Ministero degli Affari Esteri *Ministero della Salute*

Conferenza per la costituzione di un partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente

ATTI DELLA CONFERENZA

Roma, 8 febbraio 2007

Ministero degli Affari Esteri
Sala delle Conferenze Internazionali

Ministero degli Affari Esteri
Ministero della Salute

Conferenza per la costituzione di un partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente

ATTI DELLA CONFERENZA

Roma, 8 febbraio 2007

Ministero degli Affari Esteri
Sala delle Conferenze Internazionali

A cura della Direzione Generale Rapporti con l'UE e Rapporti Internazionali
Con la collaborazione di Lorenza Pastore

Copia di questo volume può essere richiesta a
Direzione Generale Rapporti con l'Unione Europea e Rapporti Internazionali

Oppure può essere scaricata nella sezione *Rapporti Internazionali* del sito internet
www.ministerosalute.it

Stampa Ministero della Salute, Roma, settembre 2007

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

Ha curato il volume

Direzione Generale Rapporti con l'UE e Rapporti Internazionali – Ministero della Salute

Con la collaborazione di

Lorenza Pastore
Patrizia Parodi
Gabriella Carloni
Nouf Alhejailan, per la traduzione in lingua araba

Hanno partecipato alla Conferenza

Relatori

G. Almansi, Conferenza Stato-Regioni
F. Aloisi, A. Costa, Euro-Arab School of Oncology, Milano
C. Beretta, Assessorato alla Sanità Regione Lombardia, U.O. Programmazione, Milano
L. Bertinato, *E. Martiniello*, Coordinamento Interregionale Cooperazione Sanitaria Internazionale, Commissione Salute, Venezia
M. Cossutta, Consulente del Ministro, Ministero della Salute, Roma
M.P. Di Martino, P. Malara Direzione Generale per i Rapporti con l'Unione Europea e i Rapporti Internazionali, Ministero della Salute, Roma
G. Ghisi, Consigliere diplomatico, Ministero della Salute, Roma
D. Greco, Dipartimento della Prevenzione, Ministero della Salute, Roma
B. Gridelli, M.D. Professor of Surgery, University of Pittsburgh, Direttore Medico Scientifico, ISMETT , Palermo
R. Guerra, S. Brusin, Istituto Superiore di Sanità, Roma
F. Mandelli, Istituto Mediterraneo Ematologia, Università La Sapienza, Roma
G. Morabito, Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, Ministero degli Affari Esteri, Roma
B. Musso, Presidente MedChild – Fondazione Istituto Mediterraneo per l'Infanzia, Genova
A. Nanni Costa, Centro Nazionale Trapianti, Istituto Superiore di Sanità, Roma
P. Paolini, Coordinatore Centrali Operative 118, Regione Toscana, Firenze
R. Siliquini, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi, Torino

Intervenuti

G. Donzelli. S. Agostini, Presidente Commissione Politiche Sociali e Salute, Comune di Firenze
A. Angelici, Università La Sapienza, Roma
F. Cecchi, Università di Firenze
D. Colombo, AIDOS, Rete europea per la salute globale
E. Iovino, Azienda Ospedaliera di R.N.A. Cardarelli, Napoli
G. Falcitelli, Ong CISP – Piattaforma ONG italiana per il M.O
A. Mantovani, L.Venturi, Centro di Collaborazione OMS/FAO per la Sanità Pubblica Veterinaria, Roma
G. Melcarne, ASL TO 4
F. Molteni, Ospedale Lecco (Villa Beretta)
A. Morrone, Istituto Ospedaliero S. Gallicano, Roma
C. Nisi, Ospedale Spallanzani, Roma
G. Romeo, A.O. Bologna
M.G. Roncarolo, Responsabile Progetto Talassemia, S. Raffaele, Milano
M. Urago, ASL Taranto

INDICE

Riassunto 11

Résumé 13

Summary 15

ملخص 17

Presentazione 19

Apertura dei lavori

Saluto del Ministro Massimo D'Alema 21

Saluto del Ministro Livia Turco 25

Saluto del Coordinatore Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province Autonome Enrico Rossi 29

Sessione 1. Mappatura delle iniziative italiane nell'area di riferimento: rappresentazione delle attuali caratteristiche del modello di intervento italiano riferito alle diverse aree territoriali

Analisi e considerazioni sulle esperienze realizzate 33
Maria Paola di Martino, Pietro Malara

La cooperazione sanitaria del Ministero degli Affari Esteri 40
Giuseppe Morabito

L'esperienza delle Regioni nella cooperazione decentrata e nelle emergenze sanitarie internazionali 42
Luigi Bertinato, Eleonora Martiniello

Sessione 2. Revisione di modelli di intervento in grado di fare "Sistema Paese". Condivisione dei settori di eccellenza italiani sui quali inizialmente concentrare le attività di partenariato

Gestione integrata dei percorsi assistenziali

L'esperienza nelle patologie ematologiche 53
Franco Mandelli

L'esperienza nelle patologie oncologiche.....55
Francesco Aloisi, Alberto Costa

L'esperienza nel settore pediatrico. Contributo Med Child al "Sistema Italia" della salute 57
Bruno Musso

L'esperienza nel settore dei trapianti. Modelli di attività di cooperazione nel trapianto di organi 61
Alessandro Nanni Costa

L'esperienza nel settore dei trapianti. ISMETT.....64
Bruno Gridelli

L'esperienza nel settore dell'emergenza - urgenza.....66
Piero Paolini

Modelli di promozione e prevenzione della salute pubblica Malattie trasmissibili 68
Donato Greco

Politiche per diminuire le disuguaglianze e politiche di genere 71
Maura Cossutta

Tecnologie dell'informazione e della comunicazione per la governance della salute. Uso dell'ICT per innovare il S.S.R.: l'esperienze della Regione Lombardia 81
Claudio Beretta

Health Impact Assessment: processi e tecnologie 92
Roberta Siliquini

Sessione 3. I modelli di governance per il partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente

Governance basate sulle evidenze 99
Ranieri Guerra, Sergio Brusin

Presentazione e discussione dei documenti che sintetizzano le risultanze della giornata e interventi liberi.....104
Giorgio Almansi, Gianni Ghisi

Sessione 4. Interventi Programmati e liberi

L'esperienza dell'Istituto ospedaliero San Gallicano 107
Aldo Morrone

L'esperienza dell'azienda ospedaliera "A. Cardarelli" di Napoli.....113
Enrico Iovino

L'esperienza del Comune di Firenze 116
Susanna Agostini

L’esperienza dell’ AOU Mayer-Università di Firenze 118
Giampaolo Donzelli

Attività di Sanità Pubblica Veterinaria nel Mediterraneo..... 119
Adriano Mntovani, Luciano Venturi

L’esperienza dell’ Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele di Milano..... 121
Maria Grazia Roncarolo

L’esperienza dell’Istituto malattie infettive Spallanzani 123
Carla Nisi

L’esperienza dell’Associazione Italiana donne per lo sviluppo 125
Daniela Colombo

L’esperienza dell’ Ospedale Valduce - Centro "Villa Beretta" 127
Franco Molteni

L’esperienza dell’Università la Sapienza 128
Alberto Angelici

L’esperienza dell’ASL 4 di Torino..... 129
Giuseppe Melcarne

L’esperienza dell’ ASL di Taranto 130
Marco Urago

L’esperienza dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi di Firenze 131
Franco Cecchi

L’esperenza dell’Alma Mater Studiorum 132
Giovanni Romeo

Le ONG italiane, partenariato e società civile..... 134
Gianluca Falcitelli

Conclusioni 135

Allegati..... 139

Riassunto

Il giorno 08 febbraio 2007 si è tenuta a Roma, presso la Sala delle Conferenze Internazionali del Ministero degli Affari Esteri, la "Conferenza per la costituzione di un partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente", organizzata dal Ministero delle Salute, Direzione generale per i Rapporti con l'Unione Europea e per i Rapporti Internazionali, e dal Ministero degli Affari Esteri, Direzione generale Mediterraneo e Medio Oriente.

La Conferenza è stata rivolta ad operatori provenienti dai Ministeri della Salute ed Affari Esteri, rappresentanti delle Regioni ed Enti locali, direttori di Aziende sanitarie locali (ASL), Aziende Ospedaliere (AO), Istituti di ricerca e formazione, attori della società civile e membri di associazioni e organizzazioni non governative (ONG), già impegnati nella cooperazione internazionale.

Lo scopo della Conferenza è stato sia quello di sistematizzare le numerosissime attività e di monitorare la presenza italiana nell'area di riferimento, sia quello di presentare la proposta di un programma contenente le seguenti attività:

- collaborazione italiana in ambito sanitario per il raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del millennio;
- costituzione di un tavolo di consultazione aperto, a cui potranno aderire tutti i soggetti che intendono realizzare attività di partenariato nel settore della salute, per favorire il coordinamento delle iniziative e lo scambio di informazioni, per creare sinergie e ottimizzare le risorse, proponendo un modello che valorizzi i settori di eccellenza;
- costituzione di un segretariato che funga da facilitatore e snodo per lo scambio di informazioni ed assicurare la continuità d'azione;
- creazione di un archivio informatizzato dei progetti di cooperazione, accessibile per l'introduzione diretta dei dati e consultabile on-line;
- realizzazione di una banca delle idee, delle disponibilità, dei saperi e dei saper fare;
- realizzazione di una conferenza internazionale con i Paesi dell'area mediterranea e medio orientale che veda la partecipazione dei rispettivi Ministri della Salute e degli Affari Esteri.

La Conferenza è stata articolata in quattro sessioni.

La prima, intitolata *Mappatura delle iniziative italiane nell'area di riferimento: rappresentazione delle attuali caratteristiche del modello di intervento italiano riferito alle diverse aree territoriali*, ha illustrato in maniera esaustiva le attività di cooperazione sanitaria nell'area mediterranea e medio orientale realizzate dai due Ministeri coinvolti nell'iniziativa e dalle Regioni, soffermandosi sui progressi verso il raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del millennio. Come evidenziato dal monitoraggio effettuato dal Ministero della Salute, le aree di cooperazione attuale sono molteplici ma frammentarie (ematologia, telemedicina e formazione, medicina ed oncologia, salute materno-infantile, ortopedia, sistemi informativi e malattie infettive). Le attività svolte dalle Regioni italiane nella cooperazione decentrata offrono, ad esempio, la possibilità di attivare forme stabili di partenariato tra soggetti delle amministrazioni regionali e locali ed istituzioni di pari livello appartenenti alla società civile dei Paesi in via di sviluppo. Il Ministero degli Affari Esteri

ha posto l'accento sulla necessità di dare coerenza alle diverse azioni e creare un coordinamento virtuoso e condiviso dei vari soggetti di cooperazione, allo scopo di rendere obiettivi, processi e modalità di intervento complementari e quindi più efficienti ed efficaci.

La seconda sessione, intitolata *Revisione dei modelli di intervento in grado di fare "Sistema-Paese". Condivisione dei settori di eccellenza italiani sui quali inizialmente concentrare le attività di partenariato*, ha presentato una serie di esperienze messe in atto da alcune importanti realtà italiane, in settori quali le patologie ematologiche, oncologiche, pediatriche, settore dei trapianti e dell'emergenza-urgenza. Queste esperienze hanno evidenziato come l'intervento italiano, in molti casi possibile grazie a progetti finanziati dalla Comunità Europea, miranti alla formazione e alla ricerca, allo scambio di expertise, al trasferimento del *know how* e della tecnologia, all'assistenza in loco e alla presa in carico dei pazienti presso strutture di eccellenza italiane, sia un ottimo strumento per il miglioramento qualitativo e quantitativo delle cure nelle aree in oggetto.

Nel corso di questa sessione sono stati inoltre illustrati alcuni modelli di promozione e prevenzione della salute pubblica relativi alle malattie trasmissibili, politiche per diminuire le disuguaglianze e politiche di genere, tecnologie dell'informazione e della comunicazione per la *governance* della salute, nonché la promozione di processi e tecnologie dell'Health Impact Assessment (HIA).

Durante la terza sessione, intitolata *I modelli di governance per il partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente*, sono state presentate le attività di cooperazione internazionale in ambito di governance svolte, nel corso degli ultimi anni, dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con i Paesi dell'area medio orientale, miranti all'esportazione di modelli basati sulla riforma dei sistemi informativi e di raccolta delle informazioni sanitarie delle popolazioni, che permettono di produrre evidenze e linee guida in grado di fornire ai *decision makers* informazioni sufficienti per prendere decisioni politiche, idonee e verificabili, in ambito sanitario.

Al termine di questa sessione, dopo aver riportato in maniera sintetica e strutturata una sintesi delle relazioni presentate nel corso della giornata, è stato dato spazio agli interventi liberi degli attori presenti alla Conferenza e desiderosi di condividere con la platea le proprie esperienze. La quarta sessione ha visto, infatti, un susseguirsi di professionisti e operatori sanitari provenienti da importanti centri di eccellenza, Università, ONG, Associazioni, ASL e AO. I numerosi interventi hanno messo alla luce la quantità, e soprattutto la qualità, delle cooperazioni attualmente in corso nelle aree in oggetto, nonché la necessità di proseguire in maniera sempre più attiva sulla strada della cooperazione.

Le conclusioni della giornata sono state presentate dagli stessi organizzatori, i quali hanno ribadito che la conferenza per la costituzione di un partenariato per la salute mira a proseguire le azioni di dialogo e di sostegno ai Paesi dell'area mediterranea e medio orientale più deboli economicamente, favorendo il più possibile il trasferimento di conoscenze e competenze nel campo della salute con l'obiettivo di migliorarne la "capacity building". Tale linea di azione può contribuire in modo sostanziale a creare uno spazio comune e stabile di cooperazione economica e sociale e di solidarietà internazionale tra i Paesi Europei e quelli del Mediterraneo.

In questa pubblicazione vengono riportate integralmente le relazioni e gli interventi programmati e liberi presentati nel corso della Conferenza.

Résumé

Le 8 Février 2007, s'est tenu à Rome, auprès de la Salle des Conférences Internationales du Ministère des Affaires Etrangères, la Conférence pour la constitution d'un partenariat pour la santé avec les Pays de la Méditerranée et du Moyen Orient, organisée par le Ministère de la Santé, Direction Générale pour les Relations avec l'Union Européenne et pour les Relations Internationales, et le Ministère des Affaires Etrangères, Direction Générale de la Méditerranée et du Moyen Orient.

La Conférence s'adressait aux opérateurs du Ministère de la Santé et des Affaires Etrangères, aux représentants des Régions et Organismes Locaux, aux directeurs des Administrations sanitaires locales, hôpitaux, instituts de recherche et formation, acteurs de la société civile et membres d'associations et organisations non gouvernatives (ONG), déjà engagées dans le domaine de la coopération internationale.

L'objectif de la Conférence a été celui de systématiser les nombreuses activités et surveiller la présence italienne dans le terrain de référence, en présentant la proposition d'un programme avec les activités suivantes:

- Collaboration italienne dans le domaine sanitaire pour la réalisation des objectives du Millénaire ;
- Constitution d'une table de consultation ouverte, à tous ceux qui veulent réaliser des activités de partenariat dans le domaine de la santé, pour coordonner des initiatives et l'échange des informations, afin de créer des synergies et optimiser les ressources, à travers un modèle capable de valoriser les secteurs d'excellence ;
- Constitution d'un secrétariat capable de faciliter l'échange des informations et la continuité des actions en cours d'œuvres;
- Création d'une archive informatique des projets de coopération, accessible pour introduire directement les données et consultable en ligne ;
- Réalisation d'une «banques des idées », des disponibilités, des connaissances et du savoir faire ;
- Organisation d'une Conférence Internationale avec la participation des Ministres de la Santé et des Affaires Etrangères des Pays de la Méditerranée et du Moyen Orient.

La Conférence a été divisée en 4 parties.

La première, *Relèvement des initiatives italiennes dans le domaine de référence : représentation des caractéristiques actuelles du modèle d'intervention italien par rapport aux différents territoires*, a présenté les activités de coopération sanitaire dans la Méditerranée et le Moyen Orient réalisées par le Ministère de la Santé, des Affaires Etrangères et par les Régions, en soulignant les progrès vers la réalisation des Objectives du Millénaire. Un monitorage, réalisé par le Ministère de la Santé, a mis en évidence que les secteurs de coopération actuels sont nombreux mais fragmentaires (hématologie, *Telemedicine* et formation, médecine et oncologie, santé maternelle – infantile, orthopédie, systèmes informatiques et maladies infectieuses). Les activités réalisées par les Régions italiennes dans la coopération décentrée permettent, par exemple, d'activer de formes stables de partenariats entre les administrations régionales et locales et les institutions du

même niveau de la société civile des Pays en voie de développement. Le Ministère des Affaires Etrangères a mis en évidence la nécessité de donner une cohérence aux différentes actions et de créer une coordination positive et partagée par les plusieurs protagonistes de la coopération, afin de rendre les objectifs, les procès et les modalités d'actions plus efficientes et efficaces.

La deuxième session, *Révision des models des actions pour établir un « Système Pays ». Présentation des secteurs italiens d'excellence sur lesquels bâtir, au début, les activités de partenariat*, a présenté des importantes expériences réalisées par les acteurs italiens, dans le domaine de la pathologique oncologique, pédiatrique, des transplantations et de l'émergence–urgence. Ces expériences ont mis en évidence que les actions italiennes, réalisées plusieurs fois à travers les financements de l'Union Européenne et visées à la formation et à la recherche, aux échanges des *expertises*, au transfert du *know how* et de la technologie, à l'assistance sur le terrain et aux soins des patients dans les structures d'excellence italiennes, sont un instrument optimal pour améliorer la quantité et surtout la qualité des soins dans les zones défavorisées.

Pendant cette session, de plus, des models de promotion et prévention de la santé publique ont été présentés, qui se rapportent aux maladies transmissibles, aux politiques pour diminuer les différences et aux politiques de genre, aux technologies de l'information et communication pour la gouvernance de la santé et la promotion des procès et technologies de l'Évaluation d'Impact sur la Santé (EIS).

Pendant la troisième session, *Les models de gouvernance pour le partenariat pour la santé avec les Pays de la Méditerranée et du Moyen Orient*, les activités de coopération internationale que l'Institut Supérieur de Santé a réalisées dans le domaine de la gouvernance avec les Pays de la Méditerranée et du Moyen Orient, visant au transfert des models fondés sur la reforme des systèmes informatiques et au relèvement des informations sanitaires nécessaires aux *decision makers* pour prendre des décisions politiques, adéquates et vérifiables, dans le domaine sanitaire ont été présentées.

A la fin de cette session, après une synthèse des relations présentées pendant la journée, les participants à la Conférence ont présenté leurs expériences avec les autres parties intervenues. La quatrième session a vu, en effet, la succession des professionnels et opérateurs sanitaires d'importants centres d'excellence, Universités, ONG, Associations, Administrations Sanitaires Locales et Hôpitaux. Les nombreuses interventions ont mis en évidence la quantité, et surtout la qualité, des coopérations en cours, et la nécessité de poursuivre d' une façon toujours plus active la route de la coopération.

Les conclusions de la journée ont été présentées par les organisateurs, qui ont mis en évidence comme la Conférence pour la constitution d'un partenariat pour la santé est finalisée à poursuivre les actions de dialogue et soutien aux Pays de la Méditerranée et du Moyen Orient plus faibles du point de vue économique, à travers le transfert de connaissances et compétences dans le domaine de la santé, dans le but d'améliorer le *capacity building* . Cette façon d'action peut contribuer à créer un espace commun et stable de coopération économique et sociale et de solidarité internationale entre les Pays européennes et de la Méditerranée.

Dans cette publication sont reportées intégralement toutes les relations et les interventions programmées et instantanés présentées pendant la Conférence.

Summary

On the 8th of February 2007, the Conference: "A committee for health with Mediterranean and Middle East Countries" was held in Rome, at the International Conference Room of the Ministry of Foreign Affairs. This conference was organized by the General Director for the European Union and International Relations of the Ministry of Health and the General Director for Mediterranean and Middle East of the Ministry of Foreign Affairs.

The Conference main audience was composed of the Italian Ministry of Health and Ministry of Foreign Affairs operators, representatives of Regions and Local Authorities, directors of Local Health Unit, hospitals, research and training institutes, members of associations, non-governmental organizations (NGOs) and citizens, involved with the international arena.

The main purpose of the Conference was to organize a nation wide initiative that would monitor the Italian degree of participation amongst the following activities:

- Italian collaboration on health in order to achieve the Millennium Goals.
- establishment of an "open round table" health committee, modelled after the best practices of today , this committee would coordinate the initiatives and allow for the exchange of information, though the establish synergies and consequently the optimization of the resources;
- establishment of a secretariat aimed to ensure exchange of information and ongoing activities;
- creation of an on-line archive of corporate projects, where it will be possible for all members to contribute project activity details ;
- creation of a "Knowledgebase", expertise, knowledge and know-how;
- organization of an international conference with the participation of Ministries of Health and Ministries of Foreign Affairs of Mediterranean and Middle East Countries.

The Conference was organized in four sessions.

The first session**,** "*Map of Italian initiatives in the related areas: representation of current features of Italian intervention model in different areas*", illustrated the activities of health cooperation in the Mediterranean and Middle East areas carried out by Italian Ministries and Regions, as well as the progress towards the achievement of the Millennium Goals. The monitoring managed by the Ministry of Health pointed out that there is a considerable amount of fragmentation, even if a large number of cooperation exist in areas such as: haematology, telemedicine and education, medicine and oncology, mother-child health, orthopaedic, informative systems and infectious diseases. Another example are, the activities launched by the Italian Regions involved in decentralized cooperation's which provide the opportunities for developing partnerships between regional and local Italian administrations and institutions of the same level in developing Countries. The Ministry of Foreign Affairs emphasized the need to give coherence to the different actions taking place and to coordinate them to positively integrate the objectives, processes and intervention models in an efficient and effective manner.

The second session, *"Revision of intervention models to create a "National Policy". Presentation of Italian leader fields to plan the partnership activities in the first phase"* illustrated many experiences carried out by important Italian organizations in the field of haematological, oncological and paediatric pathologies, as well as transplantation and emergency. These experiences showed that Italian performances are an excellent instrument to improve quantity and especially quality of health system in Mediterranean and Middle East areas. These activities, financed sometimes through European projects, aim at training, research, exchange of best practices, as well as the transference of know-how, technologies; furthermore, the local assistance take care of patients in the Italian leader structures.

During this session speakers mentioned some models for the promotion and prevention of public health related to communicable diseases, important actions to reduce inequality and gender policies, information and communication technologies for health governance, and processes and technologies of Health Impact Assessment (HIA).

During the third session, *Models of governance for health partnership with Mediterranean and Middle East Countries*, the speakers focused on the international cooperation activities of governance realized the last years by the National Health Institute in the Mediterranean Countries. The reform of informative systems and the collection of sanitary information could produce some evidences and guidelines that suggest to the decision makers adequate and verifiable health policies.

At the end of this session, after reporting the structured abstracts of speeches exposed during the Conference, some participants, coming from some important institutes, universities, NGOs, associations, health local units and hospitals, provided further insight. They claimed that their contributions underlined the quantity and especially the quality of actual initiatives of cooperation in the above-mentioned areas and the necessity to pursue actively in the foreclosed manner.

The organizers exposed the conclusions confirming that the objective of the Conference was to pursue the dialogue and support actions in the economically Challenged Countries present in the Mediterranean and Middle East Region. Another objective was to improve, the health knowledgebase and expertise sharing to improve on the "capacity building". These actions could contribute to create a common and stable area of economical and social collaboration and to implement international solidarity between European and Mediterranean Countries.

The reports, programmed and instantaneous speeches contained in this publication are printed in full original along.

الملخص

في الثامن من شهر فبراير لعام 2007 عقد في روما في وزاره الخارجية المؤتمر الصحي مع الدول الوسطى و دول الشرق الأوسط . كان منضما من قبل مديريه الاتحاد الأوروبي ,وزاره الصحة ومديريه وزارة الخارجية للدول الوسطى ودول الشرق الأوسط.
المؤتمر كان يوجه سؤالا إلى وزاره الصحة الايطالية ووزيرالخارجيه,ممثلا بعض المناطق والسلطات المحلية,مدراء الوحدات الصحية المحلية, المستشفيات,معاهدالابحاث والتدريب,أعضاء الجمعيات,المنضمات الغير حكوميه(NGOs) والسكان,مجتمعه في التعاون الدولي
الغرض الأساسي لهذا المؤتمر هو التنظيم المناسب لحق المبادرة للمواطن,عرض وجود الايطاليين في مختلف المناطق وتنظيم برامج للنشاطات التالية:

- تعاون الايطاليين نحو الصحة من اجل تحقيق أهداف إلف عام
- ابتكار مائدة مفتوحة للاستشارات الصحية على أساس أنها نموذج يستطيع إبراز افضل الممارسات من اجل رفع مستوى التنسيق في حق المبادرة وتبادل المعلومات وأيضا لإصدارات تعاونيه,وتفاؤل بالنعم .
- اصدارت الامانه العامة تعمد إلى صون تبادل المعلومات و تطوير النشاطات.
- ابتكار ملفات متصلة للمشاريع التعاونية أين يستطيع كل من الأعضاء أضافه بيانات متعلقة بنشاطاتهم.
- ابتكار بنك بيانات للأفكار,الخبرة,المعرفة و المهارة.
- تنظيمات المؤتمر الدولي مع المشاركين مثل وزاره الصحة ووزارة الخارجية للدول الوسطى ودول الشرق الأوسط.

المؤتمر كان منعقدا في أربع جلسات.

في الجلسة الأولى:خريطة مبادرة الايطاليين في المناطق القريبة:رسم لملامح تيار الايطاليين كنموذج في مناطق مختلفة :تصوير النشاطات التعاونية الصحية في الدول الوسطى ودول الشرق الأوسط منفذا من قبل الوزارات الايطالية والأقاليم أيضا كمثال للتقدم لتحقيق أهداف إلف عام.
المراقب استطاع بواسطة وزاره الصحة الاشاره إلى إن هناك شضوى على الرغم من وجود إعداد هائلة من المناطق التعاونية (مثل) اختبار تحاليل الدم,التواصل الطبي,ومثل ذالك التعليم,الادويه,علم الأورام,رعاية إلام بالطفل,التشوهات,أنضمه تثقيفية,أمراض معديه. مثال:النشاطات منطلقه من قبل الأقاليم الايطالية مقتحمه في التعاون الامركزي الذي أتاح بين الحكومات والمؤسسات فرصه المساواة في التطور على نفس مستوى تطور البلدان المطورة.وزاره الخارجية أبرزت الاحتياجات لتعطي ترابط لمختلف الادائات ولتمثلها في طريق ايجابي ومقبول لتوحيد الإغراض,الأهداف,التقدم والتخلل كنموذج لجوده وكفاءة الأسلوب.

الجلسة الثانية:مراجعه للتخللات نموذج لابتكار "سياسة وطنيه" . زعيم النصرانية الايطالي فشل في خطه نشاطات المشاركين في أول مرحله .نفذت العديد من التجارب من قبل منضمة ايطاليه مهمة في فشل الإمراض الدموية ,علو الأورام والاختصاص في علم الأطفال,بلاضافه إلى الازدراع والطوارئ.وهذه التجارب اطهرت إن انجازات الايطاليين أداه ممتازة لتحسين الكميات وخاصة جوده نضام الصحة في الدول الوسطى ودول الشرق الأوسط.تم تمويل هذه النشاطات عن طريق مشاريع أوروبيه بعض الأحيان وتعمل على التدريب,الأبحاث,استبدال أفضل التجارب أو الممارسات.بلاضافه إلى نقل للمهارات ,إلى جانب ذلك المساعدون المحليون يقومون برعاية المرضى في مبنى الزعيم الايطالي.وفي خلال هذه لجلسه المتحدث أشار إلى علاوة ومنع صحة الشعب متصلة بأمراض معديه,ادائات مهمة لتقلل من عدم المساواة و سياسة الجنس,خبراء تكنولوجيا المعلومات والاتصالات لتوجيهات صحية والتقدم وخبراء مفعول صربيه الصحة (HIA.)

وفي غضون الجلسة الثالثه ,نماذج توجيهيه للصحة مع البلدان الوسطى ودول الشرق الأوسط,المتحدث كان قد ركز على نشاطات تعاونيه دوليه حيث أن التوجيهات قد لاحظت في العام الماضي من قبل معهد الصحة الولي في البلدان الوسطى.
التجديدات للانضمه المثقفة ومعلومات عن مجموعات الكنيف الصحي قد أصدرت بعض من العلامات والادله التي اقترحت على المتحدث سياسة صحية ملائمة وممكن إتباعها.

وفي نهاية هذه الجلسة وبعد دراسة بناء فكره الكلام المكشوف في غضون المؤتمر بعض من المشاركين قدمو من معاهد) الجمعيات,وحده الصحة المحلية والمستشفيات,مؤمنا تطويرا بصيرا ولقد طالبو بان تكون NGOsهامه ,جامعات,(المنح والمساعدات تحت كلمه العدد والخصوصية وجوده المبادرة الفعلية للتعاون في المناطق التي ذكرت أعلاه والحاجيات للسعي وراء المعلوم في العادات المرهونة.

المنضمون اكتشفوا استنتاجا يعزز إن الهدف من هذا المؤتمر كان السعي وراء المحاورات وتشجيع النشاطات والفعاليات في دول ذوي الاحتياجات الخاصة اقتصاديا الموجودة في دول الشرق الأوسط و الدول الوسطى .وغرضا أخر قد كان هناك وهو تطوير قواعد الخبرة والمعرفة وبراعة التقاسم والتشاور للتطويرات في سعه البناء أي الإمكانيات .وهذه الفعاليات من الممكن ان تساعد على ابتكار أماكن مناسبة وجديرة للتعاونيات الاحتفالية(أي الحفلات) و ألاقتصاديه وأيضا وسيله تضامن دوليه بين الدول الاوروبيه و الدول الوسطى.

التقارير ,المبرمجات والمحادثات الحالية المشمولة في هذا الإصدار جميعها مطبوعة في نسخه أصليه كاملة.

Presentazione

La *Conferenza per la costituzione di un partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente* ha rappresentato il punto di partenza per una nuova politica sanitaria che considera la salute come uno strumento di pace e sviluppo e può rientrare, quindi, a tutti gli effetti nella cosiddetta "diplomazia della salute".

L'Italia si fa promotrice di questa iniziativa, che privilegia i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente, con i quali esiste una tradizione di collaborazione privilegiata, per dare un nuovo impulso alle relazioni di cooperazione, su base paritaria e solidale, articolate in tutti i settori di reciproco interesse e volte anche a favorire il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio.

Questo primo incontro ha rappresentato un importante momento di condivisione delle esperienze realizzate e di confronto sulle metodologie utilizzate, volto al superamento del particolarismo e della parcellizzazione delle iniziative di collaborazione.

E' con grande piacere che presento questo volume, nel quale sono riportate integralmente le relazioni e gli interventi programmati e liberi presentati nel corso della Conferenza, e dai quali è emerso un inimmaginabile volume di attività che numerosi enti istituzionali e non del nostro Paese portano avanti nell'area mediterranea e medio orientale. E' proprio partendo da queste iniziative che intendiamo avviare un processo di coordinamento ed integrazione al fine di garantire una presenza sempre più attiva e sinergica del nostro Paese, che si basi sulla messa in rete dei diversi attori, dai Ministeri degli affari esteri e della salute, alle Regioni, alle Aziende sanitarie ed ospedaliere, agli Istituti di ricerca e formazione, agli attori della società civile, e sul rafforzamento della collaborazione bilaterale nel campo socio-sanitario con tutti i Paesi dell'area, inserita in un quadro regionale coordinato e sinergico.

E' con questo scopo che la Conferenza ha riunito circa 200 operatori della salute, per compiere un primo passo significativo nel promuovere le esperienze di eccellenza e di buona sanità italiana, affrontando sia temi generali che specialistici e sottolineando le sfide che dovranno essere affrontate in modo sempre più coordinato a livello internazionale.

Fra queste vorrei ricordare la necessità di considerare gli effetti sulla salute delle varie politiche messe in atto, l'aumento di incidenza delle patologie croniche degenerative rispetto a quelle infettive, per le quali assumono particolare rilievo stili di vita sani, l'importanza delle politiche di genere non solo nel migliorare lo stato sanitario della popolazione, ma anche per aumentare il suo sviluppo e benessere, lo stretto legame che intercorre fra sviluppo umano, compreso il diritto alla salute, e fenomeni migratori.

La Conferenza, come già ricordato, rappresenta tuttavia solo il punto di partenza. Molto resta ancora da fare ed è necessaria la collaborazione di tutti.

Ecco alcune proposte che vorremmo portare avanti congiuntamente.

Innanzitutto realizzare una banca dati informatizzata ed accessibile on-line che raccolga le esperirnze di collaborazione, le idee progettuali, le risorse, sia umane che materiali, disponibili.

Nello stesso tempo è importante raccogliere le adesioni per la costituzione di un Tavolo di coordinamento, che riunisca tutti gli enti che operano nel campo della salute nell'area e richieda l'impegno a fornire informazioni ed a ricercare sinergie. Per assistere i partecipanti a fare sistema appare necessaria una cabina di regia, che potrebbe configurarsi in una struttura agile, ad esempio un Segretariato interministeriale.

Infine, l'impegno più importante: la preparazione di una Conferenza internazionale a livello ministeriale, che dia voce e visibilità alla diplomazia della salute per contribuire al processo di pace e sviluppo nell'area.

Sen Livia Turco

Ministro della salute

Saluto del Ministro Massimo D'Alema

Questo Convegno realizzato congiuntamente al Ministero della Salute e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, riveste un'importanza particolare per la cooperazione dell'Italia con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente e, più in generale, per la nostra politica estera.

Esso intende, infatti, fare il punto su quanto e' stato realizzato dall'Italia nel settore medico-sanitario verso i Paesi dell'area e discutere forme concrete di collegamento che caratterizzino la cooperazione quale strumento privilegiato e qualificante di politica estera dell'Italia verso i Paesi del Mediterraneo allargato, un'area così vicina ed importante per il nostro Paese.

L'Italia ha sempre creduto, e pertanto si e' da sempre adoperata, nel promuovere un dialogo globale con i Paesi della sponda sud del Mediterraneo e con quelli del Medio Oriente. Tale impegno e' nato non solo dalla sua naturale posizione geografica, ma anche da una tradizione storica e sociale plurisecolare.

Da parte nostra siamo consci dell'importante lavoro che e' stato effettuato, specialmente nel corso degli ultimi anni, per rafforzare la nostra presenza, ma altrettanto consapevoli del grande lavoro che ci attende se vogliamo proseguire nel cammino intrapreso.

Siamo convinti che tutti gli Enti italiani, 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 raggiungimento di tale obbiettivo comune.

Questa occasione sarà certamente utilizzata per fare un primo bilancio delle numerose ed importanti attività svolte, ma siamo anche convinti che essa potrà essere utilmente impiegata per proporre un programma articolato di iniziative che valorizzino e diano crescente visibilità alle nostre iniziative, creando contestualmente le opportune e necessarie sinergie.

L'iniziativa odierna, fortemente voluta dal Ministro della Salute, Senatrice Livia Turco e da me, rappresenta un primo passo verso una collaborazione effettiva e globale, mediante un partenariato nel settore sanitario, tra l'Italia ed i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente, con i quali condividiamo interessi ed aspirazioni per il benessere reciproco. L'Italia si sente dunque fortemente impegnata a sviluppare la nostra presenza nel Mediterraneo nel settore sanitario, quale strumento di una efficace politica estera.

In aggiunta alle prevedibili ricadute positive di carattere politico che l'iniziativa potrà avere, essa potrebbe prefiggersi, proprio per la sua natura, l'obbiettivo di avere un impatto positivo tra le popolazioni dei nostri Partners mediterranei contribuendo contestualmente al miglioramento dei loro livelli di vita e al miglioramento dei nostri rapporti con essi.

E' per tale motivo che suggeriamo la costituzione di un "Tavolo della Salute", nel quale siano rappresentati, a seconda degli interessi e delle esigenze, i principali Enti ed Istituzioni, sia pubblici che privati, che operano nel settore della sanità, con successo ma spesso in maniera individuale, nei paesi della Regione. Allo scopo di favorire

crescenti sinergie e la valorizzazione del "Sistema Italia" nel settore medico-sanitario, le iniziative del Tavolo potrebbero essere armonizzate da un Segretariato permanente, costituito dai promotori del Convegno, in modo da favorire una utile circolazione delle informazioni anche attraverso la collaborazione delle strutture di cui dispone l'Italia nella regione, grazie alla sua rete diplomatico-consolare. Verrebbe attuato in tal modo un utile coordinamento dell'azione del nostro paese, all'interno di un quadro organico di trasferimento tecnologico dell'eccellenza italiana nel settore medico-sanitario.

Il Tavolo potrebbe inoltre contribuire a predisporre e a mantenere aggiornata la "Piattaforma italiana per il partenariato sulla salute nella regione del Mediterraneo allargato", piattaforma da più parti sollecitata e che potrebbe costituire la base per una Conferenza Internazionale, da tenersi possibilmente entro la fine dell'anno, alla quale partecipino i rappresentanti dei Paesi della regione. Un partenariato che non si limiti ai rapporti tra pubbliche amministrazioni, ma che coinvolga attivamente le risorse territoriali di ciascuno: Enti locali, di ricerca, ospedali, imprese, operatori del settore e così via.

Si tratta di una forma innovativa di collegamento dalla quale ci aspettiamo risultati di rilievo. Riteniamo, infatti, di poter disporre di un valido strumento che consenta a coloro che sono attivi nella regione, ma anche a coloro che intendono avvicinarsi ad essa, di operare di concerto, in modo da costituire un importante punto di riferimento delle nostre relazioni.

L'iniziativa si allaccerebbe d'altro canto alla Politiche di Vicinato dell'Unione Europea, la quale ci invita ad andare oltre nella promozione e nello sviluppo delle nostre Regioni, e ci propone di dare un forte impulso alla loro internazionalizzazione, anche nel settore sanitario, guardando ai nostri vicini del Mediterraneo come partner insostituibili.

Nel settore sanitario tali opportunità sono a tutto campo, dal settore scientifico a quello del trasferimento tecnologico, ma non va tralasciato anche quello commerciale. Opportunità che non vanno lasciate solo all'iniziativa e alla buona volontà dei singoli operatori del settore, ma che possono essere incluse nella pianificazione delle politiche pubbliche, in modo da renderle più sostenibili ed offrire loro un sostanziale sostegno istituzionale che le renda anche più coordinate e durature. Si deve cioè avere il coraggio di fare un salto di qualità, e superare la vecchia concezione caratterizzata da un rilevante numero di progetti che, anche se in molti casi si sono dimostrati di grande utilità, possono talvolta, per il fatto di non essere coordinati, dare luogo a duplicazioni, scarso impatto e finanche limitata sostenibilità.

Questa nuova via merita essere sostenuta dal Governo, dalle Regioni ed Enti Locali, ma anche dagli operatori pubblici e privati del settore, perché concepita per superare alcuni limiti della attuali forme d'azione. Si consolida, da un lato, il valore specifico del "Sistema Italia" come garante di concertazione e scambio. Dall'altro, tale via potrebbe esser più facilmente utilizzabile da parte degli attori nazionali e locali che desiderano coordinarsi tra loro per mirare a quegli stessi obbiettivi.

Ecco dunque il grande interesse di questo Convegno: discutere con una folta e significativa rappresentanza degli attori interessati, le strategie innovative cui ho fatto cenno e impostare le azioni che ne possono dimostrare la validità e le grandi potenzialità.

Le conseguenze del divario tecnologico, di ricerca e di risorse, e la capacità di curare le malattie che esiste attualmente tra i diversi paesi della regione, rischiano di aumentare nel prossimo futuro con gravi conseguenze facilmente immaginabili. Per far fronte a tale rischio e' indubbiamente necessaria una stretta cooperazione nel settore sanitario, scientifico e industriale, ma anche una forte e determinata volontà politica, cosa che da parte nostra ci proponiamo di fare.

Desidero quindi confermare il pieno appoggio del Ministero degli Affari Esteri, e mio personale, alla nostra comune iniziativa, convinto come sono che abbiamo davanti a noi una opportunità unica per contribuire al miglioramento del benessere della società civile.

Saluto del Ministro Livia Turco

Questa conferenza rappresenta il punto di partenza per la costruzione di un *partenariato per la salute* tra l'Italia e i Paesi del Nord Africa, del Vicino e Medio Oriente che rafforzi e renda sistematici i rapporti di collaborazione esistenti, in un quadro regionale condiviso. A questo obbiettivo, ambizioso ma del tutto coerente al ruolo che spetta all'Italia nell'area mediterranea, i Ministeri degli Esteri e della Salute stanno da qualche tempo lavorando assieme alle Regioni. E' ora giunto il momento di dare sostanza alle idee e aprire un tavolo al quale partecipino tutti gli operatori che condividono l'obiettivo di "fare sistema".

Dai lavori di questa Conferenza ci attendiamo si giunga ad un coordinamento tra le strutture pubbliche e private che sono impegnate nel campo della salute, o intendono impegnarsi, nella regione nordafricanamediorientale; e che in questo tavolo si elabori una strategia coerente per gli interventi sanitari nell'area, così da ottimizzare gli sforzi, rendere meglio visibili le iniziative, facilitare la pianificazione delle attività dando loro una visione strategica. Potremo così presentarci ai nostri partner mediterranei, alla conferenza internazionale che vorremmo realizzare nel prossimo autunno, come "Sistema Italia della salute".

Come promotori di questa iniziativa siamo motivati dalla convinzione che lavorare assieme per affermare e sostenere il diritto alla salute di ogni individuo e di ogni gruppo sociale promuova quei legami di solidarietà e quella condivisione di valori che soli possono cementare e rendere durevole la pacificazione nelle aree di conflitto e la pace nell'intera regione. L'azione di sostegno che l'Italia può offrire ai Paesi dell'area per accrescere l'efficacia, la qualità e l'accessibilità dei Sistemi Sanitari Nazionali, così come la condivisione delle esperienze e delle conoscenze maturate nei vari livelli in cui si articola la Sanità in Italia, sono parte importante di quella "diplomazia della salute" attraverso la quale il nostro Paese può dare un contributo alla pace e allo sviluppo nel Mediterraneo, altrettanto quanto con gli strumenti tradizionali della politica estera che il Governo ha messo in campo.

