CeSPI
Centro Studi di Politica Internazionale

Osservatorio Interregionale
Cooperazione Sviluppo

Working Papers

50/2008

Indagine sulla cooperazione sanitaria internazionale delle Regioni italiane

Eugenia Pietrogrande
con il coordinamento scientifico di
Andrea Stocchiero e Raffaella Coletti

Novembre 2008

Via d'Aracoeli, 11 – 00186 Roma (Italia) – Tel. +3906 6990630 – Fax +3906 6784104 – e-mail: cespi@cespi.it - web: www.cespi.i

Si ringraziano i funzionari regionali intervistati per la disponibilità nell'offrire informazioni e dati. Eventuali errori sono di responsabilità degli autori.

INDICE

EXECUTIVE SUMMARY **4**
INTRODUZIONE **6**
1. LA COOPERAZIONE SANITARIA NELLO SCENARIO INTERNAZIONALE E NAZIONALE **7**
1.1 La salute nella cooperazione internazionale 7
1.2 Le politiche sanitarie nella cooperazione internazionale 8
1.3 La cooperazione sanitaria italiana 10
2. LA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE DELLE REGIONI ITALIANE **13**
2.1 La struttura normativa e organizzativa 13
2.2 Tipologie d'intervento 19
2.3 Le aree geografiche di intervento e i partner 22
2.4 Motivazioni della scelta dei cinque studi di caso regionali 23
3. LA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE DELL'EMILIA ROMAGNA **24**
3.1 Assetto normativo e organizzativo 24
3.2 La programmazione regionale degli interventi sanitari a favore di cittadini stranieri trasferiti in Italia e i suoi risultati 25
3.3 Gli interventi nei paesi in via di sviluppo attraverso la cooperazione decentrata 27
3.4 Le risorse finanziarie 28
3.5 Rapporti con i livelli nazionale, comunitario ed internazionale 28
4. LA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE DELLA LOMBARDIA **29**
4.1 Assetto normativo e organizzativo 29
4.2 Tipologie d'intervento 30
4.3 Invio nei PVS del patrimonio mobiliare dismesso dalle Aziende Sanitarie lombarde 33
4.4 Rapporti politici e di coordinamento 34
4.5 Le risorse finanziarie attivate 34
5. LA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE DELLA TOSCANA **35**
5.1 La struttura normativa ed organizzativa 35
5.2 Due modalità progettuali 39
5.3 Aree tematiche di intervento 40
5.4 Aree geografiche d'intervento 40
5.5 Le risorse attivate 41
5.6 I rapporti politici e di coordinamento con il livello nazionale, comunitario e internazionale 42
6. LA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE DELL' UMBRIA **42**
6.1 La struttura normativa e organizzativa 42
6.2 Tipologie d'intervento 43
6.3 Aree geografiche d'intervento 45
6.4 I partner 45
6.5 Norma finanziaria 46
7. LA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE DEL VENETO **46**
7.1 La struttura normativa e organizzativa 46
7.2 Aree tematiche di intervento 47
7.3 Aree geografiche d'intervento 51
7.4 Gli strumenti di finanziamento 53
7.5 Le ricadute positive delle attività di cooperazione sanitaria sul SSR 54
8. UN CONFRONTO TRA GLI STUDI DI CASO **57**
8.1 Il quadro normativo ed organizzativo 57
8.2 Le tipologie d'intervento 58
8.3 Le reti e i rapporti con i diversi attori del territorio regionale 59
8.4 Le aree geografiche d'intervento e i partner locali 60
8.5 I rapporti politici e di coordinamento con il livello nazionale, comunitario, ed internazionale 61
8.6 I finanziamenti stanziati nel 2007 62
8.7 Alcune considerazioni finali 62
BIBLIOGRAFIA **64**

EXECUTIVE SUMMARY

Le Regioni hanno notevolmente accresciuto negli ultimi anni il loro ruolo nelle relazioni internazionali. Nell'ambito della politica di cooperazione allo sviluppo, la cooperazione decentrata delle Regioni è sempre più riconosciuta a livello nazionale ed europeo. Consapevole dell'importanza di questo nuovo soggetto, la Comunità internazionale, e in particolare il Comitato per l'Aiuto allo Sviluppo dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (DAC/OCSE), si sta impegnando nel cercare di approfondire la conoscenza delle azioni delle Autonomie locali, nelle loro diverse articolazioni istituzionali, per promuovere una maggiore armonizzazione della cooperazione in ossequio ai principi sull'efficacia dell'aiuto.

In questo contesto il CeSPI e l'OICS hanno realizzato diverse analisi della cooperazione decentrata italiana, ma un campo finora poco indagato è quello della cooperazione sanitaria internazionale delle Regioni. L'indagine qui presentata ha consentito di riempire questo vuoto informativo e di conoscenza, i cui principali risultati sono qui riassunti.

Se la maggior parte delle Regioni fa rientrare le attività di assistenza sanitaria internazionale nelle leggi sulla cooperazione decentrata e quindi nel quadro della programmazione ed organizzazione che fa capo ai servizi che si occupano delle relazioni internazionali, con interventi progettuali puntuali di Organizzazioni non governative ed altri soggetti dedicati; alcune Regioni, che sono l'Emilia Romagna, la Lombardia, la Toscana, l'Umbria e il Veneto, hanno predisposto atti normativi ad hoc che disciplinano la materia, prevedendo un maggiore ruolo della struttura amministrativa competente, della Direzione Sanità con un ufficio preposto, e del sistema sanitario del territorio. Il rapporto tra il servizio che si occupa di cooperazione decentrata e quello della Direzione Sanità che è competente per la cooperazione sanitaria internazionale si struttura in modo relativamente diverso, ad esempio, nel caso della Lombardia e della Toscana la cooperazione sanitaria ha una programmazione e organizzazione autonoma e complementare a quella della cooperazione decentrata, mentre nel caso dell'Emilia Romagna e del Veneto, le iniziative della Direzione Sanità si integrano in quelle del Servizio Relazioni Internazionali.

La cooperazione sanitaria internazionale svolta dalle diverse Regioni italiane è costituita da una vasta gamma di attività: interventi finalizzati ad ospitare nei propri ospedali pazienti stranieri di paesi che non dispongono di sufficienti strutture e competenze mediche per la loro cura; progetti diretti al trasferimento di risorse nei paesi destinatari, come medicinali, apparecchi e personale medico; progetti volti alla formazione di medici locali tramite un sistema di visite e di scambi, in forma anche di gemellaggi tra ospedali; progetti finalizzati alla prevenzione e alla diffusione di conoscenze igienico-sanitarie. A queste differenti tipologie d'intervento non tutte le Regioni assegnano la stessa importanza, ma ciascuna Regione promuove iniziative seguendo propri principi e linee guida.

La cooperazione sanitaria internazionale sostenuta dalla Direzione Sanità di ciascuna Regione trova la sua forza nell'attivismo e nel coinvolgimento dei diversi attori del territorio regionale. I partner sono principalmente le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere, le Università (soprattutto le Facoltà di Medicina), la Protezione civile regionale, la Croce Rossa regionale, e le molte Organizzazioni non governative e Associazioni di volontariato con sede nella regione.

Le priorità geografiche di intervento sono prevalentemente i Paesi dell'Africa sub-sahariana, dei Balcani e del Medio Oriente. I servizi di cooperazione sanitaria delle Regioni si relazionano con il Ministero Affari Esteri e con il Ministero della Sanità, si giovano delle opportunità offerte dai programmi dell'Unione europea, e in alcuni casi hanno stretti rapporti con l'Organizzazione mondiale della Sanità e altri programmi delle Nazioni Unite.

A livello aggregato si può stimare in circa 8 milioni e mezzo di euro la spesa nel 2007 delle cinque regioni per la cooperazione sanitaria internazionale. La Toscana e la Lombardia sono le regioni che più contribuiscono per rispettivamente 3 milioni e 2,5 milioni di euro.

Da questa indagine emergono diversi spunti per un confronto delle strategie e delle iniziative ai fini di una maggiore armonizzazione della cooperazione sanitaria internazionale delle Regioni, pur nel rispetto delle autonomie, in modo da accrescere l'efficacia e l'efficienza dell'aiuto. Le questioni riguardano:

- l'integrazione delle programmazioni e dell'organizzazione del sistema di cooperazione tra i servizi regionali per le relazioni internazionali e quelli competenti nel settore sanitario;
- il peso da dare alle diverse tipologie di intervento sulla scorta di esercizi di benchmarking e valutazione e di un confronto sui principi della cooperazione internazionale;
- l'importanza di iniziative comuni tra le regioni (si vedano i casi delle iniziative Saving Children e Medevac) e più in generale di avviare scambi e coordinamenti nel caso della presenza di diversi progetti regionali negli stessi paesi partner;
- un confronto più informato e coordinato tra le Regioni con il Ministero Affari Esteri e il Ministero della Sanità (ad esempio come previsto in parte nel progetto "Mattone internazionale" il cui obiettivo è di costruire un ambito unitario al fine di far confluire e crescere la presenza italiana all'interno delle istituzioni europee internazionali con omogeneità di metodi e fini);
- l'esigenza di migliorare l'informazione verso i cittadini sulle attività regionali e di rendere i dati confrontabili.

INTRODUZIONE

Obiettivo

La cooperazione sanitaria è considerata uno degli ambiti di maggior impegno per la Comunità internazionale ai fini del raggiungimento degli Obiettivi del Millennio. La cooperazione bilaterale italiana, pur nelle more di una forte riduzione degli stanziamenti finanziari per la cooperazione allo sviluppo, presenta una tradizione importante di intervento sulle tematiche della salute, che potrebbe essere maggiormente valorizzata in raccordo con i sistemi sanitari regionali.

Negli ultimi dieci anni infatti, anche le Regioni italiane hanno accresciuto il loro impegno in generale per la cooperazione decentrata, e in particolare nella cooperazione sanitaria internazionale. Se sulla cooperazione decentrata sono state svolte diverse analisi, sulla cooperazione sanitaria internazionale delle Regioni non esiste alcuna rilevazione. Inoltre, sulla base di alcune informazioni sparse, questo ambito di cooperazione non sembra trovare in tutte le Regioni medesimi modelli normativi e organizzativi.

La consapevolezza di una realtà complessa in cui interventi di cooperazione appartenenti allo stesso settore, quello sanitario, vengono svolti secondo criteri differenti in base alla Regione che li attua, ha reso opportuna un'accurata mappatura delle iniziative in questo campo, al fine di cominciare a produrre un quadro che ad oggi non è ancora conosciuto nella sua interezza. Un quadro che può essere utile per le Regioni, che possono confrontarsi e trovare nuove forme di collaborazione; per i soggetti coinvolti, che possono partecipare in modo più consapevole alla costruzione di politiche maggiormente efficaci; per la cooperazione italiana ed europea, che possono valorizzare la cooperazione sanitaria in strategie più comprensive; e soprattutto per i partner dei paesi del Sud, che possono migliorare le forme di partenariato.

L'obiettivo di questo lavoro è dunque quello di realizzare la prima indagine a livello nazionale sugli interventi di cooperazione sanitaria attivati o promossi dalle Regioni italiane nei Paesi in via di sviluppo, al fine di mettere a disposizione informazioni aggiornate su indirizzi, metodologie, caratteristiche e contenuti che riguardano questo particolare settore della cooperazione.

La presente indagine vuole proporsi come valido strumento consultativo a disposizione delle Regioni e di tutti i soggetti che si muovono nell'ambito della cooperazione sanitaria internazionale. Uno strumento per mobilitare sinergie e promuovere il dialogo tra soggetti complementari, per favorire lo scambio di esperienze ed informazioni; per stimolare e rafforzare la capacità di messa in rete del territorio e ampliare le possibilità di confronto; per valorizzare al massimo l'iniziativa di tutti i protagonisti migliorando l'efficienza e l'efficacia generale degli interventi. In sintesi, il fine ultimo dello studio e' quello di contribuire a fondare politiche più coerenti, coordinate e complementari come richiesto dalla Comunità internazionale.

Metodologia

Nella fase iniziale dell'indagine e' stato distribuito, grazie all'Osservatorio Interregionale per la Cooperazione allo Sviluppo (OICS), un questionario sintetico di rilevazione agli uffici competenti in materia di cooperazione decentrata di tutte le Regioni Italiane. Questo primo livello d'indagine ha consentito di comporre un quadro nazionale delle diverse strategie attuate nell'ambito sanitario, sulla base del quale è stata successivamente focalizzata l'attenzione su alcuni casi regionali specifici e particolarmente significativi: Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto.

A queste cinque Regioni sono state sottoposte interviste maggiormente mirate e di dettaglio. Determinante principale della scelta di tali Regioni e' stata l'esistenza di un preciso, e, a nostro avviso significativo, criterio: la Regione dispone all'interno del proprio Assessorato alla Sanità di

un ufficio/servizio specifico per la cooperazione sanitaria internazionale. E' importante sottolineare che per i cinque casi studio regionali si e' cercato di approfondire principalmente le attività di cooperazione sanitaria svolte direttamente da questi uffici/servizi. Le informazioni relative alle iniziative di cooperazione svolte dagli Assessorati alla Sanità rappresentano infatti il lato fino ad oggi maggiormente sconosciuto e ignorato dalla ricerca italiana sulla cooperazione internazionale delle Regioni.

Le informazioni così raccolte sui cinque casi Regionali hanno infine consentito di porre le basi per un primo, generale, confronto.

1. LA COOPERAZIONE SANITARIA NELLO SCENARIO INTERNAZIONALE E NAZIONALE

1.1 La salute nella cooperazione internazionale

Negli ultimi 30 anni la speranza di vita è aumentata di 7 anni su scala mondiale. Ciononostante, crescono le ineguaglianze sanitarie tra i paesi e al loro interno, tra ricchi e poveri, tra uomini e donne e tra i differenti gruppi etnici. Più di un miliardo di persone in tutto il mondo, i più poveri, non solo non stanno beneficiando dei grandi progressi della scienza in campo sanitario ma in diversi paesi, in particolare nell'Africa sub-sahariana, l'aspettativa di vita è addirittura diminuita, in parte a causa dell'epidemia di HIV/AIDS.

I sistemi di salute pubblica di diversi paesi del mondo conoscono problemi simili: mancanza di personale qualificato, disparità nell'accesso alle cure sanitarie, personale medico mal pagato e poco motivato, difficoltà di attivare servizi più complessi e strutturati, vista l'insufficienza di risorse finanziarie. La maggior parte dei cosiddetti paesi in via di sviluppo (PVS) dipende in gran parte dalle risorse esterne per finanziare la sanità. L'irregolarità di questi fondi tuttavia impedisce di mettere a punto delle strategie sanitarie a medio o lungo periodo.

