base alle caratteristiche della collaborazione, definite a livello comunitario, si deve assolutamente evitare la replica o il tentativo di trasferimento da parte del MS al BC del suo precipuo sistema amministrativo, ma piuttosto ci si deve sforzare perché siano introdotte le migliori pratiche legislative europee.

Alla fine del progetto, un nuovo sistema legislativo o una modifica di leggi preesistenti devono funzionare sotto la sola responsabilità e con i soli mezzi del BC.

Un twinning prevede un "Obiettivo Globale" che va oltre lo scopo puntuale del progetto, ed è rappresentato, ad esempio, dall'effetto dell'applicazione delle normative europee implementate nella legislazione nazionale o dall'inserimento del Paese nelle reti europee.

L'"Obiettivo Generale" del twinning è invece quello di conseguire un risultato operativo in uno specifico campo che comporta la modifica della legislazione del BC. Questo obiettivo si ottiene con il raggiungimento dei "mandatory results" (MR), attraverso il trasferimento pratico di esperienze e competenze. I MR sono risultati concreti, precisi e misurabili, che vengono raggiunti dalle singole componenti di un progetto, trasversali, ma che richiedono competenze specialistiche ben precise e differenti e che si ottengono tramite l'espletamento di attività come:

- formazione del personale del BC e formazione di formatori
- distacco nel BC di esperti
- pubblicazioni, conferenze, workshop
- visite di studio nel MS
- contributo dal settore privato (es. implementazione di sistemi operativi, software, ecc.).

Perché il progetto risponda a tutti i requisiti indicati, i Paesi partner devono preparare un piano di lavoro che può anche essere adattato durante l'implementazione dl progetto ma che deve fissare i "Benchmark", ovvero i sotto-risultati che costituiscono un MR, per permettere lo stretto monitoraggio del progetto fino al raggiungimento del risultato finale.

Si deve anche dire che è vero che alla fine di un gemellaggio ci si aspetta dal BC che questo faccia importanti e significativi progressi in nel campo del progetto, ma in alcuni casi il singolo twinning potrebbe non essere sufficiente a raggiungere questo scopo e quindi potrebbero essere necessari altri successivi interventi (attraverso ulteriori twinning, attraverso l'assistenza fornita da TAIEX, o con altre modalità) per raggiungere completamente gli impegni e le adempienze previste.

Le principali figure, definite da un progetto, e necessarie per l'implementazione dello stesso sono: per il BC il Project leader (PL) e l'omologo del Resident Twinning Adviser (RTA), mentre per il MS, sono il PL, l'RTA e gli esperti a breve e medio termine (STEs, MTEs).

Il PL è rappresentato da una figura di alto rilievo amministrativo o tecnico/scientifico e, comunque, con possibilità di coordinamento a livello politico; il PL del MS è direttamente coinvolto nell'implementazione del progetto e ne è il responsabile tecnico; è prevista una sua partecipazione diretta nel BC, ma anche una serie di attività per il coordinamento e la supervisione, che dovranno necessariamente essere svolte nella sede ordinaria di lavoro. Il PL del BC assicura una stretta collaborazione con il suo omologo ed in particolare deve garantire il coordinamento delle Istituzioni del BC.

L'RTA dovrebbe essere un dipendente pubblico e deve rimanere nel BC per tutta la durata del progetto. E' richiesto che abbia esperienza attinente alle attività del progetto e all'applicazione della legislazione europea. Fornisce assistenza tecnica e coadiuva le Amministrazioni/Enti Pubblici del BC, svolgendo attività organizzativa e di coordinamento. Viene richiesta ottima conoscenza della lingua ufficiale del progetto che, ad eccezione dei Paesi francofoni, è l'inglese.

La proposta elaborata dalle diverse Istituzioni/Enti pubblici che si sono preventivamente accordate (spontaneamente o grazie ai contatti favoriti dal Ministero degli Affari Esteri sulla base delle manifestazioni di interesse presentate), deve essere presentata al focal point nazionale per i twinning, presso la Direzione Generale per l'Integrazione Europea del Ministero degli Affari Esteri, che provvederà a inviarla presso le strutture competenti della Commissione Europea. Va segnalato che ogni Paese deve presentare una singola proposta.

I fondi europei messi a disposizione per questo tipo di collaborazione sono per i programmi:

- ENPI, strumento Europeo di Vicinato e Partenariato, che dal 2007 sostituisce i programmi MEDA (Algeria, Egitto, Israele, Giordania, Libano, Marocco, Siria, Tunisia, Cisgiordania e Striscia di Gaza) e TACIS (ex Unione Sovietica: Ucraina, Moldova, Bielorussia, Georgia, Armenia ed Azerbaigian. Tra gli obiettivi dell'ENPI figurano in particolare lo sviluppo economico e sociale, la sicurezza e la stabilità alle frontiere, la sanità pubblica, l'ambiente; l'energia; la lotta all'immigrazione clandestina e al crimine organizzato, la liberalizzazione degli scambi e degli investimenti.
- IPA, strumento di Pre-Adesione, che dal 2007 sostituisce i programmi PHARE e CARDS e ha come beneficiari i Paesi "Candidati" all'adesione all'UE (Turchia, Croazia e FYRoM) e i Paesi "Potenzialmente Candidati" (Albania, Bosnia e Erzegovina, Kosovo, Montenegro, Serbia). Questo strumento mira tendenzialmente a promuovere il progressivo avvicinamento dei Paesi beneficiari alla normativa europea e di favorire il recepimento dell'acquis communautaire in vista dell'adesione all'UE. L'IPA ha cinque componenti: assistenza alla transizione e institution building; cooperazione trans-frontaliera; sviluppo regionale; sviluppo delle risorse umane; sviluppo rurale e si basa su una programmazione pluriennale, recante l'identificazione degli importi indicativi stanziati e delle priorità. E' prevista una revisione periodica, su base annuale, dei programmi, alla luce della capacità di assorbimento dimostrata e dei progressi compiuti dal Paese.
- Transitino Facility, destinato ai Paesi di più o meno recente ingresso nell'UE (Polonia, Repubbliche baltiche, Bulgaria, Romania, Malta).

Durante l'implementazione dei progetti è possibile anche il coinvolgimento di esperti che afferiscono ad altri Enti/Istituzioni che non fanno parte del paternariato.
E' intenzione di questa Direzione Generale organizzare, insieme alle Amministrazioni regionali che desiderino aderire, una banca dati dalla quale si possano attingere di volta in volta le professionalità necessarie per la presentazione di una proposta di progetto che coinvolga tutte le eccellenze nazionali, centrali e locali del nostro Paese.
Tutti i bandi vengono pubblicati nel sito del Ministero degli Affari Esteri nella finestra "Opportunità per Italiani nell'UE".

I progetti di gemellaggio implementati dalla DG RUERI sono rappresentati nella scheda alla pagina seguente.

TITOLO	BC	BUDGET Euro	MANDATED BODY (Partner)
Ristrutturazione di un ospedale pilota multi- profilo e sviluppo di un sistema di emergenza con l'obbiettivo di incrementare l'accesso alle cure mediche per i gruppi vulnerabili ed in particolare per i ROM	Bulgaria	1.100.000	Regione Piemonte, Formez
Rafforzamento del sistema nazionale di sorveglianza per le malattie trasmissibili	Bulgaria	900.000	ISS, Spallanzani, Tor Vergata, Formez
Incremento del sistema di controllo sanitario per la qualità delle acque	Polonia	770.000	ISS, Regione Veneto ARPA Veneto, ARPA Lombardia, Formez
Capacity building nel campo della salute ambientale	Polonia	900.000	ARPA Emilia Romagna
Rafforzamento della sorveglianza delle malattie trasmissibili in Polonia	Polonia	580.000	ISS, Regione Marche, Formez
Rafforzamento del sistema statale di controllo e monitoraggio dell'esposizione ai campi elettromagnetici	Polonia	900.000	ISS, ISPESL, INAIL ARPA Toscana, CNR. Formez
Rising awareness on exposure based risk assessment of chemicals	Estonia		ISS, Formez
Metodologia di lavoro e specifiche tecniche per un sistema computerizzato di sorveglianza delle malattie trasmissibili	Estonia	189.300	ISS, Regione Piemonte, Formez
Implementazione sistema computerizzato di sorveglianza delle malattie trasmissibili	Estonia	282.700	ISS, Regione Piemonte, Formez
Miglioramento di sicurezza, qualità e disponibilità di organi, tessuti e cellule per trapianto	Slovacchia	850.000	ISS-CNT, Regione Emilia Romagna
Organizzazione e Modernizzazione della gestione del sistema della salute e della sicurezza occupazionale	Egitto	1.000.000	Ministero del Lavoro e della Sicurezza Sociale, Regione Toscana, INAIL, ISPESL, ISS, Italia Lavoro S.p.A., Formez
TOTALE		7.582.000	

Esperienze regionali

L'esperienza della Regione Sardegna. Il Programma operativo ENPI CBC Bacino del Mediterraneo

Anna Maria Catte
Servizio Affari Comunitari e Internazionali, Regione Sardegna, Cagliari

Il 15 settembre 2006 la Regione Autonoma della Sardegna è stata designata Autorità di Gestione del Programma di cooperazione europea ENPI CBC "Bacino del Mediterraneo" che si iscrive nel quadro della componente transfrontaliera dello Strumento Europeo di Vicinato e Partenariato (European Neighbourhood and Partnership Instrument - ENPI) per il periodo 2007-2013.

Obiettivo generale del Programma, al quale partecipano le regioni dell'Unione Europea e quelle dei Paesi partner situate lungo le sponde del Mediterraneo, è contribuire a promuovere un processo di cooperazione armoniosa e sostenibile nel Bacino del Mediterraneo, affrontando le sfide comuni e valorizzando le potenzialità dell'area.

A partire dalla sua designazione ad Autorità di Gestione, la Regione Sardegna ha coordinato l'intero processo di programmazione, attraverso un confronto serrato con le delegazioni di tutti i Paesi partecipanti, riunite nella Task Force Congiunta, fino alla stesura definitiva del Programma, che sarà successivamente adottato con decisione della Commissione Europea.

Quella che segue è una presentazione sintetica dei principali aspetti di questo Programma.

Quadro generale

- **Territori eleggibili**: 117 regioni appartenenti a 19 Stati diversi
- **Popolazione:** Stati del Bacino del Mediterraneo: 451 Mil. ab.
  Territori eleggibili: 143 Mil. ab.
- **Struttura del programma**: 4 priorità e 10 misure
- **Budget**: 173,6 milioni di euro + 10% di cofinanziamento
- **Autorità di Gestione**: Regione Autonoma della Sardegna

Il contesto socio-economico

Tra gli elementi che caratterizzano l'area di cooperazione si segnalano:

- L'eterogeneità dei paesi che si affacciano nel bacino mediterraneo in termini di caratteristiche geografiche, economiche, culturali, dell'organizzazione sociale e della struttura politica.
- Il divario significativo in relazione al PIL tra i Paesi della sponda Nord e Sud del Mediterraneo (nel 2006 i Paesi mediterranei dell'UE hanno contribuito al 75% dell'intero PIL dell'area).
- La tendenza alla crescita economica pari circa al 5% registrata nel 2006 nei Paesi partner mediterranei.
- La progressione significativa del tasso di crescita dei flussi degli investimenti diretti esteri (IDE), in particolare nei Paesi partner mediterranei.
- La posizione centrale nei traffici marittimi mondiali.

- Il patrimonio ambientale e culturale importante ma vulnerabile (pressioni dovute alle tendenze demografiche e alle attività economiche, incluso il turismo).
- L'interdipendenza energetica considerevole e opportunità di intensificazione dello sfruttamento delle fonti di energia rinnovabile.
- La rapida crescita dei flussi migratori dai Paesi mediterranei verso gli Stati membri dell'UE.

La strategia del programma: i principi

Il Regolamento ENPI (art. 4) indica alcuni principi chiave per orientare il processo di definizione del Programma e la sua attuazione:

- Benefici comuni
- Partenariato
- Complementarietà rispetto ad altre misure nazionali, regionali e locali
- Cofinanziamento

Il dialogo tra i Paesi partecipanti ha portato alla definizione di una serie di principi che integrano quelli previsti dal regolamento ENPI:

- Co-ownership
- Sviluppo sostenibile
- Uguaglianza delle opportunità, non discriminazione e rispetto dei diritti umani
- Dimensione territoriale del processo di sviluppo e valorizzazione delle potenzialità endogene della zona di cooperazione
- Rafforzamento della competitività

Il quadro strategico: priorità e misure

Il processo di elaborazione del Programma ha comportato una rilettura e un adattamento degli obiettivi identificati dalla Commissione Europea per i programmi di cooperazione transfrontalieri nel quadro dell'ENPI. Attraverso questo processo di adattamento e tenendo conto della natura specifica del Programma e delle caratteristiche della zona di cooperazione si è giunti a definire le quattro priorità strategiche e le misure corrispondenti illustrate nella tabella seguente.

PRIORITA'	MISURE	RIPARTIZIONE DEL BUDGET
1. Promozione socio-economica e rafforzamento dei territori	**1.1** Supporto all'innovazione e alla ricerca per lo sviluppo locale dei Paesi del Bacino del Mediterraneo	**68.748.500 € 40%**
	1.2 Rafforzamento delle filiere economiche dei Paesi del Bacino del Mediterraneo	
	1.3 Supporto alle strategie di pianificazione territoriale e promozione dello sviluppo locale	
2. Promozione della sostenibilità ambientale a livello di bacino	**2.1** Prevenzione e riduzione dei fattori di rischio per l'ambiente e valorizzazione del patrimonio naturale comune	**51.561.375 € 30%**
	2.2 Diffusione delle energie rinnovabili e miglioramento dell'efficacia energetica al fine di contribuire ad affrontare il cambiamento climatico	
3. Promozione di migliori condizioni e modalità per garantire la mobilità delle persone, dei beni e dei capitali	**3.1** Supporto ai flussi delle persone tra i territori come strumento di arricchimento culturale, sociale ed economico	**17.187.125 € 10%**
	3.2 Miglioramento delle condizioni e delle modalità per la circolazione dei beni e dei capitali tra i territori	
4. Promozione del dialogo culturale e della *governance* locale	**4.1** Sostegno alla mobilità, agli scambi, alla formazione e alla professionalizzazione dei giovani	**34.374.250 € 20%**
	4.2 Sostegno alla creatività artistica in tutte le sue forme per incoraggiare il dialogo tra le comunità	
	4.3 Miglioramento del processo di *governance* a livello locale	

Le tipologie di progetti

Il Programma prevede due tipologie di progetti:

- **Progetti strategici**: le azioni saranno incentrate su temi scelti dal Comitato di Monitoraggio e specificati attraverso la formulazione di Condizioni di Riferimento (*Terms of Reference)*; questa tipologia dovrà contribuire all'attuazione dei principi del Programma e a produrre effetti rilevanti dal punto di vista quantitativo e qualitativo. I progetti strategici hanno una dimensione finanziaria significativa (da 2

a 5 milioni di euro). Indicativamente il 40% del budget totale è destinato a finanziare progetti strategici.

- **Progetti standard** proposti da attori locali attraverso partenariati transfrontalieri: le attività sono selezionate tramite bandi predisposti nell'ambito del Programma. I progetti standard possono essere: integrati, simmetrici e semplici.

Il tema della sanità nel programma ENPI CBC MED

Il Programma contiene alcuni riferimenti ai temi della sanità, sia in relazione ai diversi ambiti della ricerca che in merito alla progettazione di servizi. Più dettagliatamente si possono indicare le seguenti misure, nell'ambito della **Priorità 1 e della Priorità 3**:

- **Misura 1.1 "Supporto all'innovazione e alla ricerca per lo sviluppo locale"** che prevede, tra l'altro, la realizzazione di azioni congiunte di ricerca e innovazione e programmi di formazione professionale nel settore della biomedicina, del trattamento delle patologie comuni dell'area MED e della diagnosi prenatale.

- **Misura 1.3 "Supporto alle strategie di pianificazione territoriale e promozione dello sviluppo locale",** ove potranno essere attivati partenariati pubblico-privati volti a migliorare i servizi sanitari (destinati in particolare alle popolazioni rurali e ai gruppi sociali più vulnerabili) e reti di cooperazione tra le collettività locali in materia di politiche sociali e sanitarie.

- **Misura 3.1 "Promozione di migliori condizioni e modalità per garantire la mobilità delle persone, dei beni e dei capitali",** con particolare riferimento a scambi di buone pratiche nelle politiche locali e piani d'azione congiunti finalizzati all'integrazione degli emigrati con particolare riferimento al tema dei servizi socio-sanitari.

La definizione del programma: prossime tappe previste

- Febbraio 2008: invio del Programma alla Commissione Europea per l'approvazione.

- Maggio/Giugno 2008: adozione definitiva del Programma da parte della Commissione Europea e avvio della fase di attuazione.

- 2° semestre 2008: lancio dei primi bandi per la presentazione dei progetti.

Pagina web del programma

Per maggiori informazioni consultare la pagina:
http://www.regione.sardegna.it/speciali/enpicbc/

L'esperienza della Regione Lombardia

Claudio Beretta
Regione Lombardia, Milano

In questo intervento verrà trattata solo una parte dell'esperienza della Regione Lombardia in ambito internazionale, focalizzandosi sui progetti di ricerca e i rapporti con la Commissione europea e il suo utilizzo, successivamente, per fare della cooperazione internazionale in maniera più allargata.

E' un ambito molto limitato dell'attività della Regione Lombardia per quanto riguarda i progetti internazionali, ma attiene alla capacità della Regione stessa di innovare il Sistema Sanitario Regionale e dall'altra parte di utilizzare i rapporti internazionali per migliorare al suo interno, e anche nei confronti delle nazioni e delle regioni europee, la capacità di sviluppare cure ai propri cittadini.

Il primo elemento è cosa si deve cercare di realizzare nei progetti di ricerca.

Sta cambiando il quadro di riferimento dal punto di vista della cura dei cittadini ed è necessario fare degli interventi strutturali sul sistema sanitario, per questo si cerca di porre mano a una variazione del sistema per passare da una definizione delle cure che è quella attuale basata sulla medicina specialistica ospedaliera, a una medicina più centrata sulle cure domiciliari, su una situazione di informazioni distribuite piuttosto che di informazioni centralizzate e, infine, su una situazione di servizi di telemedicina che sono servizi che vengono utilizzati anche nei rapporti di collaborazione internazionale per quanto riguarda la parte di supporto ai Paesi meno fortunati dal punto di vista dei Sistemi sanitari.

Tutto ciò si fa con strumenti di definizione, di governo anche a livello regionale: nel piano socio sanitario regionale della Lombardia sono stati individuati degli strumenti che consentono di sviluppare questi interventi, ai quali si è data priorità e finanziamento.

La linea strategica è quella di utilizzare gi strumenti, e fondamentalmente gli strumenti legati alla sanità elettronica (e-health) per migliorare e innovare il sistema sanitario regionale e fare in modo che questo sistema sanitario regionale sia in grado di collaborare con gli altri sistemi sanitari regionali e nazionali e rendere maggiore la capacità di fornire servizi adeguati ai propri cittadini.

I metodi di partecipazione che sono stati utilizzati sono due: partecipazione diretta della Regione Lombardia attraverso la struttura di coordinamento nell'ambito della Direzione Generale Sanità, o un metodo di partecipazione indiretto che è quello di coinvolgere Aziende sanitarie o Enti di ricerca, Università, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico su dei temi principali che sono quelli fissati dal Piano socio-sanitario regionale, in particolare la continuità della cura e, molto importante in questo periodo, il rischio clinico che sta diventando uno dei fattori più critici della gestione del sistema sanitario regionale e nazionale.

E' molto che ci occupiamo di questo argomento, esiste una lunga esperienza di partecipazione diretta ai programmi di ricerca del 5°, del 6° e del 7° programma quadro.

Per quanto riguarda la telemedicina sono stati utilizzati tre progetti fondamentali, di cui uno, NEUROWEB, è ancora attivo, mentre il primo è stato cofinanziato dal Ministero della Salute, Dipartimento dell'Innovazione.

Altri strumenti sono quello della sanità elettronica e della creazione del fascicolo sanitario personale e del suo estratto, le malattie rare per le quali la Regione Lombardia è presente all'interno di un consorzio internazionale europeo, la diffusione delle carte sanitarie elettroniche in Europa all'interno della *call* sull'INTERREG, è in via di sviluppo una rete internazionale di validazione del titolo ad avere cure sanitarie di cittadini esteri, una validazione on line del titolo basato sulla Tessera europea di assicurazione malattia e la sua elettronificazione, un programma sulla gestione del rischio clinico per quanto riguarda il processo di diagnosi e cura da parte di medici di medicina generale sviluppando uno strumento di supporto alle decisioni integrato con la cartella clinica e sensibile al contesto clinico.

Dal primo gennaio prossimo inizieranno i seguenti progetti:

- rischio clinico sugli eventi avversi all'interno dell'ospedale;
- cure domiciliari e modello di sviluppo delle cure domiciliari;
- interoperabilità dei dati sanitari a livello europeo, il più importante, perché, con l'investitura del Ministero della Salute e del Dipartimento dell'Innovazione e delle Tecnologie e con l'avallo del tavolo della sanità elettronica la Regione Lombardia rappresenta l'Italia. E' il primo progetto che tende a costruire un'infrastruttura e a dare un'infrastruttura informatica e gli strumenti perché la prossima direttiva sulla mobilità sanitaria internazionale, attualmente in discussione, la renda effettiva.

In passato sono state sviluppate una serie di iniziative in ambito europeo, dapprima un'attività di consultazione degli Enti sanitari e delle Università e delle Aziende sanitarie lombarde, successivamente è stato preparato un *report* che è stato presentato alla Commissione, e sulla base di questo si è intervenuti nella fase di definizione del documento generale del 7° programma quadro e sono stati anche presentati, con la collaborazione di due parlamentari europei, tre emendamenti al testo in discussione al Parlamento, successivamente approvati.

Sono state svolte una serie di attività di divulgazione che continuano tuttora, sulla situazione della Regione Lombardia e del rapporto con gli altri Paesi europei, anche tramite la partecipazione a numerosi Convegni.