L'azione dell'Italia nel campo della salute poggia sugli impegni solennemente adottati nell'ambito degli "Obiettivi del Millennio" delle Nazioni Unite e sull'assunto che ne sta alla base e che è stato così bene sintetizzato dall'allora Segretario Generale Kofi Annan "Non avremo sviluppo se non vi sarà sicurezza, e non avremo sicurezza senza sviluppo, ed inoltre non avremo nessuno dei due in assenza del rispetto dei diritti umani. Salvo che queste tre cause avanzino congiuntamente, nessuna di esse avrà successo ".

Tre degli obiettivi del Millennio si riferiscono direttamente alla salute: l'obiettivo 4 che si riferisce alla riduzione della mortalità infantile, l'obiettivo 5 al miglioramento della salute materna e l'obiettivo 6 alla lotta all'HIV/AIDS, alla malaria e ad altre malattie. L'azione internazionale del Ministero della salute è quindi prioritariamente indirizzata a queste finalità ed a quelle collegate come la disponibilità di acqua potabile e l'igiene ambientale.

La mobilità internazionale di persone e merci ha modificato sensibilmente contesti e prospettive. Vecchie e nuove malattie determinano e producono vecchie e nuove

disuguaglianze. Nuovi problemi sono posti in materia di sicurezza, perché le frontiere non bloccano epidemie né attentati con armi biologiche e chimiche.

L'Italia intende agire in ambito sanitario nel rispetto delle decisioni o indicazioni prese a livello internazionale, particolarmente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che riguardano principalmente il tabagismo, l'alcolismo, la salute mentale, la nutrizione e la sicurezza alimentare, la formazione e l'adeguamento delle risorse umane per la salute, le politiche di genere, l'ambiente di lavoro; dall'OCSE, relativamente alla qualità dell'assistenza sanitaria e al miglioramento dei servizi; dal Consiglio d'Europa che si occupa dell'equità di trattamento e di accesso ai servizi, della protezione delle categorie più deboli, della partecipazione dei cittadini e della bioetica.

A livello europeo, l'Italia è tenuta a 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.

Un altro elemento fondamentale che deve caratterizzare d'ora in avanti la politica sanitaria internazionale italiana, consiste nella garanzia della continuità nel tempo degli interventi, superando così l'episodicità che troppo spesso in passato ha caratterizzato le nostre azioni, e assicurando il monitoraggio e la valutazione dei risultati.

Fra le tematiche individuate come prioritarie in Italia e che potrebbero avere una particolare rilevanza, con le opportune modifiche dovute al diverso contesto, anche nei Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente, voglio ricordare:

- la salute materno-infantile che è stata affrontata in modo specifico sin dall'avvio della presente legislatura con un piano dedicato. E' nostro convincimento che la promozione della salute materno-infantile sia un obiettivo prioritario da perseguire, non solo a livello nazionale, per i riflessi positivi che produce sulla qualità della vita delle donne e dei loro bambini e, di conseguenza, sulla salute della popolazione complessiva. In questo provvedimento si pone particolare attenzione, fra l'altro, alle donne immigrate, in cui si è riscontrato un maggior tasso di mortalità neonatale, un maggior numero di parti pretermine e di bambini sottopeso alla nascita. Queste persone, inoltre, incontrano maggiori difficoltà di accesso ai servizi di informazione ed ai servizi sociosanitari.
- la "Casa della salute" ossia l'effettiva integrazione socio-sanitaria in un quadro di sviluppo delle cure primarie, per garantire quella continuità assistenziale, dall'ospedale al proprio domicilio, che rende effettivo il diritto alla salute del cittadino;
- l'innovazione tecnologica nel campo della diagnosi e terapia oncologiche e delle malattie rare, utilizzando anche la telemedicina quale strumento per sorreggere la collaborazione a distanza e ridurre le disparità Nord-Sud. In questo settore va dato particolare rilievo alla possibilità di ottenere una diagnosi certa, un intervento chirurgico in tempi brevi, di avere accesso alla radioterapia e di poter disporre di assistenza adeguata al proprio domicilio, con l'attenzione necessaria ed indispensabile per la qualità della vita, nelle fasi terminali.

Attraverso questa Conferenza, e quella internazionale che insieme vogliamo preparare, altri settori di eccellenza potranno essere individuati e sviluppati, mettendo insieme sinergicamente tutti gli attori disponibili, in base ai bisogni dei Paesi partner. Mi auguro che quanti sono qui oggi vogliano proseguire congiuntamente in quest'azione volta a costituire un "sistema paese" in ambito sanitario. Il tavolo che ci vede uniti richiede un impegno istituzionale inedito, che attribuisce alle Regioni il ruolo di partner speciali, capaci di far emergere quei valori e quelle ricchezze presenti nel territorio, capaci di diventare eccellenti pratiche di riferimento nel mondo.

Per parte mia vi assicuro l'impegno del Dicastero della salute a far sì che la presenza dell'Italia diventi sempre più costante e qualificata in ambito internazionale, e

soprattutto nei Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente. Nell'Atto di indirizzo concernente l'individuazione delle priorità politiche per l'anno 2007, è stata inserita l'area della tutela della salute in ambito internazionale, che prevede attività per potenziare il ruolo dell'Italia nel settore sanitario attraverso programmi di collaborazione bilaterale e il potenziamento dell'azione propulsiva degli Ospedali italiani nel mondo.

Il New Deal della Salute ha individuato nove parole chiave per contrarre un nuovo patto per la salute, che possono assumere un senso non solo a livello nazionale ma in tutta l'area mediterranea e mediorientale, fra cui la fiducia, la qualità, l'umanizzazione, l'unitarietà del sistema, la responsabilità, la legalità, la cultura dei risultati, la politica delle alleanze, ed infine quella che oggi ci interessa di più: L'Europa e il Mondo. In questo campo dobbiamo costruire una nuova politica di relazioni e di partenariato che sia occasione di sviluppo e promozione di opportunità del nostro sapere medico, scientifico, assistenziale e gestionale e opportunità per favorire iniziative di pace e stabilità nell'area.

La competitività dell'Italia, anche nel campo della cooperazione internazionale, è strettamente legata all'innalzamento della qualità della pubblica amministrazione e delle sue prestazioni.

In ambito nazionale si è rilevata la necessità di sviluppare le iniziative di e-government volte a creare processi applicativi condivisi in grado di far svolgere a più amministrazioni, anche e soprattutto a livello diverso, un lavoro comune, cooperativo, basato sulla definizione e diffusione di standard uniformi, linguaggi e formati comuni per tutte le PA nella prospettiva dell'integrazione funzionale, che, nel caso della cooperazione internazionale, potrebbe concretizzarsi in una banca dati informatizzata sui progetti di cooperazione internazionale, in linea con il Codice dell'Amministrazione Digitale, e renderebbe possibile l'accesso e la consultazione on-line da parte di una pubblica amministrazione ai dati e alle informazioni di un'altra pubblica amministrazione.

Congiuntamente al tema della cooperazione internazionale va trattato quello dell'immigrazione, le cui proporzioni hanno raggiunto dimensioni ragguardevoli (1 immigrato ogni 19 residenti nel 2005) e sono destinate a raddoppiare nei prossimi dieci anni.

Per quanto riguarda la salute dei migranti, durante la presente legislatura sono già state prese due iniziative importanti.

La prima consiste nella stipula di un accordo con la Regione Lazio, la Regione Puglia e la Regione Sicilia per la creazione dell'Istituto per la salute dei migranti e le malattie della povertà, con le finalità di potenziare le competenze della comunità medica e scientifica italiana a fronte della crescita dei fenomeni migratori che possono rappresentare un significativo rischio di diffusione di alcune malattie poco frequenti e spesso poco conosciute in Italia e di garantire, su tutto il territorio nazionale, nel rispetto del principio di equità, la promozione della salute a milioni di persone straniere che in parte diverranno nuovi cittadini italiani e che sono comunque residenti in Italia.

La seconda, di poco successiva, è stata l'insediamento della Commissione "Salute-Immigrazione" per la promozione e la tutela della salute degli stranieri presenti sul territorio nazionale, immigrati, rifugiati, richiedenti asilo e Rom. L'obiettivo di questa Commissione consiste nell'elevare il livello di fruibilità dei servizi sanitari da parte degli immigrati al pari degli utenti italiani, individuando interventi che migliorino l'offerta di servizi da un lato e aumentino la conoscenza delle opportunità di cura offerte dal sistema sanitario pubblico tra la popolazione immigrata.

La salute dei popoli è quindi pre-condizione essenziale per ogni politica di sviluppo, un valore intrinseco universale, un obiettivo primario da raggiungere un ruolo a sostegno delle azioni di pace e di solidarietà nel mondo. La sanità non è più considerabile solo un mero fattore di spesa pubblica, ma deve essere capita in tutte le sue dimensioni che la fanno essere anche volano dell'economia: "una grande impresa sociale che produce

ricchezza, conoscenza, benessere e stimola a sua volta innovazione, investimenti, occupazione e coesione sociale".

Siamo qui per stringere un patto tra i partner istituzionali oltre ai due Ministeri promotori e alle Regioni, i Comuni, le Università, gli ospedali, insieme alle organizzazioni non governative e quanti nel privato, anche attraverso azioni umanitarie, si adoperano per la collaborazione scientifica, la tutela della salute e la pace.

Con il desiderio di esplorare insieme questo nuovo percorso della diplomazia della salute, e con l'impegno a partecipare attivamente, con passione e con ragione, alla realizzazione di azioni positive nella tutela della salute come condizione di sviluppo e di pace, auguro a tutti buon lavoro.

Saluto del Coordinatore Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province Autonome Enrico Rossi

In questa occasione sanità e politica estera italiane lavorano, per la prima volta, per sviluppare una comune strategia di intervento nel settore della cooperazione per la salute, con un significativo concorso delle Regioni. La presenza italiana all'estero in questo campo, e in particolare, nei Paesi in via di sviluppo, è da tempo materia di discussione tra i vari soggetti interessati alle iniziative di cooperazione sanitaria.

Ministero degli Esteri e della Salute, più recentemente le Regioni, una miriade di Enti, Istituzioni, Associazioni, Enti locali, singoli ospedali e singoli professionisti sanitari hanno avviato, e a volte consolidato, molte relazioni e iniziative spesso incisive ma quasi sempre scarsamente correlate con una strategia generale del 'sistema Paese'.

Per contro, è noto come la sanità sia oggi una delle leve più efficaci e visibili per avviare o consolidare partnership, con possibili ricadute, oltreché politiche, anche di particolare significato sulle filiere della produzione, della ricerca e della formazione. E' partendo da queste constatazioni che è stata promossa questa prima "*Conferenza per la costituzione di un partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente*", attraverso la quale è nostra intenzione valutare, congiuntamente al complesso del sistema italiano dell'assistenza, della ricerca e della formazione (incluso il Terzo settore e le Associazioni dei produttori di tecnologie e presidi sanitari) le possibilità di ridisegnare, almeno in parte, la politica estera nazionale, proprio a partire da una razionale, consistente e sinergica offerta di eccellenze nazionali e regionali. Intendiamo lanciare una forte iniziativa italiana di partenariato per la salute con i Paesi del Nordafrica e del Medio e Vicino Oriente, con un triplice obiettivo:

- sostenere in modo coerente ed efficace, in particolare rispetto ai bisogni delle popolazioni, le azioni di assistenza umanitaria;
- rendere efficienti, omogenei e indirizzati ad obiettivi specifici gli accordi di partneship per favorire in modo coordinato il trasferimento organizzativo, formativo e tecnologico delle eccellenze sanitarie nazionali;
- supportare in modo credibile e continuativo la politica estera italiana impegnata, come sappiamo, in un difficile ruolo di bilanciamento nei tormentati scenari nordafricani e mediorientali.

Il nostro obiettivo è anche quello di pervenire, quanto prima, ad una piattaforma nazionale di *governance* (in cui il ruolo di coordinamento dovrebbe essere condiviso tra Stato e Regioni) attraverso la quale identificare e catalogare le iniziative in atto, prefigurare nuove azioni e renderle disponibili per il trasferimento, operare per una piena diffusione delle informazioni e delle modalità di dispiegamento degli interventi, per seguirne lo sviluppo e condividerne i successi. Alla realizzazione della piattaforma e ad un primo elenco di iniziative candidate alla partnership stanno già lavorando da alcuni mesi i Ministeri interessati e le Regioni tramite la Commissione Salute.

Vorrei parlare brevemente in questa sede anche dell'attività della Regione Toscana in materia di cooperazione sanitaria internazionale. Noi abbiamo sempre pensato la

cooperazione come strumento insostituibile di una grande politica di pace. Cooperare vuol dire lavorare insieme, gettare ponti di dialogo, di incontro, di condivisione di futuro con altri popoli e paesi, soprattutto con quei popoli e paesi segnati dalla povertà e dai conflitti.

Il Mediterraneo, oltre ad essere per vocazione il mare dell'incontro e della pace, è il mare dove oggi si vivono conflitti drammatici, dalla guerra in Irak, che riverbera nel Mediterraneo, alla questione libanese, alla tragedia israelo-palestinese, alla difficile convivenza tra le diverse storie e culture. La cooperazione nel Mediterraneo si pone su questo crinale delicatissimo come strumento insostituibile di una politica che sia capace di risolvere i conflitti, di ricomporre le società e di realizzare la pace tra le culture. La cooperazione è la via attraverso la quale il Mediterraneo riscopre la sua originaria e originale vocazione alla pace. La cooperazione sanitaria, e in essa quella della Toscana, si colloca in questo largo orizzonte. I nostri progetti (di iniziativa regionale o a bando) riguardano situazioni specifiche (povertà estrema, conflitti ed emergenze belliche, grandi pandemie) in zone specifiche.

Posso portare qui alcuni esempi. Nel 1998, proprio mentre in Algeria imperversava la tormenta dei terrorismo islamico, alcune strutture della Regione Toscana sono andate nella regione di Medea, là dove il terrorismo era più forte e aveva radici, e attraverso un gemellaggio con l'ospedale di Medea, hanno curato bambini con amputazioni, effetto delle mine e del terrore. Inoltre, sono in corso progetti con l'Algeria per il rafforzamento del sistema sanitario algerino e in Tunisia si lavora per il sostegno dell'ospedale cristiano di Tunisi con un progetto di formazione del personale. E ancora la regione Toscana, insieme al centro Peres di Tel Aviv e alla Società pediatrica palestinese, con il sostegno dell'Unicoop e della Conferenza Episcopale toscana, ha fatto partire nel 2003 il progetto: "Salvare i bambini. La medicina al servizio della pace" per la cura di bambini palestinesi negli ospedali israeliani, insieme a seminari con operatori sanitari israeliani, palestinesi e toscani. Dopo tre anni sono stati curati 3000 bambini palestinesi e sono stati realizzati sette seminari di formazione per operatori sanitari palestinesi e israeliani.

Sessione 1

Mappatura delle iniziative italiane nell'area di riferimento: rappresentazione delle attuali caratteristiche del modello di intervento italiano riferito alle diverse aree territoriali

Analisi e considerazioni sulle esperienze realizzate

Maria Paola Di Martino
Direttore Generale Direzione per i Rapporti con l'Unione Europea e i Rapporti Internazionali, Ministero della Salute, Roma
Pietro Malara
Direttore Ufficio V, Direzione per i Rapporti con l'Unione Europea e i Rapporti Internazionali, Ministero della Salute, Roma

Riassunto: *I relatori hanno illustrato in maniera esaustiva la situazione sanitaria nell'area mediterranea e medio orientale soffermandosi sui progressi verso il raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del millennio. Sono stati inoltre presentati molti dei progetti di attività di cooperazione realizzati non solo dal Ministero degli Affari Esteri e dal Ministero della Salute, ma anche da ASL, AO, IRCSS, Facoltà di Medicina e Chirurgia, ISS, CNR e numerose ONG. Le aree della cooperazione sono risultate molteplici: Ematologia, Telemedicina e formazione, Medicina e oncologia, Salute materno infantile, Ortopedia, Sistemi Informativi e Malattie Infettive.*

1. Introduzione

L'approccio scelto nell'attivare la "diplomazia della salute" nell'area mediterranea-mediorientale è quello del partenariato. Vale a dire, operare attraverso un sistema di relazioni istituzionali, su base paritaria e solidale, articolato in tutti i settori di reciproco interesse ed esteso alle componenti del mondo accademico, scientifico e della società civile.

L'esperienza della collaborazione in campo sanitario e delle scienze mediche ha messo in luce da un lato la ritualità di alcuni Accordi risultati poi di difficile attuazione, seppure basati sulla volontà di promuovere tavoli di lavoro per coordinare iniziative tra istituzioni italiane e straniere, sostenute da specifici piani di azione e di monitoraggio; dall'altro la limitata conoscenza di quanto istituzioni pubbliche e private o singoli soggetti realizzavano in quelle stesse aree geografiche. Le Regioni stesse stipulano Accordi bilaterali di natura programmatica finalizzati a favorire lo sviluppo economico, culturale e sociale. Su di essi esprime parere il Ministero della salute. Ciò ha determinato il convincimento della necessità di fare sistema, dove tutti traggono vantaggi da una politica coordinata da valorizzare nelle sedi istituzionali di confronto.

Su impulso e in coerenza con le scelte strategiche di governo, è stato pertanto avviato un primo approfondimento tecnico tra i ministeri promotori (esteri e salute) e i rappresentanti delle regioni. Si è dato concreto avvio a una cabina di pilotaggio di un gruppo di lavoro per mettere a sistema gli interventi di collaborazione nell'area medio-orientale, per coniugare la salute con la sicurezza dei popoli.

Il sistema sanitario nazionale italiano, universale e solidale, che pone la salute costituzionalmente garantita tra i diritti di cittadinanza, può guardare e proporsi al Mediterraneo come sistema europeo, dove ormai *i sistemi sanitari formano una parte centrale della protezione sociale e contribuiscono concretamente alla coesione e alla giustizia sociale.*

Nella consapevolezza che la salute può dipendere dalle politiche promosse da altri settori il Ministero della salute sta lavorando per condividere e portare la salute in tutte le politiche, e in questa ottica potranno essere costruiti nuovi partenariati.

Con una politica di partenariato diventa in effetti naturale anche affrontare aspetti della salute collegati a problematiche trasversali come quella dell'immigrazione o il confronto tra diverse civilizzazioni, ovvero il dialogo interculturale.

Se infatti, affinché il Mediterraneo divenga un mare di pace, occorre in primo luogo risolvere i conflitti armati che mietono da tempo vittime e destabilizzano la regione, non si debbono trascurare e lasciare incancrenire le tensioni interetniche ed interreligiose che si vengono a creare nell'accelerazione dei contatti umani tra i vari Paesi e le differenti comunità. Lavorare assieme, ad esempio, alla salute dei migranti nei paesi di origine, di transito e di destinazione è certamente una delle maniere più efficaci per prevenire le tensioni tra le comunità coinvolte.

Un altro punto da tenere in particolare considerazione è l'importanza che può rivestire la promozione di una politica di genere, soprattutto in campo sanitario, quale strumento per garantire il più rapido raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del millennio, assicurare le libertà civili ed il rispetto dei diritti umani, attraverso il rafforzamento degli scambi fra i soggetti della società civile già operanti in questo campo.

Diamo ora uno sguardo agli scenari che si aprono partendo dalle informazioni raccolte con il lavoro avviato nei giorni scorsi e da una prima mappatura che se ne ricava.

2. Situazione sanitaria nell'area mediterranea e medio-orientale

In campo sanitario i progressi verso il raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del millennio sono notevoli, e riguardano quasi tutti i Paesi dell'area mediterranea e medio orientale. L'eccezione più evidente è costituita dallo Yemen, in cui i dati testimoniano una situazione preoccupante.

Questo progresso è meno accentuato negli indicatori relativi alla denutrizione, cessibilità revalenza di bambini minori di cinque anni sottopeso in Africa del nord è rimasta pressoché costante, mentre qualche progresso si è avuto in Asia occidentale, dove tuttavia i valori di partenza erano più elevati. Anche la proporzione di popolazione che non consuma sufficienti quantità di energia si mantiene costante ed è addirittura in aumento.

Per quanto riguarda la mortalità infantile, al contrario, tutti gli indicatori mostrano un notevolissimo miglioramento (anche se i valori restano da 5 a 8 volte maggiori di quelli europei).

La salute delle donne costituisce ancora un elemento di preoccupazione infatti, sebbene non siano disponibili valori aggregati su base regionale ripetuti nel tempo, la mortalità materna è 10 volte (o più) maggiore che in Europa e le donne che non ricevono assistenza qualificata al parto sono ancora numerosissime.

Se l'HIV/AIDS in questa regione non hanno mai costituito e continuano a non essere un problema di notevoli dimensioni, anche la prevalenza della tubercolosi è in diminuzione, mentre si mantengono costanti i casi diagnosticati e curati usando metodi la cui validità è riconosciuta a livello internazionale (DOTS – directly observed treatment strategy).

La disponibilità di acqua potabile e servizi igienici, molto elevata in area urbana in ormai quasi tutti i Paesi, non ha ancora raggiunto livelli adeguati in ambito rurale, soprattutto per quanto riguarda i servizi igienici che risultano disponibili per poco più della metà degli abitanti.

Per quanto riguarda l'accessibilità dei farmaci non sono disponibili dati regionali.

3. Considerazioni sui progetti realizzati dall'Italia

Per ottenere informazioni sulle attività di cooperazione dell'Italia con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente, è stato avviato un primo censimento con l'invio di una scheda di rilevamento agli Assessorati regionali alla salute, alle Aziende ospedaliere, agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), alle Facoltà di medicina e chirurgia, ad alcuni enti di ricerca specializzati (Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, ecc.) e a numerose Organizzazioni non governative.

Le schede ricevute, provenienti quasi esclusivamente dalle Aziende ospedaliere, gli IRCCS e le Università, hanno permesso di evidenziare una prevalenza degli interventi limitati ad un solo Paese partner rispetto agli interventi multi-Paese (64 e 12 rispettivamente).

In linea generale gli Enti hanno prevalentemente sviluppato un solo progetto di cooperazione internazionale nell'area del Mediterraneo e Medio Oriente, raramente due o tre progetti, mentre con una certa frequenza oltre a tre progetti.
Quasi tutti gli interventi hanno affiancato alle attività specifiche momenti formativi e di scambio culturale (workshop, scambi di personale, ecc.).

I settori con maggior impatto nella regione, sia perché si sono avuti più progetti di cooperazione sanitaria oppure progetti multi-Paese, sono l'ematologia; la telemedicina e formazione; la medicina genetica e oncologia; la salute materno infantile; l'ortopedia; i sistemi informativi.

Negli altri settori indicati, e precisamente disabilità, malattie infettive, salute mentale (in genere supporto psicologico nelle aree di conflitto armato), attività ospedaliera, trapianti, donazioni di apparecchiature e materiali sanitari, farmacognosia, neuroradiologia, odontoiatria, disturbi del sonno, patologia generale, chirurgia, emergenze, aiuti umanitari, attività sanitarie non specificate, medicina termale e microbiologia, le esperienze sono state molto limitate (da uno a tre progetti per settore). Questa classificazione è tuttavia solo indicativa, poiché molte iniziative riuniscono insieme più settori di intervento. Si riporta una breve sintesi di alcuni progetti dei quali è disponibile una scheda descrittiva.

3.1 Ematologia

Numerose sono le iniziative intraprese in questo campo, fra cui si ricordano quelle dell'IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore di Milano, Mangiagalli e Regina Elena; dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino di Genova, della Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università degli studi di Pisa.

L'IRCCS di Milano ha realizzato ed ha in corso numerose iniziative, fra cui un progetto multi-Paese sulla caratterizzazione clinica, fenotipica e molecolare di pazienti affetti da malattie rare della coagulazione e da porpora trombotica trombocitopenica per lo sviluppo di un database internazionale e la messa a punto di test prenatali diagnostici; una collaborazione con i medici egiziani per lo scambio di conoscenze su trasfusione e trapianti e sulla sperimentazione clinica di nuove strategie di ferrochelazione mediante uso combinato di farmaci e di un nuovo chelante orale del ferro; una collaborazione con Israele per validare un sistema proprietario di espansione ex-vivo di progenitori emopoietici del sangue placentare, una collaborazione con i servizi sanitari degli Emirati Arabi Uniti per facilitare la selezione di unità di sangue placentare compatibili per trapianto allogenico; una collaborazione con l'Università di Beirut per la definizione del genotipo talassemico, del fenotipo ematologico e delle complicanze cliniche nelle diverse forme di talassemia, una collaborazione con diversi Paesi dell'area per lo studio dello stato trombofilico nelle sindromi talassemiche.

L'Azienda Ospedaliera genovese collabora con la Libia nel settore ematologico dal 2005, realizzando periodi di aggiornamento presso le proprie strutture per il personale medico, infermieristico e tecnico sul trapianto di cellule staminali e di midollo osseo autologo ed allogenico.

L'Università di Pisa ha in corso dal 2003 un progetto di collaborazione con Tunisia e Marocco, Paesi le cui terre sono particolarmente ricche di elementi naturali che derivano dall'ambiente marino, quali acqua, fanghi o limi, sabbia, alghe, ecc. per supportare la classe di medici locali nell'esercizio della talassoterapia, disciplina per la quale, in questi Paesi, non è ancora stata attivata una qualificante formazione post-laurea.

Si ricorda inoltre l'IME che ha svolto e sta svolgendo una notevole attività in molti Paesi.

3.2 Telemedicina e formazione

L'Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione (ISMETT) vanta una annosa esperienza di coollaborazione nell'area. In passato ha curato il progetto Euro-Mediterranean Internet-Satellite Platform for Health, medical Education and Research (EMISPHER) per la creazione di una piattaforma di telemedicina integrata (satellitare e terrestre) per servizi di telemedicina nel bacino del Mediterraneo (e-leraning, teleconsulto, assistenza medica).

Attualmente sono in corso di realizzazione o in via di programmazione diversi progetti multi-Paese fra cui il progetto Virtual Euro-Mediterranean Hospital, per ampliare la piattaforma integrata satellitare e terrestre; il progetto di Cooperazione Sanitaria Internazionale per la creazione di network di competenze nell'ambito della microchirurgia e della chirurgia sperimentale; il progetto Know How ISMETT: dalla Sicilia ai Paesi del Mar Mediterraneo nel settore della medicina dei trapianti; il progetto Centro di Coordinamento delle Aziende Socio Sanitarie Euromediterranee per promuovere un interscambio di conoscenze e di collaborazioni scientifiche che portino ad uno sviluppo moderno ed efficiente e ad una maggiore integrazione tra le realtà socio-sanitarie dei Paesi dell'area. In via bilaterale l'ISMETT collabora con l'Algeria, la Libia, il Marocco, l'Egitto, la Giordania, Israele, i Territori Palestinesi, Arabia saudita nel campo dei trapianti e della formazione del personale sanitario.

3.3 Medicina genetica e oncologia

L'European Genetics Foundation presso il Policlinico S. Orsola di Bologna è stato il coordinatore per l'Italia del progetto multi-Paese EUMED CANCER – Euro-Mediterranean network for Genetic Medicine and Cancer Prevention il cui obiettivo è consistito nel facilitare lo sviluppo di centri genetici di eccellenza nei Paesi mediterranei e sostenere il loro sviluppo economico attraverso l'uso più razionale delle risorse allocate al sistema di assistenza sanitaria. In particolare il progetto ha curato la formazione del personale sanitario tramite corsi specialistici, workshop pratici ed altri eventi formativi; ha realizzato la trasformazione dei corsi specialistici in e-learning ed ha formato una rete di clinici genetici che si aiutino fra loro nel formulare diagnosi sui casi problematici utilizzando le tecnologie internet; ha validato e comparato nuove tecnologie per la diagnosi di laboratorio delle malattie genetiche ed ha contribuito ad aumentare la consapevolezza del pubblico sulle malattie genetiche.

La Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università degli Studi di Trieste è invece impegnata negli studi genetici legati alla sordità e alle ipoacusie, sia in Israele che in Egitto. Con Israele è inoltre in corso una collaborazione per la comprensione e trattamento delle aminoacidurie primarie ereditarie.

La prima Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Roma "La Sapienza" ha in corso due progetti di collaborazione con l'Università di Nablus in Palestina. Il primo è volto alla diagnosi precoce e al trattamento dell'epatocarcinoma nei pazienti a rischio, che ha lo scopo di individuare un nuovo strumento di diagnosi in grado di selezionare, in pazienti a rischio, sottopopolazioni nelle quali l'esistenza di lesioni pre neoplastiche o di dimensioni inferiori a quelle delle attuali capacità di risoluzione dell'imaging diagnostico possa essere considerata altamente probabile. Il secondo si dedica ai trattamenti integrati per la prevenzione della carcinosi peritoneale, sindrome clinica di difficile trattamento, per migliorare la sopravvivenza dei pazienti e la loro qualità di vita.
La stessa Università nei prossimi mesi inizierà una collaborazione con l'Università di Amman in Giordania per migliorare la qualità di vita dei pazienti oncologici, ottimizzare i protocolli terapeutici e i dosaggi farmacologici.

3.4 Salute materno infantile

Anche nel settore materno infantile sono numerosi gli attori italiani che cooperano con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente.

L'Istituto Giannina Gaslini di Genova conduce numerosi progetti multi-Paese, sia per la valutazione dell'efficacia di nuove terapie nelle patologie pediatriche, sia per la formazione del personale sanitario in aree di eccellenza pediatrica, sia per lo sviluppo di collaborazioni in genetica medica.

La prima Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Roma "La Sapienza" ha stipulato un accordo culturale quadro con il "Centre de maternité et de neonatologie" di Tunisi per facilitare lo scambio di esperienze e la reciproca collaborazione nella ricerca scientifica e nelle attività didattiche. Il 2° Workshop Tunisino-Italiano è previsto a Roma nel prossimo mese di marzo.

L'Azienda Ospedaliera di Parma ha realizzato un programma di assistenza a favore dei cittadini stranieri che ha garantito le cure mediche necessarie ai pazienti provenienti dai Paesi dell'area.

L'Azienda ospedaliera "Ospedale San Carlo" di Potenza, in collaborazione con la Croce Rossa Italiana e diverse altre regioni italiane, ha realizzato un programma internazionale di sostegno ai civili dell'Iraq, in base al quale i bambini con situazioni cliniche difficili sono stati portati in Italia per curare i loro problemi di salute con le tecnologie più avanzate.

3.5 Ortopedia

Gli Istituti Ortopedici Rizzoli operano nel campo dell'ortopedia infantile, oncologica e della fisioterapia, in diversi Paesi dell'area, sia attraverso la collaborazione con il Ministero della salute nell'ambito della Convenzione sanitaria con l'Algeria, sia attraverso soggiorni annuali di perfezionamento in Italia per medici stranieri, in cui i colleghi ospiti vengono inseriti nell'attività assistenziale e scientifica dei diversi servizi degli istituti.

3.6 Sistemi informativi

Nel campo dei sistemi informativi è stato implementato il progetto multipaese "Euro Mediterranean Public Health Information System" (EMPHIS), finanziato dall'Unione europea, e curato, per parte italiana, dal Dipartimento di sanità pubblica e microbiologia dell'Università di Torino.

L'iniziativa ha previsto lo sviluppo di un sistema informativo nel bacino del Mediterraneo, nell'ambito della sanità pubblica attraverso l'utilizzo di tre progetti pilota. Sono stati inoltre realizzati moduli di formazione a distanza ed un portale di riferimento per le problematiche di sanità pubblica di quest'area.

Il progetto ha mirato ad individuare strategie di prevenzione e controllo di malattie infettive, prioritarie nelle aree coinvolte, e precisamente: tubercolosi (Algeria e Marocco), leishmaniosi (Tunisia e Giordania), infezioni nosocomiali (Egitto) attraverso l'utilizzo di metodologie basate sull'applicazione di strumenti informatici.

Per contrastare la diffusione della tubercolosi sono stati sviluppati protocolli di registrazione dei casi segnalati e di trasmissione dei dati a strutture centralizzate per la sorveglianza e il monitoraggio; sistemi di localizzazione geografica dei casi di leishmaniosi e monitoraggio dei siti a maggior rischio di diffusione dell'infezione; moduli formativi per il personale sanitario volti alla prevenzione delle infezioni nosocomiali. E' stato inoltre predisposto un corso per l'insegnamento a distanza delle principali metodiche epidemiologiche, un portale per la catalogazione, archiviazione e diffusione delle informazioni raccolte.

3.7 Malattie infettive

Molte delle iniziative di collaborazione in questo campo vengono trattate sotto altre voci, date le strette relazioni ad esempio col settore materno infantile e con i sistemi informativi. Si ricordano qui le esperienze dell'Istituto Superiore di Sanità – Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute che funge da referente italiano per il progetto EPISOUTH, finanziato dall'Unione Europea, che prevede diversi pacchetti di lavoro, ed è volto a raccogliere e divulgare informazioni sulle malattie infettive e a creare una rete di istituzioni di sanità pubblica in quest'area geografica. Il Comune di Forlì opera con la popolazione Saharawi per il controllo della diffusione delle epatiti virali. La cooperazione dell'Ospedale Luigi Sacco Polo Universitario con la Libia ha permesso di fornire accertamenti clinici e prestazioni specialistiche in favore di bambini affetti da HIV e HCV. L'ISMETT coopera con lo Yemen per il trasferimento delle migliori pratiche per la gestione delle infezioni da virus dell'epatite B e C e delle malattie ad essi correlati.

Non citiamo in modo specifico l'ambito della chirurgia, anche nel campo pediatrico, ove molti medici italiani operano su base volontaria e che costituiscono un valore aggiunto alla presenza italiana nell'area.

4. Conclusioni

Sono molte e di valore le iniziative realizzate dallo Stato: tra queste, i progetti di cooperazione allo sviluppo del Ministero degli Affari Esteri (MAE) spesso in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità; iniziative umanitarie sia del MAE che del Ministero della salute; e, del medesimo Dicastero, accordi di collaborazione tra Ministeri della salute, progetti di telemedicina e di assistenza tecnica. La cooperazione decentrata è particolarmente attiva, mobilitando le Aziende Ospedaliere del territorio, sia in interventi umanitari nelle aree di conflitto che in progetti di formazione. Le Università e gli Istituti di ricerca hanno intessuto una fitta rete di relazioni e collaborazioni, con alcune punte di eccellenza.

Questo insieme, benché disorganico di iniziative generose e di qualità, fa sì che in tutti i Paesi dell'area l'Italia sia vista come il partner privilegiato con il quale sviluppare collaborazioni nel campo della salute. Anche se è poco noto da noi, si tratta di

un'immagine che in realtà il nostro Paese ha da molto tempo in Nord Africa ed in Medio Oriente dove è ormai secolare la presenza della sanità italiana, attraverso missioni mediche, organizzazioni religiose e ospedali.

Un'azione italiana più efficace e visibile di quella attualmente sul campo si ritiene possa nascere da una *messa a sistema delle iniziative che si sono sinora sviluppate* spesso spontaneamente, raramente in coordinamento ed ancor di meno cercando sinergie con altri attori.

Si propone quindi il seguente programma di attività, volto a costituire una rete, cui sono chiamati a collaborare tutti gli attori italiani operanti in ambito sanitario a livello internazionale:

- collaborazione italiana in ambito sanitario per il raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del millennio, con maggiore attenzione all'evoluzione in questo campo e all'analisi periodica dei dati;
- costituzione di un tavolo di consultazione aperto per favorire il coordinamento delle iniziative e lo scambio di informazioni, creare sinergie e ottimizzare le risorse, proponendo un modello che valorizzi i settori di eccellenza, le cui risultanze saranno pubblicizzate attraverso diversi canali di comunicazione;
- tenuto conto delle "Linee di intervento per un'amministrazione di qualità" creazione di un archivio informatizzato dei progetti di cooperazione, accessibile per l'introduzione diretta dei dati e consultabile on-line
- realizzare una banca delle idee, delle disponibilità, dei saperi e dei saper fare.

Tecnicamente si configura una ipotesi di Segretariato. E' giunto il momento di investire questo patrimonio in una grande iniziativa di pace, ed è in questa direzione che i Ministeri promotori intendono indirizzare l'iniziativa del partenariato per la salute.

In tele senso è cruciale condividere con le Regioni, le Università e gli Istituti di ricerca, le organizzazioni non governative, che sono espressione della società civile, 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 collaborazione e cooperazione sanitaria realizzate da strutture del Servizio sanitario nazionale.

La cooperazione sanitaria del Ministero degli Affari Esteri

Giuseppe Morabito
Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, Ministero degli Affari Esteri, Roma

Riassunto: *La cooperazione del Ministero degli Affari Esteri si basa sulle indicazioni e le iniziative che vengono fornite dalla società civile e dal mondo della sanità, indicazioni e iniziative che talvolta risultano numerose ma frammentarie. Diventa, dunque, necessario dare coerenza alle diverse azioni e creare un coordinamento virtuoso e condiviso dei vari soggetti di cooperazione allo scopo di rendere obiettivi, processi e modalità di intervento complementari e quindi più efficienti ed efficaci.*

La Cooperazione sanitaria resta una priorità della Cooperazione italiana e lo è soprattutto in Paesi come quelli del Mediterraneo e Medio Oriente, caratterizzati da un progressivo invecchiamento della popolazione e dall'aumento della domanda di servizi sanitari. L'importanza di questa giornata è data dalla partecipazione degli invitati alla conferenza che non è limitata ai rappresentanti dei Ministeri ma coinvolge tutte quelle realtà che in un modo o nell'altro si interessano di sanità nel Mediterraneo e Medio Oriente. Si tratta di un aspetto fondamentale perché la programmazione degli interventi di Cooperazione del Ministero degli Affari Esteri non è fatta da pochi eletti che riflettono chiusi nei loro uffici, ma tiene conto delle indicazioni che ci provengono dal basso e in particolare dalla società civile e dal mondo della sanità.

Il Sistema sanitario italiano avrà anche, come altri sistemi sanitari nazionali, delle inefficienze, ma resta nell'ambito della Cooperazione allo Sviluppo un modello a cui ispirarsi perché poco costoso per il tipo di servizi che eroga, perché particolarmente attento alla prevenzione e perché risponde ai bisogni di tutti i cittadini senza differenze.

Il Convegno di oggi si prefigge l'obiettivo ambizioso di porre le basi per la costituzione di un Tavolo permanente di consultazione e di orientamento, uno strumento che diventi espressione di un "Sistema Italia" in grado di indirizzare le scelte di quella diplomazia sanitaria che nell'area del Mediterraneo e del Medio Oriente può rappresentare uno degli strumenti strategici della nostra azione di politica estera.

Non si tratta di riproporre antistoriche pretese egemoniche di un soggetto su altri, ma non si tratta nemmeno di andare in ordine sparso, con sprechi e inefficienze di risorse. Si tratta, invece, di dare coerenza alla nostra azione e di creare quel coordinamento virtuoso e condiviso, che mi pare sia lo spirito di questa Conferenza.

Quando avremo raggiunto tale risultato, potremo presentare ai rappresentanti dei Paesi dell'area che parteciperanno alla prospettata Conferenza Internazionale che si terrà auspicabilmente entro la fine dell'anno, una proposta di partenariato che, partendo proprio dalle richieste dei beneficiari finali degli interventi, risulti finalmente coordinata, coerente e per questo più efficace. In tale prospettiva, il ruolo della Cooperazione italiana diventa, a mio parere, strategico.

Permettetemi ora di citare un solo caso di cooperazione, ben riuscito, quello della Palestina, dove la funzione di *shepherdship* nel settore della sanità pubblica esercitata dall'Italia a partire dal 2000, ha rappresentato un utile e visibile lavoro di punta nell'ambito

del coordinamento dell'aiuto internazionale in Terra Santa, affetto, forse più che ogni altro contesto di cooperazione, da fenomeni di frammentazione dell'offerta di assistenza esterna. Il ruolo di referente di settore ha consentito infatti, nel tempo, di realizzare una migliore coesione/integrazione tra domanda e offerta internazionale di aiuto, consentendo, al tempo stesso, all'Italia, di acquisire una notevole visibilità internazionale non solo nel settore sanitario, ma anche sul piano politico.

Sempre nei Territori Palestinesi la Cooperazione Italiana si appresta ora ad avviare un programma triennale a componenti multiple denominato *Programma di Assistenza Sanitaria ai Territori (PAST)*, composto da quattro iniziative a gestione diretta, con una componente multilaterale di emergenza, indirizzate a problematiche di salute identificate come prioritarie.

I contenuti del programma PAST, i cui beneficiari diretti sono le istituzioni e le amministrazioni pubbliche sanitarie locali, coprono le tradizionali matrici di attività di cooperazione sanitaria dei Paesi dell'area Medio Orientale, ossia il sostegno alle istituzioni, l'aiuto umanitario di emergenza, l'investimento in tecnologie e risorse umane.

Per concludere, un approccio integrato agli interventi di assistenza in una specifica area, riposa, a mio parere, soprattutto su un solido coordinamento delle attività dei vari soggetti di cooperazione, allo scopo di rendere obiettivi, processi e modalità di intervento complementari e perciò stesso più efficienti ed efficaci.

Il nostro auspicio è pertanto che dai lavori di oggi possa emergere un confronto franco e costruttivo, che costituisca un primo tassello di un mosaico cha va costruito con pazienza e con l'impegno di tutti noi, attori e promotori di iniziative differenti ma che è possibile inquadrare in un contesto unico, fatto di interventi complementari, espressione compatta di una capacità di azione del Sistema Italia rivolta verso l'assistenza alle popolazioni e verso le loro istituzioni sanitarie. Nel fare questo un supporto essenziale potrà essere dato dai nostri Uffici di Cooperazione nell'area, ed in particolare di quelli di Rabat, Tunisi, Il Cairo, Gerusalemme e Beirut.