La salute occupa un posto importante nei dibattiti sulle priorità dello sviluppo, come mostrano le strategie nazionali ed internazionali di lotta contro la povertà. Si stima che l'aiuto allo sviluppo consacrato al settore della sanità sia aumentato del 26% tra 1997 e il 2002, passando da 6,4 a 8,1 miliardi di dollari USA, ma l'aiuto in generale resta inferiore allo 0,7 del Prodotto Nazionale Lordo di molti paesi cosiddetti donatori. L'aumento è dovuto principalmente ai nuovi, consistenti, contributi versati al Fondo globale per la lotta contro l'AIDS, la tubercolosi e la malaria (si veda più avanti). Tuttavia molte questioni fondamentali, che rappresentano una minaccia per la salute dei popoli, sono state trascurate: lontana sembra essere la soluzione a problemi quali la debolezza dei sistemi sanitari, le malattie croniche e l'insufficienza della ricerca nei settori connessi alla salute.

In tutti i paesi del mondo, la povertà è associata ad un'alta mortalità infantile e materna e ad un aumento del rischio di malattie infettive, di malnutrizione e di carenza di micronutrienti. La povertà e la fame sono due condizioni inscindibili: la riduzione della fame presume il miglioramento della salute, e viceversa. Non a caso "Sradicare la povertà estrema e la fame" è il primo degli otto obiettivi di Sviluppo del Millennio[1].

[1] Gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (*Millennium Development Goals* o MDG, o più semplicemente Obiettivi del Millennio) delle Nazioni Unite sono otto obiettivi che, nel settembre del 2000, tutti i 191 stati membri dell'ONU si sono impegnati a raggiungere per l'anno 2015. La Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite, firmata nel settembre del 2000, impegna i Paesi a: 1) sradicare la povertà estrema e la fame; 2) garantire l'educazione primaria universale; 3) promuovere la parità dei sessi e l'autonomia delle donne; 4) ridurre la mortalità infantile; 5) migliorare la salute materna; 6) combattere l'HIV/AIDS, la malaria ed altre malattie; 7) garantire la sostenibilità ambientale; 8) sviluppare un partenariato mondiale per lo sviluppo.

Il tema della salute occupa une posizione centrale in numerosi accordi internazionali recenti. Il più importante tra questi è senza dubbio la Dichiarazione di Sviluppo del Millennio. La salute negli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (OSM) è richiamata esplicitamente:

- nell'obiettivo 4: ridurre di due terzi, fra il 1990 e il 2015, la mortalità dei bambini al di sotto dei cinque anni;
- nell'obiettivo 5: ridurre di tre quarti, fra il 1990 e il 2015, il tasso di mortalità materna, e
- nell'obiettivo 6: bloccare la propagazione dell'HIV/AIDS entro il 2015 e cominciare a invertirne la tendenza attuale .

Inoltre la salute è evidenziata nei sotto-obiettivi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi più generici 1, 7 e 8. Più precisamente il contenuto dei sotto-obiettivi riguarda:

- per l'obiettivo 1: ridurre della metà, fra il 1990 e il 2015, la percentuale di popolazione che soffre la fame;
- per l'obiettivo 7: ridurre della metà, entro il 2015, la percentuale di popolazione senza un accesso sostenibile all'acqua potabile e agli impianti igienici di base, e ottenere un miglioramento significativo della vita di almeno 100 milioni di abitanti delle baraccopoli entro l'anno 2020;
- per l'obiettivo 8: in cooperazione con le aziende farmaceutiche, rendere le medicine essenziali disponibili ed economicamente accessibili nei paesi in via di sviluppo.

La scadenza per il raggiungimento degli obiettivi del Millennio è fissata al 2015, ma le prospettive concernenti gli obiettivi sanitari non sono affatto incoraggianti: l'accesso alle cure si fa sempre più escludente e discriminatorio; l'avanzamento di malattie infettive come l'AIDS non si sta arrestando; i servizi sanitari continuano a rimanere carenti e le condizioni economiche e sociali deteriorate.

Il numero degli attori e dei partenariati internazionali che si occupano di salute è considerevolmente aumentato negli ultimi 10 anni. Essi sono di natura, portata e taglia molto diversa. Molti hanno scelto di puntare allo sradicamento di una sola, particolare malattia, come l'AIDS, la malaria o la tubercolosi; alcuni sostengono interventi sanitari come le vaccinazioni, o alcune componenti del sistema sanitario come il monitoraggio. Altri ancora sono finalizzati a diffondere l'accesso alle tecnologie esistenti, altri infine si concentrano sulla ricerca sanitaria e lo sviluppo di nuovi prodotti. In questo scenario internazionale l'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS)[2] detiene la leadership storica, ma la sua funzione è ed è stata spesso ridimensionata o affiancata da numerosi altri attori che rivendicano un ruolo nel campo della salute, quali: altre organizzazioni delle Nazioni Unite; la Banca mondiale (BM) e il sistema delle banche e dei fondi regionali di sviluppo; le grandi multinazionali farmaceutiche e delle assicurazioni, e un crescente numero di organismi non governativi no profit. Negli ultimi decenni la Banca mondiale è diventata il più grande finanziatore internazionale di attività nel campo della salute dei Paesi in via di sviluppo (PVS), modificando in modo significativo il panorama della cooperazione sanitaria internazionale.

1.2 Le politiche sanitarie nella cooperazione internazionale

La storia delle politiche sanitarie nella cooperazione internazionale ha attraversato più fasi, ed ha subito nel tempo diverse influenze. Nel 1948 è stata fondata l'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS), agenzia delle Nazioni Unite finalizzata a condurre tutti i popoli al più alto livello di salute

[2] L'OMS è l'autorità direttrice e coordinatrice nel campo della sanità delle attività internazionali in seno al sistema delle Nazioni Unite. I suoi compiti sono: dirigere l'azione sanitaria mondiale, definire i programmi di ricerca nel campo della salute, fissare le norme e i criteri, presentare delle alternative politiche basate su dati provati, fornire un sostegno tecnico ai paesi e monitorare e valutare le tendenze in materia di sanità pubblica.

possibile. La tutela della salute viene definita dall'OMS come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non solo l'assenza di malattia, e viene riconosciuta come una condizione indispensabile per la pace e la sicurezza di tutti i popoli. Durante gli anni '60 e '70 le attività dell'OMS, influenzata dalle teorie sulla crescita socio economica a lungo termine, si sono rivolte principalmente alla costruzione di infrastrutture sanitarie, soprattutto nelle aree rurali.

Nel 1978 l'OMS e l'UNICEF indicono ad Alma Alta una Conferenza internazionale sulla Primary Health Care (PHC)[3] nella quale per la prima volta i temi della salute sono strettamente collegati a quelli dello sviluppo e, in tale ottica, l'accesso ad un livello più alto di salute venne considerato un obiettivo di interesse mondiale che presuppone il coinvolgimento di numerosi settori socio-economici oltre che di quelli sanitari. Il *Comprehensive PHC Approach*, proposto alla Conferenza di Alma Alta, domina la scena della cooperazione sanitaria internazionale fino ai primi anni '80, quando la Banca mondiale si fa promotrice di una strategia alternativa, denominata *Selective PHC*, che sostiene la necessità di concentrare le risorse nella lotta di alcune determinate malattie. Su questa linea nascono numerosi programmi verticali[4] che vengono promossi e finanziati da grosse partnership di donatori pubblici e privati (ad esempio: Global Alliance for Vaccines and Immunization o Roll Back Malaria). La BM, nel 1987, pubblica un documento, *Financing Health Services in Developing Countries*, nel quale vengono indicate le strategie da seguire nei PVS in tema di politica sanitaria: esse prevedevano, in conformità con le politiche di liberalizzazione adottate in quegli anni, di ridurre al minimo il ruolo dei governi nel settore sanitario e lasciare ampio spazio alle privatizzazioni e ai programmi di assicurazione sanitaria, incoraggiando il pagamento delle prestazioni nel sistema pubblico attraverso l'inserimento di tariffe.

La scelta politica in favore degli interventi settoriali e dei programmi verticali ha segnato la cooperazione sanitaria internazionale per molti anni. La BM era diventata l'attore centrale della politica sanitaria internazionale, e aveva eclissato il ruolo dell'OMS. Le conseguenze di tali linee sono state riconosciute da diverse analisi successive[5] come disastrose: il taglio della spesa pubblica ha inciso negativamente sullo stato di salute delle popolazioni; l'accessibilità ai servizi si è ridotta ulteriormente a causa delle privatizzazioni dei sistemi sanitari; l'impossibilità di accedere agli ormai troppo costosi ospedali ha determinato un crescente e irrazionale uso di farmaci; il rafforzamento dei programmi verticali ha disperso le risorse necessarie al rafforzamento dei sistemi sanitari e contribuito all'aumento delle malattie non trattate.

Durante il G8 del 2002, a Genova, sotto la spinta dell'assemblea generale delle Nazioni Unite, viene approvata la creazione di un fondo speciale per la lotta contro l'AIDS, la tubercolosi e la malaria. Nonostante il Fondo Globale[6] abbia raggiunto alcuni importanti obiettivi sanitari in relazione all'ambito strettamente concernente le malattie dell'HIV, della tubercolosi e della malaria, va tuttavia sottolineato che nello stesso periodo si è registrato un peggioramento in Africa delle condizioni materno-infantili[7], oltre che l'aumento delle disuguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria sia tra paesi che, all'interno di ciascun paese, tra le diverse fasce sociali.

Alla luce dei problemi causati dall'approccio verticale, l'elaborazione delle recenti linee guida da parte dell'OMS[8], soprattutto in termini di diritto alla salute e di universalità dell'accesso

[3] L'assistenza sanitaria di base, letteralmente "cure primarie di salute".

[4] Per programmi verticali si intendono quei programmi di cooperazione che si concentrano su specifici problemi di salute.

[5] Si veda ad esempio *From Alma Ata to the Global Fund:The History of International Health Policy* a cura dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale

[6] Attualmente sono all'incirca 50 i Paesi che contribuiscono al Global Fund to fight AIDS, Tubercolosis and Malaria per la realizzazione di programmi in più di 130 paesi; ai contributi governativi si aggiungono anche quelli, fino ad ora limitati, forniti dal settore privato. Ad oggi il Fondo globale ha investito 5,5 miliardi di dollari in 132 paesi per sostenere interventi di lotta contro queste malattie.

[7] La salute dei bambini e delle madri è considerato uno degli indicatori più accurati del funzionamento del sistema sanitario in generale.

[8] Le attuali linee guida sono definite nel *Nuovo piano strategico* dell'OMS che copre il periodo 2006-2015

all'assistenza sanitaria, sembra testimoniare una tendenziale rivalutazione degli approcci integrati e di supporto ai sistemi sanitari nel loro complesso. Si assiste quindi a un ritorno dei vecchi principi sanciti alla Conferenza di Alma Ata del 1978, in opposizione all'approccio selettivo che ha dominato la storia della cooperazione sanitaria negli ultimi decenni. La tendenza è quella di rinforzare i sistemi sanitari nel loro complesso, assicurare un accesso universale all'assistenza sanitaria di base, dando assoluta priorità alla salute delle donne e dei bambini, e soprattutto investendo nelle risorse umane della sanità pubblica attraverso la formazione e riconoscendo appropriati stipendi per il personale sanitario, allo scopo di evitare la fuga all'estero di medici e infermieri. Infine gli attuali programmi d'intervento sembrano aver preso coscienza che la promozione della salute non può essere limitata alla sola azione medica ma va considerata in un approccio multisettoriale.

1.3 La cooperazione sanitaria italiana

La legge n. 49 del 1987 (*Nuova disciplina della cooperazione dell'Italia con i Paesi in via di sviluppo)* stabilisce che la cooperazione italiana allo sviluppo è finalizzata al «.. soddisfacimento dei bisogni primari e in primo luogo alla salvaguardia della vita umana..». Con questa legge la cooperazione sanitaria entra a pieno titolo nella politica estera italiana, che si ispira ai principi sanciti dalle Nazioni Unite e dalle convenzioni firmate dall'Unione europea con i PVS.

Nel 1988, un anno dopo che la Banca mondiale si era proposta come la nuova guida delle politiche sanitarie internazionali pubblicando il documento *Financing Health Services in Developing Countries,* in Italia, il Comitato Interministeriale per la Cooperazione allo Sviluppo stabilì che la cooperazione sanitaria italiana si sarebbe ispirata ai principi dell'assistenza sanitaria di base, in conformità con le scelte dell'OMS. In un successivo documento sui principi guida della cooperazione santaria[9], si legge:

> «la Cooperazione Sanitaria Italiana mira all'adeguato potenziamento dei servizi sanitari, non limitandosi alla promozione di singole attività. Esse devono essere integrate nei servizi sanitari e devono essere permanentemente sostenibili. Viene, dunque escluso l'appoggio a strutture e programmi che duplicano le funzioni o sono in concorrenza con i servizi sanitari nazionali. La Cooperazione Sanitaria Italiana privilegia il settore pubblico dei sistemi sanitari nazionali e ne promuove il riorientamento verso il traguardo della salute per tutti».

Questa dichiarazione rappresenta una ulteriore conferma del fatto che la cooperazione italiana, a più di dieci anni dalla Conferenza di Alma Alta, continuava a ribadirne obiettivi e strategie, in evidente controtendenza con i dettami della Banca mondiale.

Oggi il sistema sanitario italiano, nonostante le diverse inefficienze e criticità, rappresenta per la 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[10]». A questa ragione forse è legata la diffusa opinione che la cooperazione sanitaria ha sempre rappresentato uno degli ambiti di maggior successo della cooperazione italiana allo sviluppo[11]. Tuttavia sussistono pareri discordanti secondo i quali essa, nata come emergenziale,

---

[9] Bertolaso, G., Di Gennaro, M., Guerra, R. e Missoni, E., *La Cooperazione sanitaria italiana. Principi guida*, Ministero degli Affari Esteri, Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, Roma 1989.

[10] Intervento del Vice Direttore Giuseppe Morabito (DGCS MAE) alla conferenza organizzata dal Ministero della Salute e dal Ministero degli Esteri sulla "Costituzione di un partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente", 8 febbraio 2007.

[11] Ad esempio negli atti della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'attuazione della politica di cooperazione con i paesi in via di sviluppo, seduta di martedì 19 marzo 1996, 31º resoconto stenografico, si afferma che alla cooperazione sanitaria sono arrivati da più parti "giudizi estremamente positivi", grazie a un «gruppo di lavoro [che] accorpa competenze e professionalità di alto livello" attuando in diversi Paesi del mondo "programmi interessantissimi che fanno onore all'Italia».

mantiene ancora il carattere assistenziale proprio della cooperazione vecchio stampo, nonostante vi siano progetti puntuali molto creativi, innovativi, che potrebbero essere riprodotti in scala più grande anche in altre parti del mondo.