Attualmente si stanno sviluppando, al di là dei rapporti politici del Presidente e dell'Assessore, dei contatti con altre Regioni europee con un sistema sanitario pubblico ragionevolmente evoluto, per arrivare a costruire delle relazioni e delle sinergie che sono necessarie con gli Stati europei a reddito più basso dove i sistemi sanitari sono meno efficienti rispetto a quello italiano e i cui cittadini stanno creando delle tensioni nei confronti del sistema sanitario italiano perché cominciano a premere e a chiedere di essere

curati nei sistemi sanitari maggiormente efficienti e maggiormente capaci, rischiando di spaccare o comunque di rendere molto meno efficienti anche i nostri sistemi sanitari.
In questo senso voglio citare l'esperienza di eccellenza svolta dal dott. Roberto Panizzo della Regione Friuli Venezia Giulia che ha costituito e sta costituendo una macro regione sanitaria con Slovenia e Carinzia oltre al Veneto e al Friuli Venezia Giulia. E' uno degli strumenti per riuscire a costruire delle sinergie fra Regioni per poi supportare i sistemi sanitari meno evoluti e a fare in modo che questa pressione nei confronti del sistema sanitario italiano sia meno forte.

La capacità di sviluppare, infine, all'interno del sistema sanitario regionale, una forza, una coesione per sostenere lo sviluppo di relazioni, anche di cooperazione, in sostegno ai sistemi sanitari che si stanno evolvendo, dall'America Latina ai Paesi del Mediterraneo.

L'esperienza della Regione Emilia Romagna: programmi assistenziali a favore di cittadini stranieri a carattere umanitario

Kiriacula Petropulakos
Direzione Generale sanità e politiche sociali, Regione Emilia Romagna, Bologna

Riferimenti normativi

Il comma 15, art. 32, della legge 27 dicembre 1997, n. 449 prevede la possibilità che le Regioni, d'intesa con il Ministero della Salute, nell'ambito della quota del Fondo Sanitario Nazionale ad esse destinata, autorizzino le Aziende sanitarie ad erogare prestazioni di alta specializzazione che rientrino in Programmi Assistenziali approvati dalle Regioni stesse a favore di:

- cittadini stranieri provenienti da Paesi extracomunitari nei quali non esistono o non sono facilmente accessibili competenze medico-specialistiche per il trattamento di specifiche gravi patologie e con i quali non sono in vigore accordi di reciprocità relativi all'assistenza sanitaria;

- cittadini provenienti da Paesi la cui particolare condizione contingente non rende attuabili, per ragioni politiche, militari, o di altra natura, gli accordi in vigore per l'erogazione dell'assistenza sanitaria da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

L'articolazione regionale

Assemblea Legislativa: delibera il documento di indirizzo programmatico a carattere triennale che individua le priorità territoriali, i settori di intervento e gli obiettivi da raggiungere.

Giunta Regionale: delibera annualmente il programma assistenziale che specifica gli aspetti riguardanti l'erogazione di interventi sanitari a favore di cittadini stranieri trasferiti in Italia nell'ambito di programmi assistenziali e dispone il riconoscimento delle attività alle singole strutture.

Principali obiettivi del programma assistenziale

a. Sviluppare interventi nei Paesi d'origine di tipo:

   - strutturale, anche attraverso l'invio e l'impiego nelle strutture ospedaliere dei Paesi terzi, di materiali ed attrezzature medico-chirurgiche dismesse che si rendano disponibili presso le Aziende sanitarie regionali nell'ambito delle iniziative di cooperazione internazionale;

   - formativo verso operatori dei Paesi interessati, sia in loco che presso le Aziende sanitarie regionali e gli Istituti Ortopedici Rizzoli.

b. Promuovere la concertazione, per tale ambito specifico, con i Ministeri competenti e con le altre Regioni, per definire e coordinare sfere e campi d'intervento.

c. Sviluppare azioni di informazione e relazioni istituzionali nei confronti dei mediatori (Ambasciate, Istituzioni, Organismi internazionali), per un'informazione sulle scelte politiche e sui contenuti materiali del programma umanitario approvato dalla Regione Emilia Romagna.

d. Pianificare gli interventi umanitari attraverso le seguenti azioni:

   - garantire prioritariamente interventi in favore di soggetti stranieri in età pediatrica per interventi mirati a patologie non adeguatamente trattabili nei Paesi di provenienza;

   - definire i criteri per regolare l'accesso degli utenti alle prestazioni, prevedendo l'intervento di istituzioni, organismi e/o associazioni a scopo non lucrativo operanti a livello internazionale, nazionale o locale, di provata affidabilità, o di strutture sanitarie pubbliche del Paese terzo, d'intesa con la sede diplomatica, o consolare, dello Stato italiano ivi presente;

   - verificare l'attivazione di servizi di supporto all'assistenza sanitaria per quanto riguarda in particolare l'organizzazione del soggiorno dei minori assistiti e del loro familiare o accompagnatore, ed il rientro nei Paesi di origine, da parte di organizzazioni di volontariato operanti nell'ambito del territorio della Regione Emilia Romagna.

Modalità di accesso e presa in carica

La segnalazione di inserimento del soggetto nell'ambito del programma assistenziale avviene per il tramite di Istituzioni, Organismi, Associazioni a scopo non lucrativo operanti a livello internazionale, nazionale o locale, e di strutture sanitarie pubbliche del Paese terzo, d'intesa con la sede diplomatica o consolare dello Stato italiano.

I soggetti sopra indicati dovranno corredare la segnalazione di:

a. una relazione clinica sulle condizioni del paziente predisposta da una struttura ospedaliera pubblica del sistema sanitario regionale o del Paese di provenienza;

b. una dichiarazione da parte delle Associazioni di volontariato operanti nell'ambito del territorio della Regione Emilia Romagna di disponibilità alla attivazione di servizi di supporto all'assistenza sanitaria, in particolare:

   - trasferimento in Italia;

   - organizzazione del soggiorno dell'assistito e del familiare o accompagnatore per i minori;

   - rientro nel Paese d'origine.

Nel caso in cui la proposta pervenga da altro soggetto, il Servizio Politiche Europee e Relazioni Internazionali fornisce indicazioni ed assistenza per la segnalazione del caso alle organizzazioni facenti parte della rete di contatti e relazioni della Regione Emilia Romagna nel Paese di provenienza.

Il Servizio Politiche Europee e Relazioni Internazionali verifica la presenza della dichiarazione da parte del soggetto richiedente dell'assunzione di responsabilità per l'attivazione dei servizi di supporto all'assistenza sanitaria.

Il programma di interventi umanitari

Il programma di interventi umanitari riconosce i costi sostenuti dalle Aziende sanitarie che trattano i soggetti trasferiti dai Paesi terzi.

E' attivo dal 2001 ed è stato finanziato per 1.550.000 euro annui.

A partire dall'anno 2005 è stato approvato il progetto triennale "Saving Children – la sanità al servizio della pace", a favore dei bambini palestinesi in condizione di salute di estrema gravità, trattati presso gli ospedali israeliani, nell'ambito della strategia di cooperazione multilaterale.

Aree ed Aziende Sanitarie interessate 2001-2006

Provenienza	**Numero casi**
Afghanistan	1
Albania	135
Algeria	1
Bielorussia	9
Bosnia Erzegovina	108
Eritrea	11
Etiopia	3
Georgia	1
Iraq	9
Kossovo	36
Libia	2
Marocco	9
Moldova	1
Nigeria	1
Romania	76
Saharawi	15
Serbia	8
Sierra Leone	1
Territori Palestinesi	5
Ucraina	7
Zambia	4
Zimbabwe	60
TOTALE	503

Trecentosettantadue casi (74%) hanno riguardato soggetti di età inferiore ai 14 anni.

Le sette aree con almeno dieci casi nel periodo rendono conto di 441 casi (88%).

Azienda	**Numero casi**
USL Piacenza	86
USL Reggio Emilia	5
USL Bologna	30
USL Imola	2
USL Ravenna	26
USL Forlì	10
USL Cesena	27
USL Rimini	63
AOU Parma	24
AO Reggio Emilia	4
AOU Modena	34
AOU Bologna	110
AOU Ferrara	12
II.OO.R.	70
TOTALE	503

Le motivazioni prevalenti hanno riguardato la cardiochirurgia, la oncoematologia, la chirurgia ortopedica, in particolare pediatrica, la urologia, la chirurgia pediatrica, la chirurgia ricostruttiva, il trattamento delle ustioni.

Solo tre Aziende sanitarie non hanno partecipato al programma.

Le Aziende Ospedaliere e l'IRCCS Rizzoli rendono conto del 50% dei casi.

Saving Children

Nell'ambito del progetto triennale 2005-2007 "Saving Children" si è fornita assistenza sanitaria a 903 bambini palestinesi nel 2005 e 1075 nel 2006.

Sono state realizzate iniziative formative a favore di operatori sanitari palestinesi ed israeliani operanti in particolare in ambito pediatrico.

Il progetto triennale "Saving Children" è stato finanziato per una quota pari a 400.000 euro, nell'ambito complessivo del progetto, per il triennio 2005-2007.

Conclusioni

L'esperienza presentata costituisce una parte degli interventi realizzati a livello regionale cui si assommano quelli delle singole Aziende sanitarie.

L'esigenza di coordinamento nazionale esiste, ma la sua realizzazione deve rispondere a criteri di essenzialità, condivisione ed efficacia.

L'esperienza della Regione Sicilia

Maria Antonietta Bullara
Assessorato alla Sanità, Regione Siciliana, Palermo

Nel corso del 2007, il Ministero della Salute – Direzione Generale per i rapporti con l'Unione europea e per i rapporti internazionali – nel quadro di una strategia europea che vede la salute presente a pieno titolo, ha offerto una grande opportunità alla Regione Siciliana coinvolgendola nella "task force" per il coordinamento delle attività internazionali, composta da membri del Ministero della Salute e da rappresentanti di alcune Regioni in forza del D.M. 19 aprile 2007.

L'opportunità è stata raccolta con entusiasmo dalla Regione Siciliana nella comune condivisione di una politica sanitaria tesa a considerare la salute anche come strumento di pace e di sviluppo, soprattutto nel bacino del Mediterraneo in cui la Sicilia riveste, per naturali ragioni geografiche, una posizione di centralità. In tale ruolo, ha quindi partecipato ad alcune missioni istituzionali in Marocco (Maggio 2007) ed in Egitto (Luglio 2007) per la promozione di iniziative comuni in vari settori quali le malattie infettive, i trapianti, l'ematologia e l'oncologia.

Espressione di tale centralità si manifesta nella funzione affidatale di presiedere il "Comitato permanente per il partenariato euromediterraneo dei poteri locali e Regionali" (COPPEM) ove ha promosso un protocollo d'intesa con il regno del Marocco per la cooperazione in Sanità, anche in considerazione di alcune precedenti iniziative intraprese da strutture sanitarie siciliane quali l'Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione (ISMETT), l'Azienda Ospedaliera. Vittorio Emanuele di Catania, l'Azienda di Rilievo Nazionale di Alta Specializzazione Civico di Palermo, il Centro Regionale Trapianti, ecc.

La Regione Siciliana è, altresì in atto, impegnata nei programmi di cooperazione transfrontaliera Italia – Malta (Obiettivo 3 Cooperazione Transfrontaliera) ed Italia – Tunisia (ENPI) attraverso i quali intende rafforzare lo scambio di esperienze finalizzato alla ricerca ed alla gestione coordinata nel campo dei rischi sanitari internazionali e delle patologie tipiche dell'area del Mediterraneo, oltre che migliorare il sistema di accoglienza dei migranti in transito nei territori transfrontalieri.

Con particolare riferimento alle popolazioni migranti, in ottemperanza a quanto disposto dalla L. n. 296/06 all'art. 827 e giusto decreto ministeriale del 03/08/07, la Regione è partecipe dell' "Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà" con il quale si è condiviso un progetto di potenziamento del sistema di accoglienza e di comunicazione delle informazioni relative alla salute delle fasce di popolazione più deboli.
Si tratta di un progetto di sperimentazione gestionale al quale la Regione Siciliana è presente, al pari delle Regioni Lazio e Puglia, con l'Azienda Ospedaliera S. Giovanni di Dio di Agrigento individuata come sede regionale di riferimento.

Il progetto prevede, tra l'altro, un'azione specifica presso l'isola di Lampedusa che mira a potenziare il sistema di accoglienza rafforzando la capacità di risposta del Poliambulatorio locale.

La Sicilia partecipa inoltre all'Accordo di Programma Quadro (APQ) sulla Cooperazione dei Paesi delle sponde sud del Mediterraneo, progetto Sanità e Welfare – subprogetto Surgiland che prevede, oltre ad alcune missioni istituzionali tendenti a rafforzare i rapporti di vicinato, anche un percorso di alta formazione sulla chirurgia microinvasiva e sulla laparoscopia da realizzare a distanza in Italia e nei Paesi destinatari dell'intervento (Tunisia, Algeria, Marocco ed Egitto).

Alla luce delle iniziative sinteticamente descritte e nell'intento di portare a sistema tante isolate attività meritevoli e importanti e nell'intento ulteriore di far crescere quanto più possibile attraverso l'abitudine alla cooperazione internazionale, l'intero sistema sanitario regionale, è stato elaborato un primo documento strategico sulla internazionalizzazione in sanità della Regione contenente i principi ispiratori e i primi obiettivi di medio e lungo periodo.

L'individuazione degli obiettivi di lungo periodo tiene ovviamente conto della circostanza che verosimilmente la Regione Siciliana, terminata l'attuale programmazione dei Fondi Strutturali 2007/2013, non potrà più beneficiare di analoghi strumenti finanziari.

Allo scopo di coinvolgere e condividere un percorso ispirato alla internazionalizzazione del sistema è stata costituita una rete alla quale partecipano, attraverso referenti designati e motivati, tutte le strutture sanitarie regionali con il compito di avviare modelli nei quali convergano linee di intervento strategiche delle diverse realtà.

Grande importanza in tale quadro è stata attribuita alla formazione diffusa e specialistica ed infatti, con il nostro Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del personale del servizio sanitario regionale - CEFPAS, è in fase di progettazione un programma formativo rivolto alla divulgazione di conoscenze e competenze sulle opportunità di cofinanziamento offerte dall'Unione europea anche nell'ambito della nuova programmazione 2007/2013.

L'iniziativa dell' "Information day" promossa dal Ministero della salute rappresenta, per la sua valenza divulgativa cui va tutto l'apprezzamento, uno strumento di confronto tra realtà ed esperienze diverse di grande valore che ci si augura venga ripetuta nel futuro.

Interventi programmati

Il programma di cooperazione ospedaliera per il peace building in Corno d' Africa

Gianluca de Vito, Carlo Rest, Elisabetta Zachara, Elisabetta Rossi
UO Sanità Internazionale e Cooperazione, Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini, Roma

Il Corno d'Africa è una delle aree geografiche più povere e tormentate del continente africano, prioritarie d'interventi di cooperazione, come documentato dal Presidente del Consiglio al Meeting di Addis Abeba del Febbraio 2007. In questo contesto caratterizzato da crisi belliche recenti e conseguenti bisogni emergenti, è stato localizzato l'intervento sanitario dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo - C. Forlanini (AOSCF) rivolto ad una popolazione bisognosa, anche con indirizzo formativo degli omologhi locali ospedalieri e ministeriali, con l'obiettivo di contribuire attraverso buone prassi mediche al processo di *peace building* nell'area, in accordo ad una azione innovativa di diplomazia della salute, siglata dal Ministero degli Affari Esteri (MAE) e dal Ministero della Salute italiani nei recenti convegni di Roma 8.2.2007 e 11.12.2007.

Dal 2003 l'AOSCF ha infatti avviato un programma di internazionalizzazione, dove la cooperazione ospedaliera nei Paesi in Via di Sviluppo ha un ruolo prioritario. Una delibera aziendale (n. 999 del 21 maggio 2003) ha siglato un accordo con la organizzazione non governativa (ong) Voci di Popoli del Mondo (Vpm), idonea MAE, per completezza operativa e con la organizzazione non lucrativa di utilità sociale (onlus) Milena, focalizzando la propria azione di assistenza clinica e formativa in questa regione africana. Nel 2006 è stata costituita l'Unità Operativa di Sanità Internazionale e Cooperazione in s*taff* alla Direzione Generale, ritenendola di interesse strategico per il suo valore umanitario e solidale.

L' AOSCF ha siglato nel 2006 un accordo con il Ministero della Sanità Eritreo e nel 2007 con Tigrai Health Bureau in Etiopia, per realizzare progetti di cooperazione sanitaria congiunti, da promuovere ai donatori internazionali, attraverso la collaborazione gestionale della ong Vpm ed altri partner consorziati. I progetti prevedono soprattutto interventi di assistenza clinico-chirurgica e formazione ospedaliera, attraverso l'invio in missione di professionisti ospedalieri preparati, in qualità di cooperanti, suddivisi in diversi team specialistici.

Dal gennaio 2006 al dicembre 2007 l'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini in partner con la ong Vpm ha inviato in breve e lunga missione **69** cooperanti espatriati, suddivisi in **18 team** specialistici presso ***Orotta Hospital*** di Asmara per le specialità della Chirurgia Pediatrica, Chirurgia Generale e Laparoscopica, Chirurgia Toracica, Endo-Urologia, Radiologia, Neonatologia, Anestesia e Rianimazione; **28** cooperanti presso il ***Ghindae Referral Hospital*** in Eritrea, per le specialità internistiche, malattie infettive, pediatria, ortopedia, radiologia, chirurgia generale; **12** cooperanti presso ***Hewo Hospital*** in Etiopia per chirurgia generale ed anestesia in collaborazione con Associazione Lazio Chirurgia. Una altro progetto operativo nei 2 paesi clinico specialistico cardiologico ha previsto

attività ospedaliera e territoriale di prevenzione cardio-reumantica con trasferimento dei pazienti gravi verso AOSCF con piano di umanizzazione sostenuto dalla Regione Lazio e presso Selam Hospital di Kartoum (ong Emergency) o trattati in loco dal Team cardio chirurgico della università di Padova. Un progetto dedicato alla riqualificazione del Medical Center di Galkayo in Somalia non ha permesso per questioni di sicurezza, al momento alcun invio di espatriati italiani.

Il programma di cooperazione ospedaliera per il *peace building* in Corno d'Africa è sostenuto da donatori pubblici e privati. In modalità di cooperazione decentrata sono operativi 2 progetti in Eritrea presso Orotta Hospital di Asmara e presso Ghindae Referral Hospital. La Regione Lazio, attraverso la Legge di Bilancio n. 2 del 2 febbraio 2004, art. 71, su richiesta della ong Vpm, garantisce l'aspettativa retribuita di missione al personale di ruolo ospedaliero (1 mese/anno). A questo innovativo e solidale presidio amministrativo si aggiunge un contributo triennale della Fondazione Banca Nazionale delle Comunicazione (BNC) specifico. In Etiopia il MAE sostiene con un cofinanziamento triennale il progetto ospedaliero Aid 8442 per il potenziamento delle attività cliniche e formative in ambito alle malattie dermo-infettive e di lotta all'AIDS con associati la onlus IIsmas e l' IRCCS S.Gallicano. Un altro progetto triennale è operativo nei 2 Paesi Eritrea e Etiopia per la specialità cardiologica sostenuto anch'esso dalla Legge Regionale di Bilancio e dalla Fondazione Nando Peretti. Criticità presenti al momento in Somalia per progetto Aid 8094 MAE non garantiscono la sicurezza ai cooperanti espatriati. Altri progetti promossi e *proposal* sono n fase di valutazione ed elaborazione, presentati alla Commissione Europea (EuropeAid), alla Conferenza Episcopale (CEI), al Comune di Roma ed alla Regione Sicilia, in partner con la Cooperativa La Lucerna la Facoltà di Psicologia di Palermo.

Questa attività specifica di cooperazione ospedaliera internazionale a fini umanitari è stata documentata attraverso alcuni eventi organizzati presso l'Aula Magna dell'AOSCF e progetti formativi interni (PFA) accreditati ECM ed inseriti in manifestazioni nazionali specifiche: Italia-Africa, Giornate della Cooperazione Italiana e Forum Cooperazione del MAE o presentati a convegni nazionali ed internazionali: Agenzia di Sanità Pubblica 2005; Società Italiana Chirurgia 2006-2007; Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) Convegni 2006-2007; Sanit 2007; Ministero della Salute 2007.

L'esperienza della Società Italiana Studio Fegato

Gloria Taliani
Dipartimento di malattie infettive e tropicali, Università "La Sapienza", Roma

Nel contesto dell'Associazione Italiana Studio Fegato (AISF) è stata istituita una Commissione permanente denominata "Rapporti con Paesi in Via di Sviluppo" con la finalità di promuovere i contatti e gli scambi culturali ed operativi con tutti i Paesi in cui il percorso di organizzazione dell'attività in ambito epatologico non sia ancora completato o sia in fase di organizzazione. La Commissione si propone di promuovere gli scambi e la collaborazione scientifica con le altre società epatologiche anche attraverso la condivisione e la verifica attuativa delle linee guida messe a punto dall'AISF che verranno rimodellate per essere efficaci nel contesto di ogni singola e differente realtà epidemiologica.

Nell'ambito di tale attività, la Commissione ha svolto un incontro bilaterale con la Società Egiziana per lo Studio del Fegato nei giorni 9-11 Gennaio 2008, nel corso del quale sono state redatte le linee guida della Società Egiziana traendo dalle corrispondenti linee guida italiane spunti di discussione e confronto. In particolare sono stati trattati i seguenti temi nell'ambito di specifici working groups:

1. Hepatitis C virus (HCV). Participants: P.L. Almasio (Palermo), G. Taliani (Rome)
    a. Epidemiology of Mediterranean Area
    b. Risk factors and future trends
    c. Natural history
    d. National guidelines of treatment
2. Hepatitis B virus (HBV). Participants: A. Smedile (Turin), T. Stroffolini (Rome)
    a. Epidemiology of Mediterranean Area
    b. Risk factors and future trends
    c. Natural history
    d. National guidelines of treatment
3. Hepatocellular carcinoma (HCC). Participants: C. Balsano (L'Aquila), E. Villa (Modena)
    a. Pathobiology of HCC
    b. Risk factors of HCC
    c. National guidelines of diagnosis
    d. National guidelines of treatment
4. Gastro-oesophageal varices. Participants: C. Puoti (Rome), M. Primignani (Milan)
    a. Pathophsysiology of portal hypertension
    b. National guidelines of diagnosis
    c. National guidelines of treatment
5. Ascites. Participants: S. Bruno (Milan), F. Salerno (Milan)
    a. Pathophsysiology of ascites
    b. Complications of ascites
    c. National guidelines of diagnosis
    d. National guidelines of treatment

6. Liver transplantation (OLT). Participants: S. Fagiuoli (Bergamo), U. Cillo (Padua), A. Gasbarrini (Rome)
    a. Indications to OLT
    b. Management of waiting lists
    c. Short and long-term results
    d. New approach of immunosuppression

A seguito dell'incontro sono stati avviati studi collaborativi, particolarmente incentrati sull'attività trapiantologica e sulla gestione terapeutica dei pazienti con malattia cronica HCV-correlata, ma anche sulla sorveglianza vaccinale dell'epatite da HBV.