L'esperienza delle Regioni nella cooperazione decentrata e nelle emergenze sanitarie internazionali

Luigi Bertinato – Eleonora Martiniello
Coordinamento Interregionale Cooperazione Sanitaria Internazionale, Commissione Salute, Venezia

Riassunto: *La cooperazione decentrata è ormai riconosciuta come uno dei componenti indispensabili della strategia internazionale per la lotta contro la povertà. Questo tipo di cooperazione offre la possibilità di attivare forme stabili di partenariato tra soggetti delle Amministrazioni Regionali e Locali italiane ed istituzioni di pari livello appartenenti alla società civile dei Paesi in via di sviluppo, allo scopo di fornire lo sviluppo sostenibile del territorio di questi ultimi. I relatori hanno illustrato le linee di intervento delle Regioni italiane nella cooperazione decentrata in ambito sanitario (recupero delle attrezzature sanitarie, programmi di ricovero per ragioni umanitarie, esperienza delle Regioni per le emergenze sanitarie internazionali) tracciate dalla sempre più stretta collaborazione con MAE, ONG, ONLUS ed Enti Locali.*

1. Premessa

Dall'estate del 2006 la Commissione Salute degli Assessori Regionali della Sanità, coordinata dalla Regione Toscana, ha ripreso l'esperienza della precedente Legislatura istituendo nuovamente il Gruppo di Coordinamento Interregionale sulla Cooperazione Sanitaria Internazionale e affidandolo alla Regione Veneto.

La prima iniziativa del nuovo mandato delle Giunte, a cui hanno partecipato quindici Regioni, è stata l'emergenza sanitaria legata alla guerra in Libano nell'estate del 2006.

L'operazione, che ha permesso l'invio di un importante quantitativo di aiuti umanitari a favore della popolazione libanese, è stata realizzata con estrema efficacia e rapidità non solo grazie al supporto logistico della Cooperazione Italiana del MAE, della Protezione Civile Nazionale e della Croce Rossa, ma anche grazie alla pronta risposta delle Regioni Italiane che sia singolarmente che congiuntamente hanno acquisito le competenze necessarie per intervenire oltre che nella cooperazione decentrata anche nelle emergenze sanitarie internazionali.

2. Introduzione

A partire dal 1998, le Regioni Italiane hanno cominciato a realizzare iniziative di cooperazione internazionale anche in ambito sanitario, in aggiunta alle tradizionali attività di cooperazione decentrata gestite dalle rispettive Relazioni Internazionali, avvalendosi sia delle proprie strutture regionali che delle proprie Aziende sanitarie. Ciò è stato reso possibile dalla fase di decentralizzazione del Sistema Sanitario Nazionale dallo Stato alle Regioni e in considerazione delle particolari professionalità richieste per l'assistenza sanitaria nei Paesi in via di sviluppo. Allo scopo, molte Regioni hanno inteso dotarsi di una apposita organizzazione all'interno dei rispettivi Assessorati alla Sanità, in grado di poter

impiegare al meglio le proprie strutture e il personale sanitario dipendente, sia direttamente che per il tramite delle Aziende sanitarie stesse. Sono nati così dei modelli di riferimento che hanno permesso di poter sperimentare nuove opportunità offerte alla cooperazione italiana per sviluppare specifiche attività sanitarie nel contesto internazionale, utilizzandone al meglio le recenti competenze acquisite dalle Regioni.

3. Il contesto internazionale di riferimento

Il contesto politico internazionale (soprattutto dopo l'11 settembre 2001), le questioni legate all'allargamento dell'Unione Europea, la riforma del Titolo V della Costituzione rendono ancor più necessarie le attività di cooperazione e di solidarietà internazionale delle Regioni e degli enti locali italiani.

La cooperazione decentrata infatti è ormai riconosciuta come uno dei componenti indispensabili della strategia internazionale per la lotta contro la povertà, principale causa del difficile stato di salute delle popolazioni nei Paesi in via di sviluppo, molto spesso martoriate da guerre e disastri naturali.

Questo tipo di cooperazione offre infatti la possibilità di attivare forme stabili di partenariato tra soggetti delle Amministrazioni Regionali e Locali Italiane e Istituzioni di pari livello appartenenti alla società civile dei Paesi in via di sviluppo, allo scopo di favorire lo sviluppo sostenibile del territorio di questi ultimi.

In tale contesto internazionale, si inserisce il contributo delle Regioni italiane alla cooperazione decentrata, che nasce in un particolare momento di cambiamento della Pubblica Amministrazione italiana. In seguito al passaggio di competenze dallo Stato alle Regioni, in particolare nel campo della sanità, e all'evoluzione delle attività e competenze della Cooperazione allo sviluppo del Ministero degli Affari Esteri, per il ruolo che ha recentemente assunto l'Italia a livello internazionale, le Regioni hanno sfruttato le opportunità offerte dall'articolo 117 della Riforma della Costituzione Italiana che pone come materia di legislazione concorrente con lo Stato quella dei "rapporti internazionali e con l'Unione Europea".

Molte Regioni hanno voluto cogliere questa occasione per poter organizzare le competenze espresse dai Sistemi Sanitari Regionali (SSR) e metterle a disposizione in forma stabile delle numerose attività di solidarietà internazionale che istituzioni pubbliche e private regionali, stavano portando avanti in diverse parti del mondo.

4. Le linee d'intervento delle Regioni Italiane nella cooperazione decentrata in ambito sanitario

L'impegno delle Regioni italiane nella cooperazione decentrata è stato di dimensioni diverse, ma si possono individuare dei principi comuni di riferimento che sono stati adottati nelle attività di cooperazione sanitaria realizzate in questi anni. In linea generale, possiamo sintetizzare le seguenti tendenze:

1. Riferimento costante alle leggi regionali sulla cooperazione decentrata;
2. Valorizzazione all'estero, anche per il tramite del Ministero degli Esteri, delle risorse umane appartenenti al Sistema Sanitario Regionale, presso le Agenzie internazionali e la Commissione Europea;
3. Sviluppo di partnership con istituzioni pubbliche e private, ONG, fondazioni e università presenti nel territorio;
4. Particolare attenzione alle possibili ricadute positive sui singoli SSR e sulla programmazione sanitaria regionale delle attività di cooperazione decentrata;

5. Collaborazione tra Regioni e ONG/Onlus negli acquisti di attrezzature sanitarie e/o di farmaci a prezzi agevolati;
6. Messa a disposizione di Aziende Sanitarie e ONG/Onlus di attrezzature dismesse agli ospedali della Regione per i progetti di cooperazione decentrata;
7. Messa a disposizione rapida di équipes sanitarie, di farmaci e di attrezzature sanitarie per interventi di emergenza internazionale;
8. Possibilità di attuare ricoveri, con procedura MEDEVAC, presso le strutture regionali di pazienti non appartenenti alla UE, provenienti dalle sedi di progetti di cooperazione o segnalati da istituzioni pubbliche e private, ONG/Onlus e Volontariato in generale, con copertura dei costi da parte delle Regioni stesse.

4.1. Attività di cooperazione decentrata

Anche se non si può parlare di una strategia comune vera delle Regioni nella cooperazione sanitaria decentrata, i progetti che sono stati realizzati fino a questo momento hanno permesso di individuare e condividere cinque filoni strategici d'intervento presso i Paesi in via di sviluppo, compresi quelli del Mediterraneo:

1) la cooperazione decentrata;
2) il recupero e il riutilizzo delle attrezzature sanitarie a fini di cooperazione;
3) i programmi di ricoveri per ragioni umanitari;
4) i programmi di emergenza sanitaria;
5) le sinergie con il MAE, l'Unione europea e le Organizzazioni internazionali.

Vediamo ora nel dettaglio come sono stati sviluppati.

Una delle caratteristiche della cooperazione decentrata regionale che si è andata delineando è stata quella della flessibilità e dell'intersettorialità.

Gli interventi regionali si sono integrati con le altre attività internazionali intraprese nel settore sanitario, quali ad esempio: la progettazione a livello comunitario e la collaborazione con le Istituzioni Nazionali e con le Agenzie Internazionali, in particolar modo con l'OMS, l'UNICEF, l'UNDP e l'UNOPS.

Questo ha permesso alle Regioni di agire in un contesto non più esclusivamente di portata locale, ma internazionale, avviando nel contempo anche un importante processo di confronto e collaborazione con i sistemi sanitari e di welfare degli altri Paesi e Regioni dell'Unione Europea e con quelli extra europei, come ad esempio in Albania e in Bosnia.

Sul piano bilaterale, le attività dell'intervento umanitario e finanziario coordinate dalle Regioni sono state indirizzate principalmente alle realtà di pari livello governativo, come Regioni e Province dei Paesi in via di sviluppo, attraverso accordi di cooperazione.

Alcune Regioni – tra le quali le Regioni Veneto, Lombardia, Toscana, Umbria, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Puglia e le Marche hanno sfruttato le nuove competenze amministrative e legali adottando un particolare modello di intervento nella cooperazione decentrata in campo sanitario: le aziende sanitarie sono state dotate di alcuni strumenti amministrativi e finanziari per poter partecipare ai programmi di cooperazione internazionale; inoltre la cooperazione decentrata è stata inserita tra gli obiettivi della programmazione socio sanitaria regionale e aziendale.

Le Regioni che hanno operato in questo senso hanno voluto investire in risorse umane puntando anche ad un ritorno a favore del territorio regionale, sia in termini culturali che scientifici: questo ha permesso delle ricadute positive sui sistemi sanitari e, di conseguenza, un maggior interesse verso i progetti di cooperazione.

Un altro elemento da considerare è che la cooperazione interregionale è stata necessariamente condizionata anche da altri fattori:

- il rapido incremento delle emergenze sanitarie nel mondo e il conseguente coinvolgimento di operatori sanitari della Regione in operazioni di carattere

umanitario, ha permesso loro l'acquisizione di competenze spendibili in altre occasione di emergenza che si potrebbero verificare nel territorio italiano ed europeo;

- i recenti cambiamenti demografici della popolazione residente nelle Regioni, che comportano la necessità di acquisire conoscenze su patologie, normalmente non presenti nella popolazione italiana (come la malaria), o sul ritorno di altre (quali ad esempio la tubercolosi non sempre facilmente diagnosticabile);
- la rapida diffusione delle malattie trasmissibili sia da uomo a uomo, sia da animale a uomo (SARS, Ebola, Marbourg, influenza aviaria, ecc.) che comportano la necessità di identificazione delle cause nella sede di origine dell'epidemia (dove alcuni dei progetti di cooperazione sanitaria regionali, hanno anche l'obiettivo dello sviluppo dei sistemi di sorveglianza per tali patologie).

4.2 Il recupero e il riutilizzo delle attrezzature sanitarie a fini di cooperazione

Con lo scopo di far crescere la cultura della cooperazione e della solidarietà internazionale nei Sistemi Sanitari Regionali e di razionalizzare l'uso delle risorse destinate alle attività di cooperazione, alcune Regioni hanno adottato delle apposite leggi regionali per permettere e promuovere il recupero di attrezzature ospedaliere, arredamento sanitario, e più, in generale, beni mobili dismessi dalle Strutture sanitarie pubbliche e private regionali, per destinarli ai Paesi in via di sviluppo a supporto dei progetti regionali di cooperazione.

Molte apparecchiature medicali che non sono più utilizzabili nelle strutture sanitarie italiane possono, invece, esserlo all'interno di realtà che ne sono prive o che vivono situazioni di emergenza. L'intervento di alcune Regioni italiane nell'Holy Family Hospital di Nazareth è un buon esempio di come una donazione di attrezzature dismesse possa contribuire in maniera decisiva alla sopravvivenza di una struttura indispensabile per la popolazione.

4.2.1 L'esempio della collaborazione a favore dell'Ospedale italiano di Nazareth

Nel settore arabo di Israele, a Nazareth, è presente da 120 anni un Ospedale italiano (la proprietà e una decina di lavoratori espatriati sono italiani) nel quale arabi, musulmani ed ebrei lavorano assieme e vengono curati.

Nell'ottobre 2000, all'esplodere dell'Intifada in Israele/Palestina, l'Ospedale italiano si è ritrovato a dover fronteggiare un'emergenza improvvisa, con 140 feriti da arma da fuoco in 3 giorni. Si rese evidente che l'ospedale, pur se appena inserito nella organizzazione "ARAN" per le grandi emergenze, necessitava di completare ed attrezzare urgentemente il Pronto Soccorso -già in corso di ristrutturazione- e di dotarsi di una Terapia Intensiva.

Alcune Regioni – attraverso l'attivazione delle proprie aziende sanitarie – hanno deciso di intervenire a supporto dell'ospedale, permettendo in soli cinque mesi dalla data di inizio del progetto, il completamento di questi due reparti

Questo primo invio di attrezzature sanitarie italiane dismesse ha costituto per l'Ospedale italiano di Nazareth un primo test che è poi stato replicato con successo nel corso dei due anni seguenti, al punto che oggi tale ospedale ha aperto nuovi reparti e ha effettuato ristrutturazioni con il vantaggio di non dover più acquistare arredi o apparecchiature. Nel caso del nuovo Blocco Parto, non solo arredi e apparecchiature sono "riciclate", ma anche i quadri elettrici, i quadri di riduzione dei gas medicali, l'unità di trattamento aria, le travi testaletto, i flussimetri, i corpi illuminanti, le porte, i lavelli, ecc…L'ospedale di Nazareth è destinato a diventare un "Fully Recycled Hospital".

Questo tipo di intervento regionale ha permesso la realizzazione di un progetto di grande valore economico a fronte di un modesto investimento monetario, nonché la sensibilizzazione di tecnici e amministratori locali e regionali rispetto al recupero dei beni dimessi.

4.3 *I Programmi di Ricoveri per Ragioni Umanitarie*

Alcune Regioni, tra le quali Lazio, Lombardia, Umbria, Campania, Sicilia, Calabria e Veneto, dal 2000 hanno avviato dei programmi a sostegno dei ricoveri per ragioni umanitarie negli Ospedali Regionali di cittadini non appartenenti all'Unione europea.

L'art.32, comma 15, della legge 27 dicembre 1997, n°.449, autorizza le Regioni, nell'ambito della quota di fondo Sanitario Nazionale ad esse destinata, d'intesa con il Ministero della Salute, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, ad erogare prestazioni di alta specializzazione che rientrino in programmi assistenziali approvati dalle Regioni stesse, a favore di:

- cittadini provenienti da paesi extracomunitari in cui non esistono o non sono facilmente accessibili competenze medico specialistiche per il trattamento di specifiche gravi patologie, e qualora non siano in vigore accordi di reciprocità relativi all'assistenza sanitaria;
- cittadini di Paesi la cui particolare situazione contingente non rende attuabili gli accordi in vigore per l'erogazione dell'assistenza sanitaria da parte del Servizio Sanitario Regionale per ragioni politiche, militari o di altra natura.

I programmi regionali per i ricoveri umanitari che sono nati nell'ambito dell'art.32 si sono concentrati nell'assistenza e nel sostegno delle Organizzazioni umanitarie o delle Associazioni di volontariato che generalmente hanno sede nelle Regioni italiane e che già operano nei Paesi in via di sviluppo. In questo modo la loro azione di aiuto e sostegno alle realtà in cui le istituzioni si trovano ad operare può essere più incisiva.

A titolo di esempio, a seguito dell' attuazione del programma umanitario del Veneto, dal luglio 2001 a luglio 2005 sono stati autorizzati nelle strutture regionali 365 ricoveri per pazienti provenienti da circa 75 nazioni diverse. Di questi 170 erano bambini di età compresa tra 1 e 14 anni.

Un'iniziativa particolarmente importante è stata quella promossa dalla Regione Toscana con "Saving Children". Questo progetto, attivato nel 2003 in collaborazione con il Centro Perez per la pace di Tel Aviv, permette di curare bambini palestinesi in ospedali palestinesi e israeliani. A differenza degli altri programmi, che prevedono ricoveri nelle strutture regionali italiane, questo progetto coinvolge l'Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze, ma con il compito di organizzare corsi di formazione e aggiornamento per i medici israeliani e palestinesi che partecipano al progetto, sia in Toscana che a Gerusalemme. La Regione Toscana ha stanziato per il progetto, che coprirà il periodo 2007-2009, una somma di 400.000 euro l'anno. Gli Ospedali israeliani si impegnano a contribuirvi riducendo del 50 per cento le tariffe per i ricoveri palestinesi. I risultati finora ottenuti sono stati molto incoraggianti: dal 2003 ad oggi il programma ha permesso di curare oltre 3.000 bambini palestinesi in ospedali palestinesi e israeliani.

4.4 *L'esperienza delle Regioni per le emergenze Sanitarie Internazionali*

Negli ultimi anni il numero di emergenze mondiali è incrementato a causa dell'aumento dei conflitti armati, di attentati terroristici, dei terremoti, delle inondazioni, e più in generale delle crisi dovute a cause ambientali. A questo si sono aggiunte le gravi crisi economiche che hanno colpito alcuni Paesi dell'Asia e dell'America Latina.

La maggior parte di queste emergenze comportavano la necessità di far fronte a vario titolo alle questioni sanitarie.

L'Italia è sempre più coinvolta in interventi volti a fronteggiare le varie emergenze internazionali, interpellata dalle Nazioni Unite, Unione Europea o dai singoli Stati colpiti da eventi calamitosi.

Molte Regioni, per la dimensione internazionale che hanno settori di responsabilità delegata come la sanità, hanno voluto dotarsi di migliori possibilità organizzative per far fronte alle richieste provenienti dalle Istituzioni nazionali, internazionali o dalle ONG presenti in Regione in tempi necessariamente rapidi.

L'obiettivo è stato quello di permettere al Sistema Sanitario Regionale la possibilità di mobilizzare rapidamente gli operatori sanitari competenti e di inviare le attrezzature sanitarie e i presidi farmacologici acquistabili a prezzi competitivi dalle Aziende Sanitarie e stoccati opportunamente in luoghi protetti. Inoltre le Regioni prendono parte alle varie Task Force che, di volta in volta, il MAE o il Governo o la Regione stessa, organizzano per le emergenze internazionali.

A titolo di esempio, nel modello di intervento regionale per le emergenze sanitarie è stata prevista, come nel caso delle attività di cooperazione decentrata, la presenza di un punto di riferimento regionale per le attività di coordinamento delle iniziative all'interno delle competenze del Servizio per i Rapporti Socio Sanitari Internazionali, con i seguenti compiti:

- collaborazione con le Aziende sanitarie nella raccolta e stoccaggio di attrezzature sanitarie e di farmaci da inviare nelle zone colpite dalle emergenze;
- collaborazione nella messa a disposizione rapida di equipes sanitarie sulla base di una banca dati regionale;
- collaborazione con le Istituzioni Nazionali ed Internazionali nelle missioni esplorative e nelle missioni di valutazione degli interventi di emergenza, all'interno delle c.d. Task Force;
- raccordo con le direzioni regionali competenti per i vari aspetti delle emergenze internazionali, *in primis* con la Direzione per le Relazioni Internazionali o la Protezione Civile.

L'attività di emergenza sanitaria all'estero delle Regioni si è sviluppata principalmente dal 1999 a seguito della guerra in Kosovo, inserendosi nell'ambito più generale delle attività di cooperazione con i Paesi in via di sviluppo. Le Regioni hanno così partecipato a diversi interventi di emergenza sanitaria, collaborando con il Ministero della Salute, il Ministero degli affari Esteri, il Dipartimento della Protezione Civile, la Croce Rossa Italiana (CRI), CINSEDO, le ONG/Onlus e gli Organismi Internazionali.

La crisi argentina del 2001-2002, la guerra in Afghanistan e in Iraq, terremoti e disastri naturali come lo Tsunami hanno spinto le Regioni a partecipare massicciamente a progetti umanitari, dall'invio di farmaci a quello di personale sanitario regionale nei luoghi dei conflitti ai ricoveri umanitari.

Dal maggio 2003, a seguito del conflitto in Iraq, il CINSEDO ha promosso un accordo con la Croce Rossa Italiana e con la Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome, che ha permesso di trasferire in Italia, i pazienti più gravi selezionati dall'Ospedale della CRI di Baghdad, con il coordinamento interregionale del Veneto attraverso un apposito ponte aereo.

Le modalità di finanziamento di questi interventi hanno principalmente seguito il canale diretto regionale, con contributi esterni legati alle raccolte di fondi che le Regioni ha voluto organizzare per particolari situazioni di emergenza.

4.4.1 L'esempio del Programma interregionale di ricoveri dall'Iraq con procedura MEDEVAC

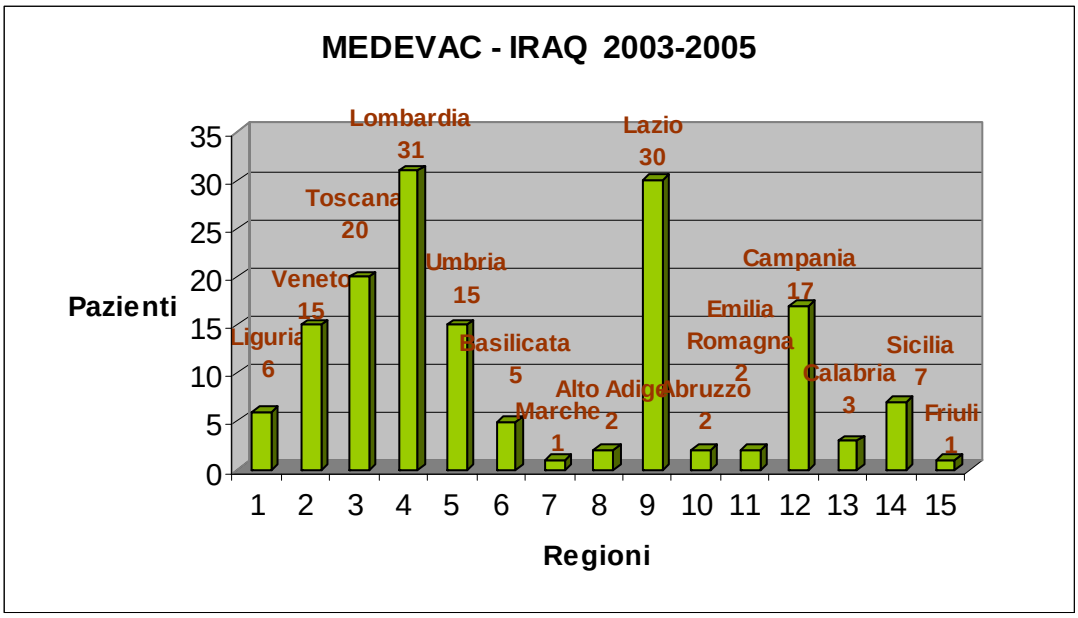
Dal maggio del 2003 la Croce Rossa Italiana ha attuato, in collaborazione con il Ministero degli Affari Esteri, un'operazione umanitaria in favore della popolazione irachena coinvolta dagli esiti dal conflitto in atto, consistente nella realizzazione di una struttura sanitaria attendata a Baghdad che, successivamente è stata trasferita presso il Medical City Hospital, e che è stata coordinata dalla Regione del Veneto su mandato del CINSEDO.

Da giugno 2003, dall'ospedale della CRI a Baghdad della CRI sono iniziate avviate da strutture ospedaliere italiane alcune richieste di Evacuazione a mezzo aereo (MEDEVAC) di pazienti non trattabili nel territorio iracheno. La questione è stata posta alla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome e nel luglio 2003 è stato quindi siglato un primo Protocollo d'Intesa che impegnava Regioni, Pubbliche Amministrazione e CRI a razionalizzare ed ottimizzare le procedure di ricovero di pazienti affetti da gravi patologie, dalla Struttura operante a Baghdad (Iraq) alle Strutture Sanitarie delle Regioni Italiane, mediante l'utilizzo delle procedure del piano di evacuazione con aeromedica definita a livello internazionale "Medical Evacuation" (MEDEVAC), nel rispetto delle singole modalità di ricovero nelle Regioni Italiane per ragioni umanitarie, di cittadini di paesi non appartenenti alla Comunità Europea.

Questa forma di collaborazione tra le Regioni e la CRI puntava a sviluppare due approcci di intervento sanitario a largo spettro: uno definito a "breve termine", attraverso il piano di evacuazione aeromedica di pazienti iracheni che l'ospedale della CRI a Baghdad considerava clinicamente più gravi; ed uno a "lungo termine" con il fine di tramutare le emergenze umanitarie in interventi di cooperazione sanitaria, favorendone così la sostenibilità e valorizzando le competenze delle comunità locali,alla cessazione delle condizioni di emergenza.

4.4.2 Risultati

- Dall'inizio dell'attività Medevac sono stati effettuati 24 voli della C.R.I. All'agosto 2005, 157 pazienti iracheni di età compresa tra 1 mese e 55 anni sono stati trasportati nelle strutture sanitarie delle Regioni Italiane; tra questi, 89 sono stati i casi pediatrici, 139 i pazienti dimessi e 151 sono gli ospedali che hanno collaborato al ricovero dei pazienti iracheni, dislocati in 15 Regioni Italiane: Liguria, Veneto, Toscana, Lombardia, Umbria, Basilicata, Marche, P.A. Bolzano, Lazio, Abruzzo, Emilia Romagna, Campania, Calabria, Sicilia e Friuli Venezia Giulia.



5. Esempi di sinergie delle Regioni con il MAE, L'Unione europea e le Organizzazioni Internazionali

La realizzazione degli interventi finora esposti è stata permessa dalle sinergie che le Regioni hanno saputo di volta in volta creare con il Ministero degli Affari Esteri (MAE), con l'Unione europea e con le Organizzazioni Internazionali, quali l'OMS, l'UNICEF e l'UNDP e le ONG. Attraverso la partecipazione ai diversi programmi, in partenariato con istituzioni pubbliche e private, le Regioni hanno aumentato – in tempi molto rapidi - la capacità di lavorare in rete e adattato le proprie metodologie lavorative ai modelli e standard più avanzati come quelli proposti dalla Commissione europea e/o dalle Agenzie delle Nazioni Unite.

Dall'adozione degli strumenti formativi messi a disposizione dall'OMS e dall'Unicef -in particolare per l'area materno infantile - dal supporto economico e tecnico dell'Unione europea – in particolare nell'utilizzo delle nuove tecnologie e della telemedicina - alla collaborazione attiva con MAE, ONG e Organizzazioni Internazionali operanti nei Paesi in via di sviluppo, le Regioni hanno ampiamente usufruito dello scambio di buone pratiche, di *expertise*, di informazioni ed esperienze che i progetti di cooperazione permettono di acquisire. Questi ultimi infatti, necessitano per la loro buona riuscita, di un importante lavoro sinergico – a livello locale, nazionale ed internazionale – e di un decisivo investimento nelle risorse umane da destinare alle attività di cooperazione, sia in termini di tempo-lavoro che di formazione.

Dal dicembre del 2004, le Regioni italiane sono state coinvolte nel "Programma di sostegno alla cooperazione regionale" promosso dal Ministero degli Affari Esteri-Direzione Generale Mediterraneo e Medio Oriente e Direzione Generale Paesi dell'Europa - che mira al rafforzamento delle capacità di cooperazione interistituzionale del MAE e delle Regioni nell'ambito dei processi di apertura internazionale dei territori. Il programma, finanziato con fondi CIPE (n.17/2003 e 139/1999) e realizzato con il supporto tecnico del Formez e dell'OICS (Osservatorio Interregionale Cooperazione Sviluppo), intende rafforzare la collaborazione fra le Regioni e fra queste e il Ministero degli Esteri. In attuazione del programma in oggetto le Regioni hanno identificato una serie di progetti interregionali integrati da attuare nei Balcani occidentali e nei Paesi della Sponda Sud del Mediterraneo nel 2007-2008. Le attività previste contribuiranno alla definizione di una

strategia che valorizzi il ruolo del sistema Italia, delle Regioni e Province Autonome nelle aree sopraindicate , nell'ambito della politica europea di vicinato e in accordo con i nuovi strumenti messi a disposizione dell'Unione europea per la promozione della cooperazione di prossimità e di preadesione.

Nell'area socio sanitaria sono stati individuati i seguenti progetti:

- Per l'Area Balcanica: "*Welfare and Health Cooperation in the Balkans"* interviene sui sistemi di sanità e welfare nelle aree di Scutari (Albania), Zenica (Bosnia-Erzegovina), Novi Sad (Serbia) Bar e Podgorica (Montenegro). Leader del progetto è la Regione Molise che lavora in partenariato con Puglia, Liguria, Emilia Romagna, Sardegna e Veneto (finanziamento totale: 800 000 euro).
- Per l'Area Mediterraneo: " *Mehenet –Mental Health Network*" offre un supporto allo sviluppo dei servizi di salute mentale di comunità in Egitto, mentre "*Surgiland"* promuove un percorso formativo avanzato in chirurgia, chirurgia micro-invasiva e chirurgia sperimentale in Tunisia e Marocco. La regione leader è la Campania che lavora in partenariato con Veneto, Friuli Venezia Giulia, Puglia, Lazio, Sicilia, ed Emilia Romagna (finanziamento totale: 1.500.000 Euro).

6. Conclusioni

Dalla presentazione degli interventi delle Regioni Italiane nella cooperazione decentrata in ambito sanitario, emerge che l'azione regionale è diventata in questi anni sempre più intensa.

Grazie anche alla stretta collaborazione con il MAE, le ONG, le ONLUS e agli Enti Locali, le Regioni hanno moltiplicato i contatti e le partnership, accentuando l'internazionalizzazione e la cooperazione con uno scopo preciso: contribuire allo sviluppo delle aree povere del mondo, sostenerne la crescita, vincerne le disuguaglianze sociali, economiche e culturali.

Le emergenze umanitarie internazionali, che vedono anche in questo campo le Regioni italiane sempre più coinvolte assieme alle altre Istituzioni del Nostro Paese, ci inducono a tener conto dell'esperienza degli operatori regionali impegnati nelle aree di crisi del mondo, e farla diventare stabile cultura all'interno delle nostre Aziende sanitarie.

Il modello di intervento sviluppato dalle Regioni per la cooperazione decentrata e per le emergenze sanitarie internazionali può essere un punto di riferimento sia tecnico che organizzativo per quanti intendano approfittare delle novità nella Pubblica Amministrazione italiana conseguenti alle riforme in atto nel nostro Paese in alcuni settori, in primo luogo nel settore sanitario, per sviluppare programmi a favore dello sviluppo dello stato di salute delle popolazioni più bisognose e provenienti da aree prioritarie per la cooperazione italiana (dall'area dei Paesi dei Balcani ai Paesi che si affacciano sulla sponda sud del Mediterraneo).

Sessione 2

Revisione dei modelli di intervento in grado di fare "Sistema-Paese".

Condivisione dei settori di eccellenza italiani sui quali inizialmente concentrare le attività di partenariato

Gestione integrata dei percorsi assistenziali e delle patologie
L'esperienza nelle patologie ematologiche

Franco Mandelli
Istituto Mediterraneo di Ematologia, Università La Sapienza, Roma

Riassunto: *L'Istituto Mediterraneo di Ematologia svolge numerose attività finalizzate all'assistenza, ricerca e formazione del personale straniero a Roma. Al fine di coordinare meglio le proprie attività il Centro ha dato vita ad un Network di centri di ematologia per trattare pazienti provenienti da Paesi in cui non esistono strumenti, know how e strutture per essere curati. L'eccessiva richiesta di pazienti che desideravano essere curati in Italia e la necessità di mettere in piedi una macchina di assistenza in grado di rispondere ad esigenze quali la lingua e la sistemazione dei familiari, ha reso necessario identificare alcuni criteri di selezione.*

L' Istituto Mediterraneo di Ematologia (IME), nato da un'idea del Prof Sirchia, ha visto sin dall'inizio il coinvolgimento del Ministero della Salute, Ministero dell'Economia, Ministero degli Affari Esteri e della Regione Lazio, con il fine di realizzare una Fondazione/Istituto proiettato verso un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

L'IME è un Istituto di grandi potenzialità e basa la sua azione su numerosi finanziamenti miranti a :

- Assistenza;
- Ricerca, soprattutto clinica;
- Formazione del personale straniero a Roma.

Il personale impegnato in attività nell'area del Mediterraneo, in particolare Bagdad e Kurdistan, ha in genere un notevolissimo entusiasmo, e lo dimostra quotidianamente lavorando anche 12 ore al giorno e mettendo in piedi una forma di cooperazione attiva con il personale locale.

L'IME è riuscito a creare a Roma un Network di centri di ematologia per trattare pazienti che arrivano dall'estero e che non possono essere curati nelle aree di provenienza. Questa rete coinvolge oltre ad importanti Università anche centri di eccellenza della capitale: Università La Sapienza, Università Tor Vergata, Ospedale Sant'Eugenio, Azienda Ospedaliera San Giovanni e Ospedale San Camillo Forlanini.

Uno dei primi obiettivi del Network è quello di prendere a carico pazienti critici provenienti da diversi Paesi. I settori di cui si occupa l'IME sono numerosi:

- leucemia
- talassemia
- malattie ematologiche

Nel corso del 2004 sono stati ospedalizzati a Roma 5 bambini e 1 adulto provenienti da Bagdab e affetti da leucemia acuta. Nel 2006 il numero di pazienti ospedalizzati è fortemente aumentato perché il Network si è fatto carico di alcuni pazienti provenienti dall'area del Kurdistan (ben 26 bambini e 18 adulti ricoverati o seguiti in Day Hospital). Molti dei pazienti trattati sono rientrati in Kurdistan dopo breve tempo, altri,

costretti a seguire trattamenti differenti (diagnostica, terapeutica, trapianto di cellule staminali) sono rimasti in Italia più a lungo. Molti pazienti affetti da altre patologie, come ad esempio la Leucemia Mieloide, hanno potuto evitare il trapianto grazie all'IME, il quale ha introdotto nel Paese farmaci fino a quel momento non conosciuti o non diffusi, come il Glivec.

In realtà al fine di selezionare i pazienti sarebbe stato opportuno disporre di informazioni valide, ma la non disponibilità di laboratori specifici che permettono di avere delle diagnosi accurate hanno reso ancor più difficile tale attività. Al fine di ovviare a questi problemi l'Istituto, oltre a proporre la realizzazione di laboratori necessari ad effettuare indagini diagnostiche accurate, ha definito dei criteri di selezione a monte:

- pazienti affetti da leucemia acuta;
- pazienti che richiedono una migliore definizione della diagnosi;
- pazienti che richiedono un'intensificazione della terapia compreso trapianto di cellule staminali;
- pazienti che richiedono una stadiazione o una rivalutazione dopo una terapia eseguita nel paese d'origine.

Non sono stati presi in carico:

- pazienti con malattie allo stadio avanzato;
- pazienti ben trattati nel paese d'origine.

Dopo aver definito questi criteri e in seguito alle visite effettuate sono stati selezionati 34 pazienti da trasferire a Roma, di questi due hanno rinunciato al trasferimento tre sono morti prima di partire. Quindi i pazienti trasferiti sono stati complessivamente 29 e molti di essi hanno richiesto un trapianto di cellule staminali.

Il trasferimento dei pazienti e il loro trattamento in Italia ha comportato, e comporta tuttora, delle difficoltà:

- sistemazione del paziente e del famigliare che lo accompagna (ci sono tre residenze: la residenza di ematologia, Peter Pan, che ospita soprattutto bambini, e la residenza di Monte Compartri che fa affidamento sull'associazione di volontari Armadillo che si fa carico del trasferimento dei pazienti a Roma) ;
- lingua, è quasi sempre necessario ricorrere ad un interprete;
- assenza della famiglia, la cui assenza è spesso mitigata dalla presenza dei volontari;
- concomitanza di altre patologia (il problema ematologico è aggravato dalla presenza di molte altre complicanze, epatiche, problemi di immunoematologia, che richiedono la cooperazione con specialità).

Un altro importante settore in cui interviene l'IME è la formazione. Non è difficile immaginare come questi Paesi siano sprovvisti di procedure e protocolli, non abbiano disponibilità di farmaci e non siano in grado di effettuare raccolte dei dati. Per ovviare a queste carenze è stato ritenuto opportuno ospitare, per periodi medio – lunghi, medici provenienti dai Paesi in oggetto. Attualmente tre medici svolgono uno stage in ematologia presso l'Università La Sapienza.

Gestione integrata dei percorsi assistenziali e delle patologie
L'esperienza nelle patologie oncologiche

Francesco Aloisi – Alberto Costa
Euro – Arab School of Oncology, Milano

Riassunto: *La Scuola Euro Araba di Oncologia ha realizzato un programma di formazione di medici e personale infermieristico e amministrativo provenienti da tutti i Paesi arabi. Il programma si svolge in Egitto e prevede il coinvolgimento di docenti europei ed arabi. Il corso si è concentrato, in un primo momento, su linfomi, tumori pediatrici e tumori al seno, mentre per il 2007/2008 esso prevede la formazione per tumori gastro-intestinali, polmoni, utero, ovaie, vie urinarie, vescica, cancro ematologico e cure palliative, oltre alla prevenzione dei tipi di tumori prevalenti nel mondo arabo. Il successo di questo progetto risiede nei costi limitati, in quanto si appoggia sulle strutture e risorse locali, e nella visibilità politica negli Stati arabi e a livello multilaterale: Lega Araba, ALESCO, Organizzazione Mondiale della Sanità, Unione Europea.*

La Scuola Euro Araba di Oncologia (EASO) è un progetto congiunto del Ministero della Sanità egiziano e della Scuola Europea di Oncologia (ESO) di Milano.

La sua missione è quella di ripetere al livello dei venti Paesi membri della Lega Araba il modello prestigiosamente sviluppato negli ultimi venticinque anni dall'ESO a Milano, fondato sulla necessità di diffondere presso il personale medico di ogni ordine i più recenti sviluppi della ricerca oncologica, onde ridurre l'inaccettabile numero di decessi riconducibili a diagnosi errate o tardive o a trattamenti inadeguati.

Si tratta quindi essenzialmente di un programma di formazione di medici di ogni tipo di specializzazione, ma anche di personale infermieristico, ed amministrativo degli ospedali. Tale programma verrà svolto essenzialmente (ma non esclusivamente) in Egitto, e coinvolgerà docenti europei e arabi, e frequentatori di tutto il mondo arabo, ivi compreso il Nord Africa.

Le sue due principali caratteristiche sono:

- Una completa indipendenza dai finanziamenti dell'industria medica e farmaceutica, garantita dalle risorse proprie dell'ESO.
- La continua ricerca di una corrispondenza delle attività programmate alle effettive esigenze epidiemologiche, ma anche economiche, sociali e culturali – dei Paesi in cui si va a lavorare. Tutte le attività di formazione, tra l'altro, vengono svolte nei Paesi arabi e non in Italia.

Il programma è già iniziato, con un primo corso che si è svolto al Cairo nello scorso mese di marzo, e che ha visto la partecipazione di circa 100 medici egiziani più un numero, ancora limitato, proveniente da altri Paesi arabi. Questo primo corso si è concentrato sui linfomi, sui tumori pediatrici e sui tumori al seno.

Il 6 novembre scorso si è tenuta una riunione, in questa stessa sala dove ci troviamo oggi, con la partecipazione di rappresentanti di molti Paesi arabi, nella

quale è stato deciso il programma per i prossimi due anni (2007/08), che dovrà vedere un sostanziale allargamento della partecipazione a tutti i Paesi arabi.

Nel quadro di questo programma biennale terremo un primo corso a Beirut in aprile sui tumori gastro-intestinali, in coincidenza con la riunione annuale della Società Oncologica libanese.

In settembre organizzeremo invece, questa volta al Cairo, una approfondita Master Class, incentrata sui tumori al seno, i tumori ai polmoni, il cancro all'utero ed alle ovaie, il cancro ematologico, i tumori alle vie urinarie ed alla vescica nonchè alle cure palliative.

Sempre al Cairo, ma nel gennaio del 2008, è previsto un corso sulla prevenzione dei tipi di tumori prevalenti nel mondo arabo.

Infine, nei limiti delle nostre disponibilità finanziarie (che stiamo lavorando per aumentare) contiamo di istituire e finanziare una serie di Teaching Fellowships in ambito regionale, e cioè tra Paesi arabi.

Per concludere vorrei mettere in evidenza alcune caratteristiche del nostro programma che si presterebbero forse ad essere ripetute in altri settori della cooperazione medico sanitaria con i Paesi del Mediterraneo, nel quadro di quella "diplomazia della salute" di cui parla uno dei documenti preparatori di questa riunione.

Innanzitutto l'obiettivo di ridurre i tempi di trasferimento dei risultati della ricerca al loro effettivo utilizzo da parte del personale medico, che ha un forte ritorno in tema di riduzione di morbilità e mortalità potrebbe essere perseguito, a mio avviso, anche in altri settori.

Inoltre l'interlocuzione, e la partecipazione attiva, del personale medico locale permette di tener conto a fondo di quelle che sono le effettive condizioni locali, non solamente in termini di epidiemologia, ma anche di condizioni economiche, sociali e culturali. Direi che "insegnando si impara".

Inoltre appoggiandosi, come siamo in grado di fare al Cairo, a strutture didattiche locali di buon livello, i costi diventano contenuti.

Ma vorrei sottolineare anche alcuni aspetti politici di questo tipo di programma.

Esso ha un alto livello di visibilità e, per il suo carattere regionale, si presta ad essere valorizzato non solamente a livello nazionale dei singoli Paesi dove si interviene, ma anche a livello multilaterale: Lega Araba, ALESCO, Organizzazione Mondiale della Sanità, Unione Europea.

Inoltre esso crea numerosi rapporti personali tra l'ambiente medico italiano e quello locale e tra le istituzioni dei vari Paesi, destinati a rimanere nel tempo e a dar corso ad altri tipi di collaborazione.

Ma, infine, il nostro programma porta anche ad una collaborazione tra settori medico sanitari degli stessi Paesi arabi. Ciò costituisce un risultato importante se si pensa al bassissimo livello di cooperazione tra Paesi arabi in tutti i settori, che costituisce uno dei problemi politici sottostanti alle tensioni nell'area.

Sarebbe forse utile che il partenariato per la Salute che andiamo a costituire con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente prevedesse anche analoghi programmi regionali di formazione del personale medico negli altri settori in cui sono di già maggiormente concentrati i nostri programmi di cura e di ricerca.