La maggior parte degli interventi di promozione della salute effettuati dalla cooperazione italiana sono realizzati in gestione diretta della Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo (DGCS) del Ministero degli Affari Esteri (MAE) o sono affidati e promossi da Organizzazioni Non Governative (ONG). Da qualche anno interventi di cooperazione internazionale sono svolti anche da altre istituzioni nazionali, quali il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità, che si sono dotati, al loro interno di appositi uffici per i programmi di collaborazione e cooperazione internazionale. Nei paragrafi successivi si descrivono in modo generale le strategie di cooperazione sanitaria appartenenti a ciascuno degli attori sopra nominati.

La cooperazione sanitaria del Ministero Affari Esteri

La cooperazione socio-sanitaria della DGCS MAE si basa sui principi guida e gli indirizzi programmatici che annualmente stabiliscono le priorità geografiche e settoriali della politica di cooperazione allo sviluppo. Nell'anno 2007 per quanto riguarda le priorità geografiche si è scelto di concentrare l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo nei paesi dell'Africa sub-sahariana, mentre per quanto concerne i settori di intervento sono stati individuati l'ambiente e i beni comuni, le politiche di genere, «accanto al tradizionale intervento sulla salute e sull'educazione[12]».

Come si legge nella Relazione al Parlamento presentata dall'Unità Tecnica Centrale della DGCS del MAE, nel 2007, la Cooperazione italiana ha notevolmente incrementato il suo impegno nel settore socio-sanitario, destinando ai propri interventi quote crescenti delle risorse previste dalla Legge finanziaria alla cooperazione allo sviluppo. Inoltre, sempre nel 2007, l'Italia ha destinato

> «consistenti risorse aggiuntive a fondi fiduciari quali il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria e GAVI (Alleanza Globale per i Vaccini e le Immunizzazioni), ed ha incrementato i contributi a bilancio a favore dei principali Organismi multilaterali impegnati nella promozione della Salute Globale quali l'UNICEF, l'OMS e il FNUAP».

L'Italia e il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria
Rappresentanti italiani sono presenti all'interno degli organi tecnici ed organizzativi del Fondo Globale per la lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria. In occasione del Vertice G8 di Genova del luglio 2001 l'Italia si è impegnata a contribuire al Fondo con 200 milioni di dollari USA (100 milioni nel 2002 e 100 milioni nel 2003), diventando così il secondo donatore dopo gli Stati Uniti ed acquisendo di diritto uno dei sette posti riservati nel Consiglio di Amministrazione ai Paesi donatori. L' Assemblea delle ONG italiane è stata costantemente incoraggiata a svolgere un ruolo attivo: un suo rappresentante è incluso nella delegazione governativa alle riunioni del Consiglio d'Amministrazione. Inoltre in preparazione di ciascuna riunione del Fondo Globale la DGCS organizza un incontro con le Ong impegnate nel settore e con tutti gli enti interessati alle attività del Fondo (Istituto Superiore di Sanità, Università, e altri).

Il MAE ha individuato 7 marcro-obiettivi entro cui inserire gli interventi di cooperazione sanitaria italiana. I primi tre obiettivi corrispondono a quelli dello Sviluppo del Millennio, riguardanti esplicitamente la salute: riduzione della mortalità infantile e materna, e riduzione e arresto della diffusione dell'AIDS, malaria e altre malattie trasmissibili. I restanti macro-obiettivi riguardano quelli che sono dal MAE stesso definiti come i tradizionali ambiti della cooperazione sanitaria italiana: il rafforzamento dei sistemi sanitari, la riabilitazione delle disabilità di tipo fisico, il supporto ai problemi di salute mentale e il controllo delle malattie croniche e degenerative.

[12] MAE, Relazione previsionale e programmatica sulle attività di cooperazione allo sviluppo nell'anno 2007.

Nel 2007 le risorse allocate dalla DGCS per i progetti di cooperazione in ambito sanitario e rientranti nel canale bilaterale di finanziamento sono state pari a oltre 166 milioni euro. Di questa somma il 32,5% è stato destinato a 106 progetti in Africa sub-sahariana, il 52,8% a 40 progetti in Asia e America Latina, mentre il restante 14,6% nei Paesi del Bacino del Mediterraneo (inclusa l'Africa del Nord), del Vicino e Medio Oriente e dei Paesi Europei (26 progetti).

Nonostante questi impegni, è conosciuto il problema politico della generale scarsità di risorse che il governo italiano stanzia per la cooperazione allo sviluppo e che si ripercuote nel settore sanitario.

La cooperazione sanitaria del Ministero della Salute

Il Ministero della Salute, per tutelare il diritto alla salute e garantirlo in tutti i suoi aspetti, contribuisce attivamente alla definizione delle politiche sanitarie internazionali. A questo scopo è finalizzato il lavoro della Direzione Generale per i Rapporti con l'Unione Europea e per i Rapporti Internazionali (RUERI), la quale, oltre a collaborare con le attività dell'OMS, dell'UE e di altri organismi internazionali, partecipa allo sviluppo di progetti di gemellaggio finanziati con fondi comunitari, in collaborazione con altre amministrazioni, e stipula accordi bilaterali nel campo della salute e delle scienze mediche con altri paesi, attuando i relativi piani di intervento. Queste ultime due linee d'intervento sono brevemente esposte di seguito.

Gemellaggi amministrativi. Il Ministero della salute è impegnato in attività di promozione e coordinamento dei progetti di gemellaggio finanziati dall'Unione europea a favore dei paesi di recente ingresso nell'Unione, dei paesi candidati e dei paesi dell'area del mediterraneo ed ex blocco sovietico. In Italia, l'Istituto superiore di sanità (ISS), gli istituti scientifici e di ricerca, le aziende sanitarie, le Regioni e le agenzie regionali per l'ambiente (Arpa) sono le istituzioni principalmente coinvolte così come le omologhe istituzioni degli altri paesi.

*Accordi bilaterali***.** Gli accordi bilaterali rispondono all'esigenza di stabilire contatti interistituzionali con i diversi paesi, tenendo conto della crescente domanda che proviene dai PVS, sul piano economico ed istituzionale, nell'ambito della tutela della salute. All'interno della DG RUERI l'ufficio V, si occupa di stringere rapporti di collaborazione scientifica, scambio di informazioni sanitarie e ricerca congiunta con molteplici Stati. Le attività di collaborazione e/o cooperazione sanitaria sono coordinate d'intesa con il Ministero degli Affari Esteri e solitamente precedono o seguono la negoziazione e la stipula di protocolli tecnici d'intesa (o memorandum) con i Paesi. Molte iniziative prendono spunto, prevalentemente, da contatti che si stabiliscono tra ospedali, università, istituti nazionali di ricerca, aziende sanitarie ed amministrazioni regionali. Sono attualmente operative o comunque in vigore le Intese con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente (Algeria[13], Tunisia[14], Egitto[15], Arabia Saudita[16], e recentemente Marocco, Israele[17], Libano e Giordania[18]) con i Paesi dell'Europa centro-orientale (Bulgaria[19], Romania) e con alcune Repubbliche ex sovietiche, quali l'Armenia[20] e la Georgia[21].

[13] http://www.ministerosalute.it/rapportiInternazionali/paginaInternaRapporti.jsp?id=437
[14] http://www.ministerosalute.it/rapportiInternazionali/paginaInternaRapporti.jsp?id=494
[15] http://www.ministerosalute.it/rapportiInternazionali/paginaInternaRapporti.jsp?id=440
[16] http://www.ministerosalute.it/rapportiInternazionali/paginaInternaRapporti.jsp?id=807
[17] http://www.ministerosalute.it/rapportiInternazionali/paginaInternaRapporti.jsp?id=441
[18] http://www.ministerosalute.it/rapportiInternazionali/paginaInternaRapporti.jsp?id=954
[19] http://www.ministerosalute.it/rapportiInternazionali/paginaInternaRapporti.jsp?id=439
[20] http://www.ministerosalute.it/rapportiInternazionali/paginaInternaRapporti.jsp?id=438
[21] http://www.ministerosalute.it/rapportiInternazionali/paginaInternaRapporti.jsp?id=491

La cooperazione sanitaria dell'Istituto Superiore di Sanità

Anche l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) svolge diverse attività di cooperazione internazionale, specialmente in ambito di governance sanitaria. L'idea di governance, intesa dall'ISS come capacità di prendere delle decisioni sulla base delle evidenze, viene infatti diffusa nei PVS attraverso la creazione di reti internazionali. In questi paesi l'ISS cerca di contribuire alla riforma dei sistemi informativi e di raccolta dei dati sanitari al fine di facilitare i *decision makers* locali a prendere decisioni politiche in base a dati corretti. Inoltre l'ISS promuove l'utilizzo di indicatori che permettono di verificare i risultati ottenuti sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. La formazione svolta dall'ISS in tali Paesi è indirizzata ai diversi livelli della gerarchia decisionale, ma generalmente i primi interventi sono rivolti ai livelli di policy più elevati del sistema sanitario. Egitto, Palestina e Libia sono alcuni dei paesi dove l'ISS realizza i suoi interventi di cooperazione. La cooperazione sanitaria dell'ISS riceve spesso i finanziamenti dell'UE e del Ministero degli Affari Esteri.

Per lo svolgimento di queste attività l'ISS possiede un apposito ufficio dedicato ai rapporti internazionali (si tratta dell'Ufficio Relazioni Esterne -URE), composto da medici, ricercatori e altre figure professionali con specifiche competenze nella sanità pubblica, nella gestione dei sistemi sanitari e nella formazione.

2. LA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE DELLE REGIONI ITALIANE

2.1 La struttura normativa e organizzativa

Molte Regioni italiane hanno accresciuto negli ultimi anni il loro impegno nella cooperazione sanitaria internazionale, mobilitando le proprie direzioni e sistemi sanitari a fianco e in modo più o meno integrato con la cooperazione decentrata di competenza delle strutture regionali che si occupano di relazioni internazionali. Questo attivismo è dovuto principalmente a due fattori: l'aumento delle richieste di assistenza sanitaria soprattutto in seguito alle emergenze internazionali, e la progressiva decentralizzazione delle competenze dallo Stato centrale alle Regioni[22], che ha visto queste ultime più autonome, sia riguardo la politica sanitaria sia riguardo la materia dei rapporti internazionali e della cooperazione allo sviluppo (ancorché la competenza esclusiva della politica estera sia dello Stato centrale).

Non esiste ad oggi un modello di cooperazione sanitaria internazionale unico per tutte le Regioni Italiane, ma ciascuna Regione gestisce questa materia in modo relativamente diverso. Così, se alcune Regioni sostengono gli interventi di cooperazione sanitaria nella programmazione della più generale cooperazione decentrata senza coinvolgere in modo strutturale il proprio sistema sanitario, altre si stanno progressivamente dotando di strumenti più appropriati (leggi o programmazioni ad hoc, uffici specifici) con i quali organizzare tali interventi.

Al fine di realizzare una prima, generale mappatura della cooperazione sanitaria internazionale svolta dalle Regioni Italiane, come prima fase dell'indagine è stato distribuito grazie all'OICS, a maggio 2008, un questionario agli uffici competenti per la cooperazione decentrata di tutte le Regioni e Province Autonome.

Il questionario si componeva delle seguenti tre domande:

[22] Attraverso la riforma costituzionale, nel 2001, del titolo V ed in particolare dell'art. 117.

a) Nella cooperazione decentrata svolta dalla vostra Direzione[23] sono compresi interventi di cooperazione sanitaria?

b) La Regione dispone di un atto normativo che regola, istituisce o comunque formalizza la cooperazione sanitaria?

c) Esiste un ufficio all'interno dell'Assessorato /Direzione Sanità che si occupa di interventi di cooperazione sanitaria?

Al questionario hanno risposto diciassette Regioni e le due Province Autonome[24]. Non hanno risposto le Regioni Calabria, Campania e Sicilia[25], regioni che peraltro mancano di una legge sulla cooperazione decentrata e che quindi confermano l'assenza di una competenza strutturata su questi temi. In alcuni casi le risposte fornite dagli uffici a cui è stato inviato il questionario sono state integrate da informazioni aggiuntive ricavate da altre fonti, come gli uffici interni agli Assessorati alla Salute o tramite gli atti delle conferenze organizzate nel 2007 dal Ministero degli Affari Esteri e dal Ministero della Salute[26].

Questo primo livello di indagine ha consentito di comporre un quadro nazionale sugli aspetti principali della cooperazione sanitaria internazionale delle Regioni italiane.

Secondo i dati a disposizione:

Alla domanda **a)**, finalizzata a rilevare quali Regioni Italiane svolgessero interventi di cooperazione sanitaria, hanno risposto affermativamente le due Province autonome e tutte le Regioni ad eccezione della Basilicata, la quale ha riferito che gli ultimi interventi di cooperazione internazionale della Regione risalgono a più di quattro anni fa, mentre attualmente (primavera 2008), non essendo stato emanato un decreto sulla cooperazione decentrata, non esiste di conseguenza alcun intervento di cooperazione sanitaria promosso dalla Regione.

Dalle risposte alla *domanda* **b)**, che mirava a rilevare se le Regioni disponessero per le loro attività di cooperazione sanitaria internazionale, di un atto normativo e programmatico ad hoc (una legge regionale, una delibera, un decreto, un piano o programma annuale o multi-annuale) è stata rilevata l'esistenza di:

1. una legge regionale ad hoc per l'**Umbria** (LR n. 18/2004 "Interventi di assistenza sanitaria in favore di paesi extracomunitari in gravi difficoltà assistenziali sanitarie");

2. un atto deliberativo della Sanità regionale per le seguenti Regioni: **Toscana** (Deliberazione del Consiglio Regionale, DCR n. 53/2008 "Approvazione del Piano Sanitario Regionale 2008-2010" che fa riferimento alla LR n. 40/2005 "Disciplina del servizio sanitario regionale") e **Lombardia** (la Delibera di Giunta Regionale, DGR n. VIII/5743 del 31/10/2007 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per il 2008" e la Delibera di Consiglio Regionale n. VIII/257 "Piano socio sanitario 2007-2009" in cui sono previste attività di cooperazione sanitaria che fanno riferimento alla LR n. 31/1997 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali"; inoltre, i programmi annuali di sanità internazionale della Regione sono approvati con decreto della DG Sanità);

[23] Direzione Rapporti Internazionali o ufficio della Presidenza o altri servizi o settori competenti per la cooperazione decentrata.

[24] Il Trentino Alto Adige non si occupa di cooperazione internazionale, e delega tale materia alle Province Autonome di Trento e di Bolzano.

[25] Né è stato possibile contattare i responsabili di altri uffici potenzialmente attinenti alla cooperazione sanitaria di queste Regioni.

[26] Si tratta di due conferenze: "Information day. Collaborazione sanitaria internazionale e programmi europei" organizzata a Roma il giorno 11 dicembre 2007; e la "Conferenza per la costituzione di un partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente" organizzata a Roma il giorno 8 febbraio 2007.