Progetto Collaborativo sull'Epatite Virale con Kerala (India)

Un sottogruppo della Commissione, in rappresentanza dell'Università di Roma La Sapienza (G. Taliani) e dell'Università dell'Aquila (C. Balsano), ha inoltre intrapreso una collaborazione scientifica con il Dipartimento di Gastroenterologia dell'Università di Calicut, con sede a Kerala (T. Varghese). Con il Prof Varghese, la cui attività è documentata da un significativo curriculum scientifico, è stato programmato l'avvio di uno studio epidemiologico, indirizzato alla stima delle prevalenze dei virus HBV, HCV e soprattutto HDV, del quale ultimo è sconosciuta la diffusione nelle regioni sud-occidentali del subcontinente indiano.
L'India è un sub-continente estremamente interessante in quanto nel suo contesto si intersecano grandi diversità epidemiologiche, sociali, culturali ed economiche che sono riconoscibili tra Stati diversi ma anche tra aree diverse all'interno di singoli Stati. Inoltre, fino a questo momento, l'epidemiologia delle epatiti acute e croniche, dei ceppi virali circolanti, della storia naturale della malattia nonché dell'incidenza delle sue complicazioni tardive quali cirrosi e carcinoma epatocellulare, sono molto imprecise e meritano un approfondimento sistematico da eseguire nell'ambito di uno studio epidemiologico ben disegnato.

In India la prevalenza dell'infezione da virus C dell'epatite, misurata attraverso la ricerca dell'anticorpo anti-HCV, varia dallo 0.12% allo 0.68% della popolazione generale (Sandesh, Top Gastroenterol; Chowdhur, Hepatology 2003.) Nel Sud del Paese i genotipi di comune riscontro sono il genotipo 1 e il 3, in ordine decrescente di frequenza, ma è stata individuate anche la presenza di infezione da genotipo 4 (7.2%) (Raghuraman, J Clin Virol 2004). Non esistono invece dati sulla distribuzione dei genotipi di HCV nella regione di Kerala, e quindi intraprendere uno studio epidemiologico in quella regione rappresenta un importante spunto conoscitivo, anche alla luce delle implicazioni in termini di storia naturale, rapporto con la steatosi e la sindrome metabolica. Sotto questo aspetto, la realtà Indiana rappresenta un modello ineguagliabile perchè il profilo nutrizionale e metabolico è totalmente diverso da quello ad alto tenore di introito calorico e accumulo adiposo tipico dei Paesi industrializzati. Dal momento che la concomitanza di steatosi e sindrome metabolica influisce in modo significativo sulla progressione di malattie HCV correlate, uno degli obiettivi dello studio è quello di caratterizzare i fattori di progressione della malattia epatica nella realtà Indiana che, in base ai dati conosciuti, sembra essere piuttosto frequente. Infatti, circa il 70% delle epatiti croniche da HCV dimostrano evidenza di cirrosi alla biopsia epatica (Malhotra, Top Gastroenterol, 2001.).

Un problema altrettanto rilevante, forse ancora più che non l'epatite C, è rappresentato dalla grande circolazione dell'infezione da virus B dell'epatite. Si stima che oltre 40 milioni di persone in India siano cronicamente infettate dal virus B e la prevalenza varia tra il 2% e il 7% della popolazione, a seconda del luogo dove l'indagine è stata svolta e della popolazione coinvolta nello studio (donatore di sangue, tossicodipendenti, donne in gravidanza, ecc.- Slodha, Indian Pediatrics 2001)

Uno studio recente condotto dal nostro partner scientifico, prof Varghese, ha dimostrato che la prevalenza di HBsAg, espressione dell'infezione da HBV, nella popolazione generale di Calicut è significativamente più bassa che nella media della popolazione Indiana, e corrisponde a circa lo 0.25% (Sandesh, Top Gastroenterol 2006). Sarebbe molto interessante identificare il genotipo prevalente di HBV che circola in questa popolazione HBsAg positiva nonché lo stato HBeAg/anti-HBe, informazioni che sono al momento mancanti. L'acquisizione di questi dati consentirebbe di valutare la condizione clinica e virologica della popolazione di portatori cronici di virus B.

In India, come in Europa, prevale il genotipo D di HBV ed è stata riscontrata una significativa similitudine dei ceppi virali indiani con alcuni ceppi circolanti in Europa. Questo dato ha alimentato l'ipotesi di una correlazione filogenetica con i ceppi europei secondaria ad un'onda migratoria che negli anni si è sviluppata dal sub-continente indiano in Europa e viceversa.
Fino a questo momento non ci sono dati relativi alla presenza e prevalenza di coinfezioni tra HBV e virus Delta (HDV) in India, ma stante la ricomparsa di infezione da HDV in alcune regioni europee, l'attenzione verso l'epidemiologica in India di questo temibile virus epatitico appare più che giustificata.

Tra le attività che la Commissione intende perseguire c'è anche il supporto strumentale di realtà disagiate attraverso la fornitura di apparecchiature diagnostiche (ecografi, endoscopi, frigoriferi ecc) in stato di efficienza operativa, che si rendano disponibili in seguito a processi di dismissione finalizzata all'up-grading da parte di Strutture Sanitarie di provenienza.

L'Osservatorio Interregionale Cooperazione Sviluppo

Simonetta Martorelli
Osservatorio Interregionale Cooperazione Sviluppo, Roma

L'Osservatorio Interregionale Cooperazione Sviluppo affianca e coadiuva i soci (Regioni e Province autonome) nella progettazione, realizzazione, valutazione e monitoraggio di iniziative di cooperazione e di internazionalizzazione e ne favorisce il collegamento, armonizzazione e coordinamento tra loro, con le altre organizzazioni sub-governative (Associazione Nazionale Comuni Italiani - ANCI, Unione delle Province d'Italia - UPI, Associazione italiana del Consiglio dei Comuni e delle Regioni d'Europa - AICCRE, Conferenza delle Regioni Periferiche Marittime d'Europa - CRPM, organizzazioni non governative - ong, Università e Centri di Ricerca, ecc), con le istituzioni nazionali (Ministero degli Affari Esteri, Ministero Commercio Internazionale, Ministero Sviluppo Economico, ecc.) e con quelle sovranazionali (Commissione Europea, Agenzie delle Nazioni Unite, Banca Mondiale, ecc.). La Presidenza e il Consiglio Direttivo sono eletti ogni tre anni dall'Assemblea su designazione della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

Vorrei intanto affrontare sinteticamente alcuni nodi cruciali che tutti gli interventi di cooperazione pongono.

Spesso la domanda della controparte è di finanziamenti e di servizi sanitari specialistici, a fronte, invece, di problemi oggettivi di scarsità di servizi e beni primari (cibo, acqua, smaltimento rifiuti, servizi di assistenza basica alla salute). Si pone allora la questione, da parte nostra, di un'offerta, complessiva, globale, che migliori la **qualità della vita** delle persone (anche attraverso un aumento del reddito, un miglioramento del livello educativo e, di conseguenza, delle capacità di sopravvivenza). Ciò comporta, necessariamente, una difficile negoziazione, fra il bisogno percepito dalla controparte (appunto: fondi e servizi "occidentali") e quello percepito dall'osservatore attento e addestrato, ad una "evaluation task", che prelude a un progetto vero e proprio.

Credo che questa difficile contraddizione, sempre presente, si possa, e si debba risolvere, a monte, con una osservazione e discussione congiunta dei problemi e delle possibili soluzioni. E con una formazione preventiva alla valutazione costo/efficacia, da parte della controparte, interessata a gestire i progetti, in modo da garantirne poi la sostenibilità.

Altro problema da discutere quando si affronta in particolare il tema: "cooperazione sanitaria" è quello del concetto di salute. Mi permetto di citare brevemente gli assunti della Conferenza di Ottawa del 1986 (tenutasi più di 20 anni fa).

The Ottawa Charter for Health Promotion
Health Promotion

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being,

an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being.

The fundamental conditions and resources for health are:

- *peace,*
- *shelter,*
- *education,*
- *food,*
- *income,*
- *a stable eco-system,*
- *sustainable resources,*
- *social justice, and equity.*

Improvement in health requires a secure foundation in these basic prerequisites.

Se i prerequisiti per la salute sono la pace, un'abitazione, l'educazione, il cibo, un reddito, un eco-sistema stabile, risorse sostenibili, giustizia sociale ed equita',

Good health is a major resource for social, economic and personal development and an important dimension of quality of life. Political, economic, social, cultural, environmental, behavioural and biological factors can all favour health or be harmful to it. Health promotion action aims at making these conditions favourable through advocacy for health.

Health promotion focuses on achieving equity in health. Health promotion action aims at reducing differences in current health status and ensuring equal opportunities and resources to enable all people to achieve their fullest health potential. This includes a secure foundation in a supportive environment, access to information, life skills and opportunities for making healthy choices. People cannot achieve their fullest health potential unless they are able to take control of those things which determine their health. This must apply equally to women and men.

The prerequisites and prospects for health cannot be ensured by the health sector alone. More importantly, health promotion demands coordinated action by all concerned: by governments, by health and other social and economic sectors, by nongovernmental and voluntary organization, by local authorities, by industry and by the media. People in all walks of life are involved as individuals, families and communities. Professional and social groups and health personnel have a major responsibility to mediate between differing interests in society for the pursuit of health.

Health promotion strategies and programmes should be adapted to the local needs and possibilities of individual countries and regions to take into account differing social, cultural and economic systems.

e se si volessero assumere *in toto* gli enunciati della Conferenza di Ottawa e imporre un approccio ”ecologico” e comunitario ai problemi della salute, si dovrebbe ripensare quasi tutti gli interventi sanitari in un paese in via di sviluppo.

E proporre una *partenrship territoriale* di cui la sanità/salute sono solo un aspetto, insieme con educazione, sviluppo umano, sviluppo economico sostenibile, diritti ed empowerment delle donne.

Altro problema, appena accennato in questo seminario, riguarda la valutazione d’impatto dell’intervento sul contesto ambientale, politico, culturale, del luogo, fisico e sociale, dove l’intervento si realizzerà. Perché non si insegna, a chi fa cooperazione, una tecnica poco costosa, ma efficace, chiamata r*apid assessment* e, spesso, neppure si addestra su come realizzare uno studio di fattibilità e sostenibilità? Nella fattispecie, basterebbe un geographical information system (GIS) sanitario. Cioè una ricognizione delle strutture, accessi, bisogni territoriali di salute, livello di nutrizione e di mortalità, prima di qualunque intervento.

Altro problema si pone nel momento della valutazione di *output* e *outcome*.
Come sono stati spesi i soldi? con quali risultati ?
Spesso il primo oggetto si confonde con il secondo, così come un buon *processo* (procedura, procedimento, tecniche usate) spesso si confonde con il suo esito.

Costruire un piccolo ospedale rurale di modello occidentale, efficiente, in un’area dove esistono *curanderos* o stregoni, senza tener conto di questi, significa avere un ottimo *output* ma consegnare l’ospedale solo ai casi gravi, irrimediabili(e quindi venir meno all’*outcome* di tutelare la salute). In tutti i paesi poveri, infatti, la medicina tradizionale è la prima scelta della comunità.

Pertanto, direi che più che il *fare* a tutti i costi, occorrerebbe innanzitutto *conoscere*, facendo precedere i contatti con gli *stakeholder* a qualunque definizione concreta di progetto; e occorre investire *a priori* in risorse umane locali; offrendo contestualmente un pacchetto formativo cogestito con personale sanitario locale e borse di studio per scambi scientifici.
Questi ultimi sono infatti molto più efficaci perché stabiliscono relazioni, umane *in primis*, fra ricercatori, operatori, e favoriscono un incontro di culture prima ancora che di saperi differenti.

Quando poi gli interventi di cooperazione non avvengono nelle capitali o nelle grandi città si dovrebbe poi promuovere la ricerca, e l’attività scientifica, in una sorta di triangolazione fra le università (e gli ospedali o le strutture sanitarie) principali del Paese oggetto di interventi - le nostre università e le strutture sanitarie, e le università locali i cui professionisti hanno spesso preparazione di livello basso.

Altro *puntum dolens* della cooperazione sanitaria: l’offerta di servizi specialistici di terzo livello, costosissimi e di difficile sostenibilità, a meno di non coinvolgere i donatori e la comunità internazionale per sempre. Tali servizi dovrebbero avere un bacino di utenza sopranazionale.

Ma parleremo di ciò a proposito del progetto del Burlo Garofolo, ospedale pediatrico di Trieste, sulla oncoematologia e i trapianti di midollo.

Venendo alle proposte concrete, le riassumo brevemente:

- la banca dati OICS dovrebbe essere dedicata anche al settore dei progetti sanitari e sulla salute: un benchmarking a disposizione di tutti gli utenti della banca dati;

- il Ministero della Salute (con il Ministero degli Affari Esteri, le Regioni, le Università, l'Organizzazione Mondiale della Sanità) dovrebbe avviare un coordinamento tecnico per: redazione ***linee guida*** su come disegnare, realizzare, valutare progetti di sanità e di promozione della salute nei Paesi in Via di Sviluppo (PVS). Si tratta materiale già esistente, da riadattare alle nostre esperienze;

- sarebbero opportuni, anzi necessari, dei corsi sulla progettazione e valutazione degli interventi nei PVS (sulla falsariga dei corsi annuali per *Junior Professional Officer* dell'ONU) anche per mettere in rete le esperienze dei cooperanti.

I Pacchetti formativi per gli operatori sanitari dei PVS dovrebbero contenere:

a) linee guida, da contestualizzare di volta in volta su:
- *clinical governance*/management dei servizi sanitari
- promozione salute di comunità
- economia sanitaria
- EBM – *evidence based medicine*
- pre-*tecnology assessment* (le tecnologia offerte o richieste sono appropriate al contesto? Sono sostenibili nel tempo?);

b) linee guida di formazione infermieristica all'emergenza (per impedire le migrazioni a scopi sanitari all'interno del Paese), e sulla prevenzione e promozione della salute a livello locale.

Brevemente, vorrei ora informarvi di alcune iniziative di cooperazione intraprese nel nostro Paese e non sufficientemente pubblicizzate.

La prima riguarda un master in "Architetture per la salute" organizzato dal Dipartimento ITACA della facoltà di Architettura Valle Giulia. Il master tratta di programmazione, progettazione e gestione delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali nei PVS ed è cofinanziato da Ministero degli Affari Esteri, Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo, Ufficio IX. Il Direttore è il prof. Ferdinando Terranova. I Paesi beneficiari sono i PVS. Numero di beneficiari: 20 architetti e/o ingegneri. Data di inizio: marzo – aprile 2008. Durata: 10 mesi in presenza in Italia.

Obiettivi generali:
- diffusione degli strumenti metodologici per un corretto approccio al tema dell'architettura per la salute;
- miglioramento generale della qualità delle strutture per la salute, come conseguenza della ottimizzazione delle risorse locali, nelle nuove

costruzioni nell'ottica della sostenibilità ambientale e nelle opere di manutenzione e riabilitazione;
- miglioramento quali-quantitativo della programmazione, progettazione e gestione dei servizi sanitari;
- consolidamento dei rapporti nel settore tra l'Italia e i PVS.

Per ulteriori informazioni ci si può rivolgere a ferdinando.terranova@uniroma1.it

Veniamo ora all'attività di cooperazione internazionale dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, descritta attraverso una scheda sintetica inviataci dal prof Andolina.

Est Europa ed Asia centrale
- Cooperating centre dell'OMS
- Collaborazione con UNICEF

America Latina
- Istituto Materno Infantil de Pernambuco
- Allattamento al seno e salute ambientale in Argentina

Africa
- Ospedale di Luanda, Angola
- Radiologia digitale low cost per consulenza a distanza (*in fieri*)

SOSTEGNO ALLA CREAZIONE DI CENTRI PER IL TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO
Precedenti
Belgrado
Samara
Bagdad

MOTIVAZIONI
- livello culturale sufficiente
- terapia senza alternative
- sostenibilità economica
- riduzione dei viaggi della speranza

Progetto di cooperazione sul tema dei **trapianti di midollo osseo** tra Regione Friuli Venezia Giulia (FVG), IRCCS Burlo Garofolo, Fondazione "Luchetta, Ota, D'Angelo, Hrovatin" di Trieste e Fundacion para el Transplante de Medula Ossea, PDVSA venezuelana.

La Regione FVG ha una lunga tradizione di cooperazione internazionale, gestita anche assieme all'ICCS Burlo Garofolo e al volontariato regionale.

L'attività del Burlo era iniziata nel 1985 con un grande progetto di sostegno alla salute materno infantile in Mozambico. Nel 1992 l'Istituto fu designato dall'OMS quale "Collaborative Centre for Maternal and Child Health" e da allora sono 30 i Paesi in cui è stato instaurato un rapporto di collaborazione.

Nel campo particolare dei trapianti di midollo, operatori del FVG hanno sostenuto progetti di creazione di centri trapianto in Paesi quali la Russia, la Serbia e l'Iraq. Grazie ad una legge regionale *ad hoc*, qualche decina di bambini da diversi Paesi sono stati accolti dall'IRCCS Burlo Garofolo e sottoposti a trapianto di midollo.

Da un anno è operativa una convenzione tra la Regione FVG e Governo venezuelano. Oltre a garantire l'accoglimento presso il Centro Trapianti dell'IRCCS Burlo Garofolo di bambini venezuelani con leucemia ad alto rischio (5 pazienti nel 2007), che dopo il trapianto sono stati ospitati presso le case di accoglienza della Fondazione "Luchetta, Ota, D'Angelo, Hrovatin", è stato attivato un progetto di implementazione di strutture pubbliche venezuelane atte a rispondere adeguatamente al fabbisogno di chemioterapia delle leucemie secondo standard internazionali, e quindi in un secondo tempo alla creazione di un centro trapianti a Maracaibo.

La situazione venezuelana attuale vede una serie di ospedali di alto livello offrire prestazioni decorose di terapia della leucemia e due istituzioni che eseguono trapianti di midollo. Un centro è a Caracas ed è interamente privato, con costi superiori a quelli italiani. Un altro centro, a Valencia, è formalmente pubblico, ma impone di fatto una pesante compartecipazione ai costi di trapianto alle famiglie.

Su tutto il territorio venezuelano non è disponibile un servizio di radioterapia che permetta di effettuare la Total Body Irradiation, il che rende sub-ottimale il trapianto in almeno la metà dei casi di leucemia. I centri venezuelani non sono accreditati, e non avrebbero la competenza tecnica, per l'utilizzo di donatori extra-familiari (MUD) e di cellule staminali da sangue del cordone placentare. Tale situazione, per motivi tecnici oppure economici, sottrae ad una forma di terapia senza alternative la maggior parte dei bambini leucemici venezuelani. Il trasferimento in Italia è una soluzione per poche decine di bambini.

Per tale motivo è stato impostato il progetto che prevede:

- l'addestramento di medici e infermiere in Italia;
- la presenza periodica in Venezuela di specialisti italiani per attività di consulenza. Una prima missione è stata effettuata dal dott. Andolina di Trieste e dalla dott.ssa Testi di Roma;
- la costruzione di un nuovo edificio annesso all'ospedale "Coromoto" di Maracaibo, con fondi donati da una ditta italiana di costruzioni.

Il progetto mira all'autosufficienza del Venezuela nel campo dei trapianti di midollo. Governo venezuelano, e PDVSA (gestore delle risorse petrolifere, proprietario dell'ospedale) garantiscono per la completa gratuità delle cure.Tale progetto potrebbe portare all'addestramento di personale sanitario adeguato ed alla costruzione di una Ematologia Pediatrica con annesso Centro Trapianti nel giro di due-tre anni. Il costo di un trapianto di midollo in Sud America potrebbe essere inferiore ai 25.000 euro, almeno la metà di quanto costa in FVG, che pure ha uno dei DRG per trapianto più bassi d'Europa.

Contatti preliminari con l'ambasciata ecuadoriana in Italia fanno sperare che il modello venezuelano possa essere trasferito anche all'Ecuador, creando una struttura specialistica di **oncoematologia pediatrica pubblica**, e convenzionandosi con le strutture sanitarie specialistiche del Venezuela per eventuali trapianti di midollo. Con la stessa ambasciata

ecuadoriana è stato progettato un master in “public health”, con una triangolazione scientifica che comprenda la cattedra di Igiene e Medicina preventiva della Facoltà di Medicina della Università “La Sapienza” di Roma, la London School of Hygiene and Tropical Medicine, e la Facoltà di Medicina dell’Università di Chimborazo. Un eventuale quarto partner potrebbe essere la cattedra di *public health* della Facoltà di Medicina di Madrid.

Seconda sessione

L'Europa e le nuove opportunità

La partecipazione al processo ascendente della formazione delle norme europee (CIACE)

Massimo Gaiani
Dipartimento per le politiche comunitarie, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma

E' convinzione ormai largamente condivisa che l'Italia necessiti di un organico ed efficace coordinamento dell'azione di governo sui diversi tavoli comunitari. Tale coordinamento deve coinvolgere sia le amministrazioni pubbliche che gli altri attori del meccanismo decisionale europeo. In tale ottica il legislatore ha istituito con la legge 4 febbraio 2005, n. 11 (detta legge Buttiglione) il Comitato interministeriale per gli affari comunitari europei - CIACE - ed il suo organo di supporto: il Comitato tecnico permanente.
La crescente complessità delle tematiche trattate a livello europeo, il carattere sempre più orizzontale delle politiche e la moltiplicazione degli interlocutori sono alcuni dei fattori che hanno reso necessaria un'azione di coordinamento strutturata.
Dal punto di vista organizzativo, il sistema è composto da:

- Comitato interministeriale, presieduto dal Presidente del Consiglio dei Ministri o dal Ministro per le politiche europee, al quale vi partecipano i Ministri aventi competenza nelle materie oggetto dei provvedimenti e delle tematiche inseriti all'ordine del giorno. In pratica, la partecipazione avviene a geometria variabile, con alcuni Ministri sempre presenti (Affari Esteri, Politiche Europee ed Affari Regionali) e gli altri di volta in volta, in funzione degli argomenti in discussione.
- Comitato tecnico permanente, che prepara i lavori del Comitato interministeriale, composto da un rappresentante ed un supplente designato da ciascun membro di Governo. Ai suoi lavori partecipano anche un rappresentante della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province autonome ed un rappresentante della Regione capofila per il dossier che viene trattato. Anche in questo caso, la partecipazione dei membri avviene a geometria variabile sulla base degli argomenti trattati. Per la trattazione di particolari dossier può decidere la costituzione di Gruppi di lavoro *ad hoc* (attualmente sono state individuate 4 aree di lavoro: innovazione e proprietà intellettuale, sviluppo sostenibile, energia e cambiamenti climatici, mercato interno).
- Quando si trattano questioni che interessano le Regioni e le Province autonome, il comitato tecnico si riunisce nella forma integrata, contraddistinta dalla partecipazione di un rappresentante ed un supplente per ogni Regione e Provincia autonoma.