Gestione integrata dei percorsi assistenziali e delle patologie
L'esperienza nel settore pediatrico
Contributo Med Child al "Sistema Italia" della salute

Bruno Musso
Presidente MedChild – Fondazione Istituto Mediterraneo per l'Infanzia, Genova

Riassunto: *MedChild, nato per promuovere e perseguire il diritto del bambino a crescere come persona, progetta e realizza interventi in materia di assistenza alla prima infanzia, percorsi all'istruzione, modalità di urbanizzazione e pediatria. Il principale progetto pilota realizzato da MedChild, e voluto e finanziato dal Ministero degli Affari Esteri, è attualmente in corso nel nord dell'Iraq e mira a fronteggiare i temi sanitari, assistere il bambino nella sua interezza, sviluppare un modello di diffusione ad altre aree dell'Iraq ed altri paesi dell'area Mediterranea. In pediatria, MedChild, IME e MAE, con la collaborazione della migliore pediatria italiana, hanno attivato una forte integrazione operativa al fine di realizzare un intervento organico per la crescita della qualità pediatrica in quest'area. Inoltre, MedChild sta progettando un Centro Pediatrico del Mediterraneo (CPM) concepito come ospedale di eccellenza dedicato al Mediterraneo.*

1. Chi è

MedChild nasce a Genova nel 2004 per «promuovere e perseguire il diritto del bambino a crescere come persona».

È ente *non profit* che opera coniugando missione e imprenditorialità.

Privilegia i bisogni meno soddisfatti e per cui dispone delle capacità più qualificate, pediatria in primis.

È fondazione mediterranea di diritto italiano, dove Mediterraneo è inteso nel senso più lato dei Paesi bagnati dalle sue culture più che dalle sue acque; quindi il Partenariato Euro-Mediterraneo più la MENA Region - Middle East and North Africa.

Ha il suo riferimento istituzionale nel MAE che ne ha riconosciuto il carattere di agenzia indipendente e la valenza di operatore privilegiato per l'assistenza all'infanzia nel Mediterraneo.

Ne sono membri

- "fondatori" le Fondazioni Gaslini e IME.
- "partecipanti istituzionali": MAE, Arab Urban Development Institute di Ryad in nome delle maggiori 400 città arabe, Royal Scientific Society di Amman, Ospedale Bambino Gesù, Provincia, Comune e Camera di Commercio di Genova.

Hanno sostenuto le iniziative Compagnia di San Paolo, Fondazione Cariplo, Inner Wheel.

2. Come opera

Per favorire la comprensione della situazione di fatto e di diritto:

- pubblica annualmente un rapporto sulla situazione del bambino nel Mediterraneo (in dicembre 2006 sarà presentata a Rabat la terza edizione);
- ha costruito con World Bank e università europee un innovativo indice del benessere (il *MedChild Well-Being Index)*;
- sta progettando, con università italiane e mediterranee, un "Master sulle legislazioni minorili e sulla loro attuazione".

Per valorizzare le migliori iniziative incentivandole e diffondendole ha istituito uno speciale premio a cadenza biennale:

- il *MedChild Award for the Best Practices* (prima edizione a Dubai nel 2005, dove una giuria a forte connotazione araba ha assegnato 3 premi e 5 menzioni includendovi una iniziativa israeliana).

Per incidere sulla situazione progetta e realizza interventi in materia di:

- assistenza alla prima infanzia;
- raccolta e diffusione di giochi, giocattoli e fiabe del Mediterraneo per favorire la crescita dei bambini e della comprensione delle radici culturali e religiose dei diversi popoli;
- percorsi dell'istruzione;
- modalità di urbanizzazione, in collaborazione con Arab Urban Development Institute, che di MedChild è Partecipante Istituzionale;
- pediatria.

3. Il Progetto Pilota

In "Nord Iraq – Regione Kurdistan" è in corso il principale intervento, voluto e finanziato dal MAE:

- per fronteggiare i temi sanitari segnati da
    - gravi patologie genetiche eccezionalmente frequenti,
    - forte necessità di aggiornamento di medici e operatori,
    - gravi carenze delle strutture e delle infrastrutture;
- per assistere la persona del bambino nella sua interezza,
- concepito come "modulare" per potersi estendere al resto dell'Iraq quando sussisteranno le necessarie condizioni di sicurezza e, con i necessari adattamenti-paese, ad altri paesi del Mediterraneo (pressanti richieste vengono in questi giorni da Afganisthan, Libano, Palestina).

D'intesa con MAE, MedChild ha scelto questo intervento come suo Progetto Pilota per la verifica di tutte le sue iniziative.

4. La pediatria

In pediatria, anche in conformità con le attese del MAE, è stata attivata con IME una forte integrazione operativa sotto la responsabilità del Dr. Gardi, Commissario IME e Consigliere MedChild con delega per la salute. Insieme, MedChild e IME, coinvolgendo la migliore pediatria italiana, assicurano un intervento organico per la crescita della qualità pediatrica nel singolo paese con:

- trasferimento di know-how, formazione, tele-assistenza, ricovero in Italia dei casi diversamente non trattabili, assistenza progettuale per nuove/migliori strutture sanitarie e relative infrastrutture
- missioni con "unità pediatriche mobili di terra per emergenza e tele-diagnosi" (primo *screening* in Sud-Giordania con il supporto dell'Ospedale Italiano di Kerak[1]; già effettuata la prima visita medica a 11.200 bambini, di cui 182 ricoverati in ospedali giordani e 2 in Italia)
- missioni pediatriche su navi logistiche della Marina Militare Italiana per: diagnosi e assistenza ai bambini; valutazione delle strutture sanitarie; formazione *on the job* dei medici locali; ampio confronto tra medici locali e italiani (prima missione a Tripoli nel novembre 2004)
- sviluppo di reti tecnologiche di tele-sanità (tele-consulto, *second opinion* e tele-diagnosi) per una diffusione capillare dell'assistenza pediatrica sul territorio
- sviluppo del *Clinical Trial Office* costituito per promuovere il farmaco pediatrico (concepito e testato per il bambino, che non è il piccolo adulto che il mercato vorrebbe) a favore di tutto il Mediterraneo, con attenzione alle patologie scomparse dalle aree più industrializzate;
- approfondimento, in collaborazione con le università, delle tradizioni locali a partire dal "percorso materno-natale" per il quale è avviata la collaborazione con il Dipartimento di Antropologia dell'Università di Genova che vanta uno straordinario museo di etno-medicina
- costante integrazione dell'intervento pediatrico nell'assistenza alla persona del bambino.

5. Il Progetto CPM - Centro Pediatrico del Mediterraneo

Per consolidare l'attività pediatrica è in fase avanzata di progettazione il CPM - Centro Pediatrico del Mediterraneo, concepito come ospedale pediatrico di eccellenza dedicato al Mediterraneo e costituito da:

- "sezioni mediterranee" degli ospedali pediatrici aderenti a MedChild
- unità mobili di terra
- nave pediatrica.

Di CPM è già stato completato il progetto preliminare. La progettazione finale ed esecutiva, particolarmente complessa, è affidata ad una Unità di Progetto, assistita dal Comitato Scientifico Internazionale di Medchild e articolata in cinque gruppi per la progettazione: medica, tecnologica, organizzativo-gestionale, giuridico-normativa, economico-finanziaria.

La nave pediatrica (CIN – *Child-friend Italian Navy*) è in corso di progettazione con l'assistenza della Marina Militare Italiana e il contributo dei principali ospedali pediatrici, dell'Università di Genova e di Fincantieri. Sarà

- attrezzata con la migliore tecnologia per diagnostica e cura delle patologie complesse
- a disposizione della Protezione Civile in caso di catastrofi naturali ed emergenze umanitarie
- centro visibile di CPM
- vetrina della professionalità e della tecnologia italiane.

La progettazione si concluderà nel dicembre 2007.

[1] posseduto da ANSMI (Associazione Nazionale di Sostegno ai Missionari Italiani) con cui MedChild ha un accordo di cooperazione.

6. Condivisione e sostenibilità

MedChild ha sempre proceduto in accordo con MAE, suo riferimento istituzionale, avendo quale referente il Direttore Generale per il Mediterraneo e il Medio Oriente e presentando al Ministro le iniziative più rilevanti, CPM in primis, sempre ricevendone approvazione e sostegno.

Essendo nel contempo fondazione mediterranea, MedChild ha egualmente proceduto in accordo con qualificati enti istituzionali del Mediterraneo trovando in particolare costante supporto nei suoi membri istituzionali. CPM, per la sua rilevanza, è stato inoltre presentato e discusso lo scorso dicembre nella Conferenza Internazionale di Rabat (organizzata con il concorso della Banca Mondiale). Lì, nel corso di una sessione plenaria interamente ad esso dedicata, il progetto ha trovato una prima significativa espressione di piena condivisione, cui altre seguiranno.

Ai fini della sostenibilità economica delle iniziative giova infine menzionare l'interesse di alcuni importanti gruppi finanziari e imprenditoriali per CPM e quello del mondo finanziario internazionale per gli interventi-paese a fronte del consenso espresso dai governi interessati e della necessaria estensione alle strutture sanitarie locali. Di questo supporto (economico, tecnologico e finanziario) beneficeranno i centri pediatrici italiani aderenti alle iniziative e, in particolare, le loro capacità di intervento nella formazione e nell'assistenza.

Gestione integrata dei percorsi assistenziali e delle patologie
L'esperienza nel settore dei trapianti
Modelli di attività di cooperazione nel trapianto di organi

Alessandro Nanni Costa
Centro Nazionale Trapianti, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Riassunto: *Il Centro Nazionale Trapianti (CNT) promuove e coordina i rapporti con le istituzioni estere di settore al fine di facilitare lo scambio di organi. La molteplicità di ambiti in cui si esplica l'attività internazionale del CNT mette in evidenza una vocazione del settore trapiantologia per i rapporti internazionali e per gli scambi di expertise e know how. Durante l'intervento sono stati presentati alcuni esempi di cooperazione tra Italia e Paesi dell'area mediterranea e medio-orientale (Grecia, Malta, Tunisi, Egitto). Le attività di collaborazione illustrate permettono a pazienti provenienti da questi Paesi di essere trapiantati in Italia in casi di particolare complessità, pediatrici o in urgenza, oltre a garantire formazione e trasferimento del know how.*

La nascita del Centro Nazionale Trapianti, come struttura di coordinamento al vertice del sistema trapianti italiano, è sancita dalla legge n. 91 del 1 aprile 1999. Come scritto all'art. 8 paragrafo m *il CNT promuove e coordina i rapporti con le istituzioni estere di settore al fine di facilitare lo scambio di organi*. Molte sono le iniziative di cooperazione con l'estero nel quale il Centro Nazionale Trapianti è coinvolto, alcune delle quali riguardano l'area del Mediterraneo, in particolare:

- Italia/Grecia, accordo per il trasferimento e trapianto di pazienti greci in Italia
- Italia /Algeria, supporto per la creazione di un'agenzia nazionale per i Trapianti e valutazione della logistica delle strutture
- Italia/Tunisia, collaborazione tra l'ospedale Cardarelli di Napoli e l'ospedale Nicolle di Tunisi
- Italia/Malta, collaborazione tra il Policlinico Umberto I e l'ospedale St Luke's, per la tipizzazione tissutale e il crossmatching, prelievo e trapianto di cuore e prelievo di fegato
- Italia/Egitto (in fieri), collaborazione tra l'ISMETT di Palermo e il Ministero della Salute egiziano per il trasferimento del know how per quanto riguarda la terapia cellulare con staminali epatiche per le terapie delle insufficienze epatiche croniche e acute.

Nel corso del convegno, prima di descrivere nel dettaglio le diverse iniziative di collaborazione già avviate, si è iniziato con il presentare i due possibili ambiti di cooperazione in tema di trapianto d'organi:

- il primo prevede il supporto assistenziale all'attività di trapianto, quindi oltre ad un possibile scambio di organi tra i due Paesi, è prevista anche la possibilità per i pazienti stranieri di essere trapiantati in condizione di particolare urgenza o gravità;

- il secondo modello di cooperazione prevede invece il supporto per la realizzazione di un modello di coordinamento e per l'organizzazione delle attività di donazione e trapianto (anche in singoli centri), in altre parole viene fornita l'expertise. In tale ambito possono essere realizzati corsi di formazione per gli operatori sanitari del settore (coordinatori al prelievo, rianimatori, chirurghi, internisti, personale infermieristico) e iniziative volte alla prevenzione delle patologie che conducono alla necessità di trapianto.

Sono quindi stati presentati alcuni esempi di queste forme di cooperazione, in primis l'accordo tra l'Italia e la Grecia che permette a pazienti greci di essere trapiantati in Italia in casi di particolare complessità, pediatrici o in urgenza. Dal 1 gennaio 2005 a oggi, 10 pazienti greci (7 adulti e 3 bambini) sono stati trapiantati e 27 fegati prelevati in Grecia sono stati trapiantati in Italia.

Il secondo esempio presentato è stato la cooperazione con il Ministero della Salute algerino. Questa cooperazione, partita a fine 2004, prevede il supporto per la creazione di un'agenzia nazionale per i trapianti e la valutazione della logistica delle strutture. Come primo step è stata effettuata una visita di ricognizione, gli esperti italiani hanno visionato le strutture del Paese attualmente preposte al trapianto di rene e fegato. Una volta conosciuto lo stato dell'arte del settore, analizzati e discussi i bisogni anche con la controparte algerina, è stato elaborato un modello per un'agenzia nazionale per i trapianti ed un centro di trapianto di rene, con particolare attenzione alle specifiche tecniche necessarie.

È stata poi presentata la collaborazione in corso tra il Policlinico Umberto I a Roma e il St Luke's Hospital di Malta. Questa collaborazione prevede lo svolgimento del servizio di tipizzazione tissutale e crossmatching effettuato in Italia, a supporto del programma di trapianto di rene a Malta; il prelievo e trapianto di cuore da donatori maltesi in assenza di riceventi disponibili, e il prelievo di fegati in caso di donatori maltesi disponibili, data la mancanza di un programma di trapianto di fegato a Malta.

Si è poi passato a descrivere la collaborazione tra l'ospedale Cardarelli di Napoli e l'ospedale Nicolle di Tunisi. Il progetto si articola in 42 azioni e 24 attività con diversi referenti nei due centri coinvolti.

Il progetto prevede lo svolgimento di 3 stages formativi a Tunisi e Napoli, l'effettuazione di alcuni trapianti da parte di equipes miste, nonché la gestione post-operatoria del paziente trapiantato e infine l'illustrazione della campagna di informazione sulla donazione degli organi della regione Campania.

Sono state inoltre gettate le basi per un'attività di cooperazione con l'Egitto tra l'ISMETT di Palermo e il Ministero della Salute egiziano per il trasferimento del know how per quanto riguarda la terapia cellulare con staminali epatiche per il trasferimento delle insufficienze epatiche croniche e acute. L'attività di cooperazione prevede la ricognizione delle strutture deputate all'attività di trapianto, l'organizzazione di stage per il personale locale e l'avvio delle attività con equipe miste italiane/egiziane. L'attività di cooperazione ha l'obbiettivo di dare un contributo alla terapia dell'insufficienza epatica cronica ed acuta in un Paese dove per vari motivi è impossibile prevedere uno sviluppo delle attività di trapianto da cadavere. Recentemente una delegazione egiziana si è recata a visitare le strutture dell'Ismett.

Il CNT è inoltre coinvolto in attività di cooperazione con Paesi che non fanno parte dell'area mediterranea, cooperazione che costituisce una grossa fonte di expertise per la gestione dei rapporti internazionali. Tra queste sono state brevemente menzionate il gemellaggio con la Slovacchia, che ha lo scopo di esportare almeno in parte il nostro modello organizzativo, i corsi di Transplant Procurement Management organizzati in collaborazione con l'Università di Barcellona sulla donazione e prelievo di organi e tessuti,

finora rivolti principalmente a partecipanti provenienti dai Nuovi Stati Membri (Cipro, Croazia, Estonia, Lettonia, Lituania, Malta, Polonia, Repubblica Ceca, Repubblica Slovacca, Ungheria, Bulgaria, Romania e Turchia) nel quadro delle attività European Transplant Network (ETN), organizzazione intergovernativa, creata nel 2004.

Infine, l'ultima parte dell'intervento è stato dedicata ad ulteriori iniziative internazionali nel quale il CNT è attualmente coinvolto: progetti finanziati dalla Commissione Europea, la collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e la partecipazione in alcuni comitati tecnici del Consiglio d'Europa e della Commissione Europea.

La molteplicità di ambiti in cui si esplica l'attività internazionale del CNT mette in evidenza una vocazione del settore trapiantologia per i rapporti internazionali e per gli scambi di expertise e know how. Pensiamo pertanto che questo costituisca un'ottima base su cui costruire sempre più solidi rapporti anche e soprattutto con Paesi la cui vicinanza geografica può costituire un considerevole giovamento a scambi di questo tipo.

Anche nel caso di una richiesta di supporto per gestire una manifesta carenza d'organi l'approccio adottato tende a privilegiare interventi assistenziali, tecnologici, e formativi nonché trasferimenti di know how *in situ*, nella convinzione che sia sempre necessario partire dalle esigenze reali dell'altro Paese tenendo presente la situazione socioculturale e l'organizzazione del sistema sanitario locale, limitando la cooperazione in Italia al trapianto di pazienti con patologie complesse o a stages formativi di operatori sanitari stranieri.

Gestione integrata dei percorsi assistenziali e delle patologie
L'esperienza nel settore dei trapianti
ISMETT

Bruno Gridelli
M.D. Professor of Surgery, University of Pittsburgh, Direttore Medico Scientifico, ISMETT, Palermo

Riassunto: *L'Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad alta Specializzazione (ISMETT) rappresenta un polo di attrazione per pazienti provenienti da tutto il mondo, con una netta prevalenza dei paesi dell'area euro–mediterranea e medio–orientale. L'ISMETT ha sottoposto pazienti provenienti dall'estero a trapianti di fegato e polmone, pazienti con gravi insufficienze di organi vitali a cure di alta specializzazione. L'Istituto ha realizzato inoltre collaborazioni nell'ambito della formazione e della ricerca, con Paesi del nord Africa e del Medio–Oriente, e tele–medicina e tele–scienza, partecipando al progetto Emispher, finanziato dalla Comunità Europea, che ha visto la realizzazione di una piattaforma di telecomunicazioni via satellite.*

L'Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad alta specializzazione (ISMETT) venne concepito 10 anni fa per ridurre la necessità di flussi migratori fuori regione dei pazienti candidati a trapanti di fegato. Sfruttando l'opportunità della legge di riforma della Sanità del 1992, che incoraggiava "sperimentazioni gestionali" di partenariato pubblico privato, ISMETT venne istituito come partenariato pubblico-privato il cui partner privato venne identificato nell'University of Pittsburgh Medical Center (UMPC), un centro di medicina accademica not-for-profit statunitense con la maggior esperienza al mondo nel campo dei trapianti.

I partenrs pubblici di ISMETT sono gli Ospedali ARNAS Civico e "Vincenzo Cervello" di Palermo. Nel 1999, ISMETT, in un'ala ristrutturata del Civico, inizia la propria attività clinica con il primo trapianto di fegato. Nello stesso anno, viene posata la prima pietra della sede definitiva di ISMETT la cui costruzione viene completata nel Marzo 2004. Si tratta di un edificio, ad alto contenuto tecnologico, di 70 posti letti, di cui 14 di terapia intensiva, con 4 sale operatorie. Ad ISMETT sono attivi i programmi di trapianto di fegato, rene, pancreas, cuore e polmone. Il programma di trapianto di fegato, la ragione prima della nascita dell'istituto, è cresciuto nel corso degli anni fino a diventare uno dei più attivi del Paese (con 102 trapianti nel 2006) grazie all'uso di tecniche innovative quali lo split liver (divisione del fegato per trapiantare due pazienti) e del trapianto da donatore vivente. Contemporaneamente, è cresciuta l'attività di trapianto di cuore e polmone (essendo quest'ultimo l'unico programma attivo a Sud di Roma).

Grazie ai rapporti internazionali di UMPC ed ai buoni risultati clinici ottenuti, ISMETT è diventato un polo di attrazione per pazienti provenienti da tutto il mondo, con una netta prevalenza dei Paesi dell'area euro-mediterranea e medio-orientale. Ad ISMETT sono stati riferiti, e trapiantati, pazienti candidati a trapianto di fegato (prevalentemente bambini) e di polmone. Sono giunti all'Istituto anche pazienti con gravi insufficienze di organi vitali per cure di alta specializzazione. I rapporti operativi creatisi per le esigenze di cura dei pazienti hanno anche generato una domanda di collaborazioni nell'ambito della

formazione e della ricerca. Sono in corso di elaborazione programmi di formazione in medicina dei trapianti per medici ed infermieri provenienti da Paesi del Nord Africa e del Medio-Oriente. Questi corsi si avvarranno anche di nuove tecnologie di training basati sulla simulazione utilizzando "manichini robotizzati" in grado di riprodurre le reazioni fisiologiche in varie situazioni cliniche.

ISMETT è particolarmente attivo nel campo della tele-medicina e tele-scienza ed è l'unico centro Italiano ad avere partecipato al progetto Emispher, finanziato dalla Comunità Europea, che ha condotto alla creazione di una piattaforma di telecomunicazioni via satellite che coinvolge, oltre al nostro Paese, Marocco, Algeria, Tunisia, Egitto, Cipro, Turchia, Grecia, Francia e Germania. Il network consente comunicazioni finalizzate alla cura, alla formazione e alla ricerca e rappresenta la base per un nuovo progetto: il Virtual Euro-Mediterranean Hospital, uno spazio virtuale comune in cui condividere le risorse di cura della salute dei Paesi partecipanti.

ISMETT nel corso degli ultimi due anni ha ricevuto numerose visite da parte di autorità di Paesi dell'area Euro-Mediterranea; la più recente da parte della Signora Mubarak e del Ministro della Salute dell'Egitto che hanno espresso interesse ad avviare programmi di collaborazione in area trapiantologica ed epatologica.

ISMETT è impegnato anche nel campo dei trapianti cellulari e della medicina rigenerativa. Queste sono aree che riscuotono un enorme interesse nei Paesi con i quali l'istituto intrattiente rapporti internazionali. La prossima attivazione della cell factory di ISMETT, un laboratorio GMP di 225 mq, consentirà di aprire la strada a progetti di formazione e ricerca in uno dei campi più innovativi della medicina contemporanea.

Negli anni, ISMETT ha lavorato per portare in Sicilia, e mettere a disposizione dei Paesi che si affacciano sul Mediterraneo, professionalità e conoscenze nel campo dei trapianti, questa attività si sta dimostrando importante non solo per la cura dei pazienti ma anche per stabilire rapporti di collaborazioni e scambi internazionali di più ampio respiro.

Gestione integrata dei percorsi assistenziali e delle patologie
L'esperienza nel settore dell'emergenza - urgenza

Pietro Paolini
Coordinatore Centrali operative 118, Regione Toscana, Firenze

Riassunto: *Nel 1992 ha avuto inizio un importante processo di trasformazione del sistema di emergenza -urgenza italiano. Oltre al tentativo di omogeneizzare su tutto il territorio nazionale la risposta in questo settore, si è tentato di garantire ai pazienti un percorso diagnostico–terapeutico secondo un modello di Hub & Spoke. In questo settore il fulcro (hub) è rappresentato dalla centrale Operativa 118 ove affluiscono le richieste di emergenza–urgenza, la rete (spoke) opera in sintonia ed in stretto collegamento con le strutture ospedaliere, Pronti Soccorso, nell'intento di trasportare il "paziente giusto nel Presidio Ospedalieri giusto".*

Con il Decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992 e più ancora con la pubblicazione delle Linee Guida di applicazione di detto Decreto, avvenute sulla Gazzetta Ufficiale (Serie Generale n° 114) del 17 Maggio 1996, è avvenuta una profonda trasformazione del sistema di emergenza-urgenza italiano. L'intento del legislatore era quello di omogeneizzare la risposta in questo settore su tutto il territorio nazionale attraverso una prima risposta territoriale, con facile accesso al sistema da parte dell'utenza, ed una successiva ospedaliera il tutto inserito in una logica dipartimentale che ne garantisse al contempo la qualità e l'uniformità del trattamento.

Nel corso degli anni il modello si è diffuso, anche se con differenze talora significative, su tutto il territorio nazionale cercando di garantire un percorso diagnostico-terapeutico ai pazienti secondo il modello Hub & Spoke, che, nei servizi sanitari, è un modello organizzativo caratterizzato dalla concentrazione dell´assistenza a elevata complessità in centri di eccellenza (centri hub) supportati da una rete di servizi (centri spoke) cui compete la selezione dei pazienti e il loro invio a centri di riferimento quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata.

Il fulcro della risposta primaria è rappresentata dalla Centrale Operativa 118 ove affluiscono le richieste di emergenza/urgenza e dove, secondo il modello dell'intervista telefonica, viene effettuato un primo Triage (termine francese che significa scegliere, cioè valutare la criticità dell'evento) con attribuzione di un Codice di Gravità (D.M. 15/05/1992) e conseguente attivazione della risposta necessaria. Sul territorio operano, in costante collegamento con la Centrale Operativa, mezzi di soccorso con solo personale volontario e/o tecnico a bordo, altri con infermieri, altri ancora con personale medico ed altri infine con medici ed infermieri, secondo modelli regionali anche assai diversi fra di loro, ma tendenti tutti allo stesso fine. Esiste infine, su quasi tutto il territorio nazionale, una rete di elicotteri dedicati al soccorso sanitario sul quale operano specialisti in Anestesia e Rianimazione.

La rete è tesa ad operare in sintonia ed in stretto collegamento con le strutture Ospedaliere, Pronti Soccorso, e non solo, nell'intento di trasportare il "*paziente giusto nel Presidio Ospedaliero giusto*". Anche nel Pronto Soccorso si è via via affermato il concetto

di triage ed una organizzazione di struttura autonoma, con professionisti del settore interamente dedicati a tale attività, che ne ha indubbiamente elevato gli standards qualitativi. Il tutto naturalmente inserito all'interno del Dipartimento di Emergenza Urgenza che ha la funzione di garantire standards omogenei e percorsi diagnostico terapeutici condivisi fra tutte le strutture ed uniformi per tutti i pazienti nell'ottica di abbreviare i tempi di intervento garantendo, per quanto possibile, il miglior trattamento ai pazienti stessi. Un esempio di tale organizzazione è quello che riguarda la Rete per il trattamento dell'Infarto del Miocardio ST SOPRA (STEMI) che tende ad ottimizzare i tempi di intervento ed a garantire la riperfusione precoce dell'organo secondo le più recenti acquisizioni in questo campo

Modelli di promozione e prevenzione della salute pubblica
Malattie trasmissibili

Donato Greco
Dipartimento della Prevenzione, Ministero della Salute, Roma

Riassunto: *Garantire il diritto alla salute degli individui è uno degli obiettivi che la maggior parte dei Paesi tenta di perseguire. Il sempre più frequente spostamento delle popolazioni causa inevitabilmente una maggiore diffusione delle malattie infettive, soprattutto nell'area del Mediterraneo, in cui esistono caratteristiche ecologiche comuni. Al fine di evitare tale diffusione ci si è focalizzati sulla promozione e diffusione di attività di sorveglianza e controllo di numerose patologie. Attualmente sono già in corso alcune attività: la rete GOARN attivata dall'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), e il progetto Episouth, attivato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dal Centro per il Controllo delle Malattie (CCM).*

1. Introduzione

Il concetto di salute, per sua intrinseca definizione, non riconosce bordi o frontiere: infatti la salute individuale è inscindibilmente legata alla salute di tutti in un raggio d'azione che la progressiva globalizzazione del nostro pianeta impone essere il più ampio possibile.

Esempi illuminanti di globalizzazione sulla salute sono quotidianamente sotto gli occhi di tutti: dalla penetrazione intensiva e spesso indotta dal mercato di stili di vita che minacciano la salute alla trasmissione su scala planetaria di rischi infettivi che viaggiano ad alta velocità.

E' quindi decisamente limitato un approccio puramente nazionale al concetto di salute, ancor più questo limite nazionale diventa pesante quando si parla di diritto alla salute.

I movimenti continui di popolazione sia per motivi di lavoro che turistici ed ancor più per il crescente fenomeno dell'immigrazione pongono problemi ai singoli Paesi per poter garantire a tutti gli individui il diritto alla propria salute.

2. L'area del Mediterraneo scenario ecologico condiviso

La conformazione geografica e geologica, la condivisione di un'area climatica comune, la comunione del grande mare, la millenaria storia, la sostanziale comunione etnica, il continuo contatto tra culture, definiscono nel Mediterraneo un bacino ecologico dotato di identificabili, proprie caratteristiche che influenzano direttamente lo stato di salute delle sue popolazioni. Infatti la salute vede in questi elementi fondamentali determinanti raggruppabili in almeno tre grandi dimensioni:

- una dimensione biologica ove c'è continua miscelazione di microrganismi buoni e cattivi, di fauna e di flora, di scambi tra persone;

- una dimensione comportamentale che vede origini etniche condivise, ma anche millenarie abitudini alimentari legate alle disponibilità locali di cibo;
- una dimensione culturale che trova radici in una storia millenaria che ha avvicinato popoli diversi su principi di civiltà condivisi.

La grande disponibilità di frutta, verdura, pesce, cereali ha configurato la "dieta mediterranea" oggi riconosciuto fattore di protezione della buona nutrizione, elemento fondamentale per la prevenzione di buona parte delle malattie croniche.

3. Le malattie infettive

I microbi viaggiano senza limiti ed amano condividere ambienti similari: le malattie infettive dell'area del Mediterraneo condividono caratteristiche ecologiche comuni, ma si sono nei secoli fortemente differenziate tra il nord e il sud del mare per le azioni di contenimento portate a termine con successo nei Paesi più ricchi del nord ed ancora parzialmente incompiute nei Paesi più poveri del sud dell'area.

Questa differenza talvolta viene vista dai Paesi ricchi come una minaccia proveniente dal sud in una visione protezionistica che nega l'uguaglianza del diritto alla salute.

La risposta non può essere la costruzione di comunque inefficaci barriere anti-virus, tanto meno l'imposizione di limitazione alla circolazione di persone o merci.

La risposta corretta sta nella promozione e nella condivisione di attività di sorveglianza e controllo di queste patologie.

In particolare la costruzione di reti informatizzate, di segnalazione rapida, di clusters di casi di malattie infettive, corredate da analoghe reti di laboratori diagnostici permetterebbe la condivisione di sorveglianza e controllo, elementi di partenza per il progressivo contenimento di questi rischi.

Da tempo l'OMS e l'Unione Europea, insieme con i Paesi che si affacciano sul Mediterraneo discutono sulle opportunità di costruire queste reti e numerosi esempi, sia pur limitati nei loro contenuti, sono stati già efficacemente portati avanti.

4. Attività in corso

1) L'OMS ha da tempo attivato la Rete GOARN che offre un collegamento in tempi rapidi per la sorveglianza di episodi epidemici emergenti: questa rete è globale e non limitata ai Paesi del Mediterraneo.

2) L'Istituto Superiore di Sanità insieme al Centro per il Controllo delle Malattie (CCM) ha attivato il Progetto EpiSouth che vede i seguenti obiettivi:
l'obiettivo di Episouth (Network for Communicable Disease Control in Southern Europe and Mediterranean Countries) è quello di creare un quadro di collaborazione su questioni epidemiologiche in modo da migliorare la sorveglianza delle malattie infettive, la comunicazione e la formazione nei Paesi dell'area del Mediterraneo e dei Balcani.
La creazione di una rete di istituzioni di sanità pubblica tra i Paesi del Sud Europa e i Paesi limitrofi dei Balcani, del Nord Africa e del Medio Oriente permetterà uno scambio di informazioni e una effettiva collaborazione per contrastare le malattie infettive nell'area mediterranea.

Il progetto beneficia di un finanziamento da parte della Commissione Europea – DG-SANCO, che copre solo i Paesi appartenenti alla Comunità Europea. E' quindi

necessario identificare possibili finanziamenti per acquisire la collaborazione degli epidemiologi dei Paesi non–UE. In particolare:

- Balcani : Albania, Bosnia ed Erzegovina (Mostar, Sarajevo, Banja Luka), Croazia, FYROM, Kosovo, Serbia e Montenegro (Podgorica, Belgrade)
- Medio – Oriente : Siria, Palestina, Giordania, Libano, Israele
- Nord Africa: Morocco, Algeria, Tunisia, Libia, Egitto.

3) L'Associazione Italiana di Epidemiologia, che raccoglie oltre 400 epidemiologi del Paese, intende promuovere nella primavera del 2008 una Conferenza dei Paesi dell'Area Mediterranea sugli indicatori di salute: conferenza che dovrebbe segnare un punto a favore della strumentalizzazione del tema salute quale portatore di pace anche tra Paesi belligeranti.

4) L'Associazione dei Pneumologi Ospedalieri insieme al CCM promuove una Conferenza sulla Tubercolosi nell'Area del Mediterraneo nel corso di quest'anno.

5. Malattie croniche

A fianco della tradizionale patologia infettiva, che ancora colpisce severamente l'Area Sud del Mediterraneo, vede emergere la patologia cronica in maniera invasiva ed imponente: le malattie cardiovascolari e i tumori sono le prime cause di morbosità di tutti i Paesi del Mediterraneo.

Anche i tradizionali buoni stili di vita, tra cui la stessa dieta mediterranea, sono rapidamente sostituiti da abitudini rischiose quale quella al fumo, all'alcol, all'inattività fisica e alla dieta ipercalorica ed iperlipidica.

Particolarmente colpiti sono i giovani e le donne.

Il diabete e l'obesità sono manifestazioni cliniche in rapida ascesa.

E' quindi fondamentale come suggerito dalla stessa OMS e recentemente confermato nella Conferenza di Istanbul del Novembre 2006, avviare un impegno collegiale per:

"GUADAGNARE SALUTE"

Una lotta costante ed intensa al fumo di sigaretta, all'alcolismo e all'inattività fisica ed alla dieta, recuperando stili di vita fino a poco fa comuni nelle nostre popolazioni.

Si tratta di un impegno intersettoriale che coinvolge buona parte delle istituzioni delle nostre società e richiede un'attiva partecipazione del cittadino.

Molti Paesi del Mediterraneo, tra cui il nostro, si sono utilmente avviati su questo difficile percorso e quindi è utile avviare un colloquio su questa fondamentale attività di promozione della salute.

Politiche per diminuire le disuguaglianze e politiche di genere

Maura Cossutta
Consulente del Ministro, Ministero della Salute, Roma

Riassunto: *Il XX secolo ha visto un formidabile riposizionamento delle finalità delle azioni e della natura delle responsabilità istituzionali finalizzati a garantire i diritti delle persone, centro del sistema, ma i diritti umani delle donne restano una sfida aperta. La salute è uno dei diritti fondamentali delle persone e come tale deve essere garantito. Da qui la volontà politica e la scelta di una strategia globale sulla salute, che riconosce la centralità dell'esistenza di sistemi sanitari che garantiscano l'universalità dell'accesso ai servizi, ma anche la centralità dell'integrazione delle altre politiche; che impegna il ruolo delle istituzioni e dei governi, ma anche delle costruzioni sociali, comunitarie; che delinea come prioritario l'obiettivo della riduzione delle disuguaglianze non solo all'interno di ogni singolo paese ma anche tra paesi diversi. A partire dalle donne. La cooperazione oggi, in uno scenario planetario in cui sono aumentate le guerre e i conflitti, svolge un ruolo sempre più importante, non per trasformarsi in "imprese dell'emergenza e della solidarietà", ma per essere soggetto politico di pace, di promozione di pace, contro le guerre e il business delle guerre e del dopo-guerra, per partecipare al raggiungimento del diritto allo sviluppo ed in particolare al diritto alla salute, delle donne e degli uomini. E' prioritario investire sui diritti riproduttivi delle donne e sulla costruzione di leadership femminili.*

*"Nessuno strumento per lo sviluppo è più efficace dell'empowerment delle donne"***,** Kofi Annan.

Nonostante le dichiarazioni e gli impegni formali, la frontiera dei diritti umani appare essere una sfida del tutto aperta. Quella dei diritti umani delle donne ancora di più.

E' senz'altro corretto affermare che il XX secolo ci ha consegnato un *corpus* legislativo internazionale consolidato di diritti umani, definiti e riconosciuti nelle numerose conferenze, trattati, accordi.

Il concetto stesso di "diritti umani" è ormai incorporato nelle strategie globali di promozione della salute. Non era così. Il concetto e il principio dei diritti umani ha rappresentato infatti una svolta rispetto al concetto di "bisogni". Ne è nato un formidabile riposizionamento delle finalità delle azioni e anche della natura stessa delle responsabilità istituzionali. Al centro ora sta la persona che, in quanto titolare di diritti, impegna direttamente l'obbligo dei decisori a garantirli.

Ma se tutto questo è vero e rappresenta uno straordinario punto di forza per la speranza e la promessa di uguaglianza e libertà per tutti, è altrettanto vero che la violazione dei diritti umani persiste. Anzi, si affacciano scenari planetari di grave arretramento, con aumento delle povertà e delle disuguaglianze, delle discriminazioni, delle oppressioni. Nuove guerre e conflitti, il terrorismo internazionale, l'acuirsi di spinte fondamentaliste,

regimi ad impronta autoritaria, gli effetti di una globalizzazione distorta e perversa, restano le cause principali del peggioramento delle condizioni di vita di milioni di persone.
Prime fra tutti, le donne.

1. Dati

- Quasi 3 miliardi di persone vivono con meno di 2 dollari al giorno.
- Il reddito delle donne è il 30% di quello degli uomini.
- Nelle comunità rurali dei Paesi in Via di Sviluppo le donne sono responsabili della produzione alimentare in misura del 60-80%, ma non possono comprare o disporre della terra senza il consenso del marito.
- In Africa le donne ottengono solo l'% del credito totale erogato per il settore agricolo.
- Più di 115 milioni di bambini non frequentano la scuola primaria.
- Una bambina su cinque non completa l'istruzione primaria.
- Le donne analfabete sono il doppio degli uomini.
- I figli di madri non istruite hanno una probabilità doppia di non andare a scuola.
- Sono 130 milioni le donne con mutilazioni genitali.
- 150 milioni di bambine e 73 milioni di bambini sotto i 18 anni subiscono rapporti sessuali forzati e abusi.
- Il 36% delle donne tra i 20 e i 24 anni sono sposate o convivono da prima dei 18 anni. Nonostante le sanzioni contro i matrimoni precoci, nei prossimi 10 anni si calcola che si sposeranno oltre 100 milioni di ragazze minorenni.
- 14 milioni di donne tra i 15 e i 19 anni mettono al mondo un figlio. E i figli di queste ragazze hanno un rischio 60 volte maggiore di morire entro il primo anno di vita.
- Ogni minuto una donna muore per gravidanza e parto. Sono 500.000 ogni anno.
- Ogni minuto 20 donne restano gravemente menomate o disabili per le complicanze della gravidanza e del parto.
- I neonati senza madre hanno 10 volte di più la probabilità di morire.
- Il 99% della mortalità materna avviene nei Paesi in Via di Sviluppo. All'interno di uno stesso stato le donne benestanti hanno molto più facilmente accesso all'assistenza professionale.
- Le gravidanze indesiderate ogni anno sono 76 milioni, gli aborti a rischio –che sono una delle principali cause di mortalità materna- sono 19 milioni.
- I problemi di salute riproduttiva sono una delle principali cause di morte e patologie disabilitanti per le donne. Le patologie legate alla salute riproduttiva riducono la produttività complessiva femminile anche del 20%.
- Ogni giorno sono contagiati dall'HIV 6.000 giovani.
- Più della metà dei 40 milioni di persone che vivono con l'HIV sono donne.
- Le donne sono quelle più esposte al contagio dell'HIV e in molte aree dell'Africa per le ragazze tra i 15 e i 24 anni è 6 volte maggiore il rischio rispetto ai ragazzi.
- Nei Pesi in Via di Sviluppo le donne giovani sono il 67% di tutti i nuovi casi di HIV.
- Quattro quinti di tutte le nuove infezioni da HIV che colpiscono le donne si verificano all'interno del matrimonio.
- Solo l'8% delle donne incinte e il 16% delle prostitute in tutto il mondo è stato raggiunto nel 2003 da campagne di prevenzione per l'HIV.
- Ogni anno 800.000 sono le vittime di traffico e l'80% sono donne e bambini.

- La violenza contro le donne tra i 15 e i 44 anni uccide quanto il cancro. Il prezzo in termini di salute delle donne supera quello degli incidenti stradali e della malaria messi insieme.
- Tra i 34 paesi poveri che sono più lontani dalla possibilità di conseguire gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, 22 si trovano ancora o sono appena usciti da una situazione di conflitto.
- Quasi 2 miliardi di persone hanno subito le conseguenze di disastri naturali negli ultimi dieci anni, di cui l'86% in seguito ad inondazioni e siccità.
- L'80% dei 35 milioni di profughi nel mondo e di rifugiati interni sono donne e bambini.
- La spesa militare globale è di circa 1.000 miliardi di dollari all'anno; l'aiuto allo sviluppo nel 2003 è stato di 69 miliardi di dollari.

Questi dati sono dati di sottosviluppo e sono dati di disuguaglianze, tra paesi, tra popoli, tra classi sociali. Soprattutto tra donne e uomini.

Nonostante le dichiarazioni e gli impegni formali, la frontiera dei diritti umani appare essere una sfida del tutto aperta. Quella dei diritti umani delle donne ancora di più.

2. La volontà politica

Per questo, la volontà politica e la cultura politica restano ancora i fattori principali su cui investire. Occorrono la volontà e la coerenza delle scelte.

Ritengo quindi particolarmente importante e significativo il nostro incontro, perché si palesa un esplicito "di più" rispetto al passato, di cui vi era necessità e vi è urgenza.
Si delinea oggi un'alleanza che risulta strategica tra il Ministero degli Esteri e il Ministero della Salute, che esprime una forte consapevolezza e una decisa volontà politica.

Il percorso verso la *Conferenza per il Partenariato con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente* esprime una strategia che riconosce innanzitutto l'interdipendenza tra gli obiettivi della politica estera di un paese e quelli della promozione globale della salute.
Infatti promuovere e costruire la pace, lavorare per regole di convivenza tra i popoli in un mondo che vogliamo multipolare, è la pre-condizione per strategie efficaci di promozione della salute; così come migliorare lo stato di salute della popolazione del mondo è fattore essenziale dello sviluppo e del mantenimento della pace.