3. una programmazione specifica sulla cooperazione sanitaria internazionale per le seguenti Regioni: **Emilia Romagna** (DGR n. 206/2008 "Settimo Programma Assistenziale a favore di cittadini stranieri"), **Lombardia** (Decreto n. 1836/2008 della direzione generale sanità "Progetti di sanità internazionale per l'anno 2008"), **Toscana** (Delibera n. 520/2008 "Strategia Regionale di cooperazione sanitaria internazionale per l'anno 2008"), **Umbria** (DGR n. 1313/2004 "Programma assistenziale di intervento a favore di cittadini extracomunitari in età inferiore ai 18 anni e di altre particolari categorie"), e **Veneto** (DGR n. 378 del 11/02/2005 "Programma per i ricoveri in Veneto per ragioni umanitarie di cittadini non appartenenti all'Unione europea");
4. leggi regionali sulla cooperazione decentrata nel cui ambito sono previsti interventi nel settore sanitario, per le restanti Regioni: **Abruzzo** (LR n. 105/1989 "Svolgimento di attività di cooperazione allo sviluppo nei paesi in via di sviluppo da parte della Regione Abruzzo" e modifica successiva LR n. 63/1995), **Friuli Venezia Giulia** (LR n. 19/2000 "Interventi per la promozione, a livello regionale e locale, delle attività di cooperazione allo sviluppo e partenariato internazionale" e successivo "Programma regionale della cooperazione allo sviluppo e delle attività di partenariato internazionale 2007-2009") **Lazio** (LR n. 19/2000 "Iniziative regionali per la cooperazione allo sviluppo, per la collaborazione e la solidarietà internazionale"), **Liguria** (LR n. 28/1998 "Interventi per la cooperazione allo sviluppo, la solidarietà internazionale e la pace"), **Marche** (LR n. 9/2002 "Attività regionali per la promozione dei diritti umani, della cultura di pace, della cooperazione allo sviluppo e della solidarietà internazionale"), **Molise** (LR n. 23/1997 "Norme in materia di cooperazione allo sviluppo"), **Provincia Autonoma di Bolzano** (LP n. 5/1991 "Promozione delle attività di cooperazione e della cultura di pace e di solidarietà"), **Provincia Autonoma di Trento** (LP n. 4/2005 "Azioni ed interventi di solidarietà internazionale della Provincia Autonoma di Trento"), **Piemonte** (LR. n. 67/1995 "Interventi regionali per la promozione di una cultura ed educazione di pace, per la cooperazione e la solidarietà internazionale"), **Puglia** (LR n.20 dell'agosto 2003 "Partenariato per la cooperazione"), **Sardegna** (LR 19/96 "Norme in materia di cooperazione con i Paesi in via di sviluppo e di collaborazione internazionale") e **Valle d'Aosta** (LR n. 44/1990 "Interventi regionali di cooperazione e solidarietà con i Paesi in via di sviluppo").

Nelle leggi regionali riguardanti la cooperazione decentrata di Abruzzo, Lazio e Provincia Autonoma di Bolzano è presente un particolare articolo in cui viene fatto specifico riferimento alle attività di cooperazione sanitaria, soprattutto in ambito emergenziale. Per quanto riguarda l'**Abruzzo**,

> «la Regione partecipa, su richiesta della Direzione generale per la cooperazione allo sviluppo del Ministero degli affari esteri, alle iniziative tese a fronteggiare particolari casi di emergenza, calamità naturali, situazioni di denutrizione e di carenza igienico-sanitaria fornendo anche direttamente beni ed attrezzature e personale specializzato, sia volontario che messi a disposizione degli enti territoriali della Regione» (punto b, art. 3 della LR n. 63 del 1995).

Anche la Regione **Lazio** include, nella legge Regionale n. 19/2000, l'assistenza sanitaria tra gli ambiti di intervento della cooperazione decentrata regionale. In particolare, in casi di emergenza e soccorso a favore di popolazioni colpite da calamità eccezionali o conflitti armati la Regione si impegna, come si legge all'articolo 7 della stessa legge, a fornire

> «assistenza igienico-sanitaria ed alimentare, in modo particolare per l'infanzia, per le donne, per i disabili e per gli anziani» oltre che fornire «l'assistenza ospedaliera alle persone che sono ospitate nella Regione e l'accoglienza di eventuali accompagnatori, purché regolarmente autorizzati al soggiorno sul territorio nazionale».

Nella **Provincia Autonoma di Bolzano** la legge provinciale n. 5 del 1991, disciplina anche le attività di cooperazione sanitaria:

«nei casi di calamità, siccità, carestie, eventi di natura bellica e simili, la Provincia, su richiesta o d'intesa con la Direzione generale per la cooperazione allo sviluppo del Ministero degli Affari Esteri italiano, invia personale specializzato, anche volontario o messo a disposizione dagli enti territoriali della Provincia, attrezzature, anche sanitarie, medicinali, viveri e generi di conforto ed impiega mezzi aerei ed altri mezzi necessari ai trasporti» (art 2 comma 2 della LP n. 5/1991).

Inoltre, nell'ambito dei bandi di cooperazione allo sviluppo emanati annualmente dalla Regione **Sardegna**, sanità e welfare sono individuati come ambiti tematici prioritari di intervento. Infine nella **Regione Piemonte** è in fase di preparazione un programma che cercherà di dare ordine ai propri interventi di cooperazione sanitaria internazionale, anche in conseguenza della finanziaria regionale che eroga fondi che si potrebbero così destinare all'invio di medici.

In generale va ricordato che tutte le regioni hanno leggi e sostengono interventi di cooperazione decentrata che comprendono azioni anche nel settore sanitario, tuttavia vi sono alcune regioni che hanno predisposto strumenti deliberativi e organizzativi specifici sulla cooperazione sanitaria internazionale che si relazionano più o meno direttamente con la cooperazione decentrata, come si vedrà con l'analisi degli studi di caso.

Di seguito è riportata la tabella che sintetizza l'organizzazione normativa e programmatica di ciascuna Regione relativamente alla cooperazione sanitaria internazionale:

REGIONI	LEGGI REGIONALI DI RIFERIMENTO	ATTI DELIBERATIVI	PROGRAMMI DI COOPERAZIONE SANITARIA
Abruzzo	LR n. 105/1989, "Svolgimento di attività di cooperazione allo sviluppo nei paesi in via di sviluppo da parte della Regione Abruzzo" e modifica successiva (LR n. 63/1995)		
Basilicata			
Calabria	n.d.	n.d.	n.d.
Campania	n.d.	n.d.	n.d.
Emilia-Romagna	LR 12/2002 "Interventi regionali per la cooperazione con i Paesi in via di sviluppo e i paesi in via di transizione, la solidarietà internazionale e la promozione di una cultura di pace"	Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 79/2006 "Approvazione del documento di indirizzo programmatico per il triennio 2006-2008" che specifica al suo interno il ruolo della cooperazione sanitaria	DGR n. 206/2008 "Settimo Programma Assistenziale a favore di cittadini stranieri"
Friuli VG	LR n. 19/2000 "Interventi per la promozione, a livello regionale e locale, delle attività di cooperazione allo sviluppo e partenariato internazionale"		
Lazio	LR n. 19/2000 "Iniziative regionali per la cooperazione allo sviluppo, per la collaborazione e la solidarietà internazionale"		
Liguria	LR n. 28/1998 "Interventi per la cooperazione allo sviluppo, la solidarietà internazionale e la pace"		
Lombardia	LR n. 20/1989 "La Lombardia per la pace e la cooperazione allo sviluppo" LR n. 31/1997 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali" LR n. 10/2001 "Utilizzazione a fini umanitari del patrimonio mobiliare dismesso dalle Aziende Sanitarie"	DGR n. VIII/5743 del 31/10/2007 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per il 2008" DCR n. VIII/257 "Piano socio sanitario 2007-2009"	Decreto n. 1836/2008 della direzione generale sanità "Progetti di sanità internazionale per l'anno 2008"

Marche	LR n. 9/2002, "Attività regionali per la promozione dei diritti umani, della cultura di pace, della cooperazione allo sviluppo e della solidarietà internazionale"		
Molise	LR n. 23/1997 “Norme in materia di cooperazione allo sviluppo”		
Prov auton Bolzano	LP n. 5/1991 “Promozione delle attività di cooperazione e della cultura di pace e di solidarietà”		
Prov auton Trento	LP n. 4/2005 "Azioni ed interventi di solidarietà internazionale della Provincia Autonoma di Trento"		
Piemonte	L.R. n. 67/1995 "Interventi regionali per la promozione di una cultura ed educazione di pace, per la cooperazione e la solidarietà internazionale"		
Puglia	LR n.20 dell’agosto 2003 “Partenariato per la cooperazione”		
Sardegna	LR 19/96 “Norme in materia di cooperazione con i Paesi in via di sviluppo e di collaborazione internazionale”		
Sicilia	n.d.	n.d.	n.d.
Toscana	LR n. 17/1999 "Interventi per la promozione dell’attività di cooperazione e partenariato internazionale, a livello regionale e locale" LR n. 40/2005 "Disciplina del servizio sanitario regionale"	Deliberazione del Consiglio Regionale n. 53/2008 "Approvazione del Piano Sanitario Regionale 2008-2010" che al suo interno specifica il ruolo della cooperazione sanitaria internazionale	Delibera n. 520/2008 "Strategia Regionale di cooperazione sanitaria internazionale per l’anno 2008"
Umbria	LR n. 18 /2004“Interventi di assistenza sanitaria in favore di paesi extracomunicari in gravi difficoltà assistenziali sanitarie”		DGR n. 1313/2004 ”Programma assistenziale di intervento a favore di cittadini extracomunitari in età inferiore ai 18 anni e di altre particolari categorie"
Valle d'Aosta	LR n.44/1990 "Interventi regionali di cooperazione e solidarietà con i Paesi in via di sviluppo"		
Veneto	L.R. n. 55/1999 “Interventi regionali per la promozione dei diritti umani, la cultura di pace, la cooperazione allo sviluppo e la solidarietà” LR n. 41/2003 “Dismissione di attrezzature sanitarie dalle Aziende ULSS per il loro utilizzo nei programmi regionali di cooperazione”		DGR n. 378 del 11/02/2005? "Programma per i ricoveri in Veneto per ragioni umanitarie di cittadini non appartenenti all’Unione Europea"

Dalle risposte alla *domanda* **c)** del questionario, finalizzata a rilevare la presenza di un apposito ufficio/servizio all'interno dell'Assessorato alla Sanità/Direzione Sanità regionale, per le materie riguardanti la cooperazione sanitaria internazionale, risulta che:

- nelle Regioni **Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria** e **Veneto** all'interno delle rispettive DG Sanità è stato incaricato, e, in alcuni casi, creato ad hoc, un apposito Ufficio/Servizio che, in collaborazione con le direzioni o i servizi per le relazioni e la cooperazione internazionale, si occupa degli interventi di cooperazione sanitaria;
- nelle **restanti Regioni** è l'ufficio competente per la cooperazione decentrata all'interno della direzione o dei servizi che curano le relazioni internazionali, che si occupa della cooperazione sanitaria.

È importante rilevare che in molte Regioni le direzioni, servizi e uffici che si occupano di cooperazione decentrata collaborano, per l'attuazione degli interventi in campo sanitario, con la Direzione Sanità. Nelle **Marche** il Servizio Politiche Comunitarie e Cooperazione allo Sviluppo coinvolge spesso la Direzione Sanità della Regione, come è accaduto, ad esempio per un programma di cooperazione a favore dei minori in Bosnia Erzegovina. In **Abruzzo** partner del progetto in Bosnia Erzegovina, denominato "Punto nascita a Sarajevo", è stato, fra gli altri, l'Assessorato alla Sanità della Regione. Anche nella **Provincia Autonoma di Bolzano** l'Ufficio Affari di Gabinetto competente per la cooperazione allo sviluppo si coordina in determinati progetti con la Ripartizione Sanità della Provincia Autonoma; e lo stesso accade nella **Provincia Autonoma di Trento** dove l'assessorato alla Salute viene coinvolto dal Servizio Solidarietà Internazionale in alcuni progetti riguardanti interventi di cooperazione sanitaria. Nel **Lazio**, gli interventi sanitari vengono coordinati tra la Presidenza della Regione, la Direzione regionale Salute e la Direzione Protezione Civile (sotto la Direzione della Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento Affari Regionali, il MAE, il Dipartimento della Protezione Civile, in raccordo e con il supporto dell'OICS). In **Puglia** il Settore Mediterraneo ha realizzato alcuni interventi in campo sanitario in Albania (finanziati nell'ambito del Programma di Iniziativa Comunitaria Interreg III A Italia-Albania) attraverso il supporto operativo dell'ARES, Agenzia Regionale Sanitaria. Infine in **Sicilia,** come si legge negli atti della conferenza del Ministero della Salute "Information day" del dicembre 2007, l'Assessorato alla Sanità, Dipartimento ISI (Dipartimento Regionale per le Infrastrutture, lo Sviluppo e l'Innovazione del Settore Sanitari) è stato coinvolto nel corso del 2007 nella task force per il Coordinamento delle attività internazionali organizzata dal Ministero della Salute Italiano (Decreto Ministeriale 19 aprile 2007). In tale ruolo l'assessorato ha partecipato a missioni istituzionali in Marocco (maggio 2007) ed in Egitto (luglio 2007) per la promozione di iniziative comuni in vari settori quali le malattie infettive, i trapianti, l'ematologia e l'oncologia (di cui però non si è riusciti a raccogliere informazioni).

La tabella che segue riporta, per ciascuna Regione, l'ufficio di riferimento per le attività di cooperazione sanitaria.