Come noto, il processo decisionale europeo si articola in una serie di fasi che per i *dossier* più importanti vanno da indagini conoscitive, per passare poi ai Libri Verdi (documenti di riflessione su un tema politico specifico pubblicati dalla Commissione), ai Libri Bianchi (documenti che contengono proposte di azione comunitaria in un settore specifico), per arrivare, infine, all'adozione della proposta formale della Commissione che verrà poi valutata dal Parlamento e dal Consiglio, a loro volta con procedure complesse.

In questo articolato processo, vari sono i momenti in cui si possono orientare le scelte e le decisioni. Tali interventi sono tanto più efficaci quanto più tempestivamente essi vengono condotti. Nelle fasi iniziali, in particolare quelle interne al meccanismo decisionale della Commissione, vi è una maggiore disponibilità a tenere conto delle esigenze dei singoli Stati Membri.

In ragione del nostro processo decisionale, abbiamo optato per un'attività che affrontasse e analizzasse le tematiche in una fase iniziale definendo una posizione italiana di carattere generale, nell'ambito della quale, successivamente, l'amministrazione competente in un determinato settore, dovrà poi negoziare gli aspetti specifici del dossier.

L'Ufficio di segreteria che io dirigo, espleta l'attività funzionalmente necessaria allo svolgimento delle attribuzioni del CIACE e del Comitato tecnico permanente e permette la messa in opera di tale coordinamento. Il nostro è un ruolo "servente": essendo un ufficio di coordinamento, non si prefigge di stabilire le linee direttrici da seguire su un dossier, ma aiuta le amministrazioni centrali e locali ad avere una visione d'insieme quanto più onnicomprensiva di quanto accade nei vari consessi europei, affinché possa essere messa a punto una strategia unitaria da adottare in sede comunitaria.

Nella nostra attività abbiamo affrontato due tipi di dossier: quelli a carattere permanente e che richiedono il coinvolgimento di molte amministrazioni, quali la Strategia di Lisbona e la Strategia europea per lo sviluppo sostenibile; quelli riguardanti i principali temi dell'agenda europea quali energia e ambiente, innovazione. In gennaio dovremo affrontare il tema degli OGM. Per quanto riguarda i dossier a carattere ricorrente, si è trattato essenzialmente di predisporre rapporti annuali o biennali ai quali hanno contribuito diverse Amministrazioni. Mentre, per la trattazione di dossier specifici, la metodologia utilizzata è quella della predisposizione di *Position Papers* contenenti la posizione italiana in Europa su un determinato dossier (un esempio significativo è la messa a punto lo scorso settembre del *Position Paper* sulle energie rinnovabili).

Uno degli aspetti che ritengo più innovativi sul quale stiamo lavorando è quello della partecipazione delle Regioni al processo di formazione della posizione italiana in Europa. Sapete certamente che più di un anno fa è stato firmato un accordo che disciplina tale partecipazione ai tavoli di coordinamento comunitari, rappresentati dai Gruppi di lavoro del Consiglio dell'UE e dai Comitati della Commissione europea. A tale proposito, stiamo finalizzando delle linee guida per regolamentare questa partecipazione, sulla base di una lista che le Regioni ci hanno fatto pervenire recentemente contenente i Gruppi di lavoro e i Comitati ai quali desiderano partecipare attraverso i loro rappresentanti. Sono previste a breve termine delle riunioni volte a finalizzare la questione per permettere alle Regioni di acquisire gli strumenti necessari a definire efficacemente le aree di loro maggiore interesse e utilizzare le migliori risorse.

In conclusione, l'attività di coordinamento posto in essere per il tramite del CIACE e delle sue strutture di supporto ha prodotto concreti e positivi risultati. Ciò è stato reso possibile grazie alla convinta adesione all'esercizio di tutte le amministrazioni, che hanno collaborato in modo costruttivo. Auspichiamo, in futuro, di poter ampliare ulteriormente i diversi settori nei quali intervenire.

Promozione dell'Italia nelle Istituzioni Europee (Consiglio dei Ministri, OCSE, Consiglio d'Europa) e il Programma "Public Health"

Gaetano Guglielmi
Direzione Generale per i rapporti con l'Unione europea e per i rapporti internazionali, Ministero della Salute, Roma

La realtà europea è estremamente complessa. L'Ufficio IV della Direzione Generale per i rapporti con l'Unione europea e per i rapporti internazionali, Ministero della Salute, si occupa di coordinare l'attività nell'ambito dell'Unione europea, del Consiglio d'Europa di Strasburgo e dell'OCSE.

Per essere più precisi, il quarto protagonista di questo quadro internazionale, che qui non è riportato, ma che fa parte anche di queste strategie, è l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Sempre di più le tematiche discusse a livello internazionale vengono affrontate, su punti di vista diversi, su questi quattro tavoli.

Sono quattro tavoli completamente diversi, che hanno punti di vista differenti. Da un lato l'Unione europea, che è il vero e proprio sistema di governo comune dell'Unione europea, di cui fanno parte 27 Paesi, definisce regole, linee guida vincolanti anche dal punto di vista giuridico. Dall'altro lato il Consiglio dell'Unione europea, che raggruppa 47 Paesi europei, tende a definire più principi, linee guida e impostazioni di alto livello. Infine l'OCSE, che è l'integrazione alla cooperazione economica, molto spesso fa delle valutazioni tecniche di natura statistica, e ultimamente si è orientato nella valutazione sistematica dei diversi Paesi, ad esempio ha completato, l'anno passato, una valutazione dell'Olanda e sta effettuando attualmente le valutazioni dei sistemi sanitari di altri Paesi.

L'Unione europea vede due figure fondamentali: la Commissione europea e il Consiglio dell'Unione europea, che agiscono di concerto. La Commissione è come se fosse il nostro Governo, il Consiglio dell'Unione è la parte operativa tecnica, dove si incontrano tutti i diversi Ministri, ad esempio nel Consiglio dei Ministri dell'Europa.

Il lavoro in cooperazione intergovernativa nel settore salute vede la salute come diritto del cittadino europeo, come uno dei punti fondamentali. La sede dei lavori è Bruxelles e Lussemburgo. Le attività del settore salute sono estremamente complesse e articolate, si va da gruppi di lavoro tecnici, ad esempio gruppo sulle sostanze alimentari, gruppo sulle sostanze pericolose, gruppo veterinario, gruppo dei dispositivi medici, a gruppi di lavoro più articolati, più presenti nel processo ascendente che è stato illustrato nella relazione precedente.

Le ricognizioni che si stanno facendo per dare una sistematicità a questo corpo, mostrano che esistono circa 250 gruppi di lavoro annuali che operano a livello europeo per circa 750 riunioni l'anno.

E' un tipo di lavoro estremamente complesso: la stessa Commissione europea, in alcuni casi, ha delle forme di costituzione di gruppi di lavoro di esperti che poi producono dei documenti che partecipano al processo ascendente, che molte volte hanno degli approcci non sistematici nei confronti del Governo.

Come Ministero della Salute ci avvaliamo dei nostri esperti tecnici per le parti di nostra competenza, degli esperti dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'ISPESL, degli IRCCS o di esperti identificati *ad hoc* per la specifica materia.

Per quanto riguarda la visione di tutta l'attività socio-sanitaria, non bisogna dimenticare il coinvolgimento del Ministero del Welfare, del Ministero degli Affari Sociali e di altri Ministeri e quindi esiste la necessità di un coordinamento, dove il CIACE è l'elemento fondamentale.

Le principali aree tematiche che vengono discusse a livello di Commissione, nel settore socio-sanitario, consistono in:

- aspetti connessi ad ambiente, consumatori e salute, la cui discussione si svolge all'interno della DG SANCO, dove si tratta di salute, di malattie umane, di medicinali, di sicurezza alimentare, di tutela dei diritti dei consumatori;
- aspetti connessi all'agricoltura, pesca e prodotti alimentari che vengono seguiti prevalentemente dal Dipartimento per la sanità pubblica veterinaria, la nutrizione e la sicurezza degli alimenti, dove vengono esaminate le questioni relative alla sicurezza alimentare, all'etichettatura, agli organismi geneticamente modificati, al benessere animale;
- aspetti connessi a scienza e tecnologia, dove il punto di riferimento fondamentale è il 7° programma quadro con gli investimenti correlati.

In quest'ottica è stato recentemente approvato, il 23 ottobre 2007, il 2° programma europeo *Public Health*, che istituisce quest'azione comunitaria in materia di salute, per gli anni dal 2008 al 2013. Questo programma cerca di fare un'integrazione nelle attività degli Stati Membri nell'ambito della salute, che nel Trattato Europeo è ancora una competenza nazionale, non una competenza a livello comunitario, come per esempio il settore veterinario.
C'è quindi necessità di un coordinamento fra i vari Paesi, a cui si sta lavorando. Le finalità del programma sono quelle di migliorare la sicurezza sanitaria dei cittadini, il promuovere la salute riducendo anche le disparità, e il generare e diffondere informazioni e conoscenze sulla salute. A partire dal 2008 saranno disponibili dei finanziamenti, con programmi molto articolati che saranno seguiti principalmente dal Dipartimento della prevenzione e comunicazione del Ministero della Salute, in cui ci sono forme di finanziamento che sono le soglie di contributo finanziario della Commissione per quanto riguarda le varie azioni e i vari programmi che interverranno in questo progetto di *Public Health*. Una delle caratteristiche che viene stimolata è la possibilità di integrazione tra gli Stati Membri, ossia non limitarsi ad azioni nazionali, ma ad azioni comuni sovranazionali, in maniera tale che azioni di questo tipo vedano coinvolti più Stati Membri. Con questo tipo di approccio è molto più facile ottenere dei finanziamenti specifici e mirati.
Ecco quindi il ruolo fondamentale dell'Amministrazione centrale, come momento di supporto per portare le iniziative e i programmi a livello europeo in maniera integrata,

evitando di presentare una programmazione specifica di tipo regionale, perché ovviamente ci si trova di fronte soprattutto a programmi di tipo sopranazionale, quindi è necessario studiare un progetto, vedere se ci sono nazioni che hanno aspetti, per esempio, di natura epidemiologica o sanitaria che sono simili a quelli dell'Italia, e cercare di metter in piedi questo livello di aggregazione finalizzato all'acquisizione dei finanziamenti comunitari.

Il lavoro sarà anche a livello di assistenza tecnica amministrativa, che è relativamente complesso nel programma *Public Health*. La Commissione attuerà in stretta cooperazione con gli Stati Membri, anche se verrà garantito il rispetto degli aspetti nazionali. Una delle caratteristiche fondamentali è la comparabilità degli obiettivi che si intendono raggiungere e la necessaria cooperazione e comunicazione con il Centro Europeo per la Prevenzione e Controllo delle Malattie.

In Italia è stato creato il Centro per la Prevenzione e Controllo delle Malattie italiano che è strettamente legato alle attività del Centro europeo di Stoccolma.
In questo programma si dovrà tener conto di tutti gli aspetti giuridico normativi riguardo gli aspetti personali, per evitare che ci siano attività che possono essere bocciate a livello dell'Unione europea per violazione di alcune norme sulla protezione delle situazioni personali.

Un altro aspetto fondamentale del programma *Public Health* è la cooperazione internazionale, cioè la cooperazione con altri Paesi extra europei, fra cui i Paesi dell'area EFTA, i Paesi con i quali l'Europa ha particolari politiche di vicinato, ad esempio i Paesi balcanici e i Paesi che già hanno presentato domanda di adesione all'Unione europea, come ad esempio la Turchia.
La posizione del programma *Public Health* non è quindi chiusa sull'Europa, ma ampia a livello generale.

Il quarto aspetto è costituito dalla collaborazione con l'OMS, che rappresenta un punto fondamentale. Recentemente, ad esempio, si è trattato della migrazione e delle problematiche sanitarie connesse, sia a livello di Unione europea, sia a livello di Consiglio d'Europa, sia a livello di OCSE che a livello di OMS.

Gli obiettivi di questo programma sono, da un lato, la protezione dei cittadini dalle minacce della salute, prevalentemente gli aspetti connessi con le malattie infettive e con le nuove emergenze sanitarie e le capacità di risposta dei sistemi di governo, dall'altra il migliorare la sicurezza dei cittadini riguardo all'individuazione precoce dei rischi e a migliorare la salute e la qualità degli organi e sostanze di origine umana che vengono utilizzati nei trattamenti terapeutici, nonché migliorare tutti gli aspetti connessi alla qualità e alla sicurezza dei pazienti.

Un altro aspetto fondamentale consiste nel promuovere la salute attraverso l'adozione di stili di vita sani, come finalità anche per ridurre disparità sanitaria presenti a vario titolo sia a livello europeo tra Stati membri con livelli differenti, sia nell'ambito delle stesse nazioni per presenza, ad esempio, di politiche di genere. Promuovere stili di vita sani anche come elemento fondamentale della prevenzione per agire sui determinanti di salute. Infine, come ultimo aspetto, il generare e diffondere informazioni e conoscenze in materia di salute, scambiare queste conoscenze e le migliori prassi, raccogliere i dati, diffondere i dati,

elaborare strumenti di analisi e diffusione. L'Italia sta avendo un ruolo di informazione particolare perché è diventata capo progetto e coordinatrice per quanto riguarda quella che sarà sostanzialmente la prima relazione sullo stato sanitario dell'Europa, che è il progetto EUGLOREH, che dovrebbe concludersi nel giro di un anno e mezzo.

L'OCSE è costituito da 30 Paesi dell'Europa, del Sud America, dell'Asia, nato originariamente per la gestione del programma Marshall, si è tramutato in un servizio prevalentemente di natura statistica sanitaria in cui opera uno specifico gruppo di lavoro, un comitato sanità in cui partecipa il Ministero della Salute e si riunisce due volte l'anno a Parigi, svolge sorveglianza macro economica e strutturale, elabora e studia le tematiche e raccoglie ed armonizza questi dati. Molto spesso l'OCSE compare sui giornali, per i giudizi che esprime sui diversi Paesi, attraverso valutazioni precise da un punto di vista metodologico, ma non adatte, a volte, alle realtà nazionali. Il sistema sanitario universalistico italiano, ad esempio, pone delle difficoltà di approccio quando si vanno ad affrontare problemi con Paesi in cui vigono sistemi di tipo mutualistico assicurativo. Operano 30 gruppi e sottogruppi su tematiche collegate alla salute e i temi che vedono maggiormente coinvolto il Ministero della Salute consistono nell'armonizzazione dei dati statistici nazionali in ambito sanitario, nell'aspetto delle biotecnologie e degli indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria e nella sicurezza dei pazienti. Il progetto salute dell'OCSE è iniziato nel 2001 ed è partito in tempi relativamente recenti, precisamente nel 2004.

Il Consiglio d'Europa, da non confondere con il Consiglio dell'Unione europea, ha sede a Strasburgo e si rivolge a 47 Paesi europei, definendo livelli di guida, linee guida o aspetti generali, su cui si confrontano i Paesi membri. Le tematiche sanitarie che vengono affrontate sono prevalentemente tecniche. Ad esempio all'ultimo Consiglio dei Ministri europeo è stato presentata una raccomandazione per quanto riguarda gli aspetti connessi con i trapianti d'organo, dove la posizione dei 27 Stati Membri non era esattamente coerente con la posizione dei 47 Paesi del Consiglio d'Europa. A livello del Consiglio d'Europa operano 73 gruppi di esperti su tematiche socio sanitarie.

L'attività a livello europeo è estremamente complessa perché è proprio l'identificazione corretta degli esperti, il ritorno dei *feed-back*, la gestione di queste informazioni su piani differenti a rendere il tutto estremamente complesso con le scarse risorse disponibili a livello nazionale. E' il "Sistema Italia" che deve intervenire, un "Sistema Italia" che deve poter gestire sui diversi piani queste attività, tenendo conto che uno degli aspetti che si è dovuto prendere in considerazione, consiste nel fatto che la Commissione europea tende a mantenere i rapporti con il Ministero della Salute anche con Paesi con un federalismo molto più elevato di quello presente in Italia, fermo restando che è necessario sfruttare tutte le risorse e le competenze presenti in Italia per formare una squadra e per fare un discorso organico a livello di Commissione europea, in maniera tale da poter mandare le persone migliori a gestire questi aspetti che nascono come tecnici ma poi evolvono come politici. In questo ambito si colloca il progetto mattoni come momento fondamentale, in cui tutti quanti si mettono insieme, altrimenti le politiche sanitarie dell'Italia potranno essere influenzate delle politiche sanitarie del nord Europa.

La salute nella Strategia di Lisbona

Rosaria Minucci
Direzione Generale per i rapporti con l'Unione europea e per i rapporti internazionali, Ministero della Salute, Roma

Come tutti saprete, la Strategia di Lisbona ha origini lontane nel tempo. Tutto comincia con il Consiglio europeo di Lisbona 23-24 marzo 2000 quando, durante una sessione straordinaria, viene concordato un nuovo obiettivo strategico per l'Unione al fine di sostenere l'occupazione, le riforme economiche e la coesione sociale nel contesto di un'economia basata sulla conoscenza. La sanità, piuttosto che la salute, viene individuata come un settore nell'ambito del quale ad un'azione dei singoli Stati deve affiancarsi, a livello comunitario, un'azione nel quadro dei fondi strutturali.

Questa consapevolezza trova conferma e forza cinque anni più tardi, nel marzo 2005, con il rilancio della strategia di Lisbona.

In occasione del rilancio della Strategia di Lisbona, il Consiglio europeo precisa che questa strategia si colloca nel contesto più ampio dello sviluppo sostenibile, secondo cui occorre soddisfare i bisogni del presente senza compromettere la capacità delle generazioni future di soddisfare i propri. Sia la Strategia di Lisbona che la Strategia dello sviluppo sostenibile contribuiscono al perseguimento di una migliore protezione sociale ed un più elevato tenore di vita per le generazioni presenti e future. La "nuova" Strategia di Lisbona**,** che appare semplificata e razionalizzata rispetto al documento originario, è incentrata sulla crescita economica e l'occupazione.

Per conseguire tale obiettivo, occorre:

- rendere l'Europa più capace di attrarre investimenti e lavoro;
- conoscenza e innovazione devono rappresentare il fulcro della crescita europea;
- elaborare politiche che consentano alle imprese europee di creare nuovi e migliori posti di lavoro.

Gli Stati sono chiamati a recuperare il ritardo accumulato sull'attuazione delle riforme previste dalla Strategia di Lisbona.

Sotto l'aspetto sanitario, gli Stati membri sono chiamati a modernizzare i sistemi di protezione sociale ed in particolare i regimi pensionistici e di assistenza sanitaria.
Poco dopo, al Consiglio europeo del 16-17 giugno 2005, vengono approvati gli Orientamenti integrati per la crescita e l'occupazione 2005-2008. In ben due linee guida si ritrova un esplicito richiamo alla salute:

1) nell'ambito della linea guida relativa alla salvaguardia della sostenibilità economica. In particolare vengono richieste riforme dei sistemi sanitari affinché siano finanziariamente vitali e socialmente adeguati ed accessibili;
2) nell'ambito della linea guida relativa alla promozione di un approccio al mondo del lavoro che consideri tutte le tappe della vita.

Anche qui la richiesta è di moderni sistemi sanitari che siano suscettibili di modifiche ai cambi dei bisogni e che accanto alle riforme pensionistiche riescano a garantire un allungamento anche della vita lavorativa.

Sulla base di questi orientamenti generali, ciascuno Stato membro è chiamato a redigere un piano nazionale per la crescita e l'occupazione su base triennale, dove sono indicate le riforme e le altre misure di competenza nazionale necessarie ad avvicinarsi agli obiettivi della Strategia di Lisbona.

L'Italia, nell'ottobre del 2005, tenendo conto delle peculiarità economiche e sociali nazionali e delle linee guida integrate, presenta il Piano per l'innovazione, la crescita e l'occupazione 2006-2008 (PICO). Le 24 linee-guida indicate dal Consiglio europeo, in particolare, sono raggruppate nel PICO in cinque categorie operative, individuate come obiettivi prioritari: l'ampliamento dell'area di libera scelta dei cittadini e delle imprese; l'incentivazione della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica; il rafforzamento dell'istruzione e della formazione del capitale umano; l'adeguamento delle infrastrutture materiali e immateriali; la tutela ambientale.

Già nell'ambito del PICO la salute riveste un ruolo fondamentale in almeno una delle due categorie di interventi individuate dal Piano stesso, ed in particolare nell'ambito dei **"**progetti specifici con ricadute positive sulla produttività e competitività dell'economia italiana".

Il riferimento è ovviamente alla "realizzazione di piattaforme informatiche in settori strategici", tra cui è prevista anche la "piattaforma informatica per la sanità finalizzata a standardizzare e condividere le informazioni sanitarie tra tutti i soggetti del Sistema Sanitario Nazionale", o ancora all'"attuazione di 12 programmi strategici di ricerca nei settori della salute, farmaceutico e bio-medicale".