Questa alleanza ha alla base una solida cultura di riferimento, che ha certo le radici nel nostro passato, nel nostro dettato costituzionale, nella storia delle conquiste del nostro paese, nella soggettività critica diffusa della nostra società, ma che anche si proietta verso le sfide del nostro futuro, in coerenza con i principi e le raccomandazioni di tutti i trattati internazionali, a partire dalla Carta di Ottawa del 1986 fino alla Carta di Bangkok del 2005 e agli Obiettivi di Sviluppo del Millennio del 2000.

Come la Carta di Bangkok raccomanda, ci impegniamo ad "affrontare i determinanti di salute; sostenere la causa della salute sulla base dei diritti umani e della solidarietà; costruire capacità per lo sviluppo di politiche, leadership, pratiche di promozione della salute, trasferimento di conoscenze e di ricerca e istruzione di base sulla salute; regolare e legiferare; stabilire partner e costruire alleanze tra il sistema pubblico e privato, le organizzazioni non governative e la società civile", con la consapevolezza che "il settore sanitario ha un ruolo chiave di leadership nella costruzione di politiche e partnership per la promozione della salute", che "la promozione della salute deve diventare parte integrante delle politiche e delle relazioni interne e internazionali,anche in situazioni di guerra e conflitto" e che "le comunità e la società civile hanno un ruolo guida" ma "essi hanno bisogno di avere diritti, risorse ed opportunità".

Per la Carta di Bangkok la "promozione della salute è il processo che offre alle persone la capacità di aumentare il controllo sulla propria salute e su ciò che la determina e attraverso questo di migliorarla. Rappresenta una funzione centrale della sanità pubblica".

3. Diritto alla salute: un diritto forte.

E' da questa cultura che il diritto alla salute diviene un "diritto forte" che promuove tutti gli altri diritti e che incrocia direttamente il "il diritto allo sviluppo", in un mondo globalizzato, multietnico, multiculturale.

Il diritto alla salute è un diritto umano fondamentale, che diventa motore di trasformazioni degli assetti economico-sociali, culturali e quindi capace di promuovere lo sviluppo economico e umano.

Ed è da questa cultura che deriva la volontà politica e la scelta di una strategia globale sulla salute, che riconosce la centralità dell'esistenza di sistemi sanitari che garantiscano l'universalità dell'accesso ai servizi, ma anche la centralità dell'integrazione delle altre politiche; che impegna il ruolo delle istituzioni e dei governi, ma anche delle costruzioni sociali, comunitarie; che delinea come prioritario l'obiettivo della riduzione delle disuguaglianze non solo tra paesi diversi ma anche all'interno di ogni singolo paese. A partire dalle donne.

4. "Fare sistema": una strategia.

Per tutto questo, appare chiaro che il percorso che stiamo delineando deve considerare intrinseco l'obiettivo di "fare sistema", superando le frammentazioni o le parzialità e valorizzando invece le specificità degli ambiti di azione.

Il fatto che anche il settore della Cooperazione sia parte integrante di questo "sistema" è un dato decisivo, che aiuta a ridefinire la missione comune del nostro progetto.

Infatti la storia della cooperazione è certo da sempre parte integrante della politica estera, ma è anche "dentro" a un'organizzazione sociale, a un modello di società, a un insieme di valori e principi irrinunciabili. La storia della cooperazione dimostra che vi è un nesso strettissimo tra difesa dei diritti e difesa della cooperazione, tra crescita dei diritti e crescita della cooperazione. La sua missione è intrinseca alla concezione universalistica dei sistemi di *welfare* ed è costruzione di pratica sociale di reciprocità, cioè idea integrata di cittadinanza. La cooperazione decentrata con gli Enti locali progetta azioni di sviluppo umano in paesi lontani e contemporaneamente per la propria comunità. E' divenuta realtà innovativa, soggettività forte che ha trasformato la politica, mettendo al centro le pratiche, le relazioni, la socialità.

La cooperazione oggi, in uno scenario planetario in cui sono aumentate le guerre e i conflitti, svolge un ruolo sempre più importante, non per trasformarsi in "imprese dell'emergenza e della solidarietà", ma per essere soggetto politico di pace, di promozione di pace, contro le guerre e il business delle guerre e del dopo-guerra, per partecipare al raggiungimento del diritto allo sviluppo. E, appunto, del diritto alla salute, delle donne e degli uomini.

In questo senso, anche il testo di legge delega per la riforma della disciplina della cooperazione dell'Italia con i PVS, dovrebbe esplicitamente indicare il miglioramento della salute globale, non sottointeso nel "miglioramento delle condizioni economiche, sociali e culturali, di lavoro e di vita delle popolazioni dei PVS".

5. Riduzione delle disuguaglianze e approccio di genere: un nesso prioritario per efficaci politiche di sviluppo

E' nel contesto di tutte queste riflessioni che l'approccio di genere deve essere collocato.

Se questo incontro impegna nell'azione la nostra volontà politica e la nostra cultura di riferimento, risulta necessario un approfondimento su alcuni aspetti che appaiono non risolti e carichi di complessità.

Infatti, una volta definita la scelta strategica di fare sistema, di promuovere insieme una strategia di promozione della salute all'interno delle strategie di sviluppo, come portiamo avanti le nostre azioni?

Come intendiamo misurare l'efficacia delle stesse?

Alcune fondamentali affermazioni appaiono del tutto condivise: il diritto alla salute è diritto allo sviluppo; la promozione della salute deve incidere sui determinanti economico-sociali della salute; l'efficacia delle azioni deve essere misurata dalla promozione dell'*empowerment* delle persone.

Ma ritengo che sul nesso tra riduzione delle disuguaglianze e approccio di genere alcune sottolineature siano ancora necessarie.

Infatti se è vero che questo nesso è stato dimostrato essere essenziale per strategie efficaci di promozione della salute, non tutto ancora è scontato.

Se la frontiera dei diritti umani resta ancora la sfida del XXI secolo, quella dei diritti umani delle donne ancora di più.

Da una parte risultano infatti consolidate le elaborazioni, le raccomandazioni sulla riduzione delle disuguaglianze in generale e su quella di genere in particolare.

Le donne sono ancora le meno istruite, con minor reddito, meno occupate, con minori diritti civili.

Gli stessi Obiettivi di Sviluppo del Millennio prevedono (obiettivo tre) esplicitamente l'eliminazione dell'ineguaglianza di genere e la promozione dell'*empowerment* delle donne per garantire efficaci strategie di sviluppo e per il raggiungimento quindi anche di tutti gli altri sette Obiettivi: eliminazione della povertà estrema e della fame; garantire l'accesso universale all'istruzione elementare; ridurre la mortalità infantile; migliorare la salute materna; lottare contro l'HIV/AIDS, la malaria e le altre malattie; assicurare la sostenibilità ambientale; costruire una partnership globale per lo sviluppo.

Ma dall'altra parte, non tutto appare scontato in merito ai diritti sessuali e riproduttivi.

6. I diritti sessuali e riproduttivi: priorità per l'esercizio concreto dei diritti umani delle donne

E' a tutti evidente che per ridurre le disuguaglianze occorrono politiche di sanità pubblica, orientate verso le fasce di popolazione più a rischio, che occorre sviluppare servizi di base e garantire la loro universale accessibilità, che bisogna investire sull'istruzione, che occorre promuovere la salute delle donne anche come fattore di promozione della salute infantile e di tutta la popolazione.

Ma quale è il legame tra le strategie di promozione della salute, di promozione della salute delle donne e le strategie di promozione dei diritti sessuali e riproduttivi?

La salute riproduttiva era stata definita nel Piano d'azione della Conferenza del Cairo del 1994 come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità, in tutti gli aspetti relativi al sistema riproduttivo, le sue funzioni, i suoi processi. La salute riproduttiva implica perciò che le persone siano in grado di avere una vita sessuale sana e soddisfacente e che abbiano la possibilità di riprodursi e la libertà di decidere se, quando e quanto spesso farlo".

Ma la salute riproduttiva e i diritti sessuali e riproduttivi delle donne non sono stati inseriti negli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, anche se Kofi Annan nel 2002 ribadiva: "gli Obiettivi per lo Sviluppo del Millennio, particolarmente l'eliminazione della povertà estrema e della fame, non possono essere raggiunti se i problemi relativi della popolazione e della salute riproduttiva non sono correttamente affrontati. Ciò significa un forte impegno per promuovere i diritti delle donne e maggiori investimenti nell'istruzione e nella salute, compresa la salute riproduttiva e la pianificazione familiare".

E' solo una mancanza formale?

O è stata l'esplicita richiesta del fronte dei Paesi che già avevano intensamente combattuto al Cairo e a Pechino?

7. Cosa significa garantire i diritti sessuali e riproduttivi delle donne?

Non credo sia una domanda inutile e ritengo anzi contenga una difficoltà e complessità che dobbiamo riuscire ad esplicitare e risolvere.

Ha detto Geeta Rao Gupta, che presiede *l'International Center for Reaserch on Women*, che "fino alla Conferenza del Cairo il termine *salute riproduttiva* era stato usato come sinonimo di pianificazione familiare, soprattutto in rapporto all'uso dei contraccettivi per contenere la crescita demografica. Per via di questo significato così ristretto, i programmi di pianificazione familiare nel mondo sono andati avanti senza che venisse pienamente riconosciuto il ruolo centrale del comportamento sessuale nella sfera riproduttiva. Di fatto, la sessualità e la salute sessuale sono state escluse dai dispositivi dei programmi di pianificazione familiare."

C'è voluta la pandemia dell'Aids per costringere le istituzioni sanitarie a concentrare l'attenzione sulla sessualità umana. E le istituzioni hanno puntato più sul comportamento a rischio dei singoli, piuttosto che cercare di riconoscere la complessità del contesto sociale, i fattori economici, culturali e politici in cui quel comportamento si produce.

E' necessario ripartire da qui, riconoscere come il contesto e i ruoli sessuali prestabiliti siano alla base dello squilibrio di potere nelle relazioni sessuali.

La promozione della salute deve significare promuovere in modo più attivo ed efficace l'uguaglianza tra i sessi, respingendo la tendenza dei servizi sanitari a rafforzare stereotipi sessuali dannosi.

Ma ancora, sul tema dei diritti sessuali è stato sottolineato come ci siano differenze persino tra donne, tra le donne del Nord e del Sud del mondo, nella stessa definizione. "Nel Nord possiamo definire come diritti sessuali una maggiore libertà di espressione sessuale, mentre nel Sud gli stessi diritti possono più probabilmente essere definiti come la libertà di dire no".

L'uguaglianza di genere e l'*empowerment* delle donne non possono essere raggiunti senza l'esercizio dei diritti riproduttivi. Ma è anche vero il contrario: la disuguaglianza di genere compromette l'autonomia sessuale e riproduttiva delle donne.

Per tutto questo, le difficoltà e i ritardi nelle strategie di sviluppo possono essere superati se si assume pienamente il concetto di *approccio di genere* , condividendone tutte le implicazioni, quelle di leggere come intrecciate e interdipendenti le disuguaglianze nei diritti economici e sociali, civili e politici, ma anche nell'assetto dei ruoli e dei poteri.

Ma oggi, questi principi e questi concetti sono messi in discussione.

Avviene nei paesi in cui, sebbene siano presenti legislazioni che riconoscono formalmente i diritti sessuali e riproduttivi delle donne, per l'instaurarsi di regimi autoritari, questi diritti sono calpestati. Ma avviene anche nei paesi democratici sviluppati, come negli Stati Uniti, dove Bush non ha sottoscritto l'accordo sul Fondo per la popolazione, proprio per la non accettazione dei diritti sessuali e riproduttivi.

Questi diritti, ed è questo un elemento serio della complessità di cui parlavo, anche da parte delle donne in alcuni contesti geografici, sono considerati un piano secondario dei diritti.

In Medio Oriente, nonostante esista una lunga storia di femminismo e negli ultimi decenni ci sia stata una rapida crescita dell'attivismo sui diritti umani delle donne, la sessualità e i diritti sessuali sono rimasti argomenti tabù.

Mentre nella maggior parte dei paesi del MO si sta assistendo a un notevole aumento della povertà e delle disuguaglianze di reddito delle donne, non compensati da alcun aumento nelle spese pubbliche per le donne in generale o per i servizi legati alla loro salute sessuale e riproduttiva; mentre la violenza contro le donne giunge a livelli sempre più crescenti a tal punto che l'esercizio dei diritti sessuali e riproduttivi diventa questione di vita o di morte per la maggioranza delle donne nelle società islamiche, molte donne assumono come proprio il bisogno identitario dell'appartenenza comunitaria e di gruppo.

Da una parte una crescente militarizzazione con appoggio popolare alle ideologie nazionaliste, la riduzione degli spazi per le riforme progressiste, il rafforzamento dei regimi autocratici sono tutti fattori che riducono le opportunità a fare avanzare le riforme in materia di genere e sessualità; dall'altra, la costruzione di una "sessualità mussulmana" in contrapposizione a una "sessualità occidentale" esercita sulle donne una forte pressione affinché esse diventino portatrici di identità di gruppo.

Anche le organizzazioni femministe, le ONG femminili che lavorano con queste donne sono preoccupate, ma nello stesso tempo suggeriscono che qualche riflessione sia necessaria anche da parte del cosiddetto mondo occidentale.

8. Diritto allo sviluppo, diritti riproduttivi, multiculturalismo

Da tempo, fin dalla Conferenza di Pechino, le donne si sono interrogate sui limiti e sui rischi di un approccio *universalistico* di genere, che consideri le donne come un insieme unico, incapace di riconoscere non solo le differenze sociali tra le donne, ma anche quelle di razza, di etnia, di religione.

Un "essenzialismo" di genere, che alcune definirono "solipsimo bianco" e che io preferisco chiamare come pregiudizio eurocentrico.

La Conferenza di Pechino è stata una svolta e un'occasione, che dobbiamo recuperare nell'approccio del nostro lavoro.

Il *diritto allo sviluppo* è entrato nella lista dei diritti umani fondamentali, che significa il riconoscimento dell'importanza dei particolarismi reazionari e religiosi, delle diverse tradizioni storiche, culturali, religiose e il dovere degli Stati a realizzare i diritti umani delle donne. E, questi, comprendono il diritto alla libera scelta nella sessualità e nella riproduzione, ma partono dalle condizioni concrete di bisogno e dalle loro condizioni concrete di esistenza.

Si tratta di diritti "in negativo", contro le discriminazioni, ma anche "in positivo", per la costruzione autonoma dell'identità, dell'uguaglianza di fatto, di pari opportunità per la propria autodeterminazione. Sapendo che esistono conflitti tra diritti, fra il diritto all'uguaglianza e quello alla diversità, fra diritti individuali età iitti collettivi delle comunità cui le donne appartengono.

Questo nodo resta e anzi diviene centrale proprio in questa modernità, in un mondo che è multiculturale, multietnico, multireligioso.

Il pericolo di uno scontro tra civiltà che attraversi anche le donne, oggi è drammatico.

Il tema è allora se possono coesistere culture diverse o se, invece, come pericolosamente si sta sostenendo, se la cultura occidentale è superiore.

L'uguaglianze tra i sessi è stata usata anche in Italia proprio da chi ha posizioni oscurantiste contro le donne. Proprio gli oppositori di ogni forma di libertà sessuale e di autodeterminazione, diventano sostenitori della libertà femminile (dal velo per esempio, o dal burqa).

Allora, scegliere l'approccio di genere contiene in sé una grande complessità: quale rapprto esiste tra diritti riproduttivi e multiculturalismo?

Nel dibattito internazionale sui diritti umani, l'universalismo può nascondere una cultura dominante che vuole imporre la sua norma sul resto del mondo (e quando si parla di Partenariato nel Mediterraneo, questa considerazione risulta essenziale).

Chi decide quale è la cultura o la tradizione propria di un gruppo, tale da essere invocato come un diritto?

Il rispetto di una cultura non deve significare che si accettano gli stereotipi di quella cultura. Le disuguaglianze all'interno di un gruppo devono essere tenute in considerazione e in particolare quelle tra i sessi. Può infatti avvenire che invece di difendere i diritti e le libertà delle persone, si difendano in realtà i diritti e le libertà dei leader, che sono sempre maschili.

Il multiculturalismo, da bandiera di libertà, diviene allora l'accettazione dei rapporti di forza dei rapporti di potere dominanti. A scapito delle donne.

Ma d'altra parte, non è neppure accettabile parlare "in nome" delle donne.

L'azione più efficace e corretta resta quella della costruzione vera di *empowerment* per tutte le donne. Serve investire, come affermano le femministe di quei paesi, sulla "pratica della libertà".

Occorre insomma ribadire la centralità del nesso tra diritti umani delle donne e politiche di sviluppo. Ma sapendo che non è sufficiente parlare di "diritti" delle donne, se non si sviluppa una concreta politica delle donne.

9. Conclusioni impegnative

Le conclusioni che queste osservazioni suggeriscono appaiono impegnative.
Nel XXI secolo si è affermato un sistema internazionale di tutela dei diritti umani e gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio si fondano sul rispetto dei diritti umani.

Per la promozione dello sviluppo è necessario sviluppare l'*empowerment* dei poveri e in particolare delle donne.

I diritti umani delle donne sono sanciti da convenzioni internazionali, legislazioni di molti paesi, ma la negazione di questi diritti persiste, divenendo un dato strutturale.

I pregiudizi di genere permeano le istituzioni sociali e in molti paesi le usanze e le tradizioni hanno la precedenza sulla politica ufficiale.

Per questo *i diritti riproduttivi sono centrali per i diritti umani***.**

Occorre allora investire nell'uguaglianza di genere, nella salute riproduttiva, che genera una crescita esponenziale nel breve e lungo periodo in termini economici e sociali.

Occorre insistere su strategie di grande impatto e di "guadagni rapidi", come le campagne nazionali contro la violenza sulle donne, la promozione dei diritti di proprietà e eredità delle donne, l'accesso ai servizi di salute riproduttiva, risorse per forniture sanitarie e contraccettivi, il coinvolgimento delle donne nella decisione e nella formulazione di politiche e strategie per l'attuazione degli Obiettivi del Millennio.

Ma non sono efficaci le azioni impositive, "dall'alto", che non tengano conto dei contesti culturali e storici in cui si opera.

Non si promuove empowerment delle donne "contro" e neppure "in nome" loro, ma "con" loro.

Non ci sono scorciatoie.

Poiché la salute riproduttiva e i diritti sessuali e riproduttivi sono parte integrante dell'obiettivo della promozione della salute, dobbiamo riuscire a sviluppare azioni e progetti che tengano conto di questa complessità.

E' necessario inserire, come elemento intrinseco di sistema, i diritti alla sessualità e alla riproduzione, come indicatore dell'efficacia stessa delle azioni per lo sviluppo.

Serve quindi una formazione specifica degli operatori, ma anche e soprattutto dei decisori.

L'approccio di genere deve essere considerato vero elemento di sistema.

Per questo è essenziale promuovere leadership femminili, promuovere una politica di donne, lavorare con le donne, investire sulla "pratica della libertà".

Per fare tutto questo occorre una chiara volontà politica, ma soprattutto una cultura di riferimento.

Non servono né sono utili gli scontri ideologici, ma occorre una bussola che orienti le scelte e le azioni, per evitare pericoli e rischi di un multiculturalismo che, di fatto, si consegna all'accettazione degli stereotipi culturali, all'oppressione delle donne.

10. Chi decide? Per chi? Per cosa? E come?

Le donne devono essere coinvolte nelle decisioni e nell'attuazione dei progetti.

Le strategie di promozione della salute devono essere rivolte alla riduzione delle disuguaglianze, garantendo l'universalità dell'accesso ai servizi.

I diritti sessuali e riproduttivi devono poter essere esercitati.

Ma in molti paesi non sono neppure disponibili dati e analisi distinti per sesso, età, etnia, non esiste la documentazione dell'uguaglianza e dell'equità. E questo limita le politiche e i programmi di sviluppo, la loro efficacia.

La disponibilità dei dati allora è essenziale all'efficacia delle azioni politiche e della distribuzione delle risorse. Occorre la generalizzazione di un approccio di genere in tutte le politiche e nella gestione della cosa pubblica *(gender mainstreaming).*

Questo è essenziale per la realizzazione e la verifica degli Obiettivi del Millennio.

Gli investimenti sulla uguaglianza di genere e sulla salute riproduttiva possono accelerare il progresso sociale ed economico con impatti duraturi sulle generazioni future. Viceversa, senza i diritti sessuali e riproduttivi delle donne e l'accesso ai servizi di qualità ogni strategia di sviluppo sarà destinata a fallire.

Questo significa che occorrono politiche di sanità pubblica capaci di orientare i servizi verso le fasce di popolazione svantaggiate, discriminate e che i servizi di salute riproduttiva devono essere accessibili attraverso sistemi sanitari di base.

In coerenza con la carta di Bankok, "i progetti di comunità, i gruppi della società civile, le organizzazioni femminili hanno dimostrato la loro efficacia e forniscono modelli di azione".

Questo significa soprattutto che quando si parla di salute delle donne, si sappia che si parla anche e soprattutto di diritti sessuali e riproduttivi.

E che quando si parla di diritto allo sviluppo delle donne, occorrono progetti per la promozione dell'istruzione, della salute riproduttiva e dei diritti economici delle donne.
Restano problemi, come è noto, che rappresentano la sfida vera che abbiamo di fronte. Primo fra tutti, la mancanza di risorse finanziarie.

Ma questa resta la strada da percorrere, perché, come ancora una volta ha detto Kofi Annan:

"*La salute riproduttiva è la chiave per la più ampia lotta contro la povertà*".

Tecnologie dell'informazione e della comunicazione per la governance della salute
Uso dell'ICT per innovare il S.S.R.: l'esperienze della Regione Lombardia

Claudio Beretta
Assessorato alla Sanità Regione Lombardia, U.O. Programmazione, Milano

Riassunto: *L'intervento ha fornito un quadro complessivo del sistema informativo socio sanitario lombardo e del sistema di cooperazione applicativa realizzato per connettere in rete i professionisti sanitari e le strutture sanitarie della Lombardia, soffermandosi su alcuni esempi concreti quali l'Ospedale di Cremona e Valduce Villa Beretta. Esso ha illustrato anche le l'attività che la Regione e le Aziende Sanitarie hanno sviluppato in tema di cooperazione con Paesi stranieri e nel settore della telemedicina. Questo sistema informativo, che si colloca in un contesto sanitario di assoluta eccellenza, è predisposto, per cultura e tradizione, a sviluppare iniziative di cooperazione sanitaria.*

1. Introduzione

Questa relazione vuole presentare le realizzazione in tema di sanità elettronica, dando un quadro complessivo del sistema informativo socio sanitario lombardo e del sistema di cooperazione applicativa realizzato per connettere in rete i professionisti sanitari e le strutture sanitarie della Lombardia, e, con alcuni esempi, mostrare l'attività che la Regione e le Aziende Sanitarie hanno sviluppato in tema di cooperazione con paesi stranieri e nel settore della telemedicina.

Ovviamente, il quadro relativo alle iniziative di cooperazione in cui sono coinvolte le Aziende Sanitarie lombarde è solo esemplificativo di un'attività intensa, diffusissima sul territorio, radicata nella tradizione di solidarietà sociale della popolazione e svolto quasi sempre autonoma e riservata.

Questo quadro vuole dimostrare come si sia strutturata nel tempo una capacità di offerta, da parte del Sistema Sanitario lombardo, di una serie di prodotti di livello industriale e di proprietà regionale in grado di sostenere lo sviluppo, soprattutto nel settore informatico e dei servizi di telemedicina, di un qualsiasi sistema sanitario.

Il grado di informatizzazione del Sistema sanitario lombardo è, infatti, di un livello di assoluta eccellenza, in grado di confrontarsi con i sistemi più evoluti realizzati o in corso di realizzazione in Europa e nel mondo.

Inoltre, questo sistema informativo si colloca in un contesto sanitario anch'esso di assoluta eccellenza e predisposto, per cultura e tradizione, a sviluppare iniziative di cooperazione sanitaria.

Questi prodotti e questa esperienza sono a disposizione per essere utilizzate, anche col coordinamento nazionale, in un contesto più ampio e più sinergico di presenza del "Sistema Italia" nei paesi del Medio oriente e del mediterraneo, come mi sembra sia il fine di questa conferenza.

1.1 Il sistema sanitario Lombardo

Il Sistema Sanitario lombardo, è un sistema molto complesso e variegato. Da un punto di vista della popolazione, la Lombardia potrebbe essere considerato il dodicesimo Stato dell'Unione Europea ed ha un bilancio sanitario superiore a molti Stati europei, anche più popolati. Infatti il sistema sanitario Lombardo assiste 9.300.000 cittadini, annovera 155.000 operatori sanitari, di cui 7.900 sono MMG.

Il territorio è densamente popolato può basarsi su una infrastruttura territoriale sanitaria costituita da 15 ASL, 212 Aziende Ospedaliere tra Pubbliche e Private, quasi mille strutture Ambulatoriali, circa 770 case di cura per anziani e 2.540 Farmacie.
Il bilancio del sistema sanitario pubblico del 2005 è stato di 14,5 Miliardi di euro, pari al 5,0% del PIL lombardo: a questo va aggiunto un altro 2,4% del PIL speso direttamente dai cittadini in cure mediche.

I servizi sanitari offerti alla popolazione lombarda sono forniti per poco più del 70% dalla componente pubblica, che in Lombardia lavora in regime di libera concorrenza con il sistema privato accreditato.

La Regione Lombardia, come altri paesi europei, ha visto crescere sempre più negli ultimi anni la propria spesa sanitaria. Questo constante incremento del proprio fabbisogno sanitario, è frutto di un insieme di variabili:

- incremento della vita media dei cittadini;
- incremento delle patologie croniche;
- maggiore consapevolezza ed esigenza di qualità dei servizi sanità da parte dei cittadini;
- continuo incremento della tecnologia e passi avanti fatti delle scienze tecnologiche biomedicali nei vari campi della medicina (diagnostica, chirurgia, farmaceutica ecc…);
- miglioramento della qualità dei servizi alberghieri forniti dalle strutture sanitarie.

1.2 Le esigenze dei Sistemi Sanitari moderni

La complessità dei sistemi sanitari moderni ha progressivamente diffuso la coscienza che il sistema sanitario non può essere visto come un sistema a compartimenti stagni, e che la cura di un paziente è frutto di un percorso integrato di cura intraospedaliero (tra i diversi dipartimenti di un ospedale) ed extraospedaliero (tra ospedale e altre strutture di degenza o MMG), con punti di raccordo tra i centri di eccellenza sul territorio e la medicina territoriale.

La Regione Lombardia, per realizzare le condizioni infrastrutturali che consentissero la continuità della cura, ha deciso di implementare un sistema Informativo socio sanitario regionale basato sulla fornitura di nuovi servizi di ICT che, pur salvaguardando gli investimenti già fatti da operatori e aziende sanitarie, permettesse di condividere le informazione e i documenti sanitari di un cittadino e consentisse all'Amministrazione regionale di razionalizzare e semplificare i processi amministrativi.

Inoltre, tale sistema doveva consentire all'Assessorato alla Sanità di predisporre nuovi e più efficaci strumenti di governo e programmazione del Sistema sanitario regionale, basato sulla conoscenza in tempo reale della situazione sul territorio, onde realizzare un più efficace governo della spesa.

Inoltre l'implementazione di un sistema informativo socio sanitario basato sull'ITC premette l'implementazione di "reti di patologie" che coinvolge tutti gli operatori sanitari permettendo una cura unica e integrata dei pazienti affetti dalle patologie gestite dalla rete.

1.2.1 Il progetto CRS-SISS

Il progetto CRS-SISS è il progetto che realizza il sistema informativo socio sanitario della Regione Lombardia che è iniziato nel 1999 con la sperimentazione del progetto nel sito pilota, individuato nell'intera provincia di Lecco (circa 305.000 abitanti).

Il progetto implementa un sistema informativo aperto, modulare, flessibile e sicuro che consente il collegamento in un'unica rete telematica di tutti gli operatori e le strutture sanitarie della regione e che può consentire ai cittadini di accedere, via Internet, ai servizi integrati nella Rete telematica.

Il cuore del sistema CRS–SISS si basa sulla realizzazione di una rete "extranet sanitaria" che lega tutti gli operatori, i servizi socio-sanitari, i cittadini tenendo traccia di tutti gli eventi sanitari e le prestazioni erogati ai cittadini in Lombardia.

L'elemento tecnologico in mano agli utenti per relazionarsi con il Sistema e sfruttarne a pieno le potenzialità è la smart card (carta personale completamente compatibile con le specifiche della Carta Nazionale dei Servizi).

Essa funziona come una vera e propria chiave d'accesso al sistema e grazie alle sue caratteristiche tecniche costituisce l'interfaccia ideale per qualsiasi individuo. La semplicità d'uso da parte del cittadino nasconde, infatti, la complessità delle soluzioni tecnologiche che la rendono estremamente efficace e sicura. La smartcard distribuita ai cittadini, dotata di un microprocessore, assolve a un duplice ruolo:

- è utilizzata a scopo identificativo, per le operazioni di autenticazione e autorizzazione nell'accesso al Sistema;
- è utilizzata per garantire l'accesso ai dati del cittadino in totale sicurezza e rispetto della privacy.

Il sistema prevede l'implementazione di due smart card diverse: una lato cittadino (carta CRS) per l'identificazione accesso ai dati sanitari e una lato operatore (carata operatore) per identificazione, autorizzazione, accesso al sistema e firma a valore legale dei documenti sanitari.

1.3 Obiettivi del Progetto CRS-SISS

L'obiettivo principale del progetto è quello di "diminuire la distanza" fra Amministrazione Pubblica e cittadino, elevando il grado di efficienza e qualità nei servizi offerti, ottimizzando, nel contempo, l'uso delle risorse disponibili.

In particolare il progetto introduce maggiore qualità ed efficienza nell'erogazione dell'assistenza socio-sanitaria.

Ciò si concretizza per il cittadino attraverso:

- il miglioramento dei servizi al cittadino ovvero riduzione della "distanza" tra Cittadini ed Enti/Strutture eroganti;
- l'aumento della condivisione e scambio delle informazioni tra gli operatori del sistema sanitario;
- la continuità del processo di cura ed il miglioramento della qualità del processo di prescrizione, diagnosi e cura;
- la pianificazione ed equilibrio del Sistema Socio Sanitario;
- la riduzione dei tempi di latenza delle informazioni, all'interno del percorso che le informazioni stesse devono eseguire nel proprio ciclo di vita;
- l'aumento dell'accesso facilitato e sicuro al sistema sanitario.
- Per la pubblica amministrazione i vantaggi sono sintetizzabili in:
- una maggiore disponibilità delle informazioni a livello analitico per un governo della spesa e della gestione del finanziamento al sistema;

- un monitoraggio in tempo reale della prescrizione e dell'erogazione di farmaci e servizi.

I medici di base possono offrire ai clienti un servizio migliore in termini di prescrizioni farmaceutiche ed ambulatoriali nonché di prenotazione di prestazioni; inoltre ottengono dal Sistema vasta e puntuale informazione sui propri assistiti (principali eventi sanitari e referti) e sui servizi disponibili, nel rispetto della privacy garantita dai servizi di sicurezza del Sistema; infine, hanno a disposizione sicuri strumenti di cooperazione interpersonale con le Aziende Sanitarie e con gli specialisti ospedalieri.

Le Farmacie possono essere più accurate nell'erogazione dei farmaci e possono avvantaggiarsi di nuove possibilità come la consultazione dei farmaci precedentemente erogati e la prenotazione delle prestazioni.

Poliambulatori, Laboratori di analisi, Aziende Sanitarie e Ospedali possono fornire un miglior servizio al cliente in termini di prenotazioni di prestazioni, hanno anche diretta capacità di cooperazione professionale con i medici di base e accesso ai dati sui precedenti sanitari degli assistiti; hanno anche maggiore informazione sugli atti amministrativi, sui dati di spesa e sulla situazione epidemiologica del loro territorio.

Per questo il Sistema Informativo Socio Sanitario mette la Regione Lombardia in grado di potenziare i servizi informativi al pubblico, agli operatori e alle aziende sanitarie e migliora l' accuratezza dei dati necessari alla pianificazione e gestione del Sistema sanitario grazie all'incremento qualitativo e quantitativo dei dati clinici ed amministrativi e grazie alla maggiore tempestività di trasmissione e rendicontazione garantita dal Sistema.

1.4 Principali servizi del progetto CRS-SISS

I servizi di base del SISS, rappresentano le funzioni applicative, sia a livello centrale che periferico, sviluppate dal Progetto e fornite agli operatori sanitari aderenti. Le funzionalità del SISS sono molteplici e possono essere riassunte principalmente in:

- Gestione della Prescrizione elettronica: identificazione del cittadino e della sua classe di esenzione, codifica dei farmaci e delle prestazioni, controllo, firma digitale della prescrizione elettronica, archiviazione, accesso e visualizzazione della prescrizione e dei servizi resi nel suo ambito.
- Gestione dei Documenti Sanitari: notifica dell'evento al medico curante, firma digitale a valore legale dei documenti, visualizzazione di Referti ambulatoriali, lettere di dimissione, verbali di pronto soccorso, con la possibilità di importare il contenuto dei documenti sanitari nella Cartella Clinica elettronica. Si nota che la pubblicazione e archiviazione dei documenti clinici sono in carico della Struttura sanitaria che erogato la relativa prestazione (il sistema di archiviazione e accesso delle informazioni è distribuito e centralmente è solo contenuto un indice di dove le informazioni di un determinato paziente si trovano).
- Prenotazioni ambulatoriali: all'interno di questa categoria sono riconducibili tutte quelle funzionalità che permettono al cittadino di utilizzare un Call Center regionale (oppure uno strumento informatico messo a disposizione di MMG e Farmacisti) per accedere ad un sistema di prenotazione unico per tutte le strutture sanitarie accreditate della Lombardia.

1.5 Architettura del Sistema SISS

1.5.1 L'infrastruttura della rete

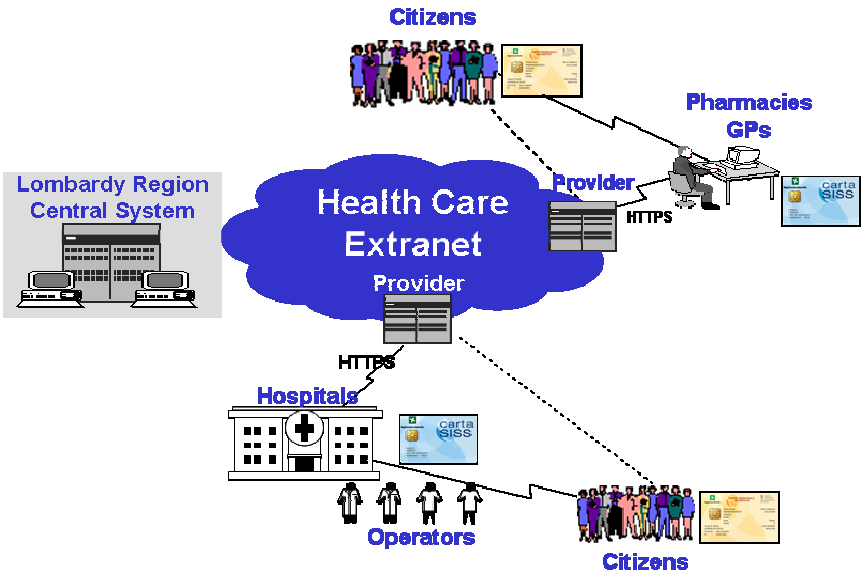
Il SISS adotta in modo generalizzato il modello di Internet.

L'adozione di questa tecnologia costituisce la scelta più importante del progetto dal punto di vista tecnologico e rappresenta uno degli elementi di principale innovazione per il progetto.

Il sistema si basa sulla creazione di una rete "extranet sanitaria", cuore nevralgico del sistema, basato su un sistema di "Virtual Privat Network" (VPN) sopra Internet, a cui si legano, attraverso dei Provider Internet, tutti gli operatori, i servizi socio-sanitari e i cittadini.

I Provider rappresentano l'anello di congiunzione tra gli aderenti (MMG/PLS, Farmacie, Strutture) e il Sistema Informativo Socio-Sanitario. La congiunzione si concretizza con la fornitura agli aderenti di servizi di rete e di servizi di assistenza sul software del SISS. Ciascun aderente è tenuto a scegliere e servirsi di un Provider per il proprio collegamento alla rete del SISS.

A tal proposito, è costituito un Albo regionale di Provider accreditati: l'accreditamento è affidato a Lombardia Informatica, che svolge questo compito attraverso bandi pubblici periodici.



1.5.2 Piattaforma Software di Integrazione

- La Piattaforma Software di Integrazione è la struttura tecnologica con cui le strutture sanitarie della Regione Lombardia si integrano con il SISS.
- La piattaforma adottata è composta dalle seguenti componenti:
- BDA – Anagrafe Aziendale
- Repository Referti
- SISS-Way: middleware di integrazione al SISS
- ICAN: middleware di integrazione aziendale

Le ***BDA*** e il *Repository Referti* costituiscono i sistemi centrali aziendali e consentono di gestire rispettivamente l'anagrafe Aziendale e i referti SISS.

La *piattaforma di integrazione ICAN* è la componente che si occupa della connettività delle applicazioni e del trasporto dei messaggi.

Gli *adapter* sono le componenti applicative che permettono agli applicativi aziendali di interagire con il middleware di integrazione.

L'adapter SISS-Way fornisce ad un generico applicativo dipartimentale, i servizi per l'integrazione al SISS, inglobando i servizi di accesso sia all'Anagrafe Centrale Aziendale BDA sia al Repository Referti.

L'integrazione tra i vari applicativi di un'azienda ospedaliera è realizzato utilizzando i servizi del middleware ICAN di SeeBeyond e si basa sullo scambio di messaggi secondo il protocollo HL7.

Ogni applicativo dipartimentale si connette alla piattaforma di integrazione ICAN tramite uno o più adapter, che interagiscono da un lato con l'applicativo in questione e dall'altro con la piattaforma di integrazione.

L'adapter SISS-Way consente ad un generico applicativo dipartimentale, di realizzare la propria integrazione al SISS inglobando in una unica logica applicativa sia i servizi di base del SISS sia i servizi di accesso ai sistemi centrali (BDA e Repository Referti).

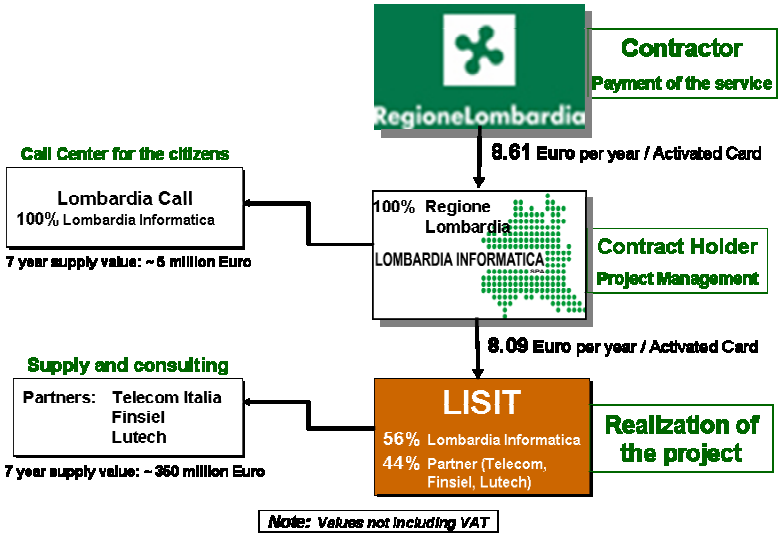
Questa piattaforma di cooperazione, adottata da tutte le strutture sanitarie pubbliche lombarde facendo ricorso a tre operatori di mercato, è stata la principale azione di governo dello sviluppo dei Sistemi Informativi Aziendali realizzata dalla Regione: questo ha portato ad una completa interoperabilità interaziendale e ha reso gli applicativi logicamente ed architetturalmente omogenei.

Ovviamente questi prodotti utilizzano e sono compatibili con le versioni più recenti e funzionanti dei più diffusi standard di mercato (HL7, IHE, DICOM).

1.6 Gli attori del Progetto CRS-SISS

Nel 2002 la Regione Lombardia ha incaricato Lombardia Informatica S.p.A. di realizzare il secondo Stadio Progettuale dedicato all'estensione del Progetto di sperimentazione del SISS del territorio di Lecco (Primo Stadio) a tutto il territorio lombardo.

Qui di seguito nella figura vengono illustrate gli attori che partecipano alla realizzazione dell'estensione (secondo stadio, che terminerà nel 2010) del progetto su tutto il territorio lombardo.



1.6.1 Lombardia Informatica S.p.A. (LI)

Lombardia Informatica è una società completamente regionale e ha avuto l'incarico dalla Regione di realizzare e distribuire a tutti i cittadini lombardi la Carta Regionale dei Servizi, e di gestire il contratto per la realizzazione sull'intero territorio regionale del Sistema Informativo Socio sanitario.

Quindi sono in Lombardia Informatica, a completa disposizione della Giunta Regionale, le competenze, le capacità professionali, le esperienze maturate sul campo e i prodotti informatici che hanno realizzato l'intero progetto e forniscono i servizi ai cittadini lombardi.

1.6.2 Lombardia Integrata S.p.A.

Lombardia Integrata Servizi Infotelematici per il Territorio S.p.A. (LISIT) è una società di scopo, posseduta al 56% da Lombardia Informatica e per il 44% dal Consorzio di Imprese che ha fornito gli investimenti e le competenze iniziali per la realizzazione del progetto: ha l'incarico di realizzare e gestire i servizi dell'intero progetto, sotto la supervisione di Lombardia Informatica, la distribuzione e la gestione delle carte, la formazione degli operatori, la manutenzione e l'evoluzione tecnologica degli applicativi.

Per far questo si avvale, con fornitura di beni e servizi anche consulenziali, delle imprese che sono entrate nel suo capitale sociale, garantendo gli investimenti necessari (circa 70 milioni di euro) per la costruzione e l'avvio del Sistema.

Tali imprese sono leader nazionali nella fornitura di servizi ICT e nella della progettazione di sisetmi informativi.