REGIONI	ORGANO DI RIFERIMENTO	
	Ass.ti, direzioni o servizi/settori/uffici per le relazioni e la cooperazione internazionale	**DG Sanità**
Abruzzo	Ufficio per la Cooperazione Internazionale	-
Basilicata	-	-
Calabria	n.d.	n.d.
Campania	n.d.	n.d.
Emilia-Romagna	Servizio Politiche Europee e Relazioni Internazionali	Servizio Assistenza Distrettuale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari
Friuli VG	Servizio rapporti internazionali e partenariato territoriale	-
Lazio	Assessorato all'Ambiente e Cooperazione tra i Popoli, Area Cooperazione tra i Popoli	-
Liguria	Servizio Politiche Giovanili e Cooperazione allo Sviluppo	-
Lombardia	Direzione Relazioni Esterne, Internazionali e Comunicazione	Struttura di Programmazione e Sanità Internazionale
Marche	Servizio Politiche Comunitarie Cooperazione allo Sviluppo	-
Molise	Servizio Rapporti Istituzionali Relazioni Economiche Esterne	-
Prov Auton Bolzano	Ufficio Affari del Gabinetto	-
Prov Auton Trento	Servizio Emigrazione e solidarietà internazionale	-
Piemonte	Settore Affari Internazionali e Comunitari	-
Puglia	Ufficio Cooperazione con i Paesi del Mediterraneo	Agenzia Regionale Sanitaria (ARES)[27]
Sardegna	Servizio per le politiche dello sviluppo - Rapporti con l'Unione Europea e Rapporti Internazionali	-
Sicilia	n.d.	n.d.
Toscana	Settore Attività Internazionali	Settore "Ricerca Sviluppo e Innovazione"
Umbria	Servizio Relazioni Internazionali	Servizio II, Sezione: Riabilitazione, Disabilità e Cooperazione Internazionale
Valle d'Aosta	Settore Cooperazione	-
Veneto	Direzione per le Relazioni Internazionali	Segreteria regionale Sanità e Sociale, Servizio per i Rapporti Socio Sanitari Internazionali

2.2 Tipologie d'intervento

Le diverse attività di cooperazione sanitaria internazionale sostenute dalle Regioni italiane si possono raggruppare in 7 tipologie d'intervento:

1. lo scambio di esperienze attraverso la formazione professionale in materia sanitaria sia in loco sia negli ospedali italiani,

[27] La Regione Puglia ha affidato parte della propria cooperazione sanitaria decentrata all'Agenzia Regionale Sanitaria (ARES). Tuttavia l'ARES, che dipende dall'Assessorato alle Politiche Sanitarie, finora di cooperazione si è occupata solo, e per la prima volta, del programma INTERREG IIIA "Puglia-Albania: oltre la sanità" (2006-2008).

2. il potenziamento dei servizi degli Ospedali locali e il supporto alla loro riorganizzazione gestionale/manageriale attraverso la forma dei gemellaggi tra strutture ospedaliere,
3. i programmi umanitari che prevedono il ricovero di cittadini stranieri, prevalentemente in età pediatrica, che non possono essere trattati nel loro Paese a causa della mancanza o della carenza di cure adeguate,
4. l'invio di attrezzature sanitarie dismesse,
5. la messa a disposizione rapida di équipes mediche, di farmaci e di attrezzature sanitarie per interventi di emergenza internazionale,
6. la partecipazione, attraverso contributi finanziari, ai programmi dell'OMS, a programmi di ricerca finanziati dall'UE ed altri programmi internazionali,
7. la promozione dell'e-health, l'avvio del teleconsulto, telemedicina, telediagnosi.

Di seguito si analizzano, per alcune delle tipologie d'intervento[28], quelli che sono i caratteri comuni presenti nella cooperazione sanitaria delle diverse Regioni.

La formazione e il potenziamento dei sistemi sanitari

Le attività di cooperazione sanitaria svolte nei paesi beneficiari riguardano per la maggior parte interventi volti al rafforzamento dei sistemi sanitari locali. Per raggiungere questo ambizioso obiettivo generale due sono gli ambiti specifici su cui insistono le Regioni:

1. la formazione del personale medico ed infermieristico,
2. il supporto tecnico-metodologico all'organizzazione manageriale e gestionale delle Strutture Ospedaliere.

Questi due ambiti prevedono la combinazione di diversi strumenti: l'invio nel paese beneficiario di esperti per la formazione del personale medico ed infermieristico, la formazione dei formatori, i gemellaggi tra strutture ospedaliere, lo scambio di stage formativi, l'organizzazione di conferenze e di workshop.

Gli interventi di *capacity building* messi in atto dalle Regioni Italiane nel campo della cooperazione sanitaria intendono qualificare l'offerta di servizi nei sistemi socio-sanitari locali, al fine di ridurre il gap professionale presente tra paesi sviluppati e non. In tal senso, diversi sono i progetti di gemellaggio che rientrano nei programmi sostenuti dagli strumenti IPA (Instrument for Pre-Accession Assistance), ENPI (***European*** Neighbourhood and Partnership Instrument) e Transition Facility dell'Unione europea[29].

I Programmi di ricovero per ragioni umanitarie

Alcune Regioni, tra le quali in modo strutturato soprattutto Toscana, Emilia Romagna, Lombardia, Umbria, Veneto, hanno avviato dei programmi a sostegno dei ricoveri per ragioni umanitarie negli Ospedali Regionali di cittadini non appartenenti all'Unione europea.

Tali programmi sono nati nell'ambito dell'art. 32 della legge n. 449 del 27 dicembre 1997, il quale autorizza le Regioni, mediante la quota del Fondo Sanitario Nazionale ad esse destinata, d'intesa

[28] Si rimanda ai capitoli successivi riguardanti i singoli studi di caso l'analisi delle altre tipologie d'intervento, che assumono caratteri più specifici a seconda della Regione presa in esame.

[29] I fondi IPA sono rivolti a progetti di cooperazione che hanno come beneficiari i Paesi di futura adesione all'UE; i fondi ENPI, lo Strumento Europeo di Vicinato e Partenariato, sono destinati ai progetti di cooperazione rivolti ai Paesi del Bacino Mediterraneo e dell'ex Unione Sovietica; infine i programmi che sono finanziati con i fondi Transition Facility sono destinati ai Paesi di recente ingresso nell'UE.

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:

1. 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;
2. cittadini di Paesi la cui particolare situazione contingente non rende attuabili, per ragioni politiche, militari o di altra natura, gli accordi eventualmente esistenti con il servizio sanitario nazionale per l'assistenza sanitaria.

I programmi regionali per i ricoveri umanitari si sono concentrati essenzialmente nell'assistenza ai pazienti indicati dalle Organizzazioni umanitarie e dalle Associazioni di volontariato che generalmente hanno sede nelle Regioni italiane e che già operano nei Paesi in via di sviluppo.

Le aree geografiche da cui provengono la maggior parte dei pazienti curati negli ospedali regionali sono i Paesi dell'Africa sub-sahariana e dei Balcani. In media la spesa annuale sostenuta dalle Regioni per tali ricoveri si aggira attorno ai 14 mila euro per paziente ricoverato. Nei capitoli sugli studi di caso sono raccolte le informazione sulle spese delle singole regioni per i ricoveri.

L'invio di attrezzature sanitarie dismesse

Alcune Regioni, al fine di razionalizzare l'uso delle risorse destinate alla cooperazione, hanno adottato delle apposite leggi per permettere e promuovere il recupero di attrezzature sanitarie, arredamento ospedaliero, e più in generale, beni mobili dismessi dalle Strutture Sanitarie pubbliche e private, per destinarli ai Paesi in via di sviluppo a supporto dei progetti regionali di cooperazione. Questa tipologia d'intervento ha contribuito alla creazione e alla sopravvivenza di strutture ospedaliere in diversi Paesi dove tali strutture scarseggiano e a rendere possibile in loco la formazione dei medici.

Tale tipologia d'intervento è promossa dalle seguenti Regioni:

- Lombardia, che dispone di una legge ad hoc, LR n.10 del 7 maggio 2001 "Utilizzazione a fini umanitari del patrimonio mobiliare dismesso dalle Aziende Sanitarie";
- Veneto, che dispone di una legge ad hoc, LR n. 41/2003 "Dismissione di attrezzature sanitarie dalle Aziende ULSS per il loro utilizzo nei programmi regionali di cooperazione";
- Umbria, che ha inserito tale tipologia d'intervento nella LR n. 18 /2004, "Interventi di assistenza sanitaria in favore di paesi extracomunitari in gravi difficoltà assistenziali sanitarie";
- Emilia Romagna, che prevede il riutilizzo di beni ospedalieri dismessi nel "Settimo Programma Assistenziale a favore di cittadini stranieri" approvato dalla Giunta Regionale con delibera n. 206 del 2008;
- Provincia Autonoma di Bolzano, dove l'Ufficio Affari di gabinetto/cooperazione allo sviluppo concede l'autorizzazione per l'invio nei PVS di attrezzature mediche dismesse dall'Azienda sanitaria di Bolzano.

Le emergenze sanitarie internazionali

Negli ultimi anni il numero delle emergenze mondiali è cresciuto a causa delle crisi sia ambientali, come ad esempio l'evento Tsunami nel Sud Est Asiatico o il recente terremoto in Cina, sia legate a cause politiche, attentati terroristici o conflitti armati, come ad esempio quelli scatenati di recente in

Libano. A questo si sono aggiunte le gravi crisi economiche e finanziarie che hanno colpito alcuni Paesi dell'America Latina e dell'Asia e che si sono ripercosse nella riduzione dei servizi di cura alle persone più deboli.

La maggior parte di queste emergenze ha comportato la necessità di far fronte a vario titolo alle questioni sanitarie. Molte Regioni hanno deciso di dotarsi di migliori forme organizzative per far fronte in tempi rapidi alle richieste provenienti dalle istituzioni nazionali, internazionali o dalle ONG. Inoltre alcune Regioni hanno spesso preso parte alle varie Task Force che, di volta in volta, il MAE o la Regione stessa, organizzavano per le emergenze internazionali.

Le Regioni Toscana e Veneto hanno organizzato in modo strutturale apposite equipe mediche in stand-by in grado di rispondere prontamente ai diversi casi di emergenza. Per questi interventi le Regioni lavorano sempre in stretto coordinamento con il dipartimento regionale della Protezione Civile. Esempi di interventi in questo campo saranno esposti nei successivi capitoli sugli studi di caso regionali.

2.3 Le aree geografiche di intervento e i partner

Le aree geografiche dove maggiormente le Regioni Italiane svolgono i loro interventi di cooperazione in campo sanitario riguardano principalmente i Paesi dell'Africa Sub Sahariana (quali Benin, Costa d'Avorio, Etiopia, Kenya, Repubblica Democratica del Congo, Senegal, Zambia e Uganda) e dei Balcani (Albania, Kosovo e Bosnia). A seguire i Paesi del Medio Oriente (dove gli interventi sono soprattutto conseguenza dell'emergenza conflitti tra Israele e Palestina e nel Libano), i Paesi del Maghreb (Marocco, Egitto e popolo del Saharawi), i Paesi dell'Asia (Uzbekistan, India e Afghanistan) e dell'America latina (Argentina, Brasile, Perù, Uruguay, Paraguay e Ecuador).

I Partner presenti nei PVS a cui si rivolgono le Regioni per la loro cooperazione sanitaria internazionale sono prevalentemente realtà di pari livello istituzionale, come Regioni e Province, oltre che Università, Ong e soggetti della società civile, a volte i Ministeri della Salute locali.

Informazioni sparse sulle iniziative regionali di cooperazione decentrata in ambito sanitario

Informazioni complete riguardo gli interventi di cooperazione sanitaria sono state raccolte solo riguardo le cinque regioni che saranno oggetto di analisi nei prossimi capitoli (Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto). Di seguito sono riportate per alcune Regioni informazioni aggiuntive fornite dai referenti OICS. Nonostante le informazioni non vertano sugli stessi contenuti, tali indicazioni arricchiscono il quadro che stiamo tentando, con la presente indagine, di costruire.

*La Regione **Abruzzo** sostiene diversi progetti nell'ambito socio-sanitario, specialmente nell'Africa Sub-Sahariana (Costa D'Avorio, Etiopia, Namibia, Repubblica Democratica del Congo, Somalia, Sud Africa, Zambia) ed in Europa Orientale (Bosnia – Erzegovina, Serbia).*

*La Regione **Lazio** ha sostenuto le seguenti iniziative di cooperazione in ambito sanitario: interventi umanitari a favore delle popolazioni colpite dallo Tsunami nel 2005, invio di farmaci, medicinali ed alimenti per bambini in Libano nel 2006, e l'attuazione di micro progetti in Libano e Brasile attraverso ONG locali.*

*La Provincia Autonoma di **Bolzano** nel 2008 ha avviato il secondo progetto di collaborazione scientifica e tecnologica con Tirana, in Albania, approvato e co-finanziato anche dal Ministero Affari Esteri e proposto dalla Medicina Nucleare del Comprensorio sanitario di Bolzano nel settore screening dell'ipotiroidismo congenito. Inoltre annualmente vengono sostenuti tra gli 8 e i 10 progetti in ambito sanitario proposti dalle associazioni e dalle organizzazioni attive sul territorio provinciale che si occupano di cooperazione allo sviluppo e cooperazione sanitaria.*

*Il **Piemonte** è impegnato in numerosi progetti di cooperazione sanitaria, in particolare in Bosnia, in Kosovo ed in Cina. La Rete Oncologica Piemontese rappresenta il partner più importante di questi interventi. Nell'ultimo anno sono stati stanziati dalla Regione 500.000 euro per l'invio di personale medico piemontese nei diversi progetti di cooperazione. Inoltre il Piemonte stanzia ogni anno 1 milione di euro per l'assistenza sanitaria ed ospedaliera dei cittadini extraeuropei (provenienti soprattutto dall'Africa e dai Balcani) ricoverati per ragioni umanitarie negli Ospedali Piemontesi.*

*In **Sardegna**, nell'ambito dei bandi emessi dalla Regione, riguardanti i progetti di cooperazione allo sviluppo, per l'anno 2007 sono stati ammessi cinque progetti di cooperazione in campo sanitario, di cui tre in Marocco, uno in Albania e uno in Benin, per un totale di 436.400 euro di finanziamenti regionali.*

*La Regione **Valle d'Aosta** sostiene quest'anno un progetto finalizzato alla prosecuzione dei rapporti di collaborazione tra gli Ospedali di Aosta ed Henintsoa (Madagascar) attraverso l'invio periodico in Madagascar di equipe di medici valdostani e l'ammodernamento dei locali dell'ospedale di Henintsoa.*

2.4 Motivazioni della scelta dei cinque studi di caso regionali

Verso la fine degli anni '90 alcune Regioni Italiane hanno cominciato a realizzare iniziative di cooperazione internazionale in ambito sanitario avvalendosi sia delle proprie strutture regionali sia dei diversi attori del sistema sanitario territoriale, in aggiunta e integrazione alle tradizionali attività di cooperazione decentrata gestite dalle rispettive Direzioni o servizi per le Relazioni Internazionali.

Ciò è stato reso possibile grazie al processo di decentralizzazione di numerose competenze dallo Stato alle Regioni. Questo processo ha raggiunto il suo più importante, ma ancora parziale, completamento nell'agosto del 2001 con la riforma costituzionale del titolo V ed in particolare dell'art. 117[30] che ha posto, tra le diverse materie di legislazione Regionale concorrente con lo Stato, non solo la materia relativa alla tutela della salute, ma anche quella relativa ai rapporti internazionali e con l'Unione Europea (lasciando invece alla legislazione esclusiva dello Stato le competenze in materia di politica estera)[31].

Toscana, Veneto, Lombardia, Umbria ed Emilia Romagna sono le Regioni che più delle altre hanno sfruttato queste nuove competenze per organizzare in forma stabile le diverse attività di cooperazione in ambito socio-sanitario che istituzioni pubbliche e private regionali, stavano portando avanti in diverse parti del mondo. Da quanto rilevato attraverso i questionari le attività di cooperazione sanitaria di queste regioni appaiono inserite in un quadro più strutturato rispetto a quello delle altre. Questo per due motivi.