D'altro canto, la salute non avrebbe potuto avere meno spazio in un atto programmatico finalizzato al miglioramento delle condizioni di ambiente economico-sociale, atteso l'affermarsi del convincimento che la sanità italiana rappresenta oggi uno dei più importanti comparti di attività economica del Paese: sanità, come "azienda" impegnata nella gestione di un numero rilevante di risorse umane e di rapporti con un "indotto" formato da imprese fornitrici; sanità come impulso alla realizzazione di infrastrutture sul territorio; sanità come creatore di nuovi soggetti economici, erogatori di servizi socio sanitari; sanità come settore di impulso all'innovazione tecnologica. E soprattutto, in relazione alla funzione che detto Piano di riforma svolge rispetto all'attuazione della Strategia di Lisbona. Non è immaginabile creare sviluppo e occupazione senza mettere in primo piano la salute dei cittadini. Il mantenimento e la promozione della salute sono le basi dei valori comuni europei: è ormai patrimonio della conoscenza collettiva che il benessere fisico e la vitalità mentale influenzano la capacità lavorativa ed incidono sulla conservazione della capacità funzionale.

Rispetto ai Piani Nazionali di Riforma, poi, ogni anno, ciascuno Stato adotta il relativo Rapporto attuativo. Il primo rapporto attuativo è stato oggetto di approvazione, da parte del Consiglio dei Ministri, il 18 ottobre 2006.

Nell'ambito del Primo rapporto attuativo la sanità trova spazio in più punti.

In primo luogo, le principali sfide dell'economia italiana sono raggruppate in un contesto macroeconomico che vede l'impegno prioritario del Governo diretto a perseguire l'obiettivo della stabilità delle finanze pubbliche. In tale ambito è inserita anche la sanità, ed in particolare, viene citato il nuovo Patto per la salute, siglato fra Regioni e Governo il 22 settembre 2006, individuato quale strumento primario per il raggiungimento della sostanziale stabilizzazione della spesa sanitaria.

Successivamente, un altro spicchio di sanità è inserito nel settore della "ricerca e innovazione tecnologica". In particolare, è evidenziato come si stia rafforzando la collaborazione fra industria, università e centri di ricerca, con specifica attenzione al trasferimento tecnologico. Sono, poi, indicate le tre principali linee di azione del Governo: la valorizzazione delle attività di ricerca svolte in ambito di scienze della salute; la creazione di percorsi finalizzati all'individuazione dei prodotti della ricerca e al loro trasferimento; lo sviluppo di iniziative socio-sanitarie.

Infine, nel paragrafo "Occupazione, istruzione e inclusione sociale" è dedicato un breve spazio alle ripercussioni sulle condizioni di salute delle disuguaglianze sociali, della disoccupazione e della precarietà. In particolare, viene evidenziato il carattere innovativo delle politiche dell'Health impact assessment (HIA) e della loro capacità di anticipare gli effetti sulla salute delle trasformazioni sociali, economiche, politiche ed istituzionali.

Lo scorso 23 ottobre è stato approvato, sempre in sede di Consiglio dei Ministri, il secondo rapporto attuativo. Rispetto al primo rapporto, in questo documento l'aspetto sociale acquista molta più rilevanza e consistenza.

Si evidenzia che il predetto documento è suddiviso in una parte prima dedicata alle politiche macroeconomiche, una parte seconda in cui ci si sofferma sulle politiche microeconomiche, una parte terza che si occupa di tematiche di carattere sociale, nell'ambito del quale è stato inserito il capitolo intitolato "salute", una parte quarta dedicata al "welfare" ed una parte quinta relativa alla programmazione regionale.

Per quanto riguarda specificamente la parte sanitaria preme evidenziare che, anche al fine di garantire la continuità con il primo rapporto attuativo, e, soprattutto, al fine di garantire una logica coerenza rispetto agli obiettivi di Lisbona, si è ritenuto opportuno soffermarsi su quattro argomenti, che sono apparsi più rispondenti alle finalità perseguite con la strategia di Lisbona:

- spesa sanitaria e misure adottate per il contenimento e la razionalizzazione della stessa;
- ricerca sanitaria;
- misure per favorire lo sviluppo dei servizi sanitari del Mezzogiorno;
- health impact assessment.

Procediamo con ordine. Il primo punto è rappresentato dalla spesa sanitaria ed, in particolare dai "provvedimenti ritenuti efficaci per una maggiore sostenibilità dei servizi

sanitari", individuati negli strumenti di programmazione sanitaria inseriti nelle ultime leggi finanziarie. Entrambi li ritroviamo nell'ambito delle politiche macroeconomiche. Gli sforzi compiuti nel settore sanitario, soprattutto sotto l'aspetto del controllo della spesa, sono stati salutati positivamente dalla Commissione europea e visti come una buona risposta all'esigenza di migliorare la sostenibilità dell'assistenza sanitaria, garantendone contestualmente la qualità e l'accessibilità.

In realtà, oltre ad enfatizzare l'impegno del Governo per razionalizzare la spesa sanitaria, ci si è soffermati sulle azioni intraprese, d'intesa con le Regioni, dal Governo medesimo. In particolare, si è detto come il Governo intenda rafforzare le azioni di riorganizzazione attraverso:

- l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza;
- l'attuazione di un sistema di monitoraggio adeguato attraverso indicatori adeguati;
- l'ammodernamento del sistema sanitario focalizzato sulla valorizzazione delle risorse umane;
- la riorganizzazione ed il potenziamento della rete delle cure primarie;
- la riorganizzazione della rete ospedaliera e la razionalizzazione dei sistemi di acquisto di beni e servizi;
- il programma per la promozione permanente della qualità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) attraverso il monitoraggio del gradimento dei servizi da parte dei cittadini-utenti.

Il secondo punto, relativo alla "ricerca medica e sanitaria", lo ritroviamo nell'ambito del paragrafo "ricerca scientifica e innovazione tecnologica". Essenzialmente quel che si è cercato di evidenziare sono le finalità della politica di ricerca sanitaria e come tutti gli sforzi impiegati nella stessa che, di fatto, si concretizzano anno dopo anno in sensibili incrementi dei fondi pubblici, siano destinati a:

- produrre nuove conoscenze rapidamente trasferibili al SSN;
- valutare l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi sanitari in campo diagnostico-terapeutico, riabilitativo e organizzativo-gestionale;
- sviluppare le reti collaborative di ricerca sul territorio nazionale;
- migliorare l'integrazione multidisciplinare, la continuità assistenziale, la corretta comunicazione con i cittadini.

Il cuore vero e proprio della politica sanitaria è contenuto però nella parte dedicata all' "Occupazione, istruzione, salute e protezione sociale". In primo piano è posto, per gli effetti che si prevede possano derivare dall'integrazione delle politiche e delle azioni, il Memorandum sottoscritto dal Ministro della Salute e dal Ministro dello Sviluppo Economico lo scorso 17 aprile.

Con il predetto documento, lo sviluppo dei servizi sanitari del Mezzogiorno entra a far parte per la prima volta degli obiettivi del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013 finanziato dai fondi strutturali europei. La tutela della salute diventa un fattore di promozione più generale del sistema economico e delle infrastrutture del meridione. Dopo aver specificato i 6 indirizzi operativi di riferimento a cui le Regioni beneficiarie potranno

attenersi per la definizione dei progetti, viene evidenziato il ruolo centrale che svolgerà il Ministero della Salute attraverso un attività di supporto tecnico alle Regioni.

Come già lo scorso anno, anche quest'anno abbiamo ritenuto importante soffermarci sul ruolo che l'HIA può svolgere nell'ambito del miglioramento della salute e dell'equità. E ciò pare perfettamente in linea, d'altro canto, con la politica del Governo di promuovere l'elaborazione e l'attuazione di politiche favorevoli alla salute anche in settori diversi dalla salute stessa, ovvero di promuovere la salute in tutte le politiche. La crescente consapevolezza che tutte le politiche pubbliche, non soltanto quelle strettamente sanitarie, hanno conseguenze importanti su molti fattori – ambientali, sociali, economici - che concorrono a determinare la salute ed il benessere della popolazione, sta rendendo necessario un approccio multisettoriale che tenga conto della salute specialmente nell'elaborazione di politiche non direttamente indirizzate alla sanità. Di qui il peso sempre maggiore che stanno acquistando gli strumenti di valutazione d'impatto sulla salute anche di politiche non sanitarie.

Anche se in realtà già da qualche anno si sono registrate alcune esperienze di applicazione dell'HIA, si è trattato essenzialmente di episodi piuttosto eterogenei, di diversa natura e per lo più frutto di iniziative o soggetti locali. Pertanto, solo ultimamente si sta cercando di formulare una strategia organica di implementazione dell'HIA a carattere nazionale, procedendo in diverse direzioni: ricognizione delle esperienze effettuate e dei soggetti maggiormente coinvolti o coinvolgibili; approfondimento dell'uso degli indicatori e della metodologia appropriati; studio critico delle potenzialità, limitazioni e criticità dell'HIA.

Il primo passo concreto è stata la costituzione di un gruppo di lavoro nell'ambito del quale siedono rappresentanti dei livelli centrale e regionale, oltre che esperti di istituti tecnici di rilievo nazionale.

Infine, per concludere, data la stretta correlazione tra Strategia di Lisbona e Strategia per lo sviluppo sostenibile, vorrei spendere poche parola sulla nuova Strategia europea per lo sviluppo sostenibile, adottata dal Consiglio europeo il 15/16 giugno 2006. Essa tende a promuovere un'economia dinamica, la piena occupazione, un livello elevato di istruzione, di tutela della salute, di coesione sociale e territoriale, nonché di tutela dell'ambiente in un mondo pacifico e sicuro, che rispetti le diversità culturali. In particolare l'Europa ha individuato sette sfide principali ed i corrispondenti obiettivi operativi ed azioni. Anche la salute pubblica ha un suo spazio. L'obiettivo generale è: promuovere la salute pubblica a pari condizioni per tutti e migliorare la protezione contro le minacce sanitarie. L'Italia, come tutti gli altri Paesi europei, ha dovuto presentare un primo rapporto di attuazione della Strategia europea per lo sviluppo sostenibile. Per quanto riguarda l'aspetto sanitario va detto brevemente che sono state indicate le evoluzioni compiute dal nostro Paese rispetto agli obiettivi indicati dal Consiglio dell'Unione Europea. In particolare ci si è soffermati: sulle minacce sanitarie e la relativa capacità di risposta; sulla sicurezza dei prodotti alimentari; sul benessere degli animali; sullo stile di vita e malattie croniche; regolamento REACH; ambiente e salute; salute psichica.

La direttiva sui servizi sanitari

Francesca Basile
Direzione Generale per i rapporti con l'Unione europea e per i rapporti internazionali, Ministero della Salute, Roma

Proposta di "Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio relativa a cure sanitarie transfrontaliere sicure, di elevata qualità ed efficienti"

Fasi precedenti della proposta in esame.

- Nel **2004** la Commissione europea ha proposto il testo della "direttiva sui servizi del mercato interno", c.d. "direttiva Bolkeinstain";

- A seguito di resistenze degli Stati membri, sono stati tolti dal campo di applicazione diversi servizi, tra cui i servizi sanitari;

- Nel **2006**:
  - è stata approvata la Bolkeinstain (Direttiva 2006/123/CE), con esclusione dei servizi sanitari (art. 2, c. 2, lett. f);
  - è stata lanciata la consultazione della Commissione europea per disciplinare i servizi sanitari.

- Nel **2007**, la Commissione europea:
  - ha elaborato una bozza informale di direttiva "sui servizi sanitari";
  - presenterà un **testo ufficiale**: previsto per il **19 dicembre 2007**.

Direttiva sui servizi del mercato interno (Dir. 2006/123/CE)

Nasce nel quadro della Strategia di Lisbona e si propone di massimizzare la libera circolazione dei servizi per raggiungere elevati livelli di **competitività**:
- punta sui servizi erogati in particolare dalle piccole e medie imprese;
- punta inoltre sui servizi pubblici, sui diritti sociali e sulla difesa del consumatore.

I Servizi Sanitari

Inizialmente anche i servizi sanitari erano stati inclusi nella Direttiva Servizi per il mercato interno, ma immediatamente, da parte della maggior parte degli Stati membri, si è manifestata una grande contrarietà, variamente motivata.

Perché si riteneva che i servizi sanitari dovessero essere esclusi dalla Bolkeinstain.

- In linea generale per la convinzione che il **diritto alla salute non può essere considerato una merce e disciplinato alla stregua degli altri servizi commerciali**;
- Altre motivazioni sono legate a ragioni di:
  - programmazione sanitaria;
  - equilibrio finanziario dei sistemi sanitari.

Consultazione

- approvata la Direttiva 2006/123 sui servizi del mercato interno (c.d.Bolkeinstain), con esclusione dei servizi sanitari (art. 2, c. 2, lett. f);
- la Commissione europea ha lanciato una consultazione a tutti i livelli per valutare l'opportunità di disciplinare, con specifica direttiva, la libera circolazione anche dei servizi sanitari ed ha proposto un questionario invitando tutti, istituzioni ed enti, pubblici e privati, ad esprimersi;
- il Ministero della Salute, nell'ambito del gruppo interistituzionale, istituito dalla Direzione Generale per i rapporti con l'Unione europea e per i rapporti internazionali (DGRUERI) per approntare un tavolo di confronto e discussione sulle problematiche relative alla mobilità sanitaria internazionale, ha avviato un preliminare processo di partecipazione concordando con le Regioni la definizione delle risposte dell'Italia alle 9 domande del questionario;
- rispondendo al questionario, l'Italia si è dichiarata pronta a partecipare costruttivamente e attivamente al dibattito nella piena consapevolezza della sua importanza, con l'obiettivo di rendere sempre più viva e concreta l'applicazione dei Principi e Valori Comuni approvati dal Consiglio dell'Unione europea per occupazione, politica sociale, sanità e consumatori (Consiglio EPSCO) nel giugno 2006;
- nelle risposte al questionario abbiamo evidenziato che in Italia le cure transfrontaliere incidono attualmente sulla spesa sanitaria globale nella misura pari a circa l'1%. Il che non è poco, considerata l'entità della spesa sanitaria nazionale. Anche se alcune criticità sono state registrate in fase di ottenimento da parte delle ASL del rimborso dei costi delle prestazioni erogate, specialmente in relazione ai **pazienti non residenti in Italia e non coperti da assicurazione**; **si tratta di un fenomeno che riusciamo ancora a governare, ma che comincia a porre problemi di sostenibilità finanziaria**;
- **è necessario, quindi, un monitoraggio efficace e continuo, sia nel merito dei flussi che delle cause che li determinano, anche in relazione alle dinamiche dell'allargamento dell'Unione Europea, tenendo conto di eventuali bisogni assistenziali finora non programmati, e della crescente tendenza alla globalizzazione.**

Proposta di Direttiva sui servizi sanitari

Stato dell'arte della fase ascendente dell'esame della proposta

La DGRUERI ha immediatamente attivato, nel quadro del **processo ascendente di formazione degli atti comunitari**, una collaborazione con le Regioni e Province autonome per impostare la posizione italiana, con un primo incontro, il 5 dicembre scorso.

Modus-operandi prima del 19 dicembre 2007

In attesa di conoscere il testo ufficiale della direttiva sui servizi sanitari, è stata presa in considerazione una bozza informale della proposta:

- per focalizzare i contenuti da condividere e sostenere;
- per evidenziare alcune criticità "allo stato degli atti" e per cogliere eventuali opportunità offerte della proposta.

Successivi passi del processo ascendente

- La collaborazione con le Regioni e le Province autonome proseguirà dopo la presentazione ufficiale da parte della Commissione europea del testo della proposta di direttiva sui servizi sanitari.
- A partire dal **19 dicembre 2007** le varie Direzioni Generali del Ministero, le Regioni e Province autonome proseguiranno nel loro impegno finalizzato a definire la **posizione italiana** sulla direttiva relativa ai "servizi sanitari".

Nel merito della proposta

La direttiva sui servizi sanitari avrebbe l'ambizione di disciplinare tutti i servizi sanitari, con riguardo (tra gli altri):

- **assistenza sanitaria transfrontaliera:** cioè alle prestazioni "medicalmente necessarie" e alle cure programmate in altro Stato membro;
- **libera prestazione di cure sanitarie da parte dei professionisti,** cioè medici e infermieri, tecnici;
- **riconoscimento delle prescrizioni farmaceutiche rilasciate in altro Stato membro.**

Conseguentemente la futura direttiva andrà ad incidere su un quadro normativo comunitario molto articolato e già in gran parte disciplinato a vari livelli da regolamenti, direttive, decisioni, raccomandazioni, ecc.

Quadro giuridico di riferimento

Regolamenti:

- CEE 1408/71 e 574/72;

- e futuri regolamenti di modifica (883/2004)

che disciplinano il sistema di sicurezza sociale dei lavoratori migranti, quindi anche l'assistenza sanitaria transfrontaliera degli **assicurati**.

Vigenti modalità di accesso all'assistenza sanitaria nell'Unione Europea; in caso di:

- **temporaneo soggiorno:** tessera europea;
- **Cure programmate**: formulario E 112;
- **Distacco** per motivi di lavoro: mod. E 106
- Assistenza ai pensionati: mod. E 121
- Assistenza transfrontaliera in regioni confinanti di Stati diversi;
- Prestazioni sanitarie ottenute in base a **contratti** stipulati tra responsabili della salute (ASL, Ospedali, ecc.) che si trovano in diversi Stati membri(emissione di **linee guida** elaborate dalla Commissione europea, non obbligatorie).

Direttive:

- Dir. 95/46/CE, 2002/58/CE: diritto alla cartella clinica, dati personali, privacy;

- Dir. 2005/36/CE: riconoscimento delle qualifiche professionali;
- Dir. 2000/31/CE: commercio elettronico;
- Dir. 2001/83/CE: prodotti farmaceutici per uso umano;
- Dir. 2001/20/CE: buone pratiche cliniche concernenti prodotti medicinali ad uso umano.

Aspetti peculiari della proposta di direttiva "servizi sanitari"

Con riferimento ai "Rapporti con le altre norme della legislazione comunitaria", dall'esame della bozza si evidenzia il mancato riferimento alla Direttiva 2004/38/CE, sul diritto di libera circolazione e di soggiorno dei **cittadini** dell'Unione Europea (recepita quest'anno anche in Italia con decreto legislativo 30/2007).

Implicazioni di tali riferimenti normativi

Allo stato attuale della proposta osserviamo che:

- **il cittadino non è considerato** come **centro d'imputazione di diritti**;
- solo l'**assicurato** è titolare del diritto alla salute, peraltro già garantito e disciplinato dai regolamenti di sicurezza sociale;
- **l'assistenza sanitaria** appare, quindi, ancora confinata in una **concezione mercantilistica**, i cui beneficiari sembrano essere soltanto gli assicurati;
- **esiste un problema di esclusione socio-sanitaria che la direttiva non prende in esame e che crea gravi problemi a molti Stati, Italia compresa (cittadini non assicurati).**

Criticità evidenziabili

Allo stato degli atti nella bozza informale di direttiva presa in esame esiste un rischio di sovrapposizioni e **incertezze** normative, es. sull'esatta **corrispondenza** tra:

- le **"cure programmate"** (art. 22 Reg. 1408/71) e le "cure ospedaliere" (artt. 7 e 8 direttiva proposta);
- le cure "medicalmente necessarie" e le cure sanitarie che non necessitano di autorizzazione preventiva;
- i **beneficiari** considerati dalle due norme.

Esiste inoltre una mancata definizione di un sistema tariffario unico per affermare l'opportunità di una Tariffa Unica Comunitaria (TUC) europea, almeno per i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA).

Inoltre è stata **tralasciata l'occasione di introdurre, con più forza, il concetto di cittadino–paziente, quale centro d'imputazione del diritto alla salute, sia esso o meno un assicurato.**

Ulteriori criticità rilevabili sono dovute all'omissione della menzione sugli attestati di diritto, cioè:

- Tessera europea di assicurazione malattia;
- Formulari vari, es. E 112, 106,121, ecc.

quale strumento di garanzia che le prestazioni sanitarie saranno erogate e rimborsate.

Criticità "paradigma di tutte le criticità"

E' rilevabile una palese incoerenza tra le enunciazioni della direttiva in termini di:

- *sicurezza;*

- *qualità;*
- *efficienza*

delle **prestazioni** e la mancata definizione di LEA europei.

Procedura "cure ospedaliere"

Si deve evidenziare che:

- la definizione di cure ospedaliere appare lacunosa;
- non viene disciplinato con chiarezza quali costi copra l'autorizzazione preventiva;
- il divieto del rifiuto dell'autorizzazione è collegato ai benefici sanitari attesi, ma ciò postula l'esistenza di parametri europei di verifica della qualità e sicurezza delle cure che non si rinvengono nella bozza presa in esame.

Perché la disciplina delle cure ospedaliere è lacunosa?

Perché:

- si limita a considerare tali quelle che richiedono il **pernottamento** del paziente: ne resterebbero escluse le prestazioni di pronto soccorso, day hospital, follow up, ecc.;
- è prevista una loro definizione più puntuale da parte della Commissione europea, mediante l'introduzione di **"cure in aggiunta" ma;**
- **non vengono presi in esame i profili della sicurezza (es. esistenza o meno di rianimazione), della qualità delle cure (es. strumentazioni tecnologiche utilizzate) e del personale che fornisce le prestazioni (professionalità e training obbligatori per medici e infermieri, tecnici di laboratorio, ecc.).**

Gestione casi di mala sanità (art. 12 della bozza di direttiva)

Nella proposta si afferma che:

- incombe sullo Stato che eroga la cura dare le opportune informazioni al paziente prima della prestazione delle cure;
- l'informazione deve essere data per iscritto ed in una lingua comprensibile.

Opportunità: alcuni miglioramenti del testo dell'art. 12:

- precisando che la comunicazione sulle procedure nel caso di mala sanità deve essere data per iscritto nella lingua del paziente;
- prevedendo un termine minimo di preavviso, rispetto alla data della prestazione, entro cui il paziente ha il diritto di ricevere tale informazione.

Obiettivi dell'intervento sull'art. 12 della proposta di direttiva

- Rendere edotto il cittadino che anche all'estero c'è il rischio di essere vittima di casi di mala sanità.
- Tutelare il cittadino da possibili situazioni non previste (esistenza di liste di attesa, costi a suo carico).
- Impedire che il cittadino, pressato dalle contingenze cliniche (malattia e paura), accetti condizioni di cura pregiudizievoli dal punto di vista economico (es. classi speciali, pagamento anticipato, ecc.).