Si tratta di:

- Gruppo Finsiel
- Lutech S.p.A.
- Telecom Italia Group

1.7 La Cooperazione Europea con il Progetto CRS-SISS

Il progetto CRS-SISS è in accordo con le Decisioni n°189, 190, 191 della Commissione Amministrativa per la Sicurezza Sociale dei Lavoratori Migranti (organo dell'Unione Europea) e adotta lo standard NetLink, definito da un progetto della Commissione Europea.

Inoltre la RL partecipa ai progetti europei Netc@rds (eTEN) e INCO-HEALTH (INTERREG IIIC) per l' interoperabilità delle carte e la loro diffusione in Europa, collaborando e adottando le soluzioni intraprese in questi progetti in modo che i sui sistemi possano essere compatibili con i sistemi sviluppati dagli altri paesi europei che adottano un sistema di riconoscimento e di garanzie di accesso al sistema basato su smartcard.

2. Lo stadio di realizzazione del progetto CRS-SISS

2.1 I risultati del progetto

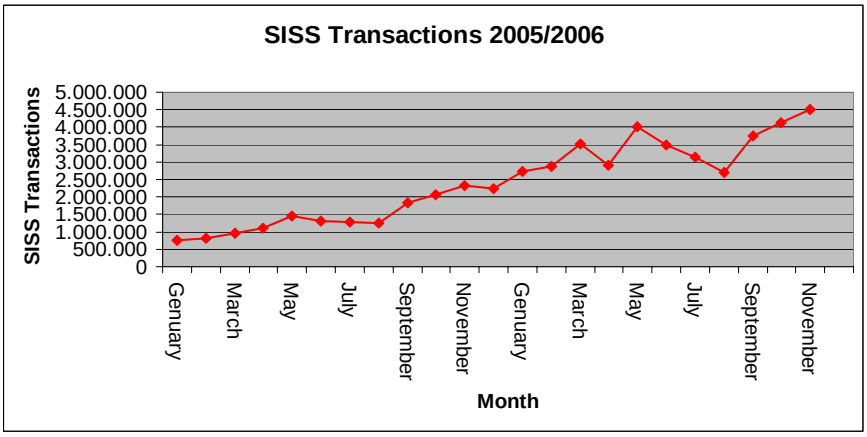
La RL ha quasi completato l'estensione del progetto CRS-SISS su tutto il territorio lombardo.

Alla fine di Novembre 2006 (ultimi dati consolidati disponibili) il sistema mette in collegamento circa 50.000 Professionisti sanitari e 5.200 MMG/PLS (pari al 65% del totale); sono collegati al sistema 2.380 farmacie (pari al 95% del totale), 14 ASL, 175 strutture ospedaliere pubbliche e 4 private (il sistema degli ospedali privati nel 2007).
Inoltre il sistema CRS-SISS copre una utenza di 8.400.000 cittadini pari al 90% dei cittadini assistiti in Lombardia.

2.2 L'uso del progetto

In questi ultimi tre anni l'incremento delle transazioni operanti nel sistema CRS-SISS è cresciuta in modo esponenziale. Infatti come si vede dai seguenti risultati:

- 2004: 5.364.000 transazioni,
- 2005: 17.413.000 transazioni,
- 2006: 40.200.000 transazioni.



L'uso dei servizi SISS, individuato dal numero di transazioni che vengono generati proprio nel loro uso è più che linearmente incrementata nel tempo.

L'incremento dell'uso del sistema SISS è sicuramente dovuto dall'espansione che il sistema ha acquisito aumentando la sua copertura su quasi tutto il territorio lombardo. Non

è, comunque, da escludere anche che tale incremento sia anche dovuto da una maggiore consapevolezza e comprensione da parte degli operatori sanitari stessi dei notevoli vantaggi che tale sistema offre per la gestione quotidiano della salute dei cittadini.

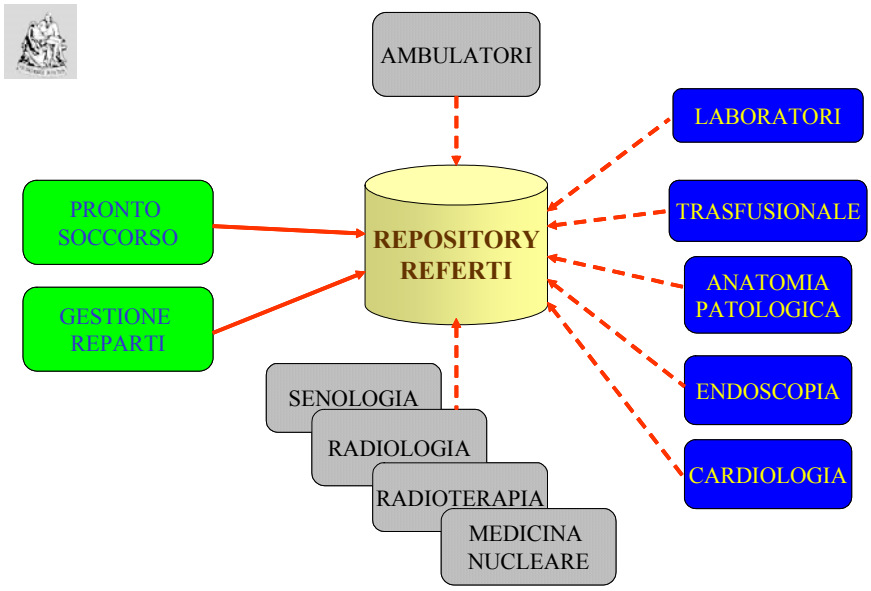
2.3 Alcune Esperienze

Il progetto CRS-SISS può essere visto come una infrastruttura di comunicazione e condivisione delle informazioni sanitarie del cittadino da cui gli operatori del sistema sanitario collegandosi possono accedervi (oltre alla parte della componente gestionale amministrativa della sanità).
Da questo punto di vista il SISS offre una infrastruttura di comunicazione le cui potenzialità non sono ancora esplorate e che, al momento, è utilizzata per una piccola parte.
Qui di seguito vi illustreremo come la realizzazione (e il finanziamento) del progetto regionale abbia consentito ad alcune Aziende Sanitarie di sviluppare altri e differenti servizi in grado di semplificare la loro organizzazione amministrativa di fornire ai cittadini nuovi servizi.
Citeremo solo due esempi.

2.3.1 Ospedale di Cremona

L'Azienda Ospedaliere di Cremona è una delle aziende che ha integrato tutti i suoi dipartimenti e i sui servizi nel Sistema CRS-SISS, coinvolgendo 350 professionisti sanitari. Questo ha portato quindi a produrre e a gestire qualsiasi documento sanitario **(referti ambulatoriali, di laboratorio e di radiologia, lettera dimissione, verbale PS)** redatto dall'ospedale per via Telematica.

Grazie ai servizi del progetto CRS-SISS come firma digitale, repository documentale, identificazione del cittadino, ecc…, ogni documento sanitario firmato con le smart card operatore ha valore legale e può essere visto da altri professionisti sanitari autorizzati, fornendo un processo integrato di continuità della cura sia a livello multidisciplinare (tra diversi specialisti sanitari), sia al livello territoriale introducendo in questo circuito anche il MMG/PLS.



La gestione elettronica della prescrizione e della prenotazione attraverso i servizi CRS-SISS ha permesso una visione completa dei processi di cura e una accelerazione dei risultati contribuendo in breve tempo a definire con maggiore tempestività e precisione gli interventi da fare su un paziente.

2.3.2 Valduce Villa Beretta

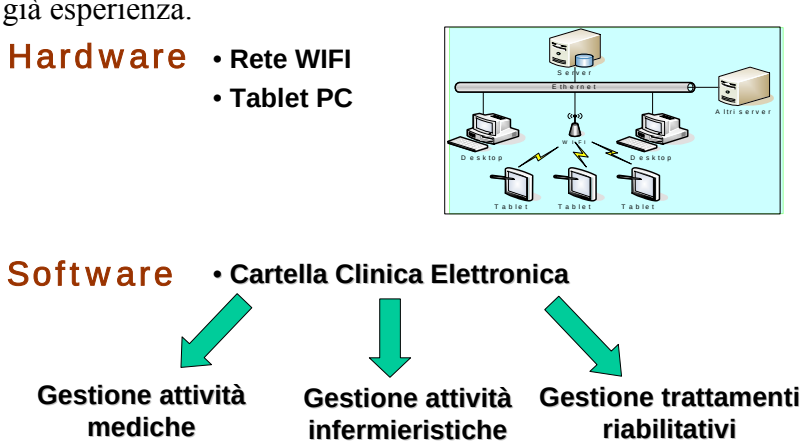
L'Ospedale Valduce – Villa Beretta è una struttura sanitaria privata che ha sfruttato l'infrastruttura del SISS per migliorare l'integrazione dei suoi servizi di riabilitazione con la medicina territoriale, consentendo di fornire alcuni servizi di riabilitazione anche a domicilio, attraverso la telemedicina.

Vengono forniti servizi di videoconferenza, per assistere a domicilio il paziente, e servizi di telemonitoraggio e supporto operativo per il personale (famigliare o paramedico) che assiste il paziente a casa.

E' realizzata una collaborazione funzionale tra i diversi attori del processo: MMG, specialisti ospedalieri, personale paramedico distaccato sul territorio e famigliari del paziente stesso.

Il tutto utilizzando Internet con una connessione sicura, con strumenti molto semplici, utilizzabili anche da persone diversamente abili, e con costi operativi molto contenuti.

Ciò consente una diffusione geografica molto ampia e rende questo strumento adatto alla cooperazione internazionale, anche con paesi poveri: cosa su cui, peraltro, l'Ospedale ha già esperienza.



2.3.3 Progetto Telemaco

Il Progetto TELEMACO, TELEMedicina Ai piccoli COmuni lombardi, è un progetto regionale completamento integrato con gli strumenti (rete, carta operatore, strumenti di sicurezza e tutela della privacy) dedicato a sperimentare tecnologie innovative di telemedicina applicabili sia nel quotidiano sia nelle fasi di un'emergenza sanitaria, volte a migliorare la qualità dei servizi sanitari resi ad una popolazione che già vive un territorio difficile per orografia e fruibilità di servizi. Il progetto, co-finanziato da Regione Lombardia, Ministero della Salute e Ministero delle Riforme e Innovazioni nella pubblica amministrazione, si compone di 4 moduli paralleli:

- Telesorveglianza domiciliare,
- Teleconsulto su immagini,
- Second opinion per Medici di Medicina Generale,
- Emergenza Cardiologica.

Il progetto prevede servizi in rete per Medici di Medicina Generale per facilitare la prevenzione e la cura; gestione innovativa della sindrome coronarica acuta dal territorio fino all'ospedale attraverso una rete di servizi sanitari basata sull'integrazione delle strutture ospedaliere. Le aree individuate sono i comuni obiettivo 2 delle ASL di Valcamonica e ASL di Varese.

L'integrazione di questi servizi con il sistema CRS-SISS permette una gestione integrata del paziente sul territorio legando nuovi servizi sanitari come quelli della telemedicina con i servizi del progetto CRS-SISS.

2.3.4 IGEA SAT Project

La Regione Lombardia partecipa anche a progetti tesi a stabilire quali siano le modalità di utilizzo dei satelliti per telecomunicazioni nei servizi sanitari, con particolare riguardo (ma non solo) alla telemedicina.

L'utilizzo del satellite è visto come una modalità diversa per trasmettere dati e informazioni, in una maniera che deve essere integrata con le modalità tradizionali.

Il progetto intende principalmente:

- Dimostrare che esiste una opportunità per l'uso del satellite nella fornitura di servizi di cura domiciliare;
- Definire le caratteristiche di una piattaforma di servizi aperta, realmente interoperabile ed indipendente da una specifica piattaforma di comunicazione. Per questo obiettivo è cruciale progettare e sviluppare servizi compatibili con Digitale Terrestre, Satellite, ADSL, UMTS ecc. in modo da evitare la sindrome del "satellite contro terrestre";
- Realizzare un servizio di supporto alle cure domiciliari, progettato per essere indipendente dal sistema di comunicazione, che utilizzi il satellite come strumento di comunicazione, come strumento di validazione dimostrazione dell'integrabilità della comunicazione satellitare nei sistemi di comunicazione tradizionalmente utilizzati nella telemedicina;
- Definire un modello di servizio che possa essere adottato a livello di Comunità Europea e validare la soluzione trovata attraverso un vasto Gruppo di Valutazione, composto da Amministratori, Clinici, MMG, tecnici e paramedici.

2.4 Riutilizzo: prodotti ed esperienza

Il progetto CRS-SISS è un sistema completo industriale trasferibile verso altri campi ed applicazioni.

La sua architettura è modulare, aperta e scalabile basata su standard di mercato consolidati ne garantisce una grossa capacità di riuso sia a livelli di progettazione di sistema che a livello dei singoli moduli applicativi.

La maggior parte dei componenti informatici sviluppati sono prodotti industriali trasferibili in altro contesto.

La struttura di sviluppo e gestione del progetto ha le capacità di offrire un servizio di consulenza per esportare la nostra esperienza; inoltre nelle strutture sanitarie lombarde esistono le professionalità in grado di sostenere i processi di supporto allo sviluppo di altre realtà.

Health Impact Assessment: processi e tecnologie

Roberta Siliquini
Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Torino

Riassunto: *Alla base dell'importanza dell' Health Impact Assessment (HIA) vi è l'idea secondo la quale la salute non è il risultato di sole politiche sanitarie. Essa è infatti coinvolta in pressoché tutti i settori e la valutazione dell'impatto sanitario che le varie politiche hanno su di essa può diventare parte integrante delle procedure decisionali. Da un'indagine svolta dall'OMS risulta che la cultura dell'HIA sia variamente distribuita in Europa: molto diffusa nei paesi anglosassoni e della penisola scandinava, ancora pionieristica nel resto d'Europa. Rispetto allo sviluppo ed all'utilizzo di tale strumento l'Italia si pone, rispetto agli altri Paesi membri della Comunità Europea, in una posizione intermedia, ma è assai forte la spinta verso obiettivi di eccellenza.*

Tra le numerose definizioni di Health Impact Assessment (Valutazione di Impatto sulla Salute-VIS) estrapolabili dalla letteratura scientifica, quella più accreditata deriva dalla Consensus Conference promossa a Gotheborg nel 1999 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.
Si parla di VIS come quella '*combinazione di procedure, metodi e strumenti con cui è possibile valutare una politica, un programma o un piano di sviluppo circa i possibili effetti sulla salute pubblica e sulla distribuzione di questi effetti nella popolazione*'.

Questa definizione offre di per sé, nel contesto di un dibattito costruttivo per la definizione di partenariati per la salute, alcune interessanti riflessioni:

- la salute non è il risultato di sole politiche sanitarie ma è spesso definita dall'attenzione che vi si pone in altri contesti;
- la salute è comunque il risultato di politiche e pertanto va posta al centro dell'attenzione dei decisori politici;
- la salute non può prescindere da valutazioni che riguardino la diversa distribuzione dei suoi determinanti all'interno di una popolazione e quindi una particolare attenzione alle disuguaglianze.

Il concetto di VIS espresso nella dichiarazione di Gotheborg del 1999 ha però radici più antiche: le politiche di Health for All (Alma Ata, 1978), il trattato di Maastricht (1993) e anche il recente documento dell'OMS 'Gaining health' (2006) sottolineano il crescente ruolo che fattori, solo apparentemente lontani, hanno sulla salute delle popolazioni.
A questo proposito è utile sottolineare che i dati forniti dall'OMS nel 2005 vedono quasi il 100% dei 52 paesi membri della Regione Europea aver implementato politiche multisettoriali per la salute anche se permangono ancora sensibili differenze nei diversi gradi di sensibilizzazione tra i vari Stati.

Le politiche di Health for All e le più recenti di Health in All Policies basano il loro assunto su evidenze scientifiche ormai scontate per gli addetti ai lavori: le condizioni socio-economiche, culturali e ambientali, le condizioni di vita e di lavoro, le influenze sociali e gli stili di vita individuali rappresentano cerchi concentrici in cui quello a monte

influenza quello immediatamente successivo in un rapporto di causalità che, esponenzialmente, è in grado di definire i livelli di salute di una popolazione.

Anche le differenze di salute dipendenti dal genere o da fattori ereditari vedono tra le loro cause fattori solo parzialmente legati alla sanità.

Malgrado queste evidenze, in Europa, la maggior parte dei finanziamenti per la salute è finalizzata all'assistenza sanitaria (circa il 90%) mentre una percentuale risibile (3%) è destinata a quei determinanti di salute (comportamenti e stili di vita, ambienti di vita e di lavoro) che di per sé rappresentano ad oggi più del 50% della frazione attribuibile di malattia.

Negli ultimi 20 anni molto si è fatto e molto si farà ancora in ambito epidemiologico per la definizione dei rischi. E' ormai noto che un basso livello culturale diminuisce la capacità di rispondere adeguatamente alle campagne preventive, che alti livelli di inquinamento rappresentano un rischio per la salute, che la scarsità di relazioni sociali di un anziano che vive nella nostra attuale società urbana ha forti ripercussioni sulla sua salute e qualità della vita.

La sfida è, senza abbandonare i necessari studi epidemiologici e sociologici che sono in grado di fornire dati sempre aggiornati su una situazione in continua evoluzione, fare un passo avanti e ricercare, per attuare politiche di miglioramento, le cause delle cause. I livelli di inquinamento dipendono dalle politiche relative al traffico ed all'industrializzazione, il basso livello culturale dipende da politiche dell'istruzione (scuola, opportunità mass mediatiche) ma anche economiche e di equità, le relazioni sociali di un anziano dipendono dalle possibilità date alla famiglia di accoglierlo e dalla società di rendersi utile.

Come espresso dalla letteratura, pochi di questi esempi sono strettamente legati alla sanità. Ma la sanità può fare molto da una parte contribuendo alle definizione delle politiche attraverso una presenza costante che ricordi in modo continuativo e sistematico come qualunque politica abbia riflessi acuti e cronici sulla salute, dall'altra possa offrire stimoli e tecnologie standardizzate per una valutazione dell'impatto sulla salute.

Le politica di Health for All e quelle di Health in All Policies si rifanno a due strumenti fondamentali: l'Health Technology Assessment (HTA) e l'Health Impact Assessment (HIA).

La *salute per tutti* presuppone il concetto di Sistema sanitario, focalizzato sull'attenzione a tutte le attività che primariamente o intenzionalmente contribuiscono al livello di salute e focalizza l'attenzione sul fatto che le tecnologie e i modelli e strategie sanitarie scelte (seppur già valutate dal punto di vista dell'efficacia teorica e sperimentale) devono, prima di trovar casa nel nostro servizio sanitario, essere valutate rispetto all'efficacia pratica, alla loro reale applicabilità, tenendo nella giusta considerazione valori di equità e accessibilità.

La *salute in tutte le politiche* si riferisce invece all'attenzione alla salute in altri settori valutata attraverso le metodologie dell'Health Impact Assessment.

HTA e HIA sono quindi strumenti estremamente complessi dal momento che i campi d'azione sono particolarmente ampi e scarsamente definibili a priori.

Le tecnologie sanitarie vanno ormai ben oltre il concetto di farmaco e strumento elettromedicale: strumenti organizzativi e procedurali, metodologie di sintesi dell'informazione al cittadino ma anche all'operatore sono anch'esse tecnologie che meritano attente valutazioni in quanto fortemente collegate ai percorsi di cura, all'efficienza del sistema ed alla compliance dell'utenza verso le attività preventive e curative.

La salute è poi coinvolta in pressoché tutti i settori e una valutazione dell'impatto che le varie politiche hanno su di essa deve far parte integrante delle procedure decisionali:

ambiente, trasporti, urbanistica, ma anche turismo, alimentazione, politiche sociali ed economiche, etc.

Queste ed altre argomentazioni hanno fatto della valutazione dell'impatto sulla salute uno dei nodi fondamentali dell'agenda di numerose Presidenze Europee che si sono succedute negli ultimi anni: in particolar modo la presidenza Finlandese del 2006 ha introdotto l'utilizzo della valutazione di impatto come strumento prioritario nel determinare la definizione delle direttive comunitarie.

Tuttavia la globalizzazione e la necessità di integrazione internazionale, che vede rappresentati differenti contesti politici, sociali ed economici, impone una verifica dell'efficacia dei modelli di valutazione e delle condizioni che possono favorirne l'applicazione.

A tal fine la Comunità Europea ha finanziato allo European Observatory on Health Systems and Policies dell'OMS un progetto atto a mappare l'utilizzo in Europa dell'HIA, valutarne l'efficacia e identificare i determinanti della stessa (www.euro.who.int/observatory/): il progetto vede coinvolti 22 gruppi di lavoro in 19 paesi; in rappresentanza dell'Italia hanno contribuito al progetto l'Istituto d'Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Torino.

I risultati dimostrano come la cultura dell'HIA sia variamente distribuita in Europa: molto diffusa e quasi routinaria nei paesi anglosassoni e della penisola scandinava, ancora pionieristica nel resto d'Europa.

Le attività di HIA censite riguardano molti ambiti e settori: trasporti, pianificazione urbana, ambiente sono i più rappresentati ma anche agricoltura, industria, educazione, turismo e occupazione.

L'indagine ha anche rilevato come le attività di HIA non siano sempre condotte rispettando, in modo standardizzato, tutte le fasi previste dal protocollo (screening, scoping, appraisal, reporting, evaluation): in particolar modo si denota come la fase di valutazione venga attuata solo nel 30% dei casi.

Pare quindi evidente che ancora molto si debba e si possa fare nello sviluppo e nell'utilizzo di questi importanti strumenti di valutazione.

HTA e HIA non sono solo un nuovo campo di ricerca ma si differenziano dalla mera ricerca per alcune peculiarità: il particolare orientamento politico, contenuti e processi multidisciplinari che richiedono una sintesi di tutte le informazioni disponibili, la particolare enfasi da porsi sulla equità e sulla diffusione e comunicazione dei risultati.

In sintesi si tratta di procedure olistiche, aspecifiche, democratiche e trasparenti che non necessariamente devono seguire percorsi metodologici standardizzati ma che esprimono la loro maggior efficacia in contesti culturali e istituzionali pronti.

Devono infatti essere in grado di coinvolgere tutti gli stakeholders (processo assai complesso dal momento che i diversi stakeholders esprimono posizioni di forza e influenze diverse), di garantire equità e di influenzare le decisioni; rappresentano quindi un ponte virtuale e virtuoso tra la conoscenza scientifica e le ricadute che questa conoscenza può avere in ambito di salute indirizzando le decisioni politiche.

Sono quindi particolarmente lieta che in questo contesto, voluto da due Ministeri, trovi spazio la valutazione di impatto sulla salute: essa infatti trova la sua maggior utilità e quindi le maggiori potenzialità laddove esista una committenza politica.

Rispetto allo sviluppo ed all'utilizzo di strumenti di valutazione di tecnologie e di impatto sanitario l'Italia si pone, rispetto agli altri Paesi membri della Comunità Europea, in una posizione intermedia ma è assai forte la spinta verso obiettivi di eccellenza.

Alcuni gruppi di 'pionieri' hanno negli ultimi anni aggregato in rete chi si occupa di Health Tecnology Assessment (Network Italiano di Health Technology Assessment) ottenendo in breve ottimi risultati evidenziati, tra l'altro, anche dalla nascita di alcuni centri

di riferimento riconosciuti a livello internazionale; altri ancora stanno lavorando alla nascita di una rete scientifica che si occupi di sviluppare e diffondere, anche attraverso la definizioni di obiettivi operativi trasversali a problematiche interregionali, la cultura dell'Health Impact Assessment.

In questo senso la Comunità Scientifica italiana ha la capacità tecnica e culturale per svolgere, a livello di partenariati per la salute, un ruolo predominante nello sviluppo di politiche di HTA e HIA.

L'ingaggio in progetti e obiettivi internazionali rappresenta anche l'occasione per aggregare sempre più ricercatori e operatori in partnership nazionali in grado fornire un'ulteriore spinta verso l'eccellenza.

Sessione 3

I modelli di governance per il partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente

Governance basate sulle evidenze

Sergio Brusin
Istituto Superiore di Sanità, Roma

Riassunto: *L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha svolto nel corso degli ultimi anni numerose attività di cooperazione internazionale con Paesi dell'area medio orientale in ambito di governance. Il modello che si è cercato di esportare è basato sulla riforma dei sistemi informativi e di raccolta delle informazioni sanitarie di una popolazione che permettono di produrre evidenze e linee guida in grado di fornire ai decision makers informazioni sufficienti per prendere decisioni politiche e per ottenere risultati verificabili grazie all'utilizzo di indicatori. L'esperienza ha comunque insegnato quanto sia difficile utilizzare un modello standardizzato, in quanto ogni Paese ha delle sue peculiarità e di conseguenza differenti capacità recettive dalle quali non si può prescindere.*

Con questo intervento si vuole illustrare, attraverso alcuni esempi, l'esperienza dell'ISS per quanto riguarda la cooperazione nell'area del Mediterraneo.

L'ISS si è concentrato sulle aree di goverance pubblica e sulle metodologie per poter fornire al pubblico un servizio di qualità e con standard accettabili sia da parte di chi fornisce il servizio, sia da parte di chi lo riceve.

Uno degli aspetti più importanti dell'attività dell'ISS è quello di basare tutti i sistemi di governance e di management sulle evidenze, ovvero sulla base di dati certi che possano portare alla presa di decisioni: quali servizi devono essere forniti alle persone, che tipo di continuità occorre dare a questo tipo di servizi; che tipo di controlli occorre effettuare per poter garantire una qualità del servizio anche dal punto di vista del management, ecc.

Questo tipo di decisioni sono strettamente connesse a:

- Governance interna (come vengono strutturati i servizi sanitari in se per sé);
- Governance esterna (come il governo e gli altri attori della sanità possono influire su un sistema basato sulla salute e sull'assistenza sanitaria, Public Governance).

La governace in sanità è un approccio integrato e sistemico in grado di riconoscere la naturale interdipendenza di diversi aspetti del sistema sanitario, clinico professionale, economico-manageriale, istituzionale, visti come multisettoriali, cioè non esclusivamente con gli occhi del professionista sanitario ma con gli occhi di chi vuole fornire un servizio al pubblico in maniera più generale ed aperta. Infatti, la sanità non è il frutto della semplice fornitura dei servizi sanitari, ma è prevenzione, istruzione, ambiente, tutti fattori che notoriamente influenzano la salute delle persone.

Questa concezione di sanità, supportata dall'idea di governance intesa come capacità di prendere delle decisioni sulla base delle evidenze, è stata diffusa in Paesi in via di sviluppo e non industrializzati attraverso la creazione di reti internazionali.

Il modello concettuale esportato è basato sulla riforma dei sistemi informativi e di raccolta delle informazioni sanitarie di una popolazione che permettono di produrre delle evidenze e delle linee guida in grado di fornire ai decision makers informazioni sufficienti per prendere decisioni politiche e per ottenere risultati verificabili grazie all'utilizzo di

indicatori che permettono di vedere quanto di ciò che è stato fatto è effettivamente efficace sia da un punto di vista qualitativo sia quantitativo.

L'attività più importante che viene svolta dall'ISS è quella della formazione intesa come trasferimento delle conoscenze teoriche e pratiche dei modelli descritti. La formazione è indirizzata a più livelli della gerarchia decisionale, ma generalmente i primi interventi sono rivolti ai livelli di policy più elevati del sistema sanitario per poi procedere a cascata sino a coinvolgere tutti coloro che sono attivi nel processo decisionale.

Alcuni brevissimi esempi.

Attualmente l'Istituto sta realizzando in Egitto un programma sanitario nazionale finanziato dalla Commissione Europea e finalizzato a fornire ai manager locali conoscenze relative alla definizione del processo di Budget. L'Istituto fornisce un supporto tecnico e formativo attraverso il trasferimento di tecnici ed esperti italiani in Egitto.

Ad Alessandria l'ISS sta portando avanti un progetto, sempre finanziato dall'Unione Europea, con il Medical Research Institute con l'obiettivo di formare tutto il personale manageriale all'interno dell'Istituto.

Le attività si estendono anche in Palestina, dove, sempre grazie al supporto dei fondi dell'UE, l'ISS è potuto intervenire nella pianificazione strategica e nello sviluppo delle politiche sanitarie di quest'area. Anche in questo progetto l'obiettivo primario è la formazione del personale. Le attività previste si sono svolte regolarmente per due anni ma in seguito ai problemi politici verificatisi negli ultimi tempi è stato necessario interrompere le attività in loco, mentre si procede tuttora con le attività in rete.

Un ulteriore attività di formazione viene svolta in Libia. Questo progetto, finanziato dal Ministero degli Affari Esteri, è finalizzato allo sviluppo organizzativo del centro di collaborazione di Benjasi col fine di migliorare lo stato di salute della popolazione della Libia orientale attraverso il sostegno e lo sviluppo di un centro di riferimento nazionale per le cure riabilitative delle lesioni neurologiche. Prima dell'inizio del progetto sono state svolte accurate analisi per valutare i reali bisogni della popolazione e per visionare le metodologie utilizzate per la raccolta dei dati con lo scopo di identificare il giusto supporto da dare al personale locale. Infatti, al seguito di questa indagine è stato deciso di fornite supporto tecnico in Libia, attraverso personale medico italiano, e di ospitare negli stessi istituti di eccellenza italiani, dai quali provenivano gli esperti italiani recatisi in Libia, personale libico per corsi di formazione e aggiornamento.

Nel corso delle varie cooperazioni che l'ISS ha realizzato nel corso degli anni è stato preso atto quanto sia difficile avere ed utilizzare un modello standardizzato di formazione del personale, in quanto ogni Paese ha delle sue peculiarità e di conseguenza differenti capacità recettive. L'esperienza ha dunque insegnato che nel momento in cui si sviluppa una nuova cooperazione occorre:

- verificare quale sia la ricerca appropriata per la promozione della salute nel Paese;
- individuare il tipo di conoscenze necessarie;
- individuare la giusta metodologia per la raccolta dei dati per un'adeguata pianificazione strategica e per rendere rilevanti le decisioni;
- verificare che vi sia una reale volontà politica all'interno del Paese con il quale si collabora per poter sviluppare una strategia sociale che porti al miglioramento della salute secondo i principi di buona governance identificati dalla Commissione Europea:
    - apertura;
    - partecipazione;
    - responsabilità e corresponsabilità di tutti i vari agenti dei sistemi sanitari;
    - attività di provata efficacia (raccogliere le evidenze e definire gli indicatori per valutare i risultati)

- coerenza all'interno del sistema (proporzionalità rispetto ai vari bisogni del Paese e sussidiarietà di tutti gli agenti che operano nella sanità di un Paese).

Presentazione e discussione dei documenti che sintetizzano le risultanze della giornata e interventi liberi

Gianni Ghisi
Consigliere Diplomatico del ministro della salute e Ministro Plenipotensiario
Giorgio Almansi
Conferenza Stato – Regioni

Un grazie a tutti coloro che partecipando con il loro contributo, strutturato o estemporaneo, hanno captato l'importanza di questo tavolo.

Vorrei brevemente riassumere quanto detto oggi.

Come è stato detto dal Ministro Plenipotenziario Ghisi gli interventi del Ministro Livia Turco e del Ministro Massimo D'Alema sono andati ad aprire la strada ad un'operazione che, oltre ad avere un fortissimo impatto politico, prefigura una modalità di lavoro sconosciuta nel nostro Paese.

L'Italia, che ha costituito la storia della cooperazione all'estero attraverso una serie di interventi puntiformi, improvvisamente ha sentito la necessità di presentarsi come "sistema Paese". Questo è uno dei punti alla base della lunga discussione che ha preceduto la realizzazione di questa conferenza, la quale si pone come sfida di arrivare a determinare alcuni elementi sui quali poter discutere a questo tavolo attraverso un'opera di concertazione, della quale hanno parlato sia il Ministro della Salute sia la dott.ssa Di Martino, e che prefigura sostanzialmente un nuovo metodo d'azione.

Durante l'intervento dell'Assessore Rossi sono emersi alcuni elementi di particolare importanza quali la necessità di trasformare un'idea in azione, attraverso un'accurata opera di programmazione, e gli effetti in risultati, attraverso degli strumenti che ne permettano la misurazione. L'Assessore ha inoltre fatto riferimento ad alcuni temi, che hanno attraversato molti degli interventi successivi, ha enfatizzato il concetto della sanità come leva per lo sviluppo per la pace e per la coesione sociale in una determinata area del Mediterraneo, e si è concentrato, in particolare, su alcuni elementi che dovrebbero costituire il Tavolo di lavoro e l' insieme delle priorità di intervento.

- Prevenzione. Questo elemento è stato ripreso anche dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione, dott. Greco, il quale ha sostenuto che la prevenzione dovrebbe essere alla base di tutte le politiche di promozione della salute, facendo riferimento anche allo scottante tema, affrontato a livello nazionale, europeo ed internazionale, delle determinanti di salute.
- Accessibilità, equità, sostenibilità, qualità. Queste sono le caratteristiche alle quali devono rispondere tutte le proposte di cooperazione con i partner.

E' importante sottolineare come, sia nell'intervento del Ministro Livia Turco sia in quello dell'Assessore Rossi, sia stato fatto riferimento ai compiti e alle responsabilità che ciascun organo istituzionale, Ministero e Regioni, deve avere nelle azioni di cooperazione. La ripartizione delle competenze è un tema che è stato affrontato anche dal dott. Bertinato, il quale ha illustrato dei modelli operativi e organizzativi. Nel corso di numerosi interventi è poi emersa la volontà politica di procedere alla realizzazione degli obiettivi dettagliatamente illustrati nel corso della Conferenza.

Gli interventi successivi a quelli di apertura hanno presentato i diversi *asset* sui quali si basa la presenza del Sistema Italia nell'area del Mediterraneo e del Medio Oriente.

Il primo significante intervento è stato quello del dott. Malara, il quale ha fornito indicazioni chiare circa la nostra conoscenza, ossia l'insieme di azioni che sono state realizzate nell'area in oggetto o che sono ancora in corso di realizzazione. La panoramica presentata ha messo in evidenza gli innumerevoli interventi che i Ministeri, gli Istituti, le Aziende, ecc., hanno svolto in queste aree, e soprattutto l'importanza di sistematizzare tali attività facendole convergere attraverso un unico grande percorso condiviso. Tale operazione richiede naturalmente del tempo e innumerevoli sforzi.

Durante il proprio intervento il dott. Morabito ha elencato una serie di elementi riassuntivi delle proposte presentate per la costituzione del Tavolo di lavoro (su quale strategia occorre assestarsi; qual è il Know-how di cui si necessita per intervenire; cosa e come si va a proporre ai partner) e ha illustrato un modello teorico, ma razionale, dei processi operativi che potrebbero essere intrapresi, basati sulla collaborazione degli attori e sulla considerazione di tutti quegli elementi dai quali non si può prescindere e che indirettamente incidono sulla salute delle persone.

Il dott. Bertinato, con il suo intervento, ha fornito delle idee operative di cooperazione, mettendo in evidenza la possibilità di realizzare progetti econonomicamente sostenibili grazie all'utilizzo di tecnologie dimesse che non andrebbero a gravare sulle esauste finanze delle Regioni e degli attori coinvolti.

L'idea conduttrice dell'intervento del dott. Mandelli è quella della decisione orientata dal contesto e della selezione dei partner. E' importante infatti focalizzare l'attenzione sulla realtà economica, politica e sociale dei Paesi con i quali si intende cooperare e sulla base di questi effettuare una selezione razionale che miri al successo della cooperazione, tenendo presente gli obiettivi prefissati dagli organi di governo e la ripartizione dei ruoli e funzioni dei vari organismi istituzionali coinvolti.

Pienamente condivisibile è stato l'intervento del dott. Costa che ha tenuto a sottolineare la necessità di creare un network di scambio di informazioni sui diversi Paesi al fine di omogeneizzare le attività svolte. E' importante inoltre sottolineare la natura delle attività che nella maggior parte dei casi è *work intensive* e non *technologie intensive*, e di formazione. Il dott. Costa ha inoltre evidenziato molte delle problematiche affrontate da altri relatori quali la necessità di selezionare i Paesi con i quali si coopera e di definire quindi dei criteri e strumenti di selezione, nonché la necessità di convergenza delle opinioni senza la quale questo Tavolo non avrebbe ragione di esistere.

La fattibilità e sostenibilità, tradotta in capacità operativa che si formalizza attraverso un modello, sono state il fulcro centrale dell'intervento del dott. Gridelli, Paolini e Beretta. Attraverso le loro idee è emerso come la cooperazione non si può basare sul semplice trasferimento della tecnologia, settore nel quale fra l'altro esiste un elevato numero di competitor a livello europeo, ma deve puntare sui punti di forza dell'Italia, come la capacità di produrre buona sanità in un sistema di rete che tiene conto delle variabili territoriali, che riesce ad integrare con molta efficacia ospedale e territorio, dedito alla prevenzione, che tiene conto delle determinanti di salute viste, anche se ancora debolmente, attraverso l'Health impact assessment con l'obiettivo di produrre buona salute nel sistema.

L'obiettivo di questa giornata è la costruzione di un tavolo di lavoro che abbia alla base la condivisione delle informazioni, delle infrastrutture, delle risorse umane ed economiche necessarie alla cooperazione.

Una volta definito l'obiettivo restano comunque numerose questioni irrisolte relative alla realizzazione pratica del Tavolo che potrebbe essere costituito attraverso:

- la messa in comune di risorse;
- l' elaborazione comune di protocolli;

- la definizione di azioni comuni ;
- la ripartizione dei ruoli e competenze fra i vari attori istituzionali e non;
- gli effetti desiderati in ambito non solo sanitario ma anche sociale, culturale e politico tenendo presente in particolare 2 aspetti:
    - processi di formazione, più volte richiamati e di cui abbiamo sentito che l'Università, in particolare la Sapienza, è intenzionata a farsi carico direttamente ;
    - processi di formazione del management, per favorire la costruzione di sistemi sanitari evoluti, universali, etici, equi, nei Paesi con i quali si sviluppa la partnership.

La sanità, come è stato correttamente detto dal rappresentante dell'ISS, dott. Brusin, è una realtà molto costosa, e il problema dell'evoluzione delle patologie, dell'invecchiamento della popolazione, nonché la drammatica morte dei bambini, come chiarito anche nell'intervento del dott. Donato Greco, allargandosi trasversalmente, necessita sempre più di un ottimo management.

Sessione 4

Interventi programmati e liberi

L'esperienza dell'Istituto ospedaliero San Gallicano

Aldo Morrone
Direttore della Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale, Istituto San Gallicano-IRCCS, Roma

Innanzitutto ringrazio le Consigliere, il Ministro, quelli che hanno organizzato questo convegno, e ringrazio tutti voi dell'attenzione. Devo riconoscere che da stamattina sto vivendo un'esperienza veramente bella e rara per chi partecipa a tanti convegni, dove alla fine spesso ci si dice: "È un'altra giornata persa". Oggi invece ho ascoltato con voi delle relazioni straordinarie e avverto una situazione di intenso caos creativo, che ritengo possa veramente risultare in grandi vantaggi per la salute e la dignità delle persone. Conosco molte persone qui fra il pubblico, e oggi ho avuto il privilegio di conoscerne tante altre, che si impegnano nel quotidiano, con grande fatica, nella salvaguardia della salute e della dignità delle persone. Ci troviamo qui in una vera e propria oasi, dove viene voglia di rimanere.

Abbiamo ascoltato una lezione splendida sui diritti umani. Il problema è di rendere poi fruibili questi diritti, far sì che l'articolo 32 della Costituzione si concretizzi nella realtà. Quando provai a metterlo in pratica nel nostro istituto, 25 anni fa, e aprimmo di conseguenza un servizio gratuito per gli immigrati, l'unica stanza che mi venne concessa per questo lavoro fu la sala mortuaria, dove io visitavo le donne e le bambine immigrate. Fortunatamente morivano pochissime persone, quindi utilizzavo la sala quasi tutto l'anno, eccettuati i giorni in cui c'era un decesso. Allora chiudevo e dicevo "oggi l'istituto è chiuso".

25 anni fa decidemmo di cominciare a difendere i diritti delle persone più deboli, in particolare le donne e i bambini immigrati. Allora in realtà le donne immigrate erano poche e gli immigrati erano soprattutto uomini, persone sane e robuste le sole che potevano partire dai loro paesi e raggiungere, se pure anche allora con grande difficoltà, l'Europa e il nostro Paese. Avviare il servizio per gli immigrati non è stato merito nostro, ma proprio di queste persone, che si rivolgevano a un ospedale pubblico, convinte giustamente che l'ospedale pubblico dovesse salvaguardare la salute di tutti. Anche io, come dipendente, ero convinto di questo, ma i molti problemi che ebbi in seguito mi fecero capire che una cosa è enunciare l'articolo 32 della Costituzione, un'altra è quando presentano richieste di salute persone prive di documenti, inesistenti per lo Stato. Abbiamo dovuto aspettare la legge Martelli 39/90, il decreto Dini, la legge Turco-Napolitano del 1998, ma i decreti attuativi sono del dicembre del 1999. È vero quindi, che abbiamo vissuto anni di grande solitudine, di carenze istituzionali. Anni in cui ho salito e sceso molte scale, anche di studi di avvocati, ogni volta che l'amministrazione mi denunciava per qualche problema relativo all'assistenza di queste persone.

Ma quante cose abbiam, quparato in questa esperienza straordinaria, che abbiamo avuto la possibilità e il privilegio di fare. Oggi si è parlato di politica dei diritti umani, ma io vorrei chiamarli i diritti di tutti gli esseri viventi. È una cosa imparata incontrando tanti pensionati che avevano degli animali a far loro compagnia. Spesso, quando l'animale si ammalava, non c'era altra alternativa che ucciderlo o abbandonarlo, perché il pensionato a

reddito minimo non aveva i soldi per curarlo. Inventammo allora un servizio di medicina veterinaria per gli anziani, e ho capito che un essere vivente, ogni essere vivente, sia pure un pappagallo, un cane o un gatto, o anche una pianta o dei fiori, dentro una casa, ha un significato molto importante.