1) Le attività non rispondono solo alle leggi regionali in materia di cooperazione decentrata, ma fanno riferimento anche ad ulteriori atti normativi (leggi, delibere, piani sanitari o programmi specifici) che prevedono esplicitamente interventi di cooperazione sanitaria rivolti ai cittadini dei PVS, e ne definiscono nel dettaglio modalità e principi.

2) Queste Regioni si sono dotate di una apposita organizzazione all'interno e all'esterno dei rispettivi Assessorati alla Sanità, che ha permesso di impiegare al meglio le capacità delle proprie strutture sanitarie e le professionalità del personale ospedaliero dipendente per metterle al servizio della cooperazione internazionale.

I prossimi capitoli andranno ad analizzare nel dettaglio la struttura e le attività di cooperazione sanitaria internazionale di ciascuna di queste cinque Regioni. In particolare l'analisi si concentrerà, come previsto dall'indagine, maggiormente sugli interventi di cooperazione sanitaria svolti dagli uffici interni alla DG Sanità piuttosto che dalla Direzione o dai servizi Rapporti Internazionali.

[30] Il nuovo art. 117 elenca le materie di potestà legislativa esclusiva dello Stato e le materie di potestà legislativa concorrente; riserva alle regioni la potestà legislativa residuale per le materie non espressamente riservate alla legislazione statale.

[31] Si legge nell'articolo 117 "Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: rapporti internazionali e con l'Unione europea delle Regioni; […] la tutela della salute […]".

3. LA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE DELL'EMILIA ROMAGNA

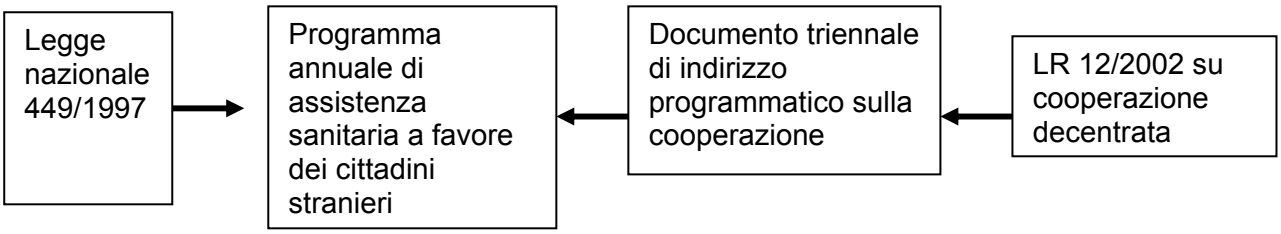
3.1 Assetto normativo e organizzativo

Dal 1999 nella Regione Emilia Romagna il Servizio Politiche Europee e Relazioni Internazionali collabora con la Direzione Generale Sanità (Servizio Assistenza Distrettuale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari) per quanto riguarda i progetti di cooperazione sanitaria internazionale. La Direzione Sanità non detiene dunque competenza esclusiva sugli interventi di cooperazione sanitaria internazionale ma, seguendo un approccio integrato e sinergico, si accorda con il Servizio Relazioni Internazionali e risponde, attraverso i propri mezzi specifici, alle richieste inoltrate da quest'ultimo (come ad esempio la necessità di formazione di medici nei PVS).

Il Servizio Relazioni Internazionali finanzia, con i fondi della cooperazione decentrata della Regione (LR 12/2002), gli interventi nei PVS, l'invio di attrezzature medico-chirurgiche dismesse e lo scambio di esperienze professionali. Il Servizio Sanitario Regionale si fa carico invece delle prestazioni di cure mediche a cittadini stranieri trasferiti negli ospedali della Regione nell'ambito di programmi assistenziali, nonché, dal 2005, del progetto "Saving Children - la sanità al servizio della pace" (vedi box). Tale progetto, a cui partecipano anche le Regioni Toscana, Umbria e Friuli Venezia Giulia, si occupa di assicurare ad un certo numero di bambini palestinesi della West Bank e di Gaza appropriate cure mediche e riabilitative in strutture ospedaliere israeliane situate a Tel Aviv, Haifa e Gerusalemme.

Progetto "Saving Children"
Le Regioni Toscana, Umbria e Friuli Venezia Giulia partecipano al progetto "Saving Children-la sanità al servizio della pace". Tale progetto, nato nell'estate del 2003 dall'incontro tra la fondazione Shimon Peres per la pace, l'Ospedale Meyer di Firenze e la Regione Toscana, si occupa di assicurare ad un certo numero di bambini palestinesi della West Bank e di Gaza appropriate cure mediche e riabilitative in strutture ospedaliere israeliane situate a Tel Aviv, Haifa e Gerusalemme, nonché di svolgere come supporto un piano di formazione continua per medici ed infermieri israeliani e palestinesi.
Uno dei principali obiettivi di questo piano è sostenere il dialogo e l'incontro tra israeliani e palestinesi, promuovendo la pace nella regione mediorientale attraverso la cooperazione umanitaria. Gli ospedali israeliani che partecipano a questo progetto hanno accettato di ridurre del 50% le spese relative al trattamento dei bambini curati presso le proprie strutture. Il Centro Peres compensa, grazie anche al contributo delle Regioni italiane, le spese sostenute dagli ospedali che si impegnano ad effettuare la riduzione delle spese.

Le attività di assistenza svolte dal Servizio Sanitario Regionale sono disciplinate dal "Programma annuale di assistenza sanitaria a favore dei cittadini stranieri" approvato ogni anno con Delibera di Giunta Regionale. Tale programma, che sarà oggetto del prossimo paragrafo, oltre a rispondere alla Legge Nazionale 449/1997 è previsto anche dal documento triennale di indirizzo programmatico sulla cooperazione regionale (deliberazione dell'Assemblea Legislativa) il quale a sua volta fa riferimento alla LR 12/2002.



3.2 La programmazione regionale degli interventi sanitari a favore di cittadini stranieri trasferiti in Italia e i suoi risultati

Dal 2001 la Giunta Regionale delibera annualmente, in conformità con l'art. 32 comma 15 della legge nazionale 449/1997, un programma assistenziale che specifica gli aspetti riguardanti l'erogazione di interventi sanitari a favore di cittadini stranieri trasferiti in Italia e dispone il riconoscimento delle attività alle singole strutture. Questi programmi annuali sono previsti dalle deliberazioni con le quali l'Assemblea Legislativa approva ogni tre anni un Documento di indirizzo programmatico per la cooperazione con i paesi in via di sviluppo e in transizione come previsto dall'articolo 10 della legge regionale n. 12/2002 ("Interventi regionali per la cooperazione con I Paesi in via di sviluppo e i Paesi in via di transizione, la solidarietà internazionale e la promozione di una cultura di pace"). Infatti, in questi documenti triennali un paragrafo viene esplicitamente dedicato a definire le linee strategiche dei programmi annuali di assistenza sanitaria a favore dei cittadini stranieri. Tali programmi sono finanziati dal Servizio Sanitario Regionale per 1.550.000 euro annui. In questa quota rientrano:

- le prestazioni di alta specialità a favore di cittadini stranieri;
- i finanziamenti destinati alla realizzazione del Progetto "Saving Children" (400.000 euro annui), di cui l'Azienda USL di Bologna rappresenta il soggetto attuatore della Regione Emilia-Romagna quale partner del progetto, ai sensi della propria deliberazione n. 1913/2007.

Attualmente è in vigore il Settimo Programma Assistenziale a favore di cittadini stranieri approvato con delibera di Giunta Regionale n. 206 del 25 febbraio 2008, a seguito della deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 79 del 27 settembre 2006 ("Approvazione del documento di indirizzo programmatico per il triennio 2006-2008"). Oltre a riconfermare l'ammontare destinato ai programmi annuali di assistenza sanitaria a favore dei cittadini stranieri per l'anno 2008 (1.550.000 euro, di cui 400.000 per il progetto "Saving Children"), la delibera n. 206 definisce i criteri dell'erogazione di cure mediche ai cittadini stranieri trasferiti in Italia, prevedendo di dare la priorità alle prestazioni che:

- siano comprese in quelle di alta specialità e principalmente rivolte a stranieri in età pediatrica;
- non siano erogabili nei Paesi di provenienza e che comunque rientrino nei criteri di cui all'art. 32, comma 15, Legge 449/1997.
- non siano previste da specifici rapporti convenzionali già in essere con Paesi terzi con previsione dei relativi oneri a carico dei Paesi stessi, né siano comprese in iniziative e programmi di assistenza sanitaria finanziati dallo Stato o, comunque, altrimenti finanziati;
- siano riferite a soggetti stranieri provenienti dalle aree definite prioritarie nelle delibere dell'Assemblea Legislativa n. 79/2006 e n. 108/2007, e quindi: Albania, Bosnia-Erzegovina, Brasile, Cuba, Eritrea, Etiopia, Marocco, Mozambico, Senegal, Territori dell'Autonomia Palestinese, Serbia, nonché il popolo Saharawi, proveniente dai campi profughi algerini. Per le tipologie di intervento di cui al Protocollo regionale "Chernobyl", la Regione tiene conto delle richieste provenienti dalla Repubblica di Bielorussia e dalle aree ucraine contaminate dall'incidente nucleare di Chernobyl. La Regione tiene conto, inoltre, delle richieste provenienti da organizzazioni non lucrative del territorio dell'Emilia Romagna, per minori provenienti dall'Africa sub-sahariana, con riferimento particolare a Zambia e Zimbabwe, considerata la speranza di vita e il basso livello di assistenza sanitaria garantita in questi Paesi, fino ad un massimo del 20% degli interventi umanitari previsti dalla deliberazione.

Inoltre la delibera n. 206 del 2008 stabilisce che le Aziende Sanitarie e l'Istituto Ortopedico Rizzoli[32] della Regione Emilia Romagna debbano contribuire, in modo sinergico, al conseguimento degli obiettivi previsti dal Programma, anche attraverso l'impiego di risorse economiche proprie, per gli interventi a favore di cittadini stranieri, nella misura del 30% delle spese sostenute.

Il richiedente l'intervento sanitario si assume la responsabilità per l'attivazione dei servizi di supporto all'assistenza sanitaria per quanto riguarda in particolare il trasferimento in Italia, l'organizzazione del soggiorno del familiare o dell'accompagnatore dei minori assistiti e degli stessi ed il rientro nei Paesi d'origine, da parte di organizzazioni di volontariato operanti nell'ambito del territorio della Regione Emilia Romagna.

Al termine della realizzazione del Programma assistenziale, l'Assessore alle Politiche per la Salute è tenuto a relazionare alla Giunta Regionale in merito ai risultati ottenuti nell'anno.

Di seguito vengono riportati i risultati ottenuti nel 2007 nell'ambito del Sesto Programma assistenziale:

- i cittadini stranieri trattati ammontano a circa 139 casi, riguardanti prevalentemente minori di 14 anni (103 casi).
- gli interventi hanno riguardato prevalentemente persone affette da patologie importanti nell'ambito della cardiochirurgia, della chirurgia ortopedica, della chirurgia pediatrica e in varie forme tumorali.
- i Paesi di provenienza più frequentemente interessati sono stati: Bosnia-Erzegovina (41 casi), Albania (41 casi), Kosovo (14 casi), Zimbabwe (9 casi), Marocco (6 casi), Ucraina (5 casi), Eritrea (5 casi) e Saharawi (3 casi).
- nell'ambito del Progetto "Saving Children" i minori palestinesi curati presso ospedali israeliani, ammontano a 1448 e sono stati realizzati momenti formativi a favore dei professionisti palestinesi che operano, in particolare, in ambito pediatrico.

Ricoveri in Emilia Romagna per provenienza geografica nel periodo 2001-2006

Paesi di provenienza	**Numero**	**Paesi di provenienza**	**Numero**
Afghanistan	1	Marocco	9
Albania	135	Moldavia	1
Algeria	1	Nigeria	1
Bielorussia	9	Romania	76
Bosnia-Erzegovina	108	Saharawi	15
Eritrea	11	Serbia	8
Etiopia	3	Sierra Leone	1
Georgia	1	Territori palestinesi	5
Iraq	9	Ucraina	7
Kosovo	36	Zambia	4
Libia	2	Zimbabwe	60
		Totale	503

[32] L'Istituto Ortopedico Rizzoli è una struttura ospedaliera e di ricerca altamente specializzata nel campo dell'ortopedia e traumatologia, dichiarato nel 1981 "Istituto di Ricovero e Cura a Carattere scientifico" (IRCCS) dal Ministero della Sanità italiano [http://www.ministerosalute.it/ricercaSanitaria/ricercaSanitaria.jsp].

Aziende ospedaliere che hanno partecipato ai programmi assistenziali nel periodo 2001-2006

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

Nella Regione solo 3 Aziende Sanitarie non hanno partecipato al programma. Le Aziende Ospedaliere e l'IRCCS Rizzoli rendono conto del 50% dei casi.

3.3 Gli interventi nei paesi in via di sviluppo attraverso la cooperazione decentrata

La delibera n. 206 oltre a ritenere che il Programma assistenziale debba provvedere alle cure sanitarie dei cittadini stranieri trasferiti in Italia, e debba dare continuità al progetto "Saving Children" (di cui si fa carico il Servizio Sanitario Regionale) reputa necessario provvedere allo sviluppo di interventi nei PVS, all'invio e l'impiego nelle strutture ospedaliere dei Paesi terzi di materiali ed attrezzature medico-chirurgiche dismesse, e allo scambio di esperienze professionali mediante azioni di formazione del personale dei Paesi interessati, sia in loco che presso le Aziende Sanitarie e gli Istituti Ortopedici Rizzoli della Regione Emilia-Romagna.

Questi interventi, rientrando nella cooperazione decentrata della Regione (LR. 12 del 2002), vengono finanziati e gestiti dal Servizio Politiche Europee e Relazioni Internazionali, il quale si avvale, a seconda delle esigenze, dell'aiuto tecnico offerto dal Servizio Sanitario Regionale. A questo scopo il Servizio Politiche Europee e Relazioni Internazionali si serve di due diverse modalità progettuali: i bandi e gli interventi diretti.

I bandi

Ogni anno il Servizio Politiche Europee e Relazioni Internazionali della Regione emette un bando in cui sono elencati i Paesi prioritari. Per ciascuno di questi Paesi, che rientrano nella più ampia lista di Paesi individuati come prioritari nel piano triennale di cooperazione (deliberazione n. 79/2006), viene anche indicata l'area tematica d'intervento. Per quanto riguarda gli interventi di cooperazione in campo sanitario sono state stabilite, per il 2008, le seguenti aree geografiche:

1) I campi profughi del Saharawi, dove l'attenzione è incentrata sulla sanità primaria, il settore materno infantile, e la prevenzione sanitaria in generale. Gli interventi in quest'area prediligono soprattutto la formazione, che viene realizzata per l'80% in loco.
2) Il Mozambico, dove gli interventi riguardano principalmente la prevenzione dal virus HIV.
3) La Bielorussia, dove la Regione provvede alla formazione degli operatori del reparto fibrosi cistica di Gomel.