Opportunità del processo ascendente tra Stato e Regioni:

Il **processo ascendente** di formazione della "posizione italiana" sulla direttiva può consentire a livello propositivo:

- **di affermare il diritto alla salute del cittadino dell'Unione Europea ed il conseguente diritto al rilascio di una Tessera sanitaria europea (almeno per i LEA) a tutti i cittadini europei;**
- **prevedere che i relativi oneri siano a carico o dello Stato di cittadinanza e/o, in parte, di un FONDO SOCIALE EUROPEO che dia un sostegno finanziario concreto**;
- **prospettare l'introduzione di LEA europei;**
- **proporre l'istituzione di un Osservatorio europeo con poteri anche sanzionatori e sostitutivi, al fine di semplificare l'accesso alle cure per il paziente e prevenire il formarsi di contenzioso davanti all'Alta Corte di Giustizia.**

Opportunità ulteriori

La direttiva potrebbe essere anche l'occasione per **rendere obbligatorie** le linee guida sui **contratti** di acquisto e fornitura di **prestazioni sanitarie** stipulati tra **responsabili della salute e:**

- ospedali;
- ASL;
- Strutture sanitarie

di **diversi Stati membri, a beneficio dei propri assistiti e come requisiti di base da possedere per accedere ai contratti di acquisto e fornitura (accreditamento).**

Al riguardo, le **linee guida per l'acquisto e fornitura di prestazioni sanitarie** erano state approvate dalla DG SANCO – HLG - della Commissione europea il 9 novembre 2005 - HLG/2005/16 del 18/11/2005. Attualmente tali linee guida non sono obbligatorie.

Proseguimento del processo ascendente

Dopo il 19 dicembre 2007

A seguito della presentazione ufficiale della Direttiva Servizi sanitari da parte della Commissione europea, saremo impegnati a proseguire ed intensificare il lavoro congiunto delle Direzioni Generali del Ministero della Salute e delle Regioni e Province autonome, negli ambiti di rispettiva competenza, per affermare la posizione italiana, ma soprattutto per tutelare in tutti i Paesi dell'Unione europea il diritto di libera circolazione anche per il paziente e il diritto a cure sanitarie sicure e di elevata qualità.

Fondi strutturali: aspetti generali internazionali

Simona Agger
Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità, Ministero della Salute, Roma

La genesi della politica dei Fondi Strutturali può ricercarsi nella politica europea di coesione, basata sul principio di sussidiarietà. Fin dall'inizio l'Europa era stata guardata soprattutto con le differenze che c'erano a livello regionale, non si poteva parlare di Italia perché si parlava semmai di diversi pezzi d'Italia, di diverse problematiche e da qui una grossa enfasi, perché era la situazione di un po' tutte le nazioni europee, sulle regioni.

La politica europea di coesione, basata sul principio di sussidiarietà ha generato, a sua volta, quattro principi fondatori: la **compartecipazione**, per il coinvolgimento immediato di Regioni ed Enti locali; la **concentrazione** delle risorse su un numero limitato e prioritario di tipologie di azioni; l'**addizionalità**, un principio che esiste sempre nell'attività europea e che consiste nel congiungersi dei fondi nazionali a quelli europei; e la **compatibilità**, cioè la caratteristica che ogni intervento sia compatibile con i principi fondamentali dell'Unione europea.

La politica di coesione trova la sua espressione concreta, appunto, sui fondi strutturali, di cui due sono stati i principali, e sono rimasti tali nella fase attuale di programmazione: il Fondo Europeo di Sviluppo Regionale FESR (European Regional Development Funds - ERDF) e il Fondo Sociale Europeo FSE (European Social Fund - ESF). Esiste poi un fondo di coesione che riguarda i Paesi Membri che abbiano un reddito lordo minore al 90% della media comunitaria e che contribuisce specificamente ad interventi nel settore dell'ambiente e nelle reti trans-europee. Questo ultimo fondo di coesione ha riguardato poco l'Italia, che non si trovava nelle condizioni previste per programmi con finalità ad esso afferenti.

I fondi strutturali sono degli strumenti finanziari della politica regionale dell'Unione europea e riguardano interventi mirati e selettivi e vanno ad incidere sulla natura strutturale, perseguendo obiettivi di sviluppo e di coesione economica e sociale per tutti i territori dell'Unione europea.
Il Fondo Europeo di Sviluppo Regionale - FESR è partito nel 1975 e finanzia infrastrutture e investimenti produttivi generatori di occupazione.
Il Fondo Sociale Europeo - FSE è nato prima, è del 1958, e intende favorire l'inserimento professionale dei disoccupati e delle categorie sociali meno favorite, ed è soprattutto finalizzato ad azioni nell'ambito della formazione.

Nel loro insieme i fondi strutturali, nella programmazione 2000-2006, avevano tre grandi obiettivi, la cui definizione e programmazione operativa spettava agli Stati e alle Autorità locali: consentire l'adeguamento da parte delle regioni in ritardo di sviluppo; convertire dal punto di vista economico e sociale le aree basate su attività obsolete, comprese le aree urbane; migliorare le opportunità formative e occupazionali. Questi tre obiettivi sono stati la base della zonizzazione dell'Europa, compresa anche l'Italia, in aree **obiettivo 1** - a maggiore intensità di aiuto e che in passato venivano interessate da più fondi, oltre che dal

FESR, dal Fondo Europeo Orientamento e di Garanzia per l'Agricoltura, FEOGA (European Agricultural Guidance and Guarantee Fund, EAGGF), che sosteneva iniziative di sviluppo rurale, e lo Strumento Finanziario di Orientamento della Pesca SFOP, (Financial Instrument for Fisheries Guidance, FIFG) finalizzato a promuovere l'ammodernamento del settore, le aree **obiettivo 2** che venivano interessate solo dai finanziamenti del FESR e, separatamente dai fondi FSE.

Riconoscendo che "l'Unione europea all'inizio del nuovo millennio è chiamata a confrontarsi con numerose sfide, in particolare la globalizzazione e la rivoluzione tecnologica" e considerando come questi cambiamenti vadano a toccare ogni aspetto della vita dei cittadini e alla fine necessitino di trasformazioni anche radicali del sistema economico e sociale, l'Unione Europea si è impegnata a gestire questi mutamenti in modo coerente con i propri valori e sfruttare appieno i vantaggi derivanti dalle opportunità che si presentano.
Da qui è nata la volontà di concordare un programma ambizioso volto a promuovere l'innovazione, le riforme economiche, e la modernizzare dei sistemi di previdenza sociale e d'istruzione.

Al Consiglio europeo di Lisbona del marzo 2000, l'Unione europea si è prefissata un nuovo obiettivo strategico per il nuovo decennio: "diventare l'economia basata sulla conoscenza più competitiva e dinamica del mondo, in grado di realizzare una crescita economica sostenibile con nuovi e migliori posti di lavoro e una maggiore coesione sociale".
Quella che è stata denominata "Strategia di Lisbona" ha come obiettivi fondamentali: - lo **sviluppare strategie per l'occupazione,** per portare l'Unione europea ad avvicinarsi alla piena occupazione e al miglioramento delle condizioni di lavoro; - **collegare l'Europa e collegare i mercati**, per garantire maggiore crescita e prestazioni di qualità più elevata per i cittadini, - **creare un'area europea della conoscenza** moltiplicando gli investimenti nella ricerca e nella conoscenza per incentivare la competitività e nuovi posti di lavoro.
Nel suo insieme la "Strategia di Lisbona" ha la sua maggiore finalità nel fare dell'Unione europea entro il 2010, l'economia della conoscenza più competitiva e dinamica del mondo.
Si tratta di un obiettivo estremamente ambizioso, confermando però l'impostazione politica a sostegno delle riforme strutturali come era emersa originariamente dalla strategia di Lisbona.
Questo obiettivo estremamente ambizioso viene confermato dal Consiglio d'Europa che si tiene nel 2001 a Göteborg e che introduce le tematiche dello sviluppo sostenibile e dell'ambiente.

Nel 2004, proprio per monitorarne gli sviluppi viene costituita la commissione Cock, che produce un rapporto poco noto, ma estremamente educativo dal intitolo "Facing the challenge" cioè "Affrontare la sfida". Il rapporto Cock di fatto evidenzia abbastanza crudamente i ritardi e analizza le difficoltà nella realizzazione delle politiche europee. E' proprio questo che dà vita alla revisione della strategia di Lisbona e ad una nuova agenda dei fondi strutturali, per il 2007-2013, profondamente diversa dalla precedente.
Si da così vita a documenti nazionali. Il piano italiano in attuazione del rilancio della Strategia di Lisbona viene denominato PICO, Piano per l'Innovazione, la Crescita e l'Occupazione.
Di questo e delle sue caratteristiche ha già parlato la dottoressa Minucci nella sua relazione.

Torniamo quindi alla nuova politica di coesione, alla nuova Agenda 2007-2013.
Essa ha una dotazione complessiva di fondi di 336,1 miliardi di euro che costituiscono circa un terzo del bilancio comunitario. E' un aumento rispetto all'agenda del 2000-2006, ma si può dire che si tratta di aumento non significativo quanto appare dai numeri, considerando l'allargamento della Comunità e le problematiche a questo connesse.
La nuova impostazione si caratterizza dalla precedente fondamentalmente per:

- Un più aggressivo **approccio strategico** allo sviluppo socio-economico e alla coesione territoriale: il processo globale della programmazione a livello comunitario, come a quello nazionale e locale deve essere guidato da un solo documento di politiche le Linee Guida strategiche della Comunità (the Community Strategic Guidelines). Deve essere presentato un rapporto annuale della Commissione e degli SM da discutersi al Consiglio Europeo ogni primavera;
- **Semplificazione:** numero ridotto di obiettivi e regole; programmi mono fondo; regole per le spese definite per settori fondamentali; management finanziario più flessibile; più proporzionalità e sussidiarietà in riferimento al controllo, alla valutazione e al monitoraggio;
- **Decentralizzazione/"proprietà":** coinvolgimento delle regioni e degli attori locali più pregnante nella preparazione dei programmi.

Si tratta quindi di una impostazione più dinamica, accompagnata da un maggiore decentramento ed un processo di attuazione più snello. L'aspetto più importante è quello che si intendono guidare gli Stati Membri verso strategie di intervento più mirate e la programmazione di interventi strutturali concentrati in settori di effettivo impatto nelle dinamiche dello sviluppo. Riprendendo gli obiettivi individuati da Lisbona e Göteborg, si vuole focalizzare maggiormente l'intervento dei fondi strutturali sulle regioni svantaggiate.

Come risultato si hanno tre nuovi obiettivi, che sono quello della

- **convergenza**, di fatto va a ricomprendere territorialmente molte delle regioni dell'ex obiettivo 1;
- **competitività regionale ed occupazione,** indirizzato alle regioni dell'ex obiettivo 2 e a quelle cosiddette in phasing out ovvero in sostegno transitorio;
- **cooperazione territoriale europea**, finalizzata a migliorare la cooperazione a livello transfrontaliero con una inclusione anche la programmazione INTERREG.

Questa nuova politica porta quindi alla revisione anche degli aspetti procedurali.
La Commissione infatti riduce il numero degli strumenti di finanziamento prevedendo un unico piano per la crescita dell'Unione, le sopra menzionate Community Strategic Guidelines. Ogni Paese adotta un corrispondente piano unico nazionale. In Italia si da il via alla predisposizione del Quadro Strategico Nazionale (QSN), che segue il Quadro Comunitario di Sostegno (QCS) dell'Agenda 2000 -2007. Ogni anno, in autunno, come per tutti gli SM, si presenteranno i risultati, mentre ogni tre anni il Consiglio ri-focalizza gli obiettivi della strategia coerentemente con le priorità dell'Unione.

La maggior parte dei fondi sono dedicati alle regioni della convergenza, cioè a quelle regioni ex obiettivo 1. che presentano bassi indici di sviluppo rispetto alla media europea e anche ad alcune regioni penalizzate dall'effetto statistico.

La ripartizione dei 336,1 miliardi di euro è la seguente: alla convergenza vanno 264 miliardi; alla competitività 57,9 miliardi ed alla cooperazione transfrontaliera 13,2 miliardi. Confrontando con le risorse dell'agenda 2000-2006 e del 2007-2013: i 195 miliardi di euro diventano 336,1. L'obiettivo 1, confrontabile con l'obiettivo convergenza, aveva un 69,7% e passa al 78,54%, è da tener presente però l'aumento di popolazione eleggibile per questi fondi. Di fatto tutti aumentano, mentre non vengono riconfermati lo SFOP e il FEOGA.
Ogni nazione organizza diversamente la propria strutturazione interna della programmazione relativa ai fondi, rimanendo ferme le linee di base di cui sopra. In Italia il Quadro Strategico Nazionale si attua attraverso Piani Operativi Nazionali PON, che sono in genere settoriali, sono 5 del FESR e 3 del FSE. Esistono poi 21 piani operativi regionali, che sono multisettoriali, per il FESR e 21 per il FSE. Esiste poi una novità, il POIN, che sono i piani intersettoriali tematici, in tutto due e riguardano l'ambiente e l'energia.

La dottoressa Cocchi nella relazione successiva, esaminerà nel dettaglio come la nuova impostazione dei Fondi Strutturali abbia modificato anche l'approccio ai temi della salute e come questo trovi rispondenza nelle nuove linee d'azione e nei programmi italiani.

Per rimanere nel quadro europeo è importante notare che la stagione che si è avviata 2007-2013 vede l'ampliarsi dell'interesse e della comprensione del significato della salute per lo sviluppo economico e sociale della intera Unione Europea e dei singoli Stati Membro. Comincia ad essere acquisito il concetto della *Salute in tutte le Politiche (Health in All Policies HiAP).* Tra pochi giorni, precisamente il 18 Dicembre, si riuniranno a Roma i Ministri della Salute di tutti gli SM per discutere la strategia più opportuna per trasformare il concetto da presa di posizione a prassi operativa, destinando risorse specifiche allo sviluppo di metodologie e strumenti, che vengono raccolti nella denominazione di Valutazione dell'Impatto sulla Salute (Health Impact Assessment HIA) e Valutazione dell'Impatto sui Sistemi della Salute (Health Systems Impact Assessment HSIA).
E' importante che questo approccio diventi pregnante, trasversalmente in maniera sostanziale di tutta l'attuazione dell'Agenda 2007-2013 e in particolare dell'implementazione della programmazione dei FS.

Vi è inoltre un altro aspetto che caratterizza questa stagione dei Fondi Strutturali in tutta l'Unione e anche nel nostro paese ed è il diffondersi della consapevolezza della necessità di monitoraggio e valutazioni, ex ante, in itinere, ex post.
Irlanda e Spagna sono le nazioni in cui, dalle valutazioni ex post portate avanti fino ad ora risultano, avere avuto maggiore impatto gli interventi basati sui finanziamenti dell'Unione Europea e specificamente dei Fondi Strutturali. In Spagna per esempio da valutazioni degli effetti dei FS ricevuti dalle Regioni Obiettivo 1. si è ricavato che i fondi hanno contribuito alla crescita economica, con risultati sul benessere e sulla salute e con la creazione di posti lavoro. Il confronto con uno scenario senza i FS, gli investimenti dei programmi susseguitisi dal 1989 al 2006 avrebbero rappresentato una crescita media dello 0,56% nelle regioni recipienti di fondi. Questa crescita si traduce in un aumento dell'1,46 di occupazione, al confronto con lo scenario senza i fondi, che a sua volta rappresenterebbe una riduzione dello 0,74 della disoccupazione nello stesso periodo.
La spinta innovativa della nuova Agenda 2007-2013 per la realizzazione di linee di sviluppo programmate consapevoli, è proprio quella a compiere valutazioni ex post sugli investimenti precedenti, ma anche a dare una convergenza di analisi e omogeneità di

valutazione in un quadro unitario a tutti i programmi di assistenza e di aiuto, in modo da comprendere in un'unica visione l'insieme dei fondi sia europei che nazionali.
L'attività a questo riguardo è intensa e anche il Ministero della Salute presenterà una propria proposta di Piano di Valutazione da fare convergere con quelli che verranno elaborati dagli altri Ministeri e dalle Regioni.

Possiamo concludere con la previsione che questa nuova stagione non solo vedrà maggiore consapevolezza ed attenzione ai temi della salute, ma anche forme più appropriate di valutare il cammino che si percorre per vedere e anche misurare il progresso che con questa Agenda si riuscirà a compiere.

Fondi strutturali: le priorità ed il percorso per il settore salute nella programmazione 2007-2013

Manuela Cocchi
Direzione Generale programmazione sanitaria, livelli di assistenza e principi etici di sistema, Ministero della Salute, Roma

Premessa

Quest'anno prende avvio una nuova stagione delle politiche di coesione che accompagnerà la programmazione degli interventi strutturali di tutte le Amministrazioni centrali e le Regioni italiane per il settennio 2007-2013. Non vi è dubbio che le politiche di coesione rappresentano per il settore salute una grande opportunità: sono risorse essenziali per attivare ed innescare – ad integrazione delle risorse ordinarie - processi di crescita, di sviluppo e di coesione soprattutto per le Regioni del Mezzogiorno che scontano enormi ritardi e difficoltà rispetto alle altre Regioni del Paese.

La programmazione 2000-2006, attualmente in via di chiusura, ha messo in evidenza l'importanza del supporto comunitario in questo settore fornendo un contributo significativo alla realizzazione di tutte quelle attività mirate a rafforzare l'integrazione tra politiche strutturali e la tutela della salute pubblica e a potenziare la capacità di valutazione della sostenibilità delle politiche di sviluppo, in termini di impatto sulla salute e di modernizzazione del modello sociale.

La politica portata avanti dal Ministero della Salute nel corso di questi anni è stata quella di garantire su tutto il territorio nazionale l'erogazione uniforme di livelli essenziali di assistenza sanitaria. In linea con quanto fino ad oggi sostenuto, il Ministero della Salute per il periodo 2007-2013 ha individuato i seguenti macro-ambiti di policy che sono stati oggetto del *Contributo del Ministero della Salute al Documento Strategico Preliminare Nazionale 2007-2013*:

1. il *primo*, connesso al miglioramento dei livelli di fruibilità dei servizi sanitari ed alla misurazione del loro impatto sul miglioramento delle condizioni di salute sulla popolazione, si articola in tre categorie specifiche:

- ✓ la *possibilità di garantire dei livelli di assistenza adeguati* per migliorare la copertura e la qualità del servizio sanitario in vista della riduzione del livello di povertà e dell'esclusione sociale e di accelerazione dello sviluppo economico;
- ✓ l'*integrazione tra le politiche sanitarie e le politiche sociali* per garantire una più ampia e soddisfacente copertura delle prestazioni erogate, nonché un equilibrio tra compiti di indirizzo e di controllo strategico delle istituzioni;
- ✓ il *potenziamento delle politiche e degli strumenti di Health Impact Assessment*, orientati a valutare, in modo integrato, gli impatti sulla salute delle politiche di intervento nel settore sanitario e dello sviluppo economico in generale;

2. il *secondo*, connesso all'attivazione di sviluppo economico e sociale, è orientato alla implementazione dei processi di crescita dell'occupazione, e alla creazione di nuove imprese derivanti dalle politiche e dagli interventi realizzati nel settore sanitario, si articola in tre categorie specifiche:

- ✓ interventi orientati ad *aumentare i livelli di occupazione e ad accrescere la competitività delle risorse umane* nel settore sanitario, attraverso processi di qualificazione,
- ✓ riqualificazione e riconversione del personale per adeguarlo ai cambiamenti e ai processi di innovazione tecnologica in atto;
- ✓ *interventi orientati alla creazione di nuove imprese impegnate*, soprattutto, *nell'ampliamento dell'offerta di servizi socio–sanitari*, che richiedono sempre più modelli innovativi in grado di rispondere efficacemente ai nuovi bisogni socio-sanitari nei confronti delle categorie della popolazione più "svantaggiate" (quali gli anziani, i portatori di handicap, gli extracomunitari, le donne e la popolazione che vive al di sotto della soglia di povertà);
- ✓ *interventi finalizzati alla valorizzazione della ricerca biomedica* in ambito pubblico nell'ottica del trasferimento dei risultati verso lo sviluppo delle attività portate avanti dai diversi soggetti operanti nel mondo economico e della finanza (quali ad esempio le fondazioni, banche e associazioni del settore) e verso il mondo imprenditoriale capace di brevettare i risultati della ricerca scientifica nell'ambito dei processi produttivi.

Il quadro strategico 2007-2013 per il settore salute: il Quadro Strategico Nazionale e i programmi operativi delle Regioni del Mezzogiorno

Sulla base del contributo fornito dalle diverse Amministrazioni centrali e dalle Regioni e sulla base di un processo partenariale molto serrato tra le Amministrazione e le parti economiche e sociali si è arrivati alla formulazione del Quadro Strategico Nazionale (QSN). Il QSN, previsto dall'articolo 27 del Regolamento CE 1083/2006, rappresenta il documento di programmazione con cui l'Italia persegue gli obiettivi previsti dalla politica di coesione comunitaria 2007-2013. Lo Stato italiano, in particolare, ha individuato 4 *obiettivi* e 10 *priorità* specifiche per la programmazione 2007-2013:

Obiettivo A: Sviluppare i circuiti della conoscenza

Priorità 1: miglioramento e valorizzazione delle risorse umane
Priorità 2: promozione, valorizzazione e diffusione della Ricerca e dell'innovazione per la competitività.

Obiettivo B: Accrescere la qualità della vita, la sicurezza e l'inclusione sociale nei territori

Priorità 3: energia e ambiente: uso sostenibile e efficiente delle risorse per lo sviluppo
Priorità 4: inclusione sociale e servizi per la qualità della vita e l'attrattività territoriale

Obiettivo C Potenziare le filiere produttive, i servizi e la concorrenza

Priorità 5: valorizzazione delle risorse naturali e culturali per l'attrattività per lo sviluppo
Priorità 6: reti e collegamenti per la mobilità
Priorità 7: competitività dei sistemi produttivi e occupazione
Priorità 8: competitività e attrattività delle città e dei sistemi urbani

Obiettivo D Internazionalizzare e modernizzare

Priorità 9: apertura internazionale e attrazione di investimenti, consumi e risorse

Priorità 10: governance, capacità istituzionali e mercati concorrenziali e efficaci

Con riferimento specifico al settore salute, è innanzitutto importante sottolineare che non è possibile identificare all'interno della declinazione strategica del QSN obiettivi e priorità esplicitamente riconducibili al tema socio-sanitario. Non esiste, infatti, una priorità specificamente dedicata al settore: la tematica è presente all'interno delle diverse priorità ma appare trattata in modo "diffuso" e non sistematico (priorità 2, priorità 3, priorità 4, priorità 6 e priorità 8). E' soprattutto *la priorità 4* - inclusione sociale e servizi per la qualità della vita e l'attrattività territoriale- a contenere un riferimento importante:

"(...) la finalizzazione di una quota di risorse del QSN a valere sulla riserva FAS per il finanziamento di progetti strategici di eccellenza in ambito sanitario che consentano di sfruttare appieno le potenzialità del comparto economico sanitario come volano di sviluppo e contribuire alla riduzione dei divari Nord- Sud (...)".