Nell'ultimo ventennio la realtà dell'immigrazione ha prodotto un grande cambiamento nelle nostre città. Dove prima erano presenti solo Italiani, oggi si osservano strutturalmente inserite, persone dal diverso colore della pelle, dalle lingue parlate, talvolta sconosciute, dalla religione diversa dalla nostra, dagli odori e dagli abiti diversi dai nostri. Oggi abbiamo tra noi persone che provengono da oltre 150 Paesi del mondo, del Sud del mondo. Si è andato quindi sviluppando negli anni un tentativo di comprendere quello che stava accadendo in tutta Europa, e in particolare nel nostro Paese. Perché milioni di persone fuggono dalle loro terre, dai loro affetti, dalla loro cultura, per andare in Paesi di cui non conoscono nemmeno la lingua e la precisa collocazione geografica? Che cosa cercano, qual è il loro progetto migratorio? Esuli, rifugiati politici, torturati, lavoratori, donne, bambini e anche anziani, cosa sperano di trovare da noi?

A molte di queste domande non sappiamo ancora rispondere, poiché solo da poco tempo abbiamo cominciato ad interessarci a queste persone, e soprattutto più in relazione al fenomeno socio-politico che rappresentano che non ad essi stessi come esseri umani, con i loro sentimenti, emozioni e speranze. L'atteggiamento iniziale è stato di profondo stupore, espresso nella duplice forma di grande interesse verso tutto ciò che è diverso, e paura e chiusura dinanzi all'ignoto. In questi anni sono apparsi molti studi sociologici, religiosi, antropologici, culturali e medici sul fenomeno immigratorio, alcuni dei quali degni di pregio e perciò posti alla base di un atteggiamento di maggiore comprensione, eppure la nostra analisi è ancora scarsamente intenzionata a dare ascolto al punto di vista del Sud del mondo e in particolare delle donne.

Tra le diversità culturali che il fenomeno migratorio ha reso più visibili nella nostra società, un posto preminente è dato dalle Modificazioni Genitali Femminili, più note come Mutilazioni Genitali Femminili (MGF), un termine che descrive diversi rituali tradizionali, sia in un'ottica culturale che clinico-antropologica. Non si tratta certo dell'aspetto più caratteristico dell'immigrazione, ma l'impatto massmediologico che ha suscitato le ha rese di grande attualità, stimolando un dibattito acceso, talvolta duro e al limite dell'intolleranza reciproca.

Durante l'esperienza condotta in questi anni sia a contatto con le donne immigrate in Italia, sia lavorando in Africa noi abbiamo potuto approfondire la tematica particolarmente complessa, difficile e dolorosa di queste pratiche. Le donne ce ne parlavano, ci raccontavano le loro esperienze, ed erano sorprese del fatto che noi fossimo meravigliati di questa pratica. Nel corso delle attività sanitarie che portiamo avanti al confine tra l'Etiopia e l'Eritrea e tra l'Etiopia e la Somalia abbiamo vissuto da vicino queste esperienze e abbiamo potuto apprendere che il problema fondamentale non era soltanto, come oggi è stato accennato e ribadito, l'argomento della mutilazione genitale, ma quello dei matrimoni forzati tra bambini, quello delle gravidanze a 11/12 anni, subito dopo il menarca, quello delle gravidanze interrotte, degli aborti che uccidono le bambine madri, delle morti per emorragie. Tutte pratiche pericolose e gli africani, più intelligentemente di noi, pongono infatti il tema delle mutilazioni genitali all'interno delle discussioni sulle pratiche dannose. Ricordo, e lo dice l'OMS, che ogni minuto, in una zona del mondo, una donna muore non per una malattia, ma di parto o per la gravidanza, o rimane con disabilità molto gravi, e il 99% di questi casi avvengono nell'Africa sub Sahariana. Numerose sono le pubblicazioni sull'argomento prodotte da studiosi stranieri e italiani, ma data la interdisciplinarietà che il tema impone, nessuno studio può mai dirsi esaustivo.

Per quanto co[2]ncerne le nostre ricerche, vorrei sottolineare almeno tre punti: le condizioni socio-economiche e ambientali dei Paesi in cui è maggiore l'incidenza delle MGF, l'aspetto medico, quello più vicino alla nostra esperienza di medici di frontiera che lavorano all'interno di una realtà di un Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico ed infine l'aspetto giuridico sempre più di attualità.

Afferma Amartya Sen nel suo libro *La democrazia degli altri*: La diversità è una caratteristica di quasi tutte le culture del mondo e la civiltà occidentale non fa eccezione[1] . La nostra società si proclama ogni giorno sempre più multiculturale o addirittura interculturale, ma non sembra davvero, ad una più attenta analisi, di poter cogliere i segnali di una autentica attenzione alla diversità. Se da un parte ci si affanna a dichiarare che viviamo in una realtà multietnica, dall'altra si pratica e si vive una cultura eurocetrica, antropocentrica ed androcentrica. Anche a livello scientifico la sola diversità di genere non viene quasi mai presa in considerazione nello studio e nella sperimentazione dei farmaci, elaborati, prodotti e collaudati per l'essere umano di genere maschile e quindi con caratteristiche biochimiche e metaboliche estremamente diverse rispetto all'essere umano femmina. Se tale è la capacità di attenzione per la diversità di genere, che non aveva certo bisogno dell'arrivo del fenomeno migratorio per essere più attentamente indagata, ci si può facilmente immaginare la reale attenzione alle nuove diversità culturali, religiose e sociali che ha portato con sé la realtà dell'immigrazione. Anche sull'analisi di tale realtà spesso ci si sofferma più sull'esaltazione della tolleranza e dei valori dell'occidente, che non sui valori della diversità, giunta a noi attraverso persone con le loro storie e le loro vite. Sembra sempre più prendere corpo, dopo un apparente periodo di "tolleranza", uno "scontro di civiltà" che non un riconoscimento delle diversità culturali presenti ormai nel nostro paese.

La confusione che ancora oggi si osserva a proposito della definizione della pratica delle MGF e della sua classificazione, esprime la difficoltà di comprendere nel suo giusto significato un'usanza che viene percepita diversamente nei Paesi interessati e in occidente. D'altra parte l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha il compito istituzionale di adattare la terminologia e di *omologarla* per fini di ricerca scientifica che abbiano in tutto il mondo gli stessi parametri clinici ed epidemiogici. Il termine infibulazione o circoncisione femminile, sono senz'altro più rispettose della cultura di provenienza, ma nascondono varie ambiguità fra cui il rischio di confondere la circoncisione femminile con quella maschile. Inoltre il termine infibulazione rimanda ad una pratica nota tra i romani e di tipo punitivo o profilattico, diverso da ciò che, seppure assurdamente, esprime nei Paesi africani, dove nessuna madre si sognerebbe di punire la propria figlia o di mutilarla, sottoponendola a questa pratica.

Anche soltanto la problematica della terminologia può fare intravedere la complessità del fenomeno, soprattutto in Occidente, dove per oltre un secolo si è guardato alle MGF con gli occhi dell'esploratore, missionario o studioso che fosse. Successivamente la medicalizzazione ha ancora di più allontanato la comprensione del fenomeno da tutto il contesto culturale, economico e politico in cui invece è nato e in cui si muove, come se si volesse comprendere la vita dei pesci, studiandoli fuori dell'acqua del mare e dalla relazione con gli altri animali acquatici.

In molte lingue locali per indicare le mutilazioni genitali femminili si usa il termine circoncisione. Questa parola significa letteralmente "*tagliare intorno*" ed anche "*tagliare corto*", generalmente riferito agli organi genitali umani. La "circoncisione femminile" comporta la rimozione di parte o degli interi genitali esterni femminili e, pertanto, il termine risulta essere improprio. Si preferisce parlare, per questi interventi, di "Mutilazione

---

[1] Sen A, *La democrazia degli altri*, Milano, Mondadori, 2004, pp. 77-78.

Genitale Femminile" in quanto, secondo la definizione di Gerard Zwang, "*qualsiasi asportazione definitiva e irrimediabile di un organo sano costituisce una mutilazione"*.

Oggi si tende ad utilizzare l'espressione "Modificazioni Genitali Femminili" più attenta alle motivazioni culturali che le sottendono. In ogni caso l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 1995, sulla spinta di varie organizzazioni delle Nazioni Unite che già dal 1958 la invitavano a farsi carico di queste realtà, approvava un documento utilizzando la definizione e classificazione di "Mutilazione Genitale Femminile" che da allora è divenuta di uso comune.

L'origine della pratica delle mutilazioni genitali femminili è sconosciuta poiché non vi sono testimonianze certe che indichino come e quando l'usanza sia nata e in che modo si sia diffusa, anche se parte degli studiosi è concorde nell'indicarne la provenienza da un luogo geografico preciso, individuato nella penisola araba o nell'Egitto, dal quale si sarebbe poi propagata altrove. Altri invece ritengono che si sia sviluppata in maniera indipendente, in posti diversi e in momenti storici differenti, poiché una così ampia diffusione difficilmente potrebbe ricondursi a una origine comune.

Dagli studi finora effettuati si evince che in tutte le società in cui viene praticata la circoncisione femminile sia presente anche quella maschile, ma non è certo se entrambe ebbero uno sviluppo parallelo. Alcuni rilievi della tomba egiziana di Ankh-Ma Hor, della sesta dinastia (2340-2180 a.C.), a Saqqara[3], un'iscrizione rinvenuta nel sarcofago di Sit-hedj-hotep, della dodicesima dinastia (ca 1991-1786 a.C.), e altre rappresentazioni risalenti ad un periodo ancora successivo (1567-1085 a.C.) rinvenute sulle pareti del tempio di Amenhotep III, raffigurano quasi certamente il rito della circoncisione maschile. La stessa mummia all'interno del tempio del sacerdote Amenhotep III[4] riporta chiari segni di circoncisione, come quella del suo predecessore Amenhotep II. Per quanto riguarda la circoncisione femminile, G. Elliott Smith, patologo australiano, ritiene che le mummie possono far sospettare i segni di una pregressa infibulazione in virtù del modo con cui venivano fasciate e strette in prossimità dei genitali. Del resto, il loro stato di conservazione spesso non consente di distinguere un taglio della pelle effettuato di proposito da un'escoriazione dovuta alla pressione esercitata dal bendaggio[5].

La più antica fonte documentaria che registra la pratica della circoncisione è l'opera di Erodoto (484-424 a.C.) secondo cui l'escissione veniva praticata oltre che dagli egizi, dai fenici, dagli hittiti e dagli etiopi[6]. Diverse altre testimonianze sono riportate nella letteratura medica antica. Nell'Europa moderna ritroviamo numerosi riferimenti sulla consuetudine all'esercizio del rigido controllo della sessualità femminile. Basti ricordare la diffusione medioevale dell'utilizzo della cintura di castità, prodotto d'importazione dei Crociati nel corso del dodicesimo secolo, con la quale veniva controllata la fedeltà delle giovani spose durante i lunghi periodi di assenza dei loro mariti. Le memorie di viaggio dei grandi esploratori del diciottesimo secolo raccontano di come gli stessi fossero venuti a contatto con popoli che praticavano la mutilazione genitale femminile.

Nel corso del diciottesimo secolo e dei primi anni del diciannovesimo numerosi medici di dubbia provenienza, al fine di preparare un terreno facile su cui diffondere la pratica della clitoridectomia, operazione che avrebbe potuto garantire preziose fonti di guadagno, rispolverarono la vicenda biblica di Onan per divulgare fra il popolo la convinzione secondo cui la masturbazione e il coito interrotto potessero condurre all'impotenza. Questa mutilazione cosiddetta "terapeutica" si inscrive in una opinione

---

[3] Porter B, Moss RLB, *Topographical Bibliography of Ancient Egyptian Hieroglyphic Texts, Reliefs and Paintings.* Oxford: Oxford Univ. Press, 1927-1951, Vol. 3, p. 514

[4] Ikram S, Dodson A, *The Mummy in Ancient Egypt.* London: Thames & Hudson, 1998, p. 324

[5] Smith GE, *A Contribution to the Study of Mummification in Egypt.* Mémoires Présentés a l'Institut Egyptien et Publiés sous les Auspicies de A. A. Abbas II, Khédive d'Egypte, 5 (1). Il Cairo, 1906, p. 30

[6] Erodoto, *Historiae,* 2.35

allora abbastanza diffusa, specie in Francia, Germania, Inghilterra, che attribuiva alla masturbazione, soprattutto femminile, tutta una serie di disturbi funzionali del cervello e del sistema nervoso che andavano dall'epilessia alla follia, e che riponeva nell'intervento di clitoridectomia la possibilità di guarigione di questi disturbi. *The Lancet,* nel 1822, riporta l'esperienza di un chirurgo tedesco, Graefe, che affermava di aver curato con successo, mediante escissione del clitoride, una ragazza affetta da "masturbazione eccessiva e ninfomania"[7]. A conferma di questa tendenza è opportuno citare l'opera di alcuni famosi medici del tempo. Isaak Baker Brown, della Medical Society of London, nel 1865 sosteneva che "*…la masturbazione causa eccitamento periferico del nervo pubico, che a sua volta causa malattia e morte nei seguenti otto stadi: isteria, irritazione spinale, crisi epilettoidi, crisi catalettiche, crisi epilettiche, idiozia, follia e morte...*"[8]. Anche se l'ultimo caso documentato risale al 1927 si hanno informazioni circa l'avvenuta esecuzione di clitoridectomie negli ospedali psichiatrici fino al 1935[9].

Il fenomeno delle Mutilazioni, o Modificazioni Genitali Femminili, è complesso e coinvolge elementi e problematiche di diversa natura, che variano da aspetti più propriamente medico-clinici, ovvero condizioni anatomiche, patologie, complicanze immediate e tardive, ad aspetti antropologici, quali la storia, la cultura, le tradizioni e le motivazioni. I movimenti migratori da una parte hanno reso possibile l'incontro di popoli estremamente diversi fra loro, dall'altra hanno contribuito alla nascita di una forma del tutto nuova di società, nella quale convivenza pacifica e rispetto reciproco vengono costantemente messi alla prova dal delicato intreccio di culture che avvolge la vita quotidiana. Spesso l'equilibrio delle relazioni umane si spezza proprio a causa della scarsa attenzione che una persona dimostra nei confronti di un'altra, che una cultura dimostra nei confronti di un'altra, perché in molti casi condannare è più facile che capire. Ed ecco perché pensare di risolvere il problema delle pratiche tradizionali dannose soltanto attraverso l'introduzione di normative che ne puniscano l'esecuzione può risultare estremamente rischioso o addirittura del tutto inutile.

Ho lavorato a lungo sugli studi e sulle discussioni che hanno condotto alla legge contro le mutilazioni genitali. Siamo stati spesso interpellati nelle varie audizioni parlamentari ma devo dire con franchezza che non siamo stati molto entusiasti del risultato.L'intervento legislativo, per raggiungere i risultati sperati, deve trovare un passaggio obbligato nella comprensione e nel dialogo con le altre culture, e deve abbandonare la tentazione di scivolare nel pregiudizio verso ciò che non si conosce. Deve investire in progetti educativi, di persuasione e di incentivo all'abbandono di pratiche dannose per la salute. Si tratta di far comprendere che si può rimanere fedeli alle proprie culture, ai propri riti, lasciandosi alle spalle pratiche pericolose per l'integrità psicofisica delle bambine. E' inoltre necessario intervenire, con gli organismi locali, con progetti di cooperazione, di formazione e di riconversione in attività sanitarie delle persone che eseguono materialmente le MGF nei Paesi dove tali pratiche sono così diffuse. Progetti quindi più ampi ed elaborati, che coinvolgano professionalità diverse.

Quello che gli uomini, le donne e i bambini, giunti fino a noi da mondi lontani, ci stanno lentamente insegnando è che difficilmente un risultato verrà raggiunto se per ottenerlo non si è resa più grande la propria forza attraverso l'unione con le altre. Una cosa fondamentale che abbiamo imparato è la consapevolezza del *fenomeno di contaminazione* che si verifica quando ci si accosta alla diversità entrando dentro, con interesse e rispetto, ad altre culture e tradizioni. Intendo qui per "contaminazione" *assumere una modalità diversa di considerare le cose, provocata dall'essersi resi conto del punto di vista*

---

[7] Kandela P., *Sketches from The Lancet. Clitoridectomy*., Lancet. 1999 Apr 24;353(9162):1453

[8] Block AJ, *Sexual perversion in Female*, New Orleans Med Surg J (new series), 22, 1-7, 1894-1895

[9] Youngson, RM. *Medical Blunders: Amazing True Stories of Mad, Bad & Dangerous Doctors*, New York: New York University Press 1999:290.

dell'altro. Trans-culturalità vuole anche dire *una modalità di attraversare eventi ed esperienze che rende diversi* da come si era partiti. Questo non significa non avere idee chiare, ad esempio, sulla lotta contro le discriminazioni, o sul fatto che certe pratiche vadano certamente abbandonate e sul conseguente impegno perché questo si realizzi.

Un'altra cosa importante abbiamo imparato nel nostro istituto, e cioè il senso e il valore dell'*accogliere le persone*. All'università c'era un approccio diverso: là si insegnava solo a curare le malattie, anzi a curare le patologie di un organo. Ci ho messo un po' a capire che il fegato, la milza e il cuore di una persona significavano qualcosa di più complesso. Ad accogliere, me lo hanno insegnato le persone stesse. E lo hanno insegnato a tutti noi i mediatori e le mediatrici culturali, che siamo stati fra i primi a chiamare per aiutarci nel nostro lavoro. Qui ce ne sono molte di mediatrici, e sorridono quando parlo perché ricordano l'esperienza straordinaria che abbiamo condiviso, nell'accogliere non solo le persone straniere, ma anche quelle italiane. Abbiamo infatti messo mediatori e mediatrici all'ufficio relazioni con il pubblico, per tutti. E i cittadini italiani scoprivano con sorpresa che potevano rivolgersi a loro, ottenendo cortesi e precise informazioni su tutto, come evitare di pagare i ticket, come prendere la pensione, come non fare le file, come andare negli ospedali dove i servizi erano a disposizione, invece che ricorrere ai privati. E a rivolgersi ai mediatori non erano quindi tanto gli stranieri, che già avevano imparato per conto loro, ma gli italiani! Era uno dei molti modi di vedere nell'immigrazione una vera risorsa per il paese, e non solo perché con il lavoro nero produce tanto profitto, ma perché induce una quantità di nuove iniziative e di interventi.

Altro tema importante a proposito delle mutilazioni genitali femminili è quello di evitare i ghetti e di evitare, come prima si è detto, la medicalizzazione delle mutilazioni genitali. Ma non solo di queste. Noi dobbiamo evitare la medicalizzazione della salute. Non si tratta solo di fare ricette e prescrivere analisi. La salute è un problema di passione, di entusiasmo, di avere degli obiettivi, è qualcosa di più che una prestazione sanitaria. Eppure, e qui mi rivolgo ai rappresentanti istituzionali, ancora oggi negli istituti pubblici noi medici siamo valutati in base al numero delle prestazioni sanitarie che vendiamo, che offriamo o che acquistiamo. Ma organizzare, ad esempio, con le mediatrici culturali un servizio per affrontare il problema delle donne che sono incerte se praticare o no sulle loro figlie la mutilazione genitale è qualcosa che ha bisogno di elementi e tempi non facilmente quantificabili. Sono necessari incontri, tempo, entrare in confidenza, bere il tè insieme...

Penso che, anche attraverso un approccio diverso alle mutilazioni genitali femminili, abbiamo l'occasione di cominciare a pensare un nuovo modo di fare salute. Attraverso un certo stile di accoglienza, ad esempio, stiamo cercando il modo migliore di offrire altri servizi, come ad esempio la prevenzione del cervico-carcinoma. È difficile per le donne che non siano della nostra cultura, andare a farsi visitare quando sono sane, quindi è anche difficile far loro accettare visite di prevenzione e farle aderire a progetti di screening. E abbiamo notato questa riluttanza anche nelle donne italiane a basso reddito, che fanno fatica ad accedere ai servizi sanitari. Creare dei tipi di servizi per tutti, di facile accesso e a basso costo sono alcune delle iniziative emerse dall'ascolto dei bisogni e delle difficoltà concrete delle persone.

L'ultima cosa è questa. Prima facevo distinzioni fra immigrati irregolari, clandestini…, ma all'inizio ho parlato di diritti umani, dei diritti degli esseri viventi. Desidero affermare che nessuno in questo nostro paese può essere considerato irregolare, clandestino, straniero… Io sono convinto che nessuno è clandestino nell'universo. Ognuno, ogni essere vivente, ogni uomo, ogni donna e ogni bambino ha diritto ad esistere, ha diritto alla salute ed alla dignità.

L'esperienza dell'azienda ospedaliera "A. Cardarelli" di Napoli

Enrico Iovino
Direttore Generale, Azienda Ospedaliera di R.N. "A. Cardarelli" di Napoli

1. Introduzione

Il Progetto di Collaborazione in Discipline Medico-Chirurgiche e di Economia Sanitaria tra l'A.O.R.N. "Antonio Cardarelli" di Napoli e l'Ospedale "Charles Nicolle" di Tunisi è stato finanziato con fondi *ex lege* 212/92 del Ministero degli Affari Esteri italiano: la durata biennale prevista per lo svolgimento delle attività, inaugurate nel maggio 2004, è stata successivamente prorogata al 31 marzo 2007.

L'iniziativa è stata inquadrata nel contesto socio-economico interessato, mettendo in evidenza gli specifici fabbisogni d'intervento: obiettivi della collaborazione scientifica e formativa fra i due ospedali sono stati, infatti, la valorizzazione, lo scambio e l'implementazione delle rispettive conoscenze diagnostiche, terapeutiche e di ricerca, a sostegno del processo d'integrazione e cooperazione tra i Paesi dell'area del Mediterraneo.

Il progetto è scaturito dalla significativa convergenza d'interessi e d'intenti emersa dal confronto delle rispettive esperienze nell'ambito della formazione, della ricerca e delle attività clinico-chirurgiche.

La collaborazione tra i due Paesi é iniziata nel febbraio 2001 con le Giornate Italo-Tunisine, durante le quali sono stati organizzati stage di neurochirurgia e microchirurgia.

L'iniziativa, patrocinata dal Consolato di Tunisia a Napoli, è stata seguita, nel giugno 2001, da una visita di una delegazione campana a Tunisi, dalla successiva elaborazione di una Convenzione italo-tunisina sulla base dei protocolli d'intesa stabiliti e, nel settembre del 2002, dal I Meeting Italo-Tunisino a Napoli, per individuare e concordare i topics di comune interesse da sviluppare nel corso di una collaborazione a lungo termine.

2. Il progetto

Alla base del progetto, costituito da 21 attività – individuate fra le "aree di eccellenza" delle due strutture – articolate in 42 azioni formative, vi è il concetto di *formazione dei formatori*: attraverso l'attività didattica, strutturata in due fasi di formazione a distanza (FAD) e in altrettante fasi residenziali da svolgersi a Napoli e a Tunisi, ciascun "discente" ha avuto l'opportunità di trasformarsi in un "docente" in grado di divulgare sul territorio le competenze acquisite.

La formazione ha coinvolto, in prima istanza, oltre 300 tra medici, infermieri ed amministrativi – considerando che ogni fase residenziale ha previsto la partecipazione di

4 unità italiane e 4 tunisine – che potranno, verosimilmente, trasmettere la loro esperienza ed i contenuti appresi ad oltre 3000 colleghi.

3. Risultati ottenuti

L'aspetto della collaborazione è risultato evidente in tutte le fasi del progetto:

- dalla reciprocità ed alternanza del personale docente durante le fasi residenziali, in occasione delle quali il rapporto professionale ed umano tra le parti si è ulteriormente consolidato;
- dalla condivisione di contenuti, esperienze e dati clinici attraverso la piattaforma e-learning e il sito web dedicato (www.italiatunisia.com), da cui è anche possibile accedere gratuitamente alla letteratura scientifica in modalità full-text;
- dalla fruibilità di tutti i materiali di progetto in tre lingue (inglese, francese ed italiano), al fine di superare le eventuali barriere linguistiche e anche di informare il maggior numero di utenti possibile circa le attività di cooperazione;
- dall'organizzazione congiunta di ulteriori workshop (ipertensione e neurologia) e dalla partecipazione di medici italiani e tunisini a convegni nazionali ed internazionali.

Per garantire l'accesso ad alta velocità (broad band), indispensabile per la fruizione dei contenuti multimediali, sono stati allestiti, presso i due ospedali, due Multimedia point (l'Aula *Napoli* allo Charles Nicolle e l'Aula *Tunisi* al Cardarelli) ed è stato installato un sistema di videoconferenza per agevolare la comunicazione tra le parti.

La strategia didattica altamente innovativa, realizzata integrando corsi residenziali con fasi preliminari e di follow-up di apprendimento a distanza, oltre a garantire la disseminazione delle competenze acquisite, ha costituito una reale opportunità di protrarre lo scambio ed il perfezionamento dei know-how oltre i vincoli temporali del progetto stesso.

4. Disseminazione

L'esperienza della cooperazione italo-tunisina è stata presentata ad autorità e personale medico di altri paesi quali la Repubblica di Guinea e l'Afghanistan - per i quali, ad oggi, sono state sviluppate idee progettuali sulla base delle specifiche esigenze - l'Uganda e il Vietnam.

Uganda. Partecipazione di una delegazione dell'Ospedale Cardarelli alla missione organizzata dall' UNIDO (United Nations Industrial Development Organization), al fine di stabilire contatti con i paesi dell'East African Consortium (Kenia, Uganda, Tanzania) – febbraio 2006.

Vietnam: Partecipazione di una delegazione dell'Ospedale Cardarelli al seminario 'Decentralizzazione nel settore sanitario: prospettive di cooperazione Italia Vietnam' ad Hanoi – marzo 2006. Visita dell'Ambasciatore del Vietnam all'Ospedale Cardarelli – marzo 2006.

Repubblica di Guinea – Conakry. Visita dell'Ambasciatore della Repubblica di Guinea all'Ospedale Cardarelli - settembre 2006. Missione di una delegazione dell'Ospedale Cardarelli a Conakry a conclusione della quale è stata redatta un'idea progettuale, d'intesa con i colleghi dei maggiori ospedali di Conakry e del Ministro della Salute guineano – ottobre 2006.

*Afghanistan***.** Visita della Principessa India d'Afghanistan all'Ospedale Cardarelli – aprile 2006. Visita dell'Ambasciatore d'Afghanistan all'Ospedale Cardarelli – giugno 2006.
Un'idea progettuale, elaborata sulla base delle esigenze specifiche del paese partner, è stata proposta alla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri italiano – dicembre 2006.

5. Progetto Surgiland

L'attività di disseminazione è, altresì, all'origine di un progetto di alta formazione chirurgica e microchirurgica denominato *Surgiland*, finanziato con fondi CIPE e supportato dalla Regione Campania in qualità di capofila, che vede l'Ospedale Cardarelli quale centro di riferimento di un network di specialisti, provenienti da varie regioni italiane, impegnati in un programma formativo rivolto a tutto il Maghreb e all'Egitto.

La formazione prevista dal progetto, che avrà inizio nel 2007, sarà articolata in tre fasi, successive alla fase di coordinamento e messa a punto dei percorsi formativi, nonché di verifica e aggiornamento delle strutture tecnologiche di connessione fra i paesi coinvolti:

- FAD*act*: fase di formazione a distanza da effettuarsi attraverso il sito di progetto;
- FOR*act*: formazione da effettuarsi presso il Centro di Biotecnologie dell' A.O.R.N. Cardarelli, con l'ausilio dei colleghi italiani;
- EST*act*: formazione da effettuarsi presso il paese partner – *'work on the job'*.

L'azione proposta risponde ad uno degli obiettivi prioritari della riforma dell'assistenza esterna dell'Unione Europea nell'ambito del dialogo euromediterraneo, nel quadro della Politica di Buon Vicinato e Partenariato (ENPI) e si propone di:

- costituire una rete fra i Centri di eccellenza nazionali, che avranno la possibilità di collaborare attivamente per la formazione nelle discipline dei propri campi specialistici;
- creare una rete di rapporti privilegiati di alta specializzazione fra le singole strutture sanitarie regionali italiane e quelle delle Regioni partner del Mediterraneo;
- sviluppare la capacità di interazione e conoscenza internazionale delle strutture ospedaliere regionali;
- consolidare una metodologia formativa di eccellenza che potrà essere successivamente trasferita ad altri contesti nazionali ed internazionali.

L'esperienza del Comune di Firenze

Susanna Agostini
AOU Mayer-Università di Firenze

Progetto per la cooperazione Sanitaria in Iraq e MfP del Comune di Firenze

Siamo qui per contribuire ad affermare l'opportunità di ricondurre a "sistema paese" una miriade di interventi oggi promossi da singole istituzioni nell'ambito della cooperazione nel settore sanitario. Riteniamo, infatti, che un partenariato per la salute sia strumento privilegiato di politica estera dell'Italia verso i Paesi delle aree in questione.

Il contributo della nostra esperienza sul tema, è la concretizzazione di un protocollo condiviso tra associazioni e istituzioni bilaterali, per realizzare una cooperazione medico-sanitaria in Iraq, indirizzata, in particolare, alla cura di patologie neonatali di prima e seconda generazione, derivate anche da aggressioni chimiche e batteriologiche.

Partendo dall'esperienza del Comune di Firenze, esiste un tipo di progettualità sulla quale si può disporre di esperienze concrete come la rete internazionale dei Sindaci per la Pace Mayors for Peace, della quale il nostro Sindaco è Vice Presidente e il Sindaco di Hiroshima, Akiba Tadatoshi è il Presidente Mondiale. Da più di un anno stiamo agendo per costituire un ampio fronte unito contro l'uso del nucleare e di ogni arma chimica, batteriologica e di aggressione di massa. La condivisione, sottoscritta da Sindaci di 112 Nazioni e Regioni del mondo, di obiettivi di salvaguardia della salute e di vite umane, assume così, a nostro parere, un ruolo politico strategico anche sovranazionale.

A seguito di una missione di pace nel Kurdistan iracheno, hanno aderito a MfP anche nove Sindaci dell'Iraq, guidati dal Sindaco della Città martire di Halabja. Con questi, alcune città della Toscana stanno avviando gemellaggi e attività di cooperazione. Alcuni esempi. Firenze ha ricevuto l'incarico, da parte della Sig.ra Hero Talabani, di far analizzare i terreni contaminati dai bombardamenti chimici del 1988 per poter definire il livello di velenosità che potrebbe ancor'oggi erogare alle popolazioni che vi abitano. La stessa First Lady ha fatto esplicita richiesta all'Ospedale pediatrico Meyer di Firenze, di proseguire ad essere riferimento d'eccellenza per la cura di tanti bambini iracheni. Oltre ad attivarsi per garantire formazione ad operatori in loco, per metterli in condizione di saper intervenire con più moderne tecnologie. Allo scopo di evitare un soprannumero di espatri sanitari, con pesanti disagi per le famiglie, spesso numerose. Ma anche per poter fornire ad un numero superiore di persone il conforto della cura e della riabilitazione nel proprio Paese.

Solo alcuni cenni a tanti degli impegni assunti nei cinque punti contenuti nel nostro progetto/protocollo. Documento del quale il Ministro della Salute Livia Turco è più dettagliatamente a conoscenza, anche perché attivamente protagonista, attraverso la propria rappresentante, Dott.ssa Maria Paola Di Martino al convegno tenutosi a Pianosa nell'agosto scorso. Impegni che si sono resi possibili solo grazie ad un ampio raggio di soggetti istituzionali e associazioni che hanno contribuito alla formulazione congiunta ed alla fattiva proposta di concreta realizzazione. Ci aspettiamo perciò, anche da questo convegno, uno spostamento in avanti della frontiera comune entro la quale intendiamo proseguire.

I risultati dei molti incontri con i diversi rappresentanti di Istituzioni Regionali, Comuni, associazioni irachene impegnate nella ricostruzione sociale e sanitaria del Paese, ci confortano nel sottolineare la positività del percorso che questo Governo sta mettendo in atto. L'approccio della salute come primo intervento di cooperazione e di pace è quanto di più necessita a quei popoli che escono faticosamente da conflitti plurigenerazionali.

E' per questo che esplicito qui una proposta. Un impegno istituzionale come donna e madre. Occuparsi della salute di quanti non dovranno più soffrire per conflitti, fame, mancata assistenza, povertà, è un dovere contingente. Abbiamo però anche il compito di indirizzare il cuore ed il pensiero verso coloro che nasceranno. Per dare loro garanzie e diritti che ora non hanno.

E' opportuno che nelle azioni di ricostruzione, ogni iniziativa politica abbia al centro della propria filosofia (politica, sociale e sanitaria) il fatto che i neonati sono davvero l' unico soggetto "neutro" al quale rivolgersi. Sono persone che di fatto non sanno di scelte di campo agite in loro vece e che posseggono un solo diritto, quello di nascere sani ed in *Pace.*

E' un sogno e una garanzia per un futuro di concreto approccio alle pari opportunità (il Prof. Gianpaolo Donzelli dell'Ospedale Meyer porterà significativi dati nel secondo nostro complementare intervento).

Un ultimo accenno, necessario per il buon funzionamento e implementazione del partenariato, mi sento di doverlo fare alla necessità di costruzione di un'informazione diffusa e condivisa tra istituzioni e i diversi partner. Tenendo, fin dall'avvio, anche in buon conto di un'ottica di genere e incentrata su aspetti che coinvolgono donne e educazione alla salute, partendo da una ricognizione del campo offerto anche dalle proposte del Ministro delle Pari Opportunità.

Concludendo, ritengo che un partenariato per la salute e la ricostruzione, avrà maggior successo quanto più riuscirà a garantire coordinamento degli interventi, evitando sprechi o sovrapposizioni, mantenendo l'opportunità di una progettazione integrata nel rispetto e chiarezza dei diversi ruoli e competenze. A questo proposito, è importante che le città possano disporre di reti di connessione come quella di Mayors for Peace. Reti che saranno utili al progetto, non solo come monitoraggio in corso d'opera. Ma strumento per raccogliere criticità e soluzioni, in un'ottica di rinnovato impegno internazionale che l'Italia sta egregiamente dimostrando di saper condurre nel mondo.

L'esperienza dell' AOU Mayer-Università di Firenze

Gianpaolo Donzelli
AOU Mayer-Università di Firenze

L'idea di mettere al centro il cittadino neonato nasce dal richiamo fatto dalla rivista più prestigiosa del mondo medico, il *Lancet*, il quale, oltre a focalizzare la sua attenzione sulle malattie di genetica molecolare, di oncologia, di tecnologie avanzate, presenta chiaramente la povertà come prima malattia che affligge oggi il nostro pianeta. Sostiene, inoltre, la necessità di cooperazione fra tutti i Paesi industrializzati e quelli in via di sviluppo al fine di sradicare il problema ed evitare che alla fine del terzo millennio il mondo non abbia riscontrato alcun progresso per la salute generale.

Riprendendo la frase del Ministro Livia Turco alla banca delle buone politiche occorre associare la banca delle buone pratiche. Questo può essere realizzato solo attraverso l'azione sinergica dei diversi livelli della politica e dei professionisti.
Gli obiettivi di queste azioni devono essere:

- riduzione della mortalità infantile;
- aumento della salute materna;
- lotta all'AIDS.

Il raggiungimento di questi obiettivi focalizzano l'attenzione sul neonato poiché la riduzione della mortalità infantile è il primo passo verso un miglioramento della salute globale. Oggi la mortalità infantile è stata notevolmente ridotta rispetto al passato soprattutto nella fascia d'età 1-5 anni, però la mortalità neonatale è ancora il punto debole di questa lotta in quando incide dal 40 al 70 % su tutta la mortalità infantile del pianeta.

Circa 9-10 milioni di neonati muoiono ogni anno e il 48% di questi trovano la morte nei paesi poveri a causa di complicanze della gravidanza o di problemi strettamente connessi con il parto. Quindi qui è opportuno ricordare il diritto fondamentale del cittadino neonato, enunciando l'articolo 1 della dichiarazione universale dei diritti umani del 1948: "tutti gli uomini nascono liberi e con uguali diritti e dignità in diritti alla salute". Riprendendo questo articolo e le affermazioni fatte sinora si può riassumere che i diritti del neonato sono:

- nascere in condizioni di pace;
- nascere in condizioni di giustizia e sicurezza (la provocazione politic:"non è accettabile che nel momento in cui qualcuno nasce qualcun altro cerchi di portarlo alla morte," nascita e morte si elidono concettualmente e politicamente);
- concedere adeguate cure;
- accogliere i neonati nel pianeta con uguale attenzione.

Concretamente è possibile, cooperando, garantire quanto più possibile un rispetto alla dignità e alla salute al cittadino neonato in quanto la nascita di ogni bambino significa la rinascita dell'umanità.

Attività di Sanità Pubblica Veterinaria nel Mediterraneo

Adriano Mantovani
Professore, Centro di Collaborazione OMS/FAO per la Sanità Pubblica Veterinaria
Luciano Venturi
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna & ALISEI [ONG], Milano, Italia

Il Mediterraneo è stato definito la "culla delle zoonosi" cioè di quelle malattie comuni all'uomo e agli animali che hanno influito e influiscono sulla salute, sull'economia, sugli scambi e sul modo di vivere.

La vicinanza e similitudine dei territori e l'intensità degli scambi di persone (lavoratori, turisti), di animali (domestici, selvatici) e di merci (alimenti, mangimi, manufatti, ecc.) fanno del Mediterraneo una zona epidemiologicamente omogenea e, di conseguenza, un controllo efficiente delle malattie non può essere limitato ad un solo Paese, ma deve essere esteso a tutta l'area.

L'OMS e la FAO hanno preso atto dell'importanza dei problemi costituendo nel 1978 il Centro Mediterraneo per le Zoonosi (CMZ) con sede ad Atene, al quale partecipano molte nazioni del Mediterraneo. Tale Centro, oltre a coordinare l'azione dei diversi Paesi, ha organizzato ed organizza piani di lotta e attività di formazione, contribuendo a costruire una cultura delle zoonosi nel Mediterraneo.

In Italia l'OMS e la FAO hanno attivato due Centri di Collaborazione:

- Centro di Collaborazione OMS/FAO per la Sanità Pubblica Veterinaria, Istituto Superiore di Sanità, Roma;
- Centro di Collaborazione OMS/FAO/OIE per l'Epidemiologia, Istituto Zooprofilattico Sperimentale, Teramo.

Recentemente è stato costituito ad Orvieto un Centro di Partecipazione OMS/CMZ per la biostatistica e l' epidemiologia applicate alla sicurezza alimentare.

L'attività dei Centri di Collaborazione ha permesso alla veterinaria italiana di ricoprire un ruolo, unanimemente riconosciuto, di alto prestigio nazionale ed internazionale per oltre un ventennio.

Nonostante si siano mantenuti rapporti di grande qualità a livello personale e scientifico, negli ultimi anni assistiamo ad un notevole declino del ruolo delle istituzioni italiane.

I campi di azione veterinaria nei quali l'Italia è in grado di fornire un valido contributo con importanti ripercussioni sulla sanità pubblica, sicurezza alimentare, economia, ambiente, sono:

- lotta contro le zoonosi (malattie causate all'uomo dagli animali);
- lotta contro le malattie degli animali di interesse economico;
- salvaguardia del benessere animale;
- sicurezza alimentare;
- formazione di tecnici in grado di affrontare i problemi propri del Mediterraneo;
- messa a punto e diffusione di tecniche appropriate per la lotta contro le malattie, la sicurezza alimentare e il benessere animale.

Terminiamo sottolineando l'importanza di organizzare una collaborazione tra le varie istituzioni internazionali e nazionali ed organismi espressione della società civile, interessati alle attività di sanità pubblica, comprese quelle veterinarie, nel Mediterraneo.

Si sottolinea altresì la necessità di:

- permettere la sopravvivenza ed utilizzare i Centri di Collaborazione OMS/FAO di Roma e di Teramo;
- utilizzare la rete di ONG che si occupa degli argomenti qui considerati
- riconoscere ed utilizzare le competenze del Centro Mediterraneo per le Zoonosi dell'OMS con sede in Atene, che ha una lunga consuetudine di collaborazione con l'Italia.

L'esperienza dell' Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele di Milano

Maria Grazia Roncarolo
Ricercatore Capo Dipartimento, Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele, Milano

Nell'obiettivo della "mission" del nostro Fondatore Don Luigi Maria Verzè, "Andate, insegnate, guarite", l'Istituto Scientifico Ospedale S. Raffaele di Milano ha una tradizione ventennale di internazionalizzazione. Il modello sanitario ed organizzativo e le competenze mediche dell'Istituto Scientifico Ospedale S. Raffaele sono stati esportati nelle più diverse aeree geografiche, inclusi molti Paesi del Bacino Mediterraneo e del Medio Oriente .

A partire dal giugno 2005 è iniziato un programma di accoglienza e cura presso l'Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele per bambini affetti da malattie genetiche del sangue, provenienti da Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente. I pazienti, con patologie ereditarie quali la talassemia e l'anemia falciforme, sono stati riferiti al nostro Centro nel contesto della collaborazione della nostra Istituzione con l'Istituto Mediterraneo di Ematologia (IME). I Paesi di provenienza sono Kurdistan, Libano, Palestina, Iraq, Giordania, Egitto. I primi 36 pazienti sono giunti a Milano accompagnati dalle famiglie, per un totale di 140 persone, ospitate presso la struttura di accoglienza dell'Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele.

Il progetto IME ha tre principali obiettivi: la cura dei pazienti, lo sviluppo di nuovi strumenti terapeutici tramite ricerca preclinica e la formazione del personale con implementazione delle strutture sanitarie in loco. Per quanto riguarda la cura, ad oggi l'unica possibilità di guarigione per i pazienti affetti da talassemia e anemia falciforme è rappresentata dal trapianto di cellule staminali del sangue ottenute dal midollo osseo. Se il trapianto ha successo, il risultato è un'aspettativa di vita e una qualità di vita normale. Dei pazienti giunti al San Raffaele, 25 sono già stati sottoposti a trapianto di midollo, gli altri sono in fase preparatoria. Tutti i pazienti sono sopravvissuti al trapianto e la guarigione è stata ottenuta nel 71 % dei casi. La permanenza media a Milano è stata di circa 6 mesi. Purtroppo il trapianto di midollo rappresenta una terapia di nicchia dati i costi della procedura e la possibilità di offrirla solo a chi dispone di un donatore compatibile. Pertanto oggi il trapianto risponde solo in parte all'emergenza epidemiologica rappresentata dalle malattie del sangue nei paesi del Medio Oriente.