Gli interventi diretti

Per quanto riguarda gli interventi diretti della Regione, particolare importanza è stata data al sostegno dell'Ospedale di Herat in Afghanistan, attraverso l'invio di attrezzature sanitarie dismesse. Questa tipologia d'aiuto, tengono a precisare i responsabili della cooperazione sanitaria emiliana, non viene considerata uno strumento di cooperazione sempre efficace ed equo, anzi molte sono le riserve attribuite all'invio di attrezzature sanitarie nei PVS. La Regione cerca solitamente di dare la precedenza all'acquisto di attrezzature in loco o nei paesi direttamente confinanti, dove è più facile reperire pezzi di ricambio. Inoltre, nel caso le attrezzature sanitarie provenissero da ospedali della Regione, il loro invio deve essere sempre accompagnato da una formazione dei medici locali riguardo l'uso e la manutenzione di tali apparecchiature. Per l'Ospedale di Herat è stata fatta, dopo una generale raccolta di tutte le disponibilità di attrezzature dismesse dagli ospedali dell'Emilia Romagna, un'attenta cernita delle attrezzature utili. Questo intervento è stato seguito da una delibera (DGR 2276/2007) in cui viene individuata la ASL di Ravenna come responsabile della formazione di due medici afgani sull'utilizzo degli ecografi inviati. Nel complesso questo intervento è costato solamente 20.000 euro.

Per quanto riguarda i partner del Sud, la cooperazione sanitaria dell'Emilia Romagna collabora innanzitutto con il livello istituzionale dei paesi in cui interviene, come Ministeri della Salute, Province, Governatorati, ed è con questi che vengono definite le priorità tematiche. Successivamente la Regione stringe collaborazioni con il livello tecnico e associativo: ospedali, associazioni, ONG.

3.4 Le risorse finanziarie

Per la realizzazione del progetto Saving Children e per gli interventi sanitari a favore di cittadini stranieri trasferiti in Italia nell'ambito di programmi assistenziali il Servizio Sanitario Regionale stanzia, dal 2001, 1.550.000 euro all'anno.

L'ammontare stanziato dalla cooperazione decentrata della Regione per le altre tipologie di interventi rientranti nella cooperazione sanitaria internazionale (sostegno ai sistemi sanitari dei Paesi terzi, invio di materiali ed attrezzature medico-chirurgiche dismesse, scambio di esperienze professionali e formazione di personale medico locale) non è calcolabile in modo preciso, poiché si tratta spesso di attività che rientrano in programmi che coinvolgono più settori insieme (istruzione, sanità, impresa). La somma comunque si stima si aggiri intorno ai 200/300 mila euro l'anno.

3.5 Rapporti con i livelli nazionale, comunitario ed internazionale

Come anche espresso nella delibera n.206 del 2008 la Regione si propone di :

> «promuovere la concertazione, per gli interventi di cooperazione sanitaria, con i Ministeri competenti e con le altre Regioni, per definire linee comuni e coordinare sfere e campi d'intervento».

Per l'intervento di cooperazione sanitaria in Afghanistan l'Emilia Romagna si è coordinata con il Ministero degli Affari Esteri (che ha richiesto tale intervento), il Ministero della Difesa ed il Ministero della Salute. Per quanto riguarda i ricoveri annualmente la Regione sigla un' intesa con il Ministero della Salute e il Centro Visti del Ministero degli Esteri.

L'Emilia Romagna insieme alla Toscana coordina i suoi interventi nella regione del Sahrawi, mentre per il progetto "Saving Children" in Israele l'Emilia Romagna collabora con Toscana, Umbria e Friuli Venezia Giulia.

La Regione infine ha collaborato negli anni scorsi con la Croce Rossa per il programma MEDEVAC (Medical Evacuation), il quale consisteva nel trasferire, attraverso le procedure del

piano di evacuazione aeromedica, i pazienti iracheni affetti dalle patologie più gravi dall'Ospedale CRI di Baghdad alle Strutture Sanitarie delle Regioni Italiane.

Il programma Medevac dall'Iraq
Nel giugno 2003, dall'ospedale di Baghdad della Croce Rossa Italiana (CRI), sono iniziate ad arrivare in maniera occasionale, alle strutture ospedaliere italiane, richieste di evacuazione a mezzo aereo di pazienti non trattabili nel territorio iracheno. La questione è stata posta alla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome in quanto queste, con la decentralizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, sono attualmente incaricate della gestione degli ospedali e dei relativi ricoveri. Nel luglio 2003 è stato siglato un primo Protocollo d'Intesa che impegnava sia le Regioni e le P.A. che la 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 (internazionalmente definito MEDEVAC), nel rispetto delle singole modalità di ricovero nelle Regioni Italiane per ragioni umanitarie, di cittadini di paesi non appartenenti alla Comunità Europea. Dall'inizio dell'attività MEDEVAC si sono effettuati 24 voli della CRI. Attualmente sono 157 i pazienti Iracheni trasportati nelle strutture sanitarie delle Regioni Italiane; tra questi, 89 sono i casi pediatrici e 139 i pazienti dimessi. 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 il Friuli Venezia Giulia. Le patologie più trattate sono state le seguenti: le patologie cardiologiche congenite (26 % del totale dei ricoveri), seguite dalle patologie neoplastiche e dalle ustioni (22 % del totale rispettivamente), le patologie addominali (16 %), le patologie ortopediche (9 %), e infine le patologie oftalmologiche (5 %).
[Dati 2007, Bertinato]

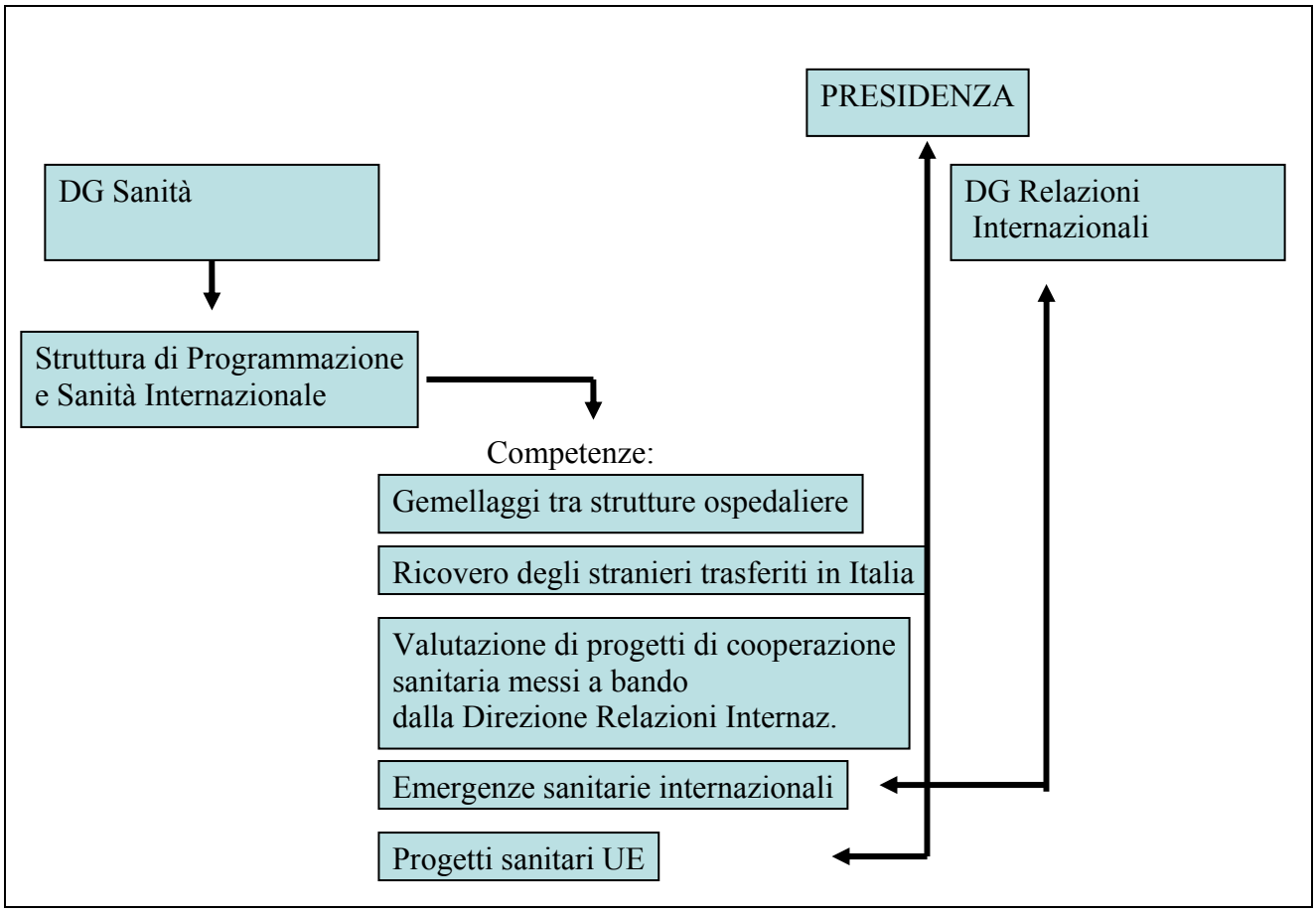
4. LA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE DELLA LOMBARDIA

4.1 Assetto normativo e organizzativo

Ogni anno la Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia approva il programma delle iniziative di cooperazione internazionale sanitaria. Attualmente è in vigore il Programma "Progetti di sanità internazionale per l'anno 2008" approvato con decreto n. 1836 del 27 febbraio 2008. Tale programma si basa sui principi e le linee guida definiti nel piano di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale[33] per il 2008 (approvato con la DGR n. VIII/5743 del 31/10/2007), nel quale, all'allegato 6, un paragrafo è dedicato esplicitamente a definire le linee d'intervento delle iniziative di internazionalizzazione del servizio sanitario lombardo[34].

La Regione Lombardia, inoltre, in attuazione della Legge Regionale n. 10 del 7 maggio 2001 ("Utilizzazione a fini umanitari del patrimonio mobiliare dismesso dalle Aziende Sanitarie"), coordina e promuove l'utilizzo all'estero, con priorità verso i Paesi in Via di Sviluppo, del patrimonio mobiliare dismesso dalle Aziende Sanitarie lombarde.

[33] Il piano di gestione viene redatto secondo gli indirizzi della legge regionale sanitaria LR n°31/1997 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali".
[34] Altre normative inerenti alla cooperazione sanitaria della Regione si trovano:
- nella presa d'atto, il 30 settembre 2004, del Presidente Formigoni, di concerto con l'Assessore Borsani, sulle "Iniziative nell'ambito della cooperazione internazionale per la promozione della salute, la cooperazione allo sviluppo e la progettazione europea con paesi e regioni appartenenti all'Unione Europea ed extra-europei" e sull'avvio di collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.
- nel Piano Socio Sanitario 2007-2009 (approvato con delibera del Consiglio Regionale n. VIII/257 del 26/10/2006) viene rimarcata la volontà di sviluppare interventi per l'internazionalizzazione del sistema sanitario lombardo.



La Struttura di Programmazione e Sanità Internazionale, all'interno della Direzione Generale Sanità, è responsabile dei progetti di cooperazione sanitaria internazionale svolti dalla Regione Lombardia. Tale struttura, che inizialmente era dedita unicamente al coordinamento e alla gestione dei progetti sanitari finanziati dall'Unione Europea, si occupa oggi dei gemellaggi tra strutture ospedaliere e del ricovero, per motivi umanitari, degli stranieri trasferiti in Italia. Svolge inoltre la funzione di valutazione di progetti di cooperazione decentrata in campo sanitario messi a bando dalla Direzione Relazioni Esterne, Internazionali e Comunicazione della Presidenza. Infine gestisce le emergenze sanitarie internazionali in raccordo con le competenti strutture della Presidenza.

4.2 Tipologie d'intervento

Il programma "Progetti di sanità internazionale per l'anno 2008: interventi a favore dei paesi in via di sviluppo e in transizione" prevede quattro aree d'intervento:

1. interventi sanitari a favore di cittadini stranieri per erogare prestazioni di ricovero presso le strutture sanitarie lombarde;
2. proseguimento dei gemellaggi in atto e promozione di quelli nuovi richiesti dalle strutture ospedaliere lombarde per il 2008;
3. collaborazioni con enti e istituzioni nazionali e non;
4. emergenza sanitaria internazionale.

Di seguito sono illustrate nel dettaglio ciascuna delle quattro aree d'intervento previste dal Programma.

Assistenza sanitaria a favore di cittadini stranieri

L'attività di assistenza sanitaria della Lombardia a favore di cittadini stranieri è giunta al suo settimo anno. Nel 2007 gli ospedali lombardi hanno ospitato 107 pazienti provenienti da PVS. Per il 2008 si è voluta privilegiare l'assistenza a pazienti provenienti da Paesi in cui la Regione ha già progetti in atto.

Nello specifico, si sono autorizzate le prestazioni sanitarie che soddisfano i seguenti requisiti:

- prestazioni rivolte prioritariamente a minori;
- prestazioni comprese tra quelle di alta specialità, come cardiochirurgia, neurochirurgia ortopedia protesica e interventi a seguito di eventi bellici (amputazioni,ecc.) chirurgia pediatrica, oncoematologia;
- prestazioni collegate a patologie che possono essere risolte o che beneficiano di un unico ricovero;
- prestazioni che non siano erogabili nel paese di provenienza per carenze tecnico-strutturali o per motivi politico-militari;
- prestazioni che siano prioritariamente inserite nell'ambito di programmi di cooperazione sostenuti da Ong o Onlus;
- prestazioni che siano rivolte prioritariamente a favore di soggetti provenienti da aree nelle quali la cooperazione lombarda ha già avviato una significativa progettualità: innanzitutto l'area del Mediterraneo, America Latina e alcuni Paesi dell'Asia e dell'Africa.