Inoltre, un altro riferimento importante è contenuto all'interno della parte relativa ai "Servizi essenziali e obiettivi misurabili": l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), infatti, è stata inserita tra gli *obiettivi di servizio*:

"(...) aumentare i servizi di cura alla persona, alleggerendo i carichi familiari per innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro (...)".

Il raggiungimento di standard adeguati nell'ambito dei servizi di cura per la popolazione anziana rappresenta uno dei parametri con cui sarà giudicata anche l'efficacia delle politiche di coesione, trattandosi di un servizio essenziale per la qualità della vita che contribuisce a connotare un'area come più o meno sviluppata. Il QSN, in particolare, definisce gli obiettivi finali delle politiche di sviluppo attraverso precisi indicatori e fissa per le Regioni del Mezzogiorno target vincolanti al 2013. Con riferimento specifico all'ADI, l'indicatore riguarda *il numero di anziani assistiti in assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (superiore a 64 anni).*

Il tema della salute ha trovato, inoltre, esplicita declinazione all'interno dei Programmi Operativi (PO) delle Regioni del Mezzogiorno per il periodo 2007-2013: il settore salute rappresenta, infatti, un'area chiave di intervento dei PO anche se le strategie di intervento prevedono però modalità attuative diverse sulla base della specificità e delle finalità proprie dei singoli Fondi. In particolare, in ambito Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR)[1] e Fondo Europeo Agricolo per lo Sviluppo Rurale (FEASR)[2] si evidenzia una particolare attenzione a progetti legati allo sviluppo dell'e-health, al potenziamento infrastrutturale e dei servizi socio-sanitari pubblici e alla promozione di progetti di

[1] Il Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (*FESR*), istituito nel 1975, finanzia la realizzazione di *infrastrutture e investimenti produttivi* generatori di occupazione a favore in particolare delle imprese.

[2] Il Fondo Europeo Agricolo per lo Sviluppo Rurale (*FEASR*) nasce dall'incrocio tra la sezione orientamento e la sezione garanzia del vecchio FEOGA e va a finanziare i nuovi programmi di sviluppo rurale per la fase di programmazione 2007-2013.

riqualificazione in ambito urbano e rurale. Il Fondo Sociale Europeo (FSE)[3], a sua volta, promuove azioni di formazione, sensibilizzazione e regimi di aiuto più spostati sul tema dei servizi sociali: rientrano in questo programma azioni per i soggetti svantaggiati, per le fasce deboli ed, in generale, per la conciliazione dei tempi di vita lavorativi e dei tempi di vita familiari.

La lettura attenta dei Programmi Operativi delle Regioni del Mezzogiorno ha fatto emergere un fabbisogno di assistenza tecnica in specifici settori, quali ad esempio:

- i *servizi di e-health: t*eleprenotazione e telepagamento, telediagnosi (…);
- i *servizi sanitari di tele-assistenza* nei luoghi ad alta vocazione turistica;
- la *dotazione di apparecchiature ad alta tecnologia nei poli sanitari regionali;*
- le *nuove tecnologie demotiche* per la permanenza a domicilio delle categorie svantaggiate;
- le *infrastrutture* e *servizi finalizzati all'e-inclusion* (es. servizi socioassistenziali e socio-sanitari in modalità teleassistenza);
- l'*efficienza economico-finanziaria* nella *gestione* delle *strutture sanitarie*;
- *tecniche di comunicazione* in sanità;
- la *raccolta differenziata dei rifiuti ospedalieri e sanitari*;
- la *sorveglianza epidemiologica* in aree ad alto rischio ambientale;
- la *salubrità e* la *sicurezza nei luoghi di lavoro*;
- la *legalità e* la *trasparenza nel settore sanitario;*
- la *normativa igienico-sanitaria*;
- la *sicurezza alimentare e la salute delle piante e degli animali;*
- la *funzione dei poli di eccellenza regionali/interregionali*;
- la *ricerca, sperimentazione e trasferimento tecnologico*;
- la *biomedicina, biotecnologia, farmacia, applicazioni teraupetiche;*
- le *competenze dei ricercatori e dei manager* per il settore salute.

Il processo programmatico in corso

Il Memorandum

Nello spirito della programmazione 2007-2013 è stato siglato lo scorso 17 aprile 2007 il *Memorandum per un Protocollo d'Intesa - Quadro Strategico per la Salute, Sviluppo e Sicurezza nel Mezzogiorno - Indirizzi e Obiettivi operativi di convergenza strutturale dei servizi sanitari regionali del Mezzogiorno* dal Ministro della Salute, dal Ministro dello Sviluppo Economico e dai Presidenti delle otto Regioni meridionali e insulari –Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia.

Il *Memorandum* vede concordi le Regioni del Mezzogiorno e le Amministrazioni centrali sottoscrittici sull'importanza di avviare un processo di riqualificazione del servizio sanitario del Mezzogiorno volto a creare un sistema interregionale di eccellenza ed in grado di accelerare processi di crescita e di sviluppo.

Allo stato attuale il *Memorandum*, pur essendo in corso le consultazioni con le Regioni per la definizione delle priorità e del ruolo che ciascuna Regione potrà assumere all'interno del

[3] Il Fondo Sociale Europeo (*FSE*), istituito nel 1958, favorisce l'inserimento professionale dei disoccupati e delle categorie sociali meno favorite finanziando in particolare azioni di *formazione*.

processo partenariale, non ha ancora completato gli iter procedurali in attesa dell'approvazione formale da parte del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE).

Il Progetto di Assistenza Tecnica alle Regioni del Mezzogiorno

Lo scorso ciclo di programmazione ha rappresentato per il Ministero della Salute la prima esperienza in qualità di *fornitore* di assistenza tecnica alle Regioni ob.1 nell'ambito della programmazione dei Fondi comunitari. Nello specifico nell'ambito del Programma Operativo Nazionale di Assistenza Tecnica ed Azioni di Sistema 2000-2006 (PON ATAS), sono state attuate attraverso una dotazione finanziaria di 5,080 Meuro, azioni di assistenza tecnica alle Regioni del Mezzogiorno che hanno riguardato in via prioritaria le seguenti linee di intervento:

- il "Miglioramento della sicurezza sismica negli ospedali e mantenimento delle funzioni ospedaliere strategiche in situazioni di emergenza";
- le "Linee guida per l'applicazione della normativa igienico-sanitaria degli allevamenti";
- la "Definizione di modelli di valutazione dei livelli di sicurezza sismica delle strutture ospedaliere";
- i "Modelli innovativi per la promozione e per l'utilizzo dell'imprenditoria sociale nei servizi socio sanitari";
- i "Modelli di valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari offerti, anche attraverso la partecipazione degli utenti";
- l'"Assistenza tecnica e supporto metodologico operativo alla standardizzazione delle attività e dei prodotti delle funzioni di osservazione epidemiologica ed alla loro messa in rete".

Sulla base di questa prima esperienza, il Ministero della Salute il 30 novembre 2007 ha presentato la propria scheda di candidatura per il servizio di assistenza 2007-2013 alle Regioni del Mezzogiorno.

In particolare, l'analisi attenta dei fabbisogni regionali ha portato all'individuazione di specifiche linee di intervento che possono essere ricondotte a quattro macro-aree di attività:

a) il *sostegno alla programmazione*;
b) le *azioni di portata generale*;
c) l'*informazione*;
d) l'*accompagnamento e il training on the job*.

Per l'attuazione delle *macro-aree di attività* il Ministero svolgerà un'azione di regia complessiva e di costante coordinamento nei confronti delle Regioni del Mezzogiorno. Il Ministero della Salute, in particolare, intende fornire per le quattro macro-aree sopra individuate un servizio di assistenza tecnica che opererà in modo trasversale e continuo per l'insieme delle Regioni convergenza (*assistenza tecnica trasversale*) ed un servizio più specialistico mirato alle singole richieste ed esigenze territoriali (*assistenza tecnica mirata*).

Il Ministero della Salute, rispetto alla programmazione passata, intende mettere in piedi una struttura operativa responsabile dell'attuazione dell'intero progetto di Assistenza

Tecnica dotata di risorse proprie interne: il Ministero della Salute, per garantire un'efficace azione di gestione e di coordinamento del progetto operativo, gestirà in modo diretto le attività ed affiancherà alla struttura interna professionalità specialistiche riferite alle azioni specifiche previste nei singoli progetti di supporto alle Regioni.

La grande sfida che il Ministero della Salute oggi si pone è quella di far crescere e migliorare, attraverso l'esperienza dei Fondi strutturali dell'Unione Europea, le professionalità interne dell'Amministrazione attraverso:

- la diffusione delle regole europee;
- il coinvolgimento di tutto il personale preposto alla definizione delle strategie di indirizzo;
- il sostegno delle pratiche di condivisione e di scambio all'interno della struttura del Ministero e all'esterno verso i diversi livelli istituzionali coinvolti.

Il *Progetto azioni di sistema e assistenza tecnica per gli obiettivi di servizio*
Al fine di sostenere il comune impegno di accelerazione per il conseguimento degli obiettivi di servizio, è stato concordato con il Ministero dello Sviluppo Economico e le Amministrazioni centrali interessate (Ministero della Salute, Ministero della Solidarietà Sociale, il Dipartimento delle politiche per la famiglia presso la Presidenza del Consiglio e il Ministero dell'Ambiente), tenuto conto anche di quanto osservato dalle Regioni del Mezzogiorno, il contenuto del *"Progetto azioni di sistema e assistenza tecnica per gli obiettivi di servizio"*, articolato in linee settoriali in riferimento a ciascun obiettivo.

Per quanto riguarda il Ministero della Salute, è stata elaborata, congiuntamente con il Ministero della Solidarietà Sociale e il Dipartimento delle politiche per la famiglia, la linea settoriale *"Azioni di sistema e assistenza tecnica per il conseguimento dei target relativi ai servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per la popolazione anziana".* Nell'ambito della proposta è previsto per il Ministero della Salute un fabbisogno finanziario di assistenza tecnica di 1.000.000,00 di euro a valere sulle risorse FAS.

In particolare, il *"Progetto azioni di sistema e assistenza tecnica per gli obiettivi di servizio"* si riferisce al sostegno che il Ministero della Salute potrà dare alle Regioni del Mezzogiorno in vista del raggiungimento del *target ADI* definito nell'ambito dei livelli di servizio contenuti nel QSN di "aumentare i servizi di cura alla persona, alleggerendo i carichi familiari per innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro".

Il contributo italiano nella costruzione dello spazio europeo della ricerca: le aspettative per l'oncologia

Claudio Lombardo[1], Bruno Campione[2], Daniela Albanese[1], Francesca d'Alessandro[1], Tania Rondanina[1]
[1]IST, Istituto nazionale per la ricerca sul cancro e focal point international affair Alleanza Contro il Cancro, Genova-Roma
[2]Direzione Generale della ricerca scientifica e tecnologica, Ministero della salute, Roma

Introduzione

Ricerca e Sviluppo Tecnologico (R&ST) rappresentano il sostegno fondamentale per affrontare le rapide trasformazioni imposte dalla globalizzazione a garanzia della competitività e dell'occupazione. Nel settore di R&ST l'Europa presenta evidenti debolezze strutturali: basti osservare che l'Unione europea investe in attività di ricerca e sviluppo circa 60 miliardi di euro in meno rispetto agli Stati Uniti, posizionandosi anche dietro al Giappone se si valuta il rapporto R&ST/PIL: 1,9% per l'Europa contro il 2,6% per US ed il 3,2% per il Giappone. Tale handicap si ripercuote sul numero di addetti alla ricerca e sulla capacità di depositare brevetti e di esportare prodotti ad alta tecnologia.

Sulla base di questi ed altri indicatori di R&ST c'è stata una presa di coscienza a livello europeo tale che il Consiglio europeo di Lisbona del 2000 ha sostenuto la creazione di uno ***S**pazio **E**uropeo della **R**icerca* (SER/ERA *European Research Area*) per trasformare l'Unione europea "nell'economia basata sulla conoscenza più dinamica e competitiva al mondo".

La ricerca, insieme all'istruzione ed alla formazione continua rappresentano gli ingredienti necessari per sostenere l'innovazione e quindi lo sviluppo ed il mantenimento dell'economia, della società della conoscenza per ambire a competere a livello globale. Politiche di sostegno ad investimenti in R&ST si rivelano quindi fondamentali per garantire il progresso economico e sociale, la competitività delle imprese, il sostegno all'occupazione, il miglioramento della qualità della vita e della pace tra i popoli. Scienza e tecnologia costituiscono per l'Europa uno degli elementi centrali delle politiche in grado di preservare la sua creatività, il dinamismo economico ed il modello sociale. L'idea di uno "Spazio europeo della ricerca" può svilupparsi solo se tutti gli Stati Membri lo sostengono adottando a livello nazionale politiche e programmi d'intervento che creino le necessarie sinergie per ridurre la frammentazione e la mancanza di coordinamento tra i programmi a sostegno della formazione, della ricerca e dell'innovazione.

E' necessario uno sforzo collettivo a livello nazionale ed europeo che permetta non solo il consolidamento delle attività pubbliche e private di ricerca nell'Unione, ma anche il coordinamento delle azioni messe in atto dagli Stati Membri e dall'Unione, il sostegno alla costruzione di infrastrutture di ricerca moderne, l'appropriato uso dei fondi a finalità strutturale. Per il settore biomedico risulta altresì imprescindibile identificare appropriate politiche di ricerca che consentano la promozione di interventi di sanità pubblica.

L'Italia e la nascita di alcune grandi reti nazionali e infrastrutture europee per la ricerca

L'Italia e la creatività dei suoi scienziati hanno segnato alcune tappe fondamentali nella costruzione dello Spazio europeo della ricerca quando ancora l'idea di una ricerca comunitaria era solo argomento di dibattito filosofico e culturale. Nel 1954, nasce infatti il ***C**onsiglio (Centro) **E**uropeo per la **R**icerca **N**ucleare* (CERN) grazie all'intuizione e all'impegno dello scienziato Edoardo Amaldi che già due anni prima, 1952, aveva fondato in Italia l'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare. Amaldi fu inoltre il promotore della nascita *dell'EURATOM e della **E**uropean **S**pace **A**gency* (ESA). E' anche per merito di scienziati italiani se nel 1986 ha preso il via l'European Molecular Biology Laboratory.

Queste iniziative hanno consentito di maturare la consapevolezza che solo attraverso una visione d'insieme ed il coordinamento degli sforzi è possibile evolvere e crescere; sostenere iniziative comuni per la costruzione di infrastrutture europee, di progetti di ricerca integrati e di grosse dimensioni e di piani d'intervento concertati per promuovere la mobilità dei ricercatori europei e la collaborazione con le industrie.

Nel 1994, anche grazie all'intuito del professor Antonio Ruberti, Commissario europeo alla ricerca, si rese evidente la necessità di concentrare maggiori sforzi per potenziare le già esistenti infrastrutture di ricerca di grande interesse europeo e realizzare *ex-novo* quelle ritenute necessarie. Tale impegno si è in parte concretizzato tramite i Programmi Quadro di ricerca europei, ma solo nel 2002, per dar seguito alle indicazioni del Consiglio europeo di Stoccolma, viene costituito lo ***E**uropean **S**trategy **F**orum on **R**esearch **I**nfrastructures* (ESFRI), composto dai rappresentanti dei Paesi Membri e della Commissione europea con lo scopo di individuare una strategia coerente sulle infrastrutture di ricerca europee e facilitare iniziative multilaterali che portassero ad un migliore utilizzo e sviluppo delle stesse.

Nel marzo 2005 il Forum ESFRI ha presentato la "lista di opportunità"[(1)], confermata nel Rapporto europeo omonimo del 2006 [(2)], che prevede la realizzazione ed il rafforzamento di 35 infrastrutture europee, sei delle quali riferite al settore biomedico ed alle scienze della vita. L'arco temporale ritenuto necessario per realizzare il programma della *roadmap* è stato stimato in 10-20 anni; è pertanto necessario mettere a punto, anche a livello nazionale, una strategia che consenta, nel lungo termine, di adottare interventi a sostegno del programma europeo e di una coerente e continuativa partecipazione italiana ad ESFRI.
Per quanto concerne le reti e le infrastrutture di ricerca d'interesse oncologico, risulta fondamentale il ruolo svolto dall'Italia nel lancio del network europeo dei *Comprehensive Cancer Centres*, l'***O**rganisation of the **E**uropean **C**ancer **I**nstitutes* (OECI), alla cui nascita, nel 1979, ha contribuito in maniera determinante il professor Umberto Veronesi.

L'OECI, grazie al contributo dell'Ambasciata d'Italia a Bruxelles, nel 2004 si è trasformato in Gruppo Europeo di Interesse Economico con sede a Bruxelles. Nel maggio 2008, in occasione dell'Assemblea Generale dell'OECI e della settimana scientifica europea per l'oncologia che l'Italia organizza dal 20 al 24 maggio, la presidenza del Gruppo sarà assegnata al nostro Paese. È evidente il ruolo che potrà essere svolto dall'Italia e dall'OECI nell'ambito del possibile lancio di una *European Cancer Initiative* ipotizzata nell'ambito di EUROCAN+PLUS, lo studio di fattibilità finanziato dalla Direzione Generale Ricerca della Commissione europea con l'intento di identificare possibili

strategie per il coordinamento della ricerca europea in oncologia. È proprio da questo studio che emerge in maniera chiara il forte collegamento tra la realizzazione di reti di ricerca e di grandi infrastrutture.
In Figura 1 è schematizzato il contributo italiano alla nascita di alcune reti e infrastrutture di grande interesse europeo.

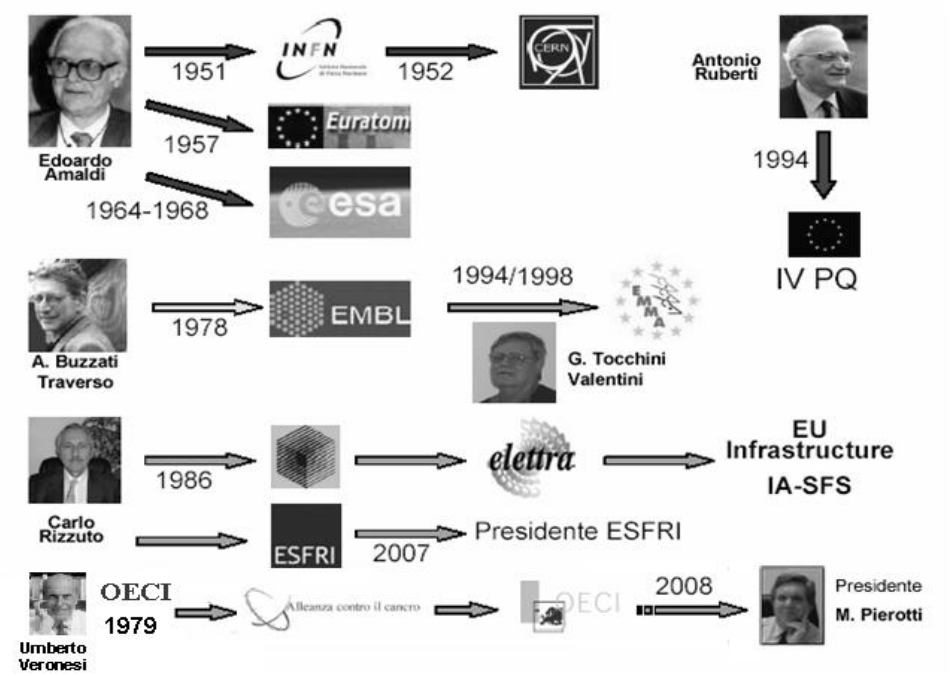

Figura 1. Contributo italiano alla nascita di reti e infrastrutture di grande interesse europeo

Costruire ed internazionalizzare garantendo sostenibilità e continuità

In ambito nazionale ed europeo molteplici sono le iniziative che dovrebbero contribuire alla costruzione dell'auspicata Area europea della ricerca.
Consorzi di ricerca, network di eccellenza, infrastrutture di ricerca, reti tematiche, Joint Technologies Initiatives, European Platforms, ecc. sono solo alcuni esempi delle diverse formule organizzative stimolate della Direzione Generale Ricerca della Commissione europea. Le comunità scientifica e industriale hanno recepito e cercato di mettere concretamente in atto tali formule dando vita ad iniziative, purtroppo, spesso prive di una programmazione coordinata in grado di massimizzare i risultati riducendone i costi ed evitando inutili dispersioni di risorse umane ed economiche.

Un attento esame della stato di sviluppo del "sistema innovazione" europeo, come recentemente evidenziato dall'OCSE[(3)], mostra come le istituzioni non economiche, compresi gli enti governativi, che apparentemente non sembrerebbero esposte al rapido cambiamento della richiesta del mercato globale per la loro sopravvivenza, non abbiano messo in atto i necessari meccanismi di flessibilità agendo tipicamente secondo un razionale diverso dalle imprese e passando troppo lentamente a nuovi sistemi di *governance*[(4)]. È infatti fortemente legata a problemi di *governance* la debolezza del sistema ricerca-impresa che in Europa, ma particolarmente in Italia, non è in grado di sostenere il processo di innovazione e lo sviluppo di prodotti ad alta tecnologia. Questa crisi di *governance* (Figura 2) ritarda quell'adattamento necessario a stimolare la

costruzione di un'economia basata sulla conoscenza dove le infrastrutture di ricerca risulteranno determinanti per consentire la trasformazione dell'industria europea a sostegno della competitività e dell'occupazione. Le reti di ricerca e le infrastrutture devono essere considerate al pari di un prodotto e per poter essere concorrenziali sul mercato della produzione di conoscenza devono essere innovative: tale requisito richiede investimenti spesso a rischio. L'Europa, e l'Italia in particolare, devono cercare di conciliare un atteggiamento che è tipico del "privato" in un settore dove gli investimenti sono essenzialmente pubblici. L'unica soluzione è affrontare la crisi di sistema introducendo politiche di innovazione anche nei processi di *governance* che in genere poco si adattano al cambiamento che la globalizzazione dei mercati ci impone, pena la sopravvivenza.