L'obiettivo a lungo termine consiste nello sviluppo di nuovi strumenti terapeutici meno costosi e di più largo utilizzo. L'Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele ha offerto a IME il proprio "know-how" per sviluppare due programmi di ricerca clinica: la terapia cellulare e la terapia genica. La terapia cellulare permetterà di estendere la procedura di trapianto di midollo osseo anche a chi non dispone di un donatore compatibile, tramite l'utilizzo di cellule regolatorie per prevenire la reazione di rigetto verso l'ospite. La terapia genica permetterà di offrire a qualunque paziente affetto da talassemia una cura efficace, in quanto si basa sul trapianto di cellule autologhe modificate geneticamente, e consentirà quindi di superare il limite rappresentato dalla disponibilità di un donatore sano da cui prelevare le cellule staminali del sangue.

Infine, per quanto riguarda la formazione del personale e l'implementazione delle strutture sanitarie in loco, l'Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele ed IME hanno sostenuto stages di personale sanitario italiano in loco e di personale locale in Italia e stanno supportando la creazione di nuovi ospedali locali gemellati con strutture d'eccellenza in Italia. In una recente visita presso l'Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele, il portavoce del primo ministro della regione autonoma del Kurdistan iracheno Mr. Pherda Thoranè ha espresso apprezzamento per il lavoro condotto, anche alla luce delle difficoltà incontrate nell'integrazione di pazienti stranieri in un contesto umano, sociale e culturale del tutto differente. Inoltre, i referenti dei vari Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente con cui si svolgono le attività di cui sopra, hanno ritenuto che il programma dell'Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele di Milano sia un modello organizzativo e gestionale esemplare.

L'esperienza dell'Istituto malattie infettive Spallanzani

Carla Nisi
Dirigente medico, Istituto malattie infettive Spallanzani, Roma

Con il mio intervento vorrei mettere in evidenza il possibile contributo che l'Istituto, grazie alle sue molteplici attività, può fornire a progetti di collaborazione.
Vorrei molto brevemente fare cenno a 3 progetti che l'Istituto coordina attualmente:

- Il primo progetto mira a stabilire un network fra laboratori di livello di sicurezza 4 che sono quelli in cui vengono manipolati gli agenti patogeni di classe 4 (ad esempio quelli delle febbri emoraggiche). Partecipano Paesi europei con differenti obiettivi, tra cui quello di fornire assistenza diagnostica in caso di emergenze a Paesi che siano sprovvisti di questo tipo di laboratori.
- Il progetto ETIDE è di formazione. Il suo scopo è produrre un programma di formazione per operatori sanitari, medici, infermieri e laboratoristi che si trovano in prima linea nel riconoscimento e nella gestione clinica di pazienti in situazioni di emergenza e malattie infettive. A questo progetto partecipano molti Paesi tra cui anche la Grecia, ed è strutturato in un corso suddiviso in 5 moduli (un modulo di base interdisciplinare e dei moduli specialistici per medici, operatori sanitari, infermieri e laboratoristi). Al fine di questo corso è previsto un modulo interdisciplinare e pratico in cui tutti gli attori coinvolti affronteranno insieme degli scenari simulati. Nel complesso è un corso abbastanza completo e anche con un approccio pratico.
- Il Progetto EUNID mira a stabilire una rete di medici specialisti in malattie infettive, in particolare medici che lavorano in strutture di isolamento in cui sono ricoverati pazienti molto contagiosi. E' un progetto che ha visto la partecipazione di numerosi Paesi tra cui Portogallo, Spagna e Grecia. Gli obiettivi da sottolineare sono:
    - stabilire quali sono i requisiti che devono avere le strutture di alto isolamento;
    - formazione, cioè la definizione di un programma formativo di base per specialisti in malattie infettive.

Il progetto volge al suo ultimo anno di attività ma verrà portato avanti per i prossimi tre anni da un nuovo progetto che prevede gli stessi obiettivi e la collaborazione di Malta, oltre a Spagna e Grecia. Obiettivi di questo nuovo progetto saranno inoltre:

- il monitoraggio delle politiche e delle capacità delle strutture di isolamento presenti in Europa;
- stabilire i bisogni e apportare dei miglioramenti dove necessario.

Ci sono comunque anche altre attività in cui è coinvolto l'Istituto Spallanzani:

- un Memorandum of Agreement con l'Egitto per attività di controllo di infezioni ospedaliere di epatite virale e di brucellosi;
- assistenza a circa 100 bambini libici positivi all' HIV.

Riassumendo l'attività dello Spallanzani può offrire:

- supporto diagnostico;

- supporto assistenziale in caso di emergenza;
- supporto alle attività di formazione.

L'esperienza dell'Associazione Italiana donne per lo sviluppo

Daniela Colombo
Presidente AIDOS, Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo

AIDOS é un'organizzazione non governativa che lavora per i diritti, la dignità e la libertà di scelta delle donne del sud del mondo. Negli ultimi venti anni uno dei principali settori di intervento é stato la salute sessuale e riproduttiva, con un'attenzione particolare alla salute delle donne. La nostra metodologia di intervento è di dare sostegno finanziario, tecnico e organizzativo a partner locali per la creazione di Centri per la salute della donna e consultori familiari e per la trasformazione di centri di *family planning* o di centri materno-infantili in centri con un approccio integrato e olistico alla salute sessuale e riproduttiva.

Nell'area del Mediterraneo sono stati creati due centri a Gaza, uno in Giordania e si è di recente avviato un progetto in Siria, finanziato dalla Commissione europea che partendo dalla ristrutturazione di un Centro a Damasco effettuerà la trasformazione di 19 centri in tutto il paese.

Abbiamo lavorato anche in Iran principalmente su attività di formazione di formatori sui rapporti di genere e la salute riproduttiva che hanno avuto una ricaduta sul sistema sanitario, che tra l'altro è molto bene organizzato e potrebbe servire da modello per i paesi in via di sviluppo molto più dei modelli occidentali.

Cosa significa un approccio integrato e olistico? Innanzitutto ci si prende cura delle donne durante l'intero ciclo della loro vita, dal menarca alla menopausa. All'inizio di un progetto si conduce una inchiesta sul territorio, seguendo una metodologia rapida e partecipativa, per definire gli indicatori sui quali lavorare. Nella offerta di servizi ci si basa sui protocolli dell'OMS e nei centri si offrono:

- servizi ginecologici primari;
- assistenza per e post partum;
- servizi di contraccezione moderna;
- screening per il tumore al seno e all'utero;
- prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale, incluso l'Hiv/aids, che si sta diffondendo anche in questi paesi, sebbene non se ne parli;
- assistenza alla menopausa;
- consigli sulla nutrizione.

I Centri offrono anche assistenza psicologica, sociale e legale. Sono dotati di un laboratorio di analisi e di una palestra. I Centri non svolgono solo attività ambulatoriale ma escono sul territorio per attività di formazione/informazione. Viene data grande importanza al lavoro con gli adolescenti sia maschi che femmine lavorando nelle scuole per l'educazione sessuale e i rapporti di genere.

Per realizzare il diritto alla salute è necessario introdurre il concetto di prevenzione, qualità e continuità della cura, integrazione dei servizi e formazione del personale locale al lavoro in *team*. E' necessario anche costruire un sistema di riferimento ed integrazione tra i diversi livelli di cura, sia all'interno del Centro (nel Centro in Giordania lavorano 32

operatrici/tori comprese le field officers che operano sul territorio, sia con strutture pubbliche e private, sia in campo sanitario ma anche per l'assistenza psicologica, sociale e legale.

Nei paesi islamici è indispensabile avere personale femminile. In Iran si è giunti a proibire agli uomini di diventare ginecologi.

L'idea alla base di questo lavoro è che i Centri debbano fungere da modello al fine di cambiare le politiche governative nell'erogazione di servizi per la salute sessuale e riproduttiva. Anche se ogni centro ha un bacino d'utenza di circa 20 mila persone e offre sevizi vari a circa 10-12 mila persone l'anno, non ha da solo la forza di cambiare la condizione femminile e si deve cercare di cambiare le politiche governative con una azione di *advocacy* condotta ovviamente dal personale locale.

I Centri vengono generalmente inseriti nei programmi paese de l'UNFPA, Il fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione. Anche se la salute sessuale e riproduttiva non è uno degli Obiettivi di sviluppo del millennio, questo tema è comunque trasversale a tutti gli altri.

Vorrei porre l'accento su un punto che è cruciale per la cooperazione allo sviluppo e su cui bisogna ben riflettere. E' p difficile per questi Centri raggiungere la piena sostenibilità finanziaria. Dato che sorgono in zone disagiate al servizio dei poveri, non si può richiedere sempre un contributo per le visite e soprattutto non si può chiedere un contributo per le attività di prevenzione. Di solito diventano auto-sostenibili al 50% in quanto, diventando centri di eccellenza, servono anche come centri di formazione per il personale governativo o di altre Ong, ma per il restante 50% (che ammonta a circa 5000 euro al mese) vengono sostenuti da AIDOS con contributi privati raccolti attraverso la Campagna "Adotta una madre".

Come ultimo punto del mio intervento vorrei presentarvi la Rete europea per la salute globale, nata alcuni mesi fa. Si tratta di una rete di 15 Ong europee – In Italia per il momento ne fanno parte AIDOS e CESTAS - con capofila Action Aid international, che ha come obiettivo di esercitare un'azione di informazione e pressione politica per far capire che gli Obiettivi di sviluppo del millennio sulla salute non sono soltanto gli obiettivi a cui di solito si fa riferimento (abbassamento degli indici di mortalità infantile e mortalità materna, attenuazione della pandemia dell'Hiv/Aids, tubercolosi e malaria), ma sono correlati con tutti gli altri Obiettivi e in particolare con l'Obiettivo 3, *empowerment* delle donne, e possono essere realizzati soltanto con il miglioramento dei sistemi sanitari incominciando dal primo livello, il sistema sanitario di base.

E per svolgere una prima azione di *advocacy* vorrei portare alla vostra attenzione che nei vari disegni di legge di riforma della cooperazione allo sviluppo si fa menzione della salute globale. E' quindi necessario spingere affinché anche la salute globale rientri tra gli obiettivi dell'aiuto pubblico allo sviluppo.

L'esperienza dell' Ospedale Valduce - Centro "Villa Beretta"

Franco Molteni
Dirigente Medico Responsabile, Ospedale Valduce , Centro "Villa Beretta", Lucca

Rehabilitation Medicine: Restore function, Restore dignity

La crescente diffusione ed efficacia dei servizi sanitari per la sopravvivenza (*acute care*) e l' incremento della domanda di servizi sanitari di lungo periodo (*long term care*) hanno generato una continua crescita della necessità di servizi sanitari riabilitativi sia nel mondo occidentale che nei Paesi in via di Sviluppo.

In particolare vi è necessità di cura per le problematiche di disabilità complesse e perduranti nel tempo derivanti da Malattie del sistema nervoso di origine genetica (malattie neuromuscolari) o acquisite (esiti di lesioni cerebrali vascolari o traumatiche, esiti di lesione midollari traumatiche, patologie del sistema extrapiramidale, Sclerosi Multipla).

Tutto ciò si accompagna ad un aumento generalizzato della età media della popolazione ed alla modificazione degli stili di vita, da cui derivano ulteriori nuove necessità sanitarie in ambito riabilitativo.

Le situazioni di disabilità sono inoltre da affrontare globalmente anche in termini di sostenibilità per il nucleo sociale di appartenenza della persona disabile, per l'impatto di assoluto rilievo sulla partecipazione sociale di tutte le persone coinvolte direttamente o indirettamente nel processo sanitario.

La Medicina Riabilitativa ha sviluppato nel tempo processi sanitari e di integrazione socio-sanitaria sempre più complessi per poter ripristinare/compensare/ ovviare alle varie espressioni cliniche di disabilità, restituendo dignità e qualità di vita a condizioni altrimenti non sostenibili.

Il modello proponibile operativamente deve trovare un punto di equilibrio fra la realtà socio-sanitaria dove viene generato e la realtà socio-sanitaria dove può essere replicato, per trasferire utilmente una corretta pratica clinica insieme ad una modalità di gestione delle risorse umane che erogano ed usufruiscono del servizio.

A fronte di necessità ben delineate di recupero di funzione motoria e cognitiva, di supporto alle famiglie, di reinserimento sociale è indispensabile migliorare i processi di cura di gravi disabilità, per valorizzare concretamente le persone che cercano di riacquisire capacità di partecipazione sociale.

La riabilitazione avanzata in ambito sanitario si configura quindi come un processo che si avvale di multiple procedure di diagnosi e cura in una logica di lavoro interdisciplinare.

La forte compenetrazione fra intervento specificamente sanitario e sociale rende particolarmente rilevante la cooperazione con l'area mediterranea per le rilevanti possibilità di facilitazione dell'integrazione interculturale.

L'Egitto è un Paese di riferimento ove sono in corso attività di collaborazione avanzata (in particolare con il National Institute of Neuro Motor System Imbava Giza Cairo) e che può quindi essere un modello di riferimento per ulteriori sviluppi della cooperazione.

L'esperienza dell'Università la Sapienza

Alberto Angelici
Docente di medicina e chirurgia Università la Sapienza

Più volte si è parlato di Università ma non si è mai definito in maniera precisa quale sia il ruolo che ha o può avere in un settore importante come quello della cooperazione.

Le Università hanno svolto e svolgono attività di cooperazione in maniera più o meno rilevante con risultati apprezzabili. Ma l'esigenza di svolgere un'attività coordinata è diventata attualmente sempre più sentita tanto che l'Università la Sapienza ha deciso di farne una delle punte di eccellenza dotandosi di strumenti operativi, in particolare nel gruppo delle Relazioni Internazionali e sotto la direzione del Rettore, ci siamo dotati di due strumenti operativi:

- la Carta dei Principi;
- la definizione della Mission della componente universitaria.

L'Università non fa cooperazione con il Ministero degli Esteri o con le ONG. Ma ha una propria autonomia comportamentale.

Il nostro compito si basa sulla formazione dei docenti, mentre vengono tralasciate le altre componenti, considerando che queste ricadono dall'attività di formazione che viene svolta. In questo mi riaggancio a coloro i quali hanno affermato che la formazione dei medici deve avvenire nei Paesi d'origine e non all'estero perchè la presenza degli specializzandi crea un aggravamento del processo di *brain drain*, in quanto molti studenti dopo essere stati all'estero, tornando nei loro Paesi sono frustrati in quanto si trovano a svolgere attività completamente differenti e sono privati delle tecnologie che fino a quel momento avevano utilizzato quotidianamente.

Un esempio pratico delle esperienze portate avanti dall'Università la Sapienza è il progetto dell'università di Sana'a nello Yemen. La collaborazione con questa Università risale al 2001. Il progetto è partito con la Facoltà di Medicina e man mano è stato esteso anche alle altre facoltà. Obiettivo del progetto è quello di formare i docenti, in varie specialità e a ricaduta vengono svolte anche attività di formazione degli specializzandi, per contribuire alla creazione di una scuola di specializzazione, e degli studenti. L'attività di formazione dei docenti viene svolta attraverso un re-training dei docenti e una riorganizzazione condivisa e concordata dei programmi di insegnamento, ad esempio sono stati introdotti con successo gli insegnamenti integrati che hanno portato molti risultati.

Un altro importante aspetto della formazione di cui si occupa l'Università è la formazione del Management. E' stato infatti riscontrato come in molti Paesi il problema fondamentale non sia la carenza delle risorse bensì l'utilizzo dei fondi disponibili.

Dalla presentazione di questo progetto risulta che l'aspetto prettamente clinico non sia del tutto prioritario e il suo punto di forza è rappresentato dalla sua sostenibilità, in quanto fa affidamento sulle risorse disponibili concordate con i partner yemeniti. Oggi si può affermare, inoltre, che a distanza di sette anni dall'inizio delle attività sono stati ottenuti dei piacevolissimi risultati.

Infine, la Sapienza porta avanti importanti progetti di ricerca congiunti in diversi settori della medicina.

L'esperienza dell'ASL 4 di Torino

Guiseppe Melcarne
Assistente Amministrativo Responsabile relazioni esterne, ASL 4 Torino

Da 10 anni la nostra azienda, la USL DI Torino, porta avanti dei progetti in Cina, Tibet e Mongolia, e in questi anni circa 170 ricercatori, medici, infermieri e provenienti da questi Paesi sono stati ospitati in Piemonte, mentre numerosi medici italiani hanno svolto attività in loco.

Torino è una città ricca di etnie. Partendo dallo studio di queste diverse etnie, del nostro sistema sanitario e valutando il modo di rapportarlo alle medicine tradizionali di altri Paesi si è cercato di stabilire un idoneo percorso di formazione. Le prime medicine tradizionali con le quali ci si è confrontati sono state quella cinese, ayurvedica e tibetana.

L'idea sulla quale si è basata l'intera attività dell'azienda è che non si può avere la presunzione che nel mondo tutti la pensino come noi, infatti ci sono alcune questioni fondamentali alle quali i diversi Paesi si rapportano in maniera differente:

- l'approccio con la morte;
- l'approccio con il dolore;
- il rapporto medico-paziente;
- il concetto di malattia.

La presa di coscienza della diversità ha permesso di compiere molti meno errori nel rapportarsi col personale sanitario e amministrativo e di adottare una strategia di formazione basata su due punti chiave:

- il personale sanitario e non sanitario viene formato in Italia per periodi brevi onde evitare che cresca il loro desiderio di restare;
- la convivenza quotidiana e continua col personale italiano ha permesso di capire meglio il loro modo di pensare.

L'Italia ha una grande forza e attrazione per questi Paesi perché oltre ad avere un ottimo sistema sanitario ha un' antica e solida cultura e arte della medicina. Far conoscere bene l'Italia è dunque il modo migliore per comparare i vari sistemi e per trovare il giusto sistema per cooperare.

Infine, la nostra azienda è in procinto di preparare un portale per tutte le medicine tradizionali perché tradizione e avanguardia non sono in contraddizione ma in congruenza.

L'esperienza dell' ASL di Taranto

Marco Urago
Direttore Generale, ASL Taranto

Il mio intervento è finalizzato a condividere con tutti voi l'esperienza della ASL di Taranto dove ho assunto l'incarico di Direttore Generale.

Nel momento in cui sono arrivato a Taranto ho trovato una situazione molto confusa in cui Dipartimenti, Strutture Complesse, Strutture Semplici e persino i singoli operatori dei reparti erano organizzati autonomamente per quanto riguarda la cooperazione ed era inoltre molto difficile riuscire a capire quali fossero gli strumenti giuridici per sostenere le varie attività.

L'incontro di oggi è la dimostrazione che la situazione che io ho avuto modo di riscontrare nella mia ASL è ancora molto diffusa e il bisogno di cambiamento è una volontà comune. Si cerca infatti di capire il perché si ritiene utile cooperare con altri Paesi, quali sono i criteri alla base della selezione del Paese partner, quale sia il rapporto esistente fra il mondo della sanità e quello della politica estera.

La condivisione della volontà di cambiamento e di sistematizzazione delle attività è dimostrata dalla presenza al tavolo odierno non solo del Ministero della Salute e del Ministero degli Affari Esteri, ma anche delle Regioni, ASL, AO, Policlinici, IRCCS, ONG, ecc.

Nella nostra ASL l'emergenza ha funto da motore per il cambiamento, e ulteriori incentivi sono stati senza dubbio la presenza nella nostra area della più grande industria siderurgica d'Europa, una delle sedi più importanti della petrolchimica, la più grande base navale NATO d'Italia e la possibilità di avere in un futuro prossimo il degassificatore.

Le forme di cooperazione con i Paesi stranieri che abbiamo instaurato, in particolare con Israele, non hanno avuto come finalità l'esportazione della conoscenza bensì l'importazione dell'esperienza. Infatti sono stati gli amici israeliani che ci hanno aiutato a gestire le problematiche relative ai piani di emergenza sanitaria.

Potrebbe apparire contraddittorio presentare una contro-cooperazione in questa sede, ma è importante sottolineare anche come gli scambi culturali forti, leali, autentici con i vicini Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente possono permettere una crescita anche per il nostro Paese in quanto, alla base di qualsiasi attività in ogni angolo di mondo, vi è la condivisione di una mission: t*utelare e promuovere la salute di ogni cittadino del mondo*.

L'esperienza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi di Firenze

Franco Cecchi
Professore Associato di Cardiologia, Università di Firenze

Progetto BACM

Il progetto vede coinvolte la Biblioteca Alexandrina, Alessandria, Egitto, l'università del Cairo e di Alessandria, l' Azienda ospedaliera universitaria Careggi Firenze, Dipartimento Cuore e Vasi.

Si tratta di un progetto educativo, volto all'insegnamento e alla identificazione di famiglie affette da Cardiomiopatie, Cardiopatie geneticamente determinate, con il fine di fornire una terapia adeguata e costituire una rete di centri di riferimento collegata per via web (web-based network) con la Biblioteca Alexandrina, presso la quale è stato istituito un centro di coordinamento. Presso le strutture messe a disposizione del Direttore della Biblioteca, è stato anche costituito un laboratorio di genetica, presso il quale viene educato personale sanitario egiziano ad eseguire test genetici. I cardiologi che partecipano al progetto verranno selezionati dalla Università del Cairo e di Alessandria, ed educati presso il Dipartimento Cuore e Vasi della Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi Firenze (Cardiologia Generale 1, Prof. Franco Cecchi, Centro di Riferimento Regionale per le Cardiomiopatie), ove dovranno svolgere un periodo di almeno 2 mesi di training.

Sono già stati effettuate alcune riunioni in Egitto per presentare il progetto ed implementarlo nelle sue varie fasi.

E' previsto un collegamento via web per il controllo della qualità degli esami effettuati presso i centri partecipanti in Egitto.

Il progetto è iniziato nel 2006 ed ora si avvia ad entrare nella fase operativa, dopo che sono stati acquisiti e resi operativi gli strumenti per esami cardiologici, prodotti dalla ESAOTE , con sede a Firenze.

Il progetto è stato finanziato finora da donatori privati di nazionalità egiziana.

Recentemente, nel corso della visita in Egitto per il Progetto ASWAN, sono state visitate dal sottoscritto numerose famiglie, insieme ai cardiologi egiziani.

L'esperenza dell'Alma Mater Studiorum

Giovanni Romeo
Professore Ordinario di Genetica Medica, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

Memo per un progetto dell'Università di Bologna intitolato: "Festival del Mediterraneo: DNA, saperi e salute dei popoli del sud e del nord del mondo"

Il Ministero degli Affari Esteri sta preparando in collaborazione col Ministero della Salute una conferenza molto interessante per la costituzione di un partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente che dovrebbe svolgersi l'autunno prossimo a Roma. Dalla riunione preparatoria che si è svolta alla Farnesina giovedì 8 febbraio scorso con la partecipazione dei Ministri D'Alema e Turco, ed a cui ho avuto il piacere di essere invitato, è emerso che il principio fondatore di questa "diplomazia della salute" che l'Italia vuole costruire nella regione mediterranea consisterà innanzitutto nella reciproca comprensione fra culture diverse.

In questo quadro Bologna si propone come sede di un Festival internazionale che potrebbe svolgersi nel maggio 2008 e che potrebbe essere intitolato *"Festival del Mediterraneo: DNA, saperi e salute dei popoli del sud e del nord del mondo"*, potendo contare sulle seguenti esperienze:

- Esiste già a Bologna un'esperienza di un Festival che ha lo scopo di unificare i messaggi che provengono dall'incontro dei saperi scientifici e dei saperi umanistici lanciato nel Maggio 2006 con la "Festa della Musica e della Genetica" che si ripeterà nel Maggio 2007 (vedere documento allegato ed il sito www.musicagenetica.it)
- Il messaggio che con successo è stato trasmesso al grande pubblico attraverso la "Festa della Musica e della Genetica" è il seguente: "Le razze non esistono: tutti parenti, tutti differenti". In pratica ciò significa che come la musica mette in luce le parentele culturali fra i popoli, la genetica moderna ci fornisce attraverso lo studio del DNA l'evidenza dell'origine comune delle diverse popolazioni umane. Per questi motivi musica e genetica esprimono con linguaggi lo stesso concetto (le razze non esistono).
- Partendo da questo modello è possibile estendere ulteriormente questo discorso dell'incontro fra saperi scientifici e saperi umanistici alla medicina, dove fra l'altro la genetica ha assunto oggi un ruolo centrale sia per quanto riguarda la ricerca che l'assistenza. In particolare questo mi sembra il modo migliore per affrontare con una prospettiva culturale ampia i problemi sociali che stanno alla base di molti problemi di sanità pubblica (si dice infatti a ragione che la malattia più grave in molti Paesi è la povertà)

In conclusione, prendendo spunto dalla riunione svoltasi alla Farnesina l'8 Febbraio scorso, vorrei suggerire che l'idea di questo Festival, opportunamente preparata e discussa fra i Ministeri interessati, venga presentata in occasione della conferenza che il Ministero degli Affari Esteri sta preparando in collaborazione col Ministero della Salute per l'autunno prossimo a Roma. Sarebbe auspicabile, visto l'interesse culturale dell'evento, che a questa

particolare iniziativa partecipasse anche il Ministero dei Beni Culturali, creando una sinergia per presentarci come “sistema Italia” di fronte ai Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente.

Le ONG italiane, partenariato e società civile

Gianluca Falcitelli
Direttore Ufficio Rapporti Internazionali , Ong CISPO

Vorrei esprimere qualche considerazione come rappresentante della piattaforma delle ONG italiane che operano per garantire il processo di pace in Medio Oriente.

Attraverso le attività umanitarie e di cooperazione allo sviluppo, le ONG italiane in Medio Oriente intendono anche contribuire fattivamente al processo di pace. Quello della sanità e' un settore fondamentale, in cui sono attive le ONG italiane, per la promozione dello sviluppo e del dialogo nell'area del Mediterraneo.

Ciò che è opportuno evidenziare è che la cooperazione sanitaria non significa semplicemente la messa a disposizione delle competenze tecniche, delle istituzioni di eccellenza, delle tecnologie, delle competenze scientifiche e organizzative ma l'elaborazione di stili di intervento che puntano a produrre cambiamenti all'interno di sistemi complessi, a favore del miglioramento delle condizioni di vita nei paesi in cui si interviene.

Le esperienze e le competenze del Ministero degli Affari Esteri, della Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, delle Unità Tecniche e delle ONG rappresentano una risorsa in quanto dimostrano come sia stato possibile in questi anni realizzare interventi positivi di successo in realtà molto svantaggiate.

La costituzione di un partenariato significa quindi la realizzazione di una cooperazione basata sulla sommatoria di tutte queste esperienze ma anche sul coinvolgimento dell'intera società civile: ONG italiane, ONG dei Paesi del Mediterraneo e Medio Oriente, associazioni, ecc. Il coinvolgimento dei diversi soggetti della società civile è necessario per assicurare il consenso delle comunità locali agli interventi di cooperazione, fungendo da ponte e coordinamento fra le popolazioni, le istituzioni e la comunità internazionale.

Proposta: la formalizzazione del partenariato potrebbe essere lanciata attraverso la realizzazione di un'iniziativa concreta, pilota, specifica che rappresenti come il sistema Italia sia capace di mettere insieme le competenze tecniche di istituzioni, Ministeri e ONG cercando nei partner locali altrettante competenze e figure professionali con le quali poter lavorare.

Conclusioni

La conferenza per la costituzione di un partenariato per la salute mira a proseguire le azione di dialogo e di sostegno ai Paesi dell'Area Mediterranea e Medioorientale più deboli economicamente, favorendo il più possibile il trasferimento di conoscenze e competenze nel campo della salute con l'obiettivo di migliorarne la "capacity building". Tale linea di azione può contribuire in modo sostanziale a creare uno spazio comune e stabile di cooperazione economica e sociale e di solidarietà internazionale tra i Paesi Europei e quelli del Mediterraneo. In quest'ottica il tema della salute è di grande rilievo e deve essere considerato centrale nell'agenda euromediterranea, sia in quanto elemento di integrazione fra i due tipi di cultura delle due sponde del mediterraneo sia in quanto volano di sviluppo economico. In questo ambito costituisce un elemento strategico il partenariato pubblico/privato e l'avvicinamento della sanità ai cittadini per fertilizzare gli altri settori. Il movimento dei pazienti attraverso le frontiere richiede la necessità di creare dei Centri di riferimento specialistici per le varie patologie. Occorre puntare alla condivisione e trasmissione a distanza dei dati clinici e diagnostici utilizzando al meglio la ITC e fare fronte al grande problema della migrazione adattando i sistemi sanitari a questo imponente fenomeno.

L'incontro dell'08 Febbraio non ha avuto la pretesa di esaurire l'inestimabile contributo che le molteplici iniziative di collaborazione hanno apportato nel fare conoscere e apprezzare l'Italia dai Paesi dell'area mediorientale, attraverso la generosa opera di tanti professionisti e operatori sanitari, ma è stato una chiamata a raccolta di tutti coloro che sentivano di volere partecipare in modo sinergico alla costruzione comune di un sistema di partenariato condiviso e integrato, anche e soprattutto per concentrare e valorizzare i singoli progetti verso obiettivi di risultato più efficaci e non disperdere le preziose risorse economiche disponibili.

Infatti, al fine di sistematizzare le numerosissime attività e soprattutto di monitorare la presenza italiana nell'area di riferimento, questo Ministero, ed in particolare l'Ufficio Accordi Bilaterali della Direzione Generale per i Rapporti con l'Unione Europea e per i Rapporti Internazionali, ha ritenuto di presentare nel corso della Conferenza la proposta di un programma contenente le seguenti attività:

- collaborazione italiana in ambito sanitario per il raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del millennio, con maggiore attenzione all'evoluzione in questo campo e all'analisi periodica dei dati;
- costituzione di un tavolo di consultazione allargato per favorire il coordinamento delle iniziative e lo scambio di informazioni, creare sinergie e ottimizzare le risorse, proponendo un modello che valorizzi i settori di eccellenza, le cui risultanze saranno pubblicizzate attraverso diversi canali di comunicazione;
- creazione di un archivio informatizzato dei progetti di cooperazione, accessibile per l'introduzione diretta dei dati e consultabile on-line, tenuto conto delle "Linee di intervento per un'amministrazione di qualità";

- realizzazione di una banca delle idee, delle disponibilità, dei saperi e dei saper fare;

Inoltre, al termine di questa Conferenza, prima fase di un percorso che si immagina debba essere lungo e soprattutto continuativo, si auspica di dare un impulso politico a questo progetto a lungo termine con la **costituzione di un segretariato** permanente formato inizialmente dal Ministero degli Esteri, della Salute e dalle Regioni attraverso il loro coordinamento, che operi come punto di riferimento e aggregazione per i soggetti promotori di iniziative di collaborazione e cooperazione internazionale nell'area. Il segretariato dovrà funzionare da facilitatore e snodo di scambio di informazioni per la formazione di un **"tavolo" di consultazione** a cui potranno aderire tutti i soggetti che intendono realizzare attività di partenariato nel settore della salute. Spesso infatti non si dispone di quelle notizie e informazioni che possono orientare le iniziative verso un'azione sinergica e di sistema Paese, in grado poi di confrontarsi meglio con gli altri Paesi europei che agiscono in questo settore.

Il secondo successivo appuntamento che si propone di realizzare è quello di una conferenza internazionale con i Paesi dell'area mediterranea a mediorientale che veda la partecipazione dei rispettivi Ministri della Salute e degli Esteri.

Sarà la grande occasione di incontrare i responsabili dello sviluppo di quei Paesi e tentare di instaurare con loro un rapporto di fiducia e di dialogo, chiave di volta per ogni strategia che punti e all'attenuazione dei conflitti e a far prevalere le ragioni del dialogo interetnico, e del rispetto delle identità culturali di ciascuno.

Questa prima giornata di lavori offre un panorama di alcune delle iniziative di rilievo in corso o già realizzate e mette in evidenza le capacità degli Enti Regionali, delle Aziende sanitarie e ospedaliere, degli Istituti scientifici e di ricerca ad esportare il know-how e le esperienze italiane, anche nei modelli di organizzazione dei sistemi sanitari. I settori di eccellenza del nostro Paese, riconosciuti a livello internazionale costituiscono una prima base-dati utile per gli interlocutori.

La ottimizzazione degli interventi da programmare con i Paesi interessati, dovrà prevedere l'incontro delle esigenze e dei bisogni di salute da questi espressi con l'offerta delle migliori tecnologie ed esperienze italiane. In tale modo si potrà anche dare rilievo allo sviluppo della sanità come impresa dando impulso economico ad una serie di iniziative con il contributo delle Aziende di settore. Esse stesse poi potrebbero stabilire contatti e forme di collaborazione con altre aziende dei Paesi dell'area, incrementando e coniugando sviluppo economico e trasferimento reciproco di conoscenze.

"Una diplomazia della salute attraverso la quale l'Italia dia un contributo alla pace e allo sviluppo del Mediterraneo, insieme agli strumenti tradizionali di politica estera che il governo ha messo in campo". Questo il ruolo che il ministro della Salute, Livia Turco, ha indicato per il nostro Paese e il nostro sistema sanitario alla Conferenza per la costituzione di un partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente, promossa oggi a Roma dai ministeri degli Affari Esteri e della Salute.

"Questa conferenza rappresenta il punto di partenza per la costruzione di un "partenariato per la salute" tra l'Italia e i Paesi del Nord Africa e del Vicino e Medio Oriente che rafforzi e renda sistematici i rapporti di collaborazione esistenti. A questo obiettivo ambizioso, ma del tutto coerente al ruolo che spetta all'Italia nell'area mediterranea - ha aggiunto il Ministro - i ministeri degli Esteri e della Salute stanno da qualche tempo lavorando assieme alle regioni".

"Come promotori di questa iniziativa - ha detto il ministro - siamo convinti che lavorare assieme per affermare e sostenere il diritto alla salute di un individuo e di ogni gruppo sociale, promuova quei legami che possano cementare e rendere durevoli la pacificazione nelle aree di conflitto e la pace nell'intera regione".

Anche il Ministro degli esteri Massimo D'Alema ha confermato questa nuova impostazione della cooperazione sanitaria: "Il governo italiano punta sulla cooperazione internazionale e sull'assistenza sanitaria e sociale per costruire la pace nei Balcani, nel Mediterraneo, nel Medioriente e in Afghanistan. Riferendosi al lavoro degli ospedali italiani in Afghanistan, il titolare della Farnesina ha sottolineato che "questo modo di costruire la pace è talvolta più efficace dell'uso delle armi". Il ministro della Salute ha promesso un 'impegno stabile e duraturo del nostro Paese nel campo della promozione dei sistemi sanitari, in accordo con gli obiettivi internazionali e in particolare per quanto riguarda la riduzione della mortalità infantile, il miglioramento della salute materna e la lotta all'HIV/AIDS, alla malaria e ad altre malattie.

L'azione internazionale del Ministero della salute è quindi prioritariamente indirizzata a queste finalità ed a quelle collegate come la disponibilità di acqua potabile e l'igiene ambientale. L'idea sostenuta dal ministro è quella di dar vita ad un segretariato tra il ministero della Sanità, degli Esteri e le Regioni. E' necessario istituire - ha detto l'assessore della Regione Toscana, Enrico Rossi, e coordinatore degli assessori alla Salute - una cabina di regia internazionale con un ruolo forte delle Regioni come migliore garanzia contro lo spezzettamento degli interventi".

Allegati

1. ***Scheda di adesione al Tavolo di coordinamento per i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente***

   Tutti coloro che intendono aderire al Tavolo di coordinamento possono compilare l'allegato 1 e inviarlo tramite e.mail all'indirizzo p.parodi@sanita.it o tramite fax al numero 06 5994 2977.
   Per qualsiasi ulteriore informazione sul Tavolo di coordinamento è possibile rivolgersi a:

   Dott.ssa Patrizia Parodi
   e.mail p.parodi@sanita.it
   tel 06 5994 2837

2. **Programma *Conferenza per la costituzione di un partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente*, Roma, 8 febbraio 2007**

Ministero degli AffariEesteri *Ministero della Salute*

Tavolo di coordinamento

Scheda di adesione

Io, sottoscritto,

Nome e cognome

Qualifica

Ente di
appartenenza
Indirizzo dell'Ente

Telefono, cell. e fax

Posta elettronica

aderisco al Tavolo aperto di coordinamento per la costituzione della "Piattaforma italiana per il partenariato per la salute nel Mediterraneo e Medio Oriente".

In fede

_____

Settori di maggiore interesse (barrare una o più caselle):

Assistenza sanitaria di base e organizzazione dei servizi /__/
Salute materno infantile /__/
Formazione, telemedicina, e-learning /__/
Trapianti /__/
Oncologia /__/
Emergenze /__/
Farmaci e dispositivi medici /__/
Ematologia /__/
Malattie cronico-degenerative e stili di vita /__/
Malattie infettive (comprese zoonosi) /__/
Veterinaria /__/
Altro _____

Relatori

G. Almansi, Conferenza Stato-Regioni
F. Aloisi, A. Costa, Euro-Arab School of Oncology, Milano
C. Beretta, Assessorato alla Sanità Regione Lombardia, U.O. Programmazione, Milano
L. Bertinato, Coordinamento Interregionale Cooperazione Sanitaria Internazionale, Commissione Salute, Venezia
M. Cossutta, Consulente del Ministro, Ministero della Salute, Roma
M.P. Di Martino, P. Malara Direzione Generale per i Rapporti con l'Unione Europea e i Rapporti Internazionali, Ministero della Salute, Roma
G. Ghisi, Consigliere diplomatico, Ministero della Salute, Roma
D. Greco, Dipartimento della Prevenzione, Ministero della Salute, Roma
B. Gridelli, ISMETT, Palermo
R. Guerra, Istituto Superiore di Sanità, Roma
F. Mandelli, Istituto Mediterraneo Ematologia, Università La Sapienza, Roma
G. Morabito, Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, Ministero degli Affari Esteri, Roma
B. Musso, Presidente MedChild – Fondazione Istituto Mediterraneo per l'Infanzia, Genova
A. Nanni Costa, Centro Nazionale Trapianti, Istituto Superiore di Sanità, Roma
F. Palumbo, Direzione Generale Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma
P. Paolini, Coordinatore Centrali Operative 118, Regione Toscana, Firenze
R. Siliquini, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi, Torino

Segreteria tecnico-scientifica

Cesare Capitani, Direzione Generale per i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente, Ministero degli Affari Esteri, Roma
Pietro Malara, Direzione Generale per i Rapporti con l'Unione Europea e i Rapporti Internazionali, Ministero della Salute, Roma

Segreteria organizzativa

Andrea Piergiorgio Baccarini, Lorella Benedini, Gabriella Carloni, Monica Paganelli, Patrizia Parodi, Lorenza Pastore, Cecilia Prezioso, Annarita Saccia, Direzione Generale per i Rapporti con l'Unione Europea e i Rapporti Internazionali, Ministero della Salute, Roma
Tel. 06 59942837 – 59942196 e-mail p.parodi@sanita.it
Colomba Di Castro, Simone Petroni, Direzione Generale per i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente, Ministero degli Affari Esteri, Roma
Tel. 06 36914681 e-mail colomba.dicastro@esteri.it
Guglielmo Riva, Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, Ministero degli Affari Esteri, Roma
Tel.06 36916237 e-mail Guglielmo.riva@esteri.it

Ministero degli Affari Esteri

Ministero della Salute

Conferenza per la costituzione di un partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente

Roma, 8 febbraio 2007

Ministero degli Affari Esteri
Sala delle Conferenze Internazionali

9.00 Registrazione dei partecipanti

9.30 Apertura dei lavori
Saluto del Ministro degli Affari Esteri
Saluto del Ministro della Salute
Saluto del Coordinatore Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province Autonome

Sessione 1: Mappatura delle iniziative italiane nell'area di riferimento: rappresentazione delle attuali caratteristiche del modello di intervento italiano riferito alle diverse aree territoriali

10.00 Analisi e considerazioni sulle esperienze realizzate
Maria Paola Di Martino, Pietro Malara

10.20 La cooperazione sanitaria del Ministero degli Affari Esteri
Giuseppe Morabito

10.40 L'esperienza delle Regioni nella cooperazione decentrata e nelle emergenze sanitarie internazionali
Luigi Bertinato

11.00 Coffee break (Sala Mosaici)

Sessione 2: Revisione dei modelli di intervento in grado di fare "Sistema-Paese". Condivisione dei settori di eccellenza italiani sui quali inizialmente concentrare le attività di partenariato

11.15 Gestione integrata dei percorsi assistenziali e delle patologie
L'esperienza nelle patologie ematologiche
Franco Mandelli
L'esperienza nelle patologie oncologiche
Francesco Aloisi, Alberto Costa
L'esperienza nel settore pediatrico
Bruno Musso
L'esperienza nel settore dei trapianti
Alessandro Nanni Costa, Bruno Gridelli
L'esperienza nel settore dell'emergenza-urgenza
Piero Paolini

12.15 Modelli di promozione e prevenzione della salute pubblica. Malattie trasmissibili
Donato Greco

12.30 Politiche per diminuire le disuguaglianze e politiche di genere
Maura Cossutta

12.45 Tecnologie dell'informazione e della comunicazione per la governance della salute
Claudio Beretta

13.00 Health Impact Assessment: processi e tecnologie
Roberta Siliquini

13.15 Buffet (Sala dei Mappamondi)

Sessione 3: I modelli di governance per il partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente

14.30 Modelli e profili organizzativi di erogazione dell'assistenza sanitaria. L'esperienza nel campo territoriale e ospedaliero
Filippo Palumbo

14.45 Governance basata sulle evidenze
Ranieri Guerra

15.00 Presentazione e discussione dei documenti che sintetizzano le risultanze della giornata e interventi liberi
Giorgio Almansi, Gianni Ghisi

17.15 Presentazione della proposta di "Piattaforma italiana per il partenariato per la salute nel Mediterraneo e Medio Oriente"

17.30 Conclusione dei lavori