Figura 2. Circuito dell'internazionalizzazione

La difficoltà a realizzare al meglio l'auspicato Spazio Europeo della Ricerca è da porsi anche in relazione al ritardo con il quale i sistemi pubblici che governano la ricerca si stanno adattando ad un cambiamento che richiede interventi di formazione continua capaci di mettere gli operatori pubblici in condizione di conoscere al meglio lo sviluppo delle politiche e dei programmi di ricerca nazionali ed europei. In parallelo dovrebbero essere messe in atto tutte le formule organizzative e di coordinamento necessarie a sfruttare al meglio le opportunità concentrando gli sforzi e riducendo la frammentazione e le duplicazioni.

Il problema della frammentazione sussiste e persiste; è necessario quindi compiere uno sforzo per favorire sistemi di intervento dove gli Stati Membri possano, in tutta autonomia, decidere di co-finanziare programmi europei comuni quali la realizzazione o il potenziamento di infrastrutture di ricerca di livello mondiale, integrate, collegate in rete e accessibili ai gruppi di ricerca di tutta Europa e del mondo utilizzando al meglio le infrastrutture elettroniche di comunicazione di nuova generazione. Tali infrastrutture renderanno possibile un maggior flusso di ricercatori competenti, con livelli elevati di mobilità tra istituzioni e discipline, favoriranno una vera condivisione delle conoscenze in particolare tra ricerca pubblica e settore industriale per ridurre i tempi tra scoperta ed applicazione, una maggiore apertura dello Spazio europeo della ricerca al mondo, una forte determinazione ad affrontare le sfide mondiali con i partner europei ed inoltre la costituzione di "comunità di ricerca virtuali" co-finanziabili da più Paesi.

Seppure con grandi difficoltà e con tempi rallentati rispetto alle previsioni, la Strategia di Lisbona rinnovata per la crescita e l'occupazione ha comunque iniziato a dare i primi risultati [5] .
L'Europa dispone di un programma comune integrato, di una serie di strumenti che permettono di operare nel quadro di un partenariato per affrontare i problemi comuni e di un efficace sistema di verifica annuale dei risultati raggiunti.
Tutto è pronto per permettere al Consiglio europeo di varare il prossimo ambizioso ciclo, valutare i progressi realizzati e discutere gli orientamenti futuri dello Spazio europeo della ricerca.

In un mondo caratterizzato dalla globalizzazione sempre più rapida della ricerca e della tecnologia, lo Spazio europeo della ricerca rappresenta un elemento fondamentale per la realizzazione della società della conoscenza in cui i ricercatori, le tecnologie e le conoscenze possano circolare liberamente. Si tratta di realizzare un vero coordinamento di livello europeo delle attività, dei programmi e delle politiche di ricerca nazionali e regionali e delle iniziative attuate e finanziate a livello europeo per rispondere alle necessità economiche e sociali soddisfacendo le aspettative del cittadino che mostra una particolare attenzione proprio in settori quali sanità e ambiente.

Evoluzione delle politiche di ricerca europee

Le politiche europee in materia di ricerca, sviluppo tecnologico e dimostrazione sono basate su precise disposizioni contenute nei tre trattati fondatori (CECA, EURATOM e titolo XVIII del trattato CE). L'Atto unico europeo ha inserito la nozione di tecnologia nel diritto comunitario ed il trattato sull'Unione europea ne ha successivamente sviluppato gli obiettivi.
Per sostenere e creare sinergie regionali di RST&D, l'Unione europea persegue una specifica politica regionale chiamata politica di coesione e di convergenza. La politica di coesione dell'Unione europea e i suoi strumenti finanziari, i Fondi Strutturali, con programmazione degli interventi a carattere pluriennale, attribuiscono una forte priorità allo sviluppo delle capacità di ricerca e innovazione, soprattutto nelle regioni meno sviluppate. Questa strategia, associata ed integrata con altri programmi di intervento a sostegno della competitività e dell'Innovazione, costituisce una parte importante del disegno generale che dovrebbe sostenere lo sviluppo dello Spazio europeo della ricerca [6].
Per quanto concerne il settore biomedico, è importante sottolineare come lo Spazio europeo della ricerca dovrebbe trarre beneficio da una specifica programmazione pluriennale a sostegno degli interventi di sanità pubblica e di protezione dei consumatori (Figura 3).

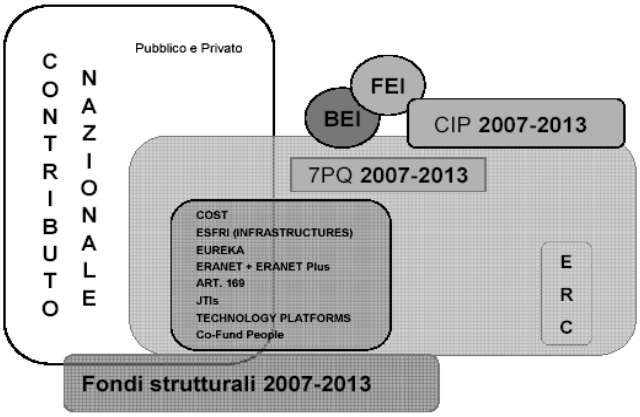

Figura 3. Principali strumenti programmatici e finanziari dello spazio europeo della ricerca

Il principale strumento finora utilizzato a livello europeo per stimolare la cooperazione in materia di RST&D è il Programma Quadro di ricerca dell'Unione.

Il Settimo Programma Quadro di ricerca e sviluppo tecnologico (2007- 2013), attualmente in vigore, rappresenta per l'Unione europea una buona opportunità per ambire con maggiori possibilità di successo al raggiungimento dei traguardi economici e sociali auspicati dallo Spazio europeo della ricerca.

Per realizzare l'obiettivo, la Commissione ha esteso la sua durata a sette anni (contro i quattro anni stabiliti per i programmi precedenti) e aumentato il bilancio annuale dell'Unione euopea destinato alla ricerca di circa il 60% incentivando così gli investimenti nazionali e privati nella R&S per poter raggiungere l'obiettivo del 3% del PIL.
L'attuazione del Settimo Programma Quadro mira a soddisfare le esigenze in termini di ricerca e di conoscenza dell'industria e più in generale delle politiche europee, ponendo la conoscenza al servizio del dinamismo economico e del progresso sociale e ambientale. Il programma è stato notevolmente semplificato per renderlo più efficace e più accessibile ai ricercatori.
Esso si articola in quattro capitoli principali:

- **Cooperazione** – Ricerca effettuata in collaborazione tra industria e università nei seguenti campi: salute, prodotti alimentari, agricoltura, pesca, biotecnologie, tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni, nanoscienze, nanotecnologie, materiali e nuove tecnologie della produzione, energia, ambiente (compresi i cambiamenti climatici), trasporti (compresa l'aeronautica), scienze socioeconomiche e umane, spazio e sicurezza. La quota di finanziamento per questo capitolo è la più consistente, per un totale di 32,4 miliardi di euro.
- **Idee** – Il Programma ha consentito di realizzare il Consiglio Europeo della Ricerca (CER) per sostenere, per la prima volta, anche la ricerca di base (7,5 miliardi di euro).
- **Persone** – Alle risorse umane sono assegnati 4,75 miliardi di euro da utilizzare per promuovere la mobilità e dando continuità ai precedenti Programmi Marie Curie.
- **Capacità** – Questo capitolo comprende il contributo allo sviluppo delle competenze strutturali di cui necessita l'Europa per sostenere il passaggio ad un'economia basata sulla conoscenza ottenibile mediante lo sviluppo di infrastrutture di ricerca, del potenziale di ricerca delle piccole e medie imprese (PMI), poli

scientifici e della conoscenza nelle varie regioni europee e la promozione in generale della scienza nella società (4,1 miliardi di euro).

Alle attività del settore non nucleare del Centro Comune di Ricerca (CCR) dell'Unione europea, strutturato in una rete di sette centri di ricerca sparsi sul territorio europeo, sono stati destinati 1,7 miliardi di euro ed al progetto Euratom, sullo sviluppo della ricerca applicata alla fissione e fusione nucleare, 2,7 miliardi di euro.

Per migliorare il coordinamento delle attività e dei programmi di ricerca il Programma Quadro prevede iniziative di sostegno alla costituzione di piattaforme tecnologiche europee, mediante le quali le imprese e altri parti interessate possono elaborare prospettive comuni di lungo termine e programmi di ricerca strategici in settori che rivestono un interesse commerciale. Da segnalare anche il sostegno alla continuità dello strumento ERANET per il coordinamento di programmi nazionali e regionali che si potrà avvalere di un suo potenziamento tramite l'implementazione di ERANET-PLUS.
Il Settimo Programma Quadro è stato costruito per gettare le basi di un nuovo contratto tra i cittadini europei e la scienza e la tecnologia, ricollocando la ricerca al centro della società e le sue applicazioni al centro del dibattito politico.

Costruzione dell'area europea della ricerca in biomedicina, finalità e aspettative

Come sopra evidenziato, tra i principali strumenti programmatici e finanziari dello Spazio europeo della ricerca, vi sono i Fondi a finalità strutturale; ad essi dovrebbe essere rivolta maggiore attenzione per dar vita ad una programmazione sinergica tra Regione e Paese in sintonia con una visione europea degli interventi.

Risulta evidente come la partecipazione di ogni stato membro alla costruzione dello SER comporti una conoscenza e un utilizzo ottimale di tutti gli strumenti che, oltre al Programma Quadro di Ricerca, Sviluppo Tecnologico e Dimostrazione, devono concorrere alla crescita armoniosa della società basata sulla conoscenza. Si cita a titolo di esempio il Programma Europeo per la Competitività e l'Innovazione e i programmi di intervento che la Banca Europea d'Investimento (BEI) e il Fondo Europeo d'Investimento (FEI) rendono disponibili.

Purtroppo non esiste oggi un'Agenzia o un'Entità Governativa che possa sostenere e realizzare una concertazione di questo tipo ed è pertanto necessario che la comunità scientifica si organizzi e costruisca reti collaborative dove autorità governative, enti di ricerca e imprese possano interagire con continuità e trovare quelle soluzioni programmatiche senza le quali la nostra partecipazione allo SER non potrà godere di tutti i prevedibili benefici.
In quest'ottica le reti nazionali tematiche in biomedicina possono fornire un contributo fondamentale per uno sfruttamento adeguato delle opportunità che la programmazione europea mette a disposizione[(7)].
Il Ministero della Salute ha dedicato uno sforzo finanziario particolare per sostenere la nascita e l'attività concertata della rete nazionale oncologica favorendo la costituzione dell'associazione "Alleanza Contro il Cancro" ed auspica che tale coordinamento possa rapidamente estendersi ad altri settori prioritari quali le neuroscienze, il cardiovascolare, la pediatria, la dermatologia, ecc.

Il riferimento alle infrastrutture previste nella *roadmap* di ESFRI consente di fare alcune riflessioni sulle reti di ricerca nazionali e gli strumenti europei che possono favorire la loro esportazione e internazionalizzazione.
Lo spazio europeo della ricerca riunisce i vari mezzi di cui dispone la Comunità per meglio coordinare le attività di ricerca e innovazione a livello degli Stati membri e dell'Unione europea.

Il SER[8] deve essere meglio conosciuto e considerato come un'opportunità: l'acquisizione di tale consapevolezza richiede una conoscenza approfondita dei meccanismi e degli strumenti che l'Europa mette a disposizione degli Stati Membri per realizzare il passaggio concreto alla società della conoscenza. Il SER ed i suoi strumenti permetteranno lo scambio di dati, la comparazione dei risultati, la realizzazione di studi multidisciplinari, i trasferimenti e la tutela di nuove conoscenze scientifiche nonché l'accesso ai poli di eccellenza ed alle attrezzature più avanzate.
La dimensione della cooperazione internazionale e del rapporto con i Paesi terzi non può tuttavia essere considerata come una sporadica e discrezionale componente all'interno dei singoli programmi, ma deve continuare a rappresentare una dimensione di collaborazione integrata e concertata con gli Stati Membri per sostenere, assieme alla ricerca, il mantenimento della solidarietà e della pace tra i popoli.

Riferimenti bibliografici

(1) Commission of the European Communities: *Towards new research infrastructure for Europe – The ESFRI "List of opportunities".* Bruxelles, European Commission, 2005. Disponibile all'indirizzo: ftp://ftp.cordis.europa.eu/pub/era/docs/esfri_list_opportunities_290305.pdf
(2) European Strategy Forum on Research Infrastructures. *European roadmap for research infrastructure, Report 2006*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2006.
(3) Organisation for Economic Co-operation and Development: *OECD science, technology and industry outlook 2006*. OECD, 2006
(4) Commissione delle Comunità europee: *La Governance europea. Un libro bianco*, Bruxelles: European Commission. COM (2001), 428
(5) Commissione delle Comunità Europee: *Relazione strategica sulla strategia di Lisbona rinnovata per la crescita e l'occupazione: il nuovo ciclo (2008-2010), Stare al passo con i cambiamenti*, Bruxelles: European Commission; 2007. COM(2007) 803 definitivo – Parte I.
(6) Commissione delle Comunità europee: *Realizzazione dello "Spazio europeo della ricerca": orientamenti per le azioni dell'Unione nel settore della ricerca* (2002-2006), Bruxelles, COM(2000) 612 definitivo
(7) Claudio Lombardo, Francesca D'Alessandro, *Costruzione e internazionalizzazione delle reti di ricerca nazionali in oncologia: il contributo italiano e la strategia per la competitività.* In: Costruzione dell'area europea della ricerca in biomedicina e contributo degli enti di ricerca del Servizio Sanitario Nazionale; F. Belardelli, F. D'Alessandro, M. Ferrantini, C. LOMBARDO**,** F. Moretti Eds; Rapporti ISTISAN, Vol. 07, 2007; Istituto Superiore di Sanità, Publisher 2007, pag. 17-22
(8) Commissione delle Comunità Europee: *Libro Verde, Nuove prospettive per lo Spazio europeo della ricerca* Bruxelles: European Commission; 2007. COM (2007) 161 definitivo.

Conclusioni

Una giornata d'informazione sulla collaborazione sanitaria internazionale e sui programmi europei è stata una importante occasione per scambiare reciprocamente conoscenze, rafforzando quella struttura a rete che è alla base della nuova politica di collaborazione sanitaria internazionale dell'Italia.
L'interesse e l'attenzione suscitati dai numerosi intervenuti incoraggiano a considerare questa iniziativa uno strumento di lavoro, che permetta la condivisione di saperi e l'apporto di nuovi stimoli a tutti gli attori italiani che operano a livello internazionale nel campo della salute.

In particolare è emersa la necessità di maggiori sinergie in tutti i campi esaminati. Se in alcuni casi sono già stati messi in piedi o sono in via di realizzazione meccanismi di coordinamento, come ad esempio la Task force internazionale, il Segretariato e il Gruppo di lavoro congiunto per il Mediterraneo e il Medio Oriente, il Comitato interministeriale delle politiche comunitarie (CIACE), in altri tali meccanismi vanno ancora costruiti.
In particolare, per la collaborazione internazionale, è necessario che le Regioni individuino all'interno delle proprie Amministrazioni i "focal point", tenendo conto sia delle peculiarità sanitarie che della cooperazione internazionale, e che fungano da raccordo con il territorio, spesso promotore di numerose iniziative, seppur encomiabili, troppe volte episodiche e polverizzate.
La continuità nel tempo dovrebbe essere considerata un elemento imprescindibile degli interventi in cui l'Italia si impegna a collaborare.
L'esperienza mostra che l'approccio flessibile, che possa interagire con diverse situazioni e facilitare il diffondersi capillare di informazioni è quello maggiormente premiante.
La parte della comunicazione va particolarmente curata, sia nella fase ascendente che, e soprattutto, discendente per assicurare quella partecipazione a rete tanto auspicata.

In ambito europeo il tema della salute è di grande rilievo e deve essere considerato centrale nell'agenda dei lavori, soprattutto tenendo in considerazione il nuovo approccio volto a considerare l'impatto della salute determinato da altre politiche: "Health in All Policies".
Le opportunità che l'Unione europea mette a disposizione dei Paesi Membri sono numerose: si va dai progetti di gemellaggio ai fondi strutturali, al programma Public Health ed al 7° programma quadro per la ricerca e lo sviluppo tecnologico. La capacità di partecipazione dell'Italia, nonostante sia andata costantemente aumentando in questi ultimi anni, può, e deve, essere migliorata, attraverso la promozione di attività formative specifiche, la promozione dei contatti fra i diversi attori potenzialmente interessati, la creazione di una banca dati dei saperi e dei saper fare che faciliti la partecipazione delle persone più competenti nelle diverse occasioni.

Anche a livello di norme europee, è importante partecipare in maniera sempre più coordinata al processo decisionale, in modo che sia garantita la tempestività, e quindi l'efficacia della rappresentazione delle posizioni italiane fra quelle degli altri Paesi membri.

In ambito internazionale l'impegno dell'Italia nel campo della promozione dei sistemi sanitari, in accordo agli obiettivi internazionali ed in particolare agli Obiettivi di Sviluppo del Millennio deve essere stabile e duraturo. Il coordinamento con gli Organismi Internazionali, ed in particolare con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, deve diventare sempre più stretto e propositivo, tenendo conto dell'inscindibilità della politica sanitaria nazionale da quella europea a quella mondiale.

Con un impegno corale e appassionato su questi temi ci salutiamo con l'augurio di buon lavoro, di prossimi successi e con un caloroso arrivederci.

Allegato

Programma *Information day. Collaborazione sanitaria internazionale e programmi europei.* Roma, 11 dicembre 2007

Relatori

S. Agger, Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità, Ministero della salute, Roma

S. Acquaviva, F, Basile, M.P. Di Martino, G. Guglielmi, P. Malara, R. Minucci, M. Paganelli, P. Parodi, S. Ricci, Direzione Generale per i rapporti con l'Unione europea e i rapporti internazionali, Ministero della salute, Roma

C. Beretta, Regione Lombardia, Milano

M.A. Bullara, Regione Sicilia, Palermo

M. J. Caldes, Regione Toscana - Ospedale Meyer, Firenze

M. Cocchi, Direzione Generale programmazione sanitaria, livelli di assistenza e principi etici di sistema, Ministero della salute, Roma

G. de Vito, Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini, Roma

N. Dirindin, Regione Sardegna, Cagliari

M. Gaiani, Dipartimento per le politiche comunitarie, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma

A. Gherardini, Direzione Generale programmazione sanitaria, livelli di assistenza e principi etici di sistema, Ministero della salute, Roma

G. Ghisi, Consigliere diplomatico, Ministero della salute, Roma

D. Giorgi, Direzione Generale Paesi Mediterraneo e Medio Oriente, Ministero degli affari esteri, Roma

D. Greco, Dipartimento prevenzione e comunicazione, Ministero della salute, Roma

R. Langella, Direzione Generale integrazione europea, Ministero degli Affari Esteri, Roma

C. Lombardo, IST, Istituto nazionale per la ricerca sul cancro e focal point international affaire Alleanza Contro il Cancro, Genova-Roma

G. Marcon, Settore affari internazionali e comunitari, Regione Piemonte, Torino

S. Martorelli, Osservatorio Interregionale Cooperazione Sviluppo, Roma

K. Petropulakos, Regione Emilia Romagna, Bologna

M. Romeri, Regione Toscana, Firenze

G. Taliani, Dipartimento di malattie infettive e tropicali, Università La Sapienza, Roma

G. Zotta, Direzione Generale della ricerca scientifica e tecnologica, Ministero della salute, Roma

Coordinamento

Rosaria Minucci, Patrizia Parodi, Direzione Generale per i rapporti con l'UE e i rapporti internazionali, Ministero della salute, P.le Industria 20, Roma
Tel. 06 5994 2707 - 2837 Fax + 39 06 5994 2977
e-mail r.minucci@sanita.it, p.parodi@sanita.it

Ministero della Salute

Information day

Collaborazione sanitaria internazionale e programmi europei

Roma, 11 dicembre 2007

Lungotevere Ripa 1, Auditorium

9.00 Registrazione dei partecipanti

9.15 Indirizzo di saluto
Livia Turco

9.30 **Prima sessione: La diplomazia della salute**
Moderatore: Gianni Ghisi, Domenico Giorgi

9.45 La task-force per il coordinamento delle attività internazionali. Il 16° mattone internazionale
Maria Paola Di Martino

9.55 Gli accordi bilaterali nazionali e il nuovo approccio Mediterraneo e Medio Oriente
Pietro Malara, Patrizia Parodi

10.15 Nuove sinergie nel campo degli interventi umanitari
Stefania Ricci

10.30 La cooperazione decentrata
Maria José Caldes, Giulia Marcon

10.45 Gli accordi bilaterali di sicurezza sociale con i Paesi extra UE
Sergio Acquaviva

11.00 Coffee break

11.30 I progetti di gemellaggio
Monica Paganelli

11.45 Esperienze regionali
Nerina Dirindin: Regione Sardegna
Claudio Beretta: Regione Lombardia
Kiriacula Petropulakos: Regione Emilia Romagna
Maria Antonietta Bullara: Regione Sicilia

12.30 Interventi programmati
Gianluca de Vito: Esperienze del S. Camillo Forlanini
Gloria Taliani: Esperienze della Società Italiana Studio Fegato
Simonetta Martorelli: L'Osservatorio Interregionale Cooperazione Sviluppo

13.00 Discussione

13.15 Buffet

14.00 **Seconda sessione: L'Europa e le nuove opportunità**
Moderatori: Mario Romeri, Alessandro Ghirardini

14.15 La partecipazione al processo ascendente della formazione delle norme europee (CIACE)
Massimo Gaiani

14.30 Promozione dell'Italia nelle Istituzioni Europee
(Consiglio dei Ministri, OCSE; Consiglio d'Europa)
Gaetano Guglielmi

14.45 La salute nella strategia di Lisbona
Rosaria Minucci

15.00 La direttiva sui servizi sanitari
Francesca Basile

15.15 Fondi strutturali
Manuela Cocchi, Simona Agger

15.30 Programma "Public Health"
Donato Greco

15.45 Il contributo del settimo programma quadro nella costruzione dell'area europea della ricerca
Giovanni Zotta, Claudio Lombardo

16.00 Fondi ENPI, ALA, DCI
Raffaele Langella

16.30 Discussione

16.45 Conclusioni
Mario Romeri

17.00 Chiusura dei lavori