Per l'anno 2008 sono pervenute richieste di assistenza sanitaria a cittadini extracomunitari presso le Aziende Sanitarie lombarde da parte:

- della Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus, con la collaborazione dell'A.O. Ospedale Niguarda Cà Granda di Milano, per assistere 4 minori dello Zimbawe, 3 minori provenienti dall'Albania, 1 proveniente dall'Equador per interventi cardiochirurghi non effettuabili nei paesi di origine;
- dell'Associazione LICOS per l'assistenza sanitaria a favore di 10 minori ucraini, inseriti nel progetto MELO, per il trattamento di patologie di alta specialità non effettuabile in Ucraina;
- dall'Associazione "Mondo a colori Onlus" a favore di minori ucraini per il trattamento di patologie di alta specialità non effettuabile in Ucraina;
- dell'Associazione "Cuore fratello Onlus" con la collaborazione dell'Ospedale Istituto Policlinico San Donato, in merito all'assistenza sanitaria a favore di 9 minori del Camerun per interventi di cardiochirurgia pediatrica;
- dell'Associazione "Gift of life" in merito ad una collaborazione ed al cofinanziamento di interventi di cardiochirurgia pediatrica presso l'AO Ospedali Riuniti di Bergamo a favore di 10 minori provenienti da Paesi in Via di Sviluppo;
- dell'Associazione "ASPRU Risvegli Onlus" 5 minori dal Congo per interventi di cardiochirurgia.

Da gennaio 2008 ad oggi (giugno 2008) sono stati ricoverati 51 pazienti[35]. I pazienti stranieri provengono principalmente dai Paesi dell'Africa (50% del totale dei ricoveri) e dall'Europa dell'Est (36%, di cui la maggior parte sono Albanesi). A seguire i pazienti dell'America latina (8%) e del Medio Oriente (6%). La somma stanziata dalla Regione Lombardia per i ricoveri ammonta a 1.590 mila euro l'anno, la più alta tra le altre Regioni italiane analizzate.

[35] Si tratta di un dato sottostimato, perché ancora non sono registrati gli interventi che verranno autorizzati in seguito.

Gemellaggi tra strutture ospedaliere

L'esperienza dei gemellaggi tra strutture ospedaliere si è mostrata positiva ed ha raccolto grande interesse anche presso ospedali accreditati privati. I gemellaggi riguardano soprattutto attività di ristrutturazione di sale operative, scambio di stagisti, formazione del personale sanitario medico, infermieristico e tecnico in loco, oltre che a distanza (attraverso la teleformazione e il teleconsulto su casi specifici), fornitura di attrezzature e il rafforzamento delle attività di prevenzione. Generalmente si tratta di progetti di durata biennale.

Nel 2007 si è proceduto all'avvio dei seguenti gemellaggi:

	Ente	Paese	Ambito della collaborazione
1	AO SACCO	PARAGUAY	AIDS E ONCOLOGIA TERMINALE
2	AO NIGUARDA	LIBANO	TRAPIANTI DI FEGATO E RENE
3	AO VALTELLINA E VAL.	FED.RUSSA	ATTUAZIONE DI UN PIANO DI SANGUE
4	AO VIMERCATE	ZAMBIA	SCREENING K DELLA CERVICE
5	AO TREVIGLIO	GHANA	FORMAZIONE PERSONALE
6	VALDUCE	EGITTO	DISABILI
7	ICP	BURUNDI	NEONATOLOGIA
8	AO SACCO	TANZANIA	FORMAZIONE PERSONALE SU AIDS, CHIR, PEDIATRIA E LABORATORIO

Per il 2008 sono pervenute le seguente richieste di gemellaggi:

	Ente	Paese	Ambito della collaborazione
1	AO CREMA	SENEGAL	INFORMATIZZAZIONE, FORMAZIONE EM-URG DIETOLOGIA, STRUMENTAZIONE
2	BERGAMO	UZBEKISTAN	CARDIOCHIRURGIA
3	IST. BESTA	MOZAMBICO	HIV-NEUROLOGIA
4	DESIO	MADAGASCAR	LABORATORIO E ANAT. PAT.
5	ASL MANTOVA	KENYA	PREVENZIONE PRIMARIA
6	NIGUARDA	BENIN	CENTRO USTIONATI
7	H. SACCO	UGANDA	FORMAZIONE PED. CH MED. STRUMENTAZIONE
8	H. S. RAFFAELE	INDIA	EMERGENZA URGENZA
9	BERGAMO	COSTA D'AVORIO	FORMAZIONE PED. CH MED. STRUMENTAZIONE
10	PINI	SENEGAL	CH. ONCOLOGIA ORTOPEDICA
11	S. PAOLO	TANZANIA	MAL. INFETTIVE

Collaborazioni dirette della Regione con Enti ed Istituti

La Regione riconosce sempre più la necessità di agire in collaborazione con enti, istituti, università e soggetti della società civile che, uniti dalla condivisione delle strategie di intervento, possano

svolgere un'azione sinergica nei programmi di sostegno al rafforzamento dei sistemi sanitari di PVS.

Nel 2008 la Regione Lombardia ha sviluppato le seguenti collaborazioni:

- Collaborazione con la Fondazione Iseni per la realizzazione di una struttura sanitaria in Costa d'Avorio.
- Proseguimento della collaborazione con l'Ugandan Catholic Medical Bureau (ufficio tecnico di coordinamento delle istituzioni sanitarie missionarie nell'Uganda) per il sostegno delle attività di gestione nelle strutture sanitarie affiliate.
- Collaborazione istituzionale tra la Regione Lombardia e lo Stato del Minas Gerais (Brasile) in ambito sanitario.
- Collaborazione con IREF (l'Istituto Regionale lombardo di Formazione per l'amministrazione pubblica, che include la Scuola di Direzione in Sanità) per dare seguito alla richiesta del Ministero della Sanità della Romania su possibili collaborazioni tra la Scuola di Sanità Pubblica e di Management Sanitario di Bucarest, DG Sanità e IREF sul tema della formazione manageriale in ambito sanitario.
- Collaborazione fra Regione Lombardia e Istituto Superiore di Sanità (ISS): proseguimento del progetto di sostegno al Ministero della Sanità del Sud Africa insieme agli esperti dell'ISS. In particolare, si prevede di allargare l'ambito del progetto ad una collaborazione con l'Università C. Cattaneo-LIUC ed IREF.
- Collaborazione con l'OMS che mira a consolidare l'attività di rafforzamento dei sistemi sanitari nella lotta alla tubercolosi. Si studieranno inoltre forme che portino a sistematizzare il rapporto con l'OMS anche in relazione a progetti già in essere (medicina complementare e salute mentale) oltre che legate all'individuazione di Milano come sede Expo 2015.

Emergenze sanitarie internazionali

La crisi del Medio Oriente sfociata nel conflitto israelo-libanese del 2006 ha visto la Regione Lombardia protagonista negli aiuti alle popolazioni colpite. Particolarmente significativa è stata l'accoglienza ed il trattamento dei 13 feriti civili libanesi arrivati in Lombardia. Questa iniziativa ha fatto prendere coscienza del ruolo che la Regione, ed in particolare la DG Sanità, può svolgere di fronte alle emergenze sanitarie internazionali. Al fine di creare un equipe sanitaria lombarda pronta a rispondere alle eventuali richieste in caso di emergenze, a giugno 2008 è stato avviato un progetto per la costituzione di una Unità Emergenze Sanitarie Internazionali con il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati. Al progetto partecipano i responsabili del 118, la Croce Rossa, la Protezione Civile Regionale, gli Ospedali Riuniti di Bergamo, l'Ospedale di Monza e l'Ospedale di Bergamo. Si tratta ancora di una fase di ricerca e studio delle modalità con cui far intervenire l'Unità Emergenze Sanitarie, che si concretizzerà in proposta operativa a inizio 2009.

4.3 Invio nei PVS del patrimonio mobiliare dismesso dalle Aziende Sanitarie lombarde

La Regione Lombardia, in attuazione della Legge Regionale n. 10 del 7 maggio 2001 ("Utilizzazione a fini umanitari del patrimonio sanitario dismesso dalle Aziende Sanitarie") coordina e promuove l'utilizzo all'estero, con priorità verso i Paesi in Via di Sviluppo, del patrimonio mobiliare dismesso dalle Aziende Sanitarie.

La procedura segue un particolare iter. Anzitutto la Giunta regionale, tramite la struttura competente in materia di cooperazione internazionale, acquisisce l'elenco dei beni dismessi dalle aziende sanitarie locali, dalle aziende ospedaliere e dalle strutture sanitarie private accreditate contenente,

inoltre, una sommaria descrizione degli stessi e procede alla sua pubblicizzazione, curandone l'aggiornamento almeno trimestrale, sulla base delle segnalazioni delle A.S.L., delle A.O. e delle strutture sanitarie private accreditate. Queste conservano tali beni per quattro mesi dalla trasmissione dell'elenco alla regione o dall'iscrizione successiva. Quindi i soggetti beneficiari presentano alla struttura competente in materia di cooperazione internazionale un'apposita richiesta accompagnata da una dichiarazione circa l'utilizzo e la destinazione dei beni. In seguito la struttura competente in materia di cooperazione internazionale e la struttura regionale competente in materia di programmazione sanitaria esaminano le richieste pervenute e, sulla base dell'eventuale emergenza di carattere umanitario, della coerenza con i progetti regionali di cooperazione in corso, nonché dell'ordine di presentazione, comunicano l'esito alla struttura sanitaria interessata e al soggetto richiedente entro sessanta giorni. La struttura sanitaria interessata procede dunque all'assegnazione gratuita dei beni con le modalità previste dalle norme di contabilità vigenti. I soggetti assegnatari sono tenuti a documentare, alla struttura competente in materia di cooperazione internazionale, l'avvenuta consegna del bene. Decorso il termine previsto senza che sia pervenuta valida richiesta dei beni inseriti in elenco, le strutture sanitarie interessate procedono allo smaltimento degli stessi sulla base della legislazione vigente. Le modalità e le spese di prelievo e di trasporto sono a carico del soggetto richiedente. Trimestralmente inoltre la Giunta regionale e' tenuta a trasmettere alla commissione consiliare competente in materia una relazione sull'utilizzazione di tali beni.

4.4 Rapporti politici e di coordinamento

Come già accennato, la Regione Lombardia per la realizzazione di interventi di cooperazione sanitaria lavora in sinergia con diversi Enti e Istituzioni Nazionali e Internazionali. Tra le collaborazioni di maggior rilevanza ricordiamo:

- gli accordi con il Ministero delle Tecnologie (soprattutto nel campo della ricerca sanitaria);
- la collaborazione con l'Unione europea, che cofinanzia alcuni progetti, essenzialmente nel campo della ricerca sanitaria;
- la collaborazione con IREF (l'Istituto Regionale lombardo di Formazione per l'amministrazione pubblica, che include la Scuola di Direzione in Sanità);
- la collaborazione fra Regione Lombardia e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per il proseguimento del progetto di sostegno al Ministero della Sanità del Sud Africa;
- la collaborazione con l'OMS, che mira a consolidare l'attività di rafforzamento dei sistemi sanitari nella lotta alla TB.

4.5 Le risorse finanziarie attivate

Il budget destinato annualmente ai progetti di cooperazione sanitaria internazionale della Lombardia ammonta a 2.500.000 euro. In questa somma rientrano i ricoveri e i gemellaggi.

Tale budget non comprende gli interventi realizzati in collaborazione con OMS e ISS, né i progetti europei [36].

[36] La Regione Lombardia in ambito internazionale ha stretto rapporti di collaborazione con la Commissione Europea per quanto riguarda i progetti di ricerca . Questi progetti assumono rilevanza anche in funzione del loro successivo utilizzo per la cooperazione internazionale sanitaria. La linea strategica infatti è quella di utilizzare gli strumenti della ricerca, e fondamentalmente quelli legati alla sanità elettronica (e-health), per migliorare e innovare il sistema sanitario regionale e fare in modo che esso sia in grado di collaborare con altre Regioni Europee e costruire delle relazioni e delle sinergie che sono necessarie per supportare i sistemi sanitari degli stati europei ed extraeuropei a reddito più basso, dove

5. LA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE DELLA TOSCANA

5.1 La struttura normativa ed organizzativa

Il sistema di cooperazione sanitaria della Regione Toscana è caratterizzato da un modello le cui linee di indirizzo strategico e politico sono definite di comune accordo da due Assessorati: l'Assessorato al Diritto alla Salute e l'Assessorato alla Cooperazione Internazionale, Perdono e Riconciliazione fra i Popoli. Questa particolare forma organizzativa rivela la volontà della Toscana di qualificare la cooperazione sanitaria attraverso l'attribuzione di specifici contenuti tecnici e parimenti di mantenerla collegata con le altre attività di cooperazione decentrata portate avanti dalla Regione.

Dal 2002 nei Piani Sanitari della Regione Toscana un apposito paragrafo è dedicato agli interventi di cooperazione internazionale. In attuazione degli obiettivi generali contenuti nel Piano Sanitario in vigore (attualmente il Piano Sanitario Regionale 2008-2010, cap. 5.6.1.5) la Giunta regionale adotta annualmente il Programma delle iniziative di cooperazione sanitaria internazionale, impartendo indirizzi più specifici.

Le Linee Guida
Ad ottobre 2007 alcuni operatori tecnico-sanitari con esperienza teorico-pratica nel campo della cooperazione sanitaria, appartenenti alle tre Aree Vaste, hanno elaborato, con il supporto e la consulenza dell'Università, le linee guida per la cooperazione sanitaria internazionale della Regione. Questo lavoro di équipe nasce per rispondere alla necessità di stabilire un linguaggio comune che, "partendo dai problemi e dai reali bisogni di salute, focalizzi l'attenzione sugli aspetti della programmazione e della corretta valutazione, in maniera da iniziare a misurare risultati anche piccoli ma tangibili in termini di guadagno di salute delle popolazione". Nelle linee guida viene definito il sistema di valori su cui si basa la cooperazione sanitaria toscana (la salute come diritto fondamentale, l'universalità, l'equità, la sussidiarietà solidale, l'attenzione ai bisogni dei più deboli, la centralità del territorio e la preferenza dell'approccio integrato rispetto ad iniziative verticali di lotta alla malattia), vengono fissati i criteri per l'elaborazione dei progetti di cooperazione sanitaria internazionale (coinvolgimento della controparte locale, pertinenza degli obiettivi, monitoraggio permanente e valutazione finale, sostenibilità, centralità della primary health care di fronte a interventi specialistici e parziali), e viene sottolineata l'importanza strategica delle attività formative. Investire nella formazione, diffondere competenze professionali, capacità gestionali e manageriali di un ospedale, condividere valori e conoscenze è infatti una delle vie necessarie per rafforzare i sistemi sanitari ed avviarli alla sostenibilità. Le attività formative, è scritto nelle linee guida, vanno svolte soprattutto in loco, sia perché il rapporto costo/beneficio è decisamente vantaggioso, sia anche perché la situazione epidemiologica e tecnologica in Italia non è mai uguale a quella della maggior parte dei paesi con cui si coopera.

La Strategia Regionale di cooperazione sanitaria internazionale per l'anno 2007[37] (Delibera di Giunta Regionale n. 508 del 09/07/2007) definisce anzitutto il quadro politico in cui si colloca la programmazione delle attività di cooperazione sanitaria della Regione Toscana.

> «Non si tratta solo di realizzare interventi umanitari o di emergenza, ma di definire una vera e propria strategia della cooperazione che, come strumento fondamentale di una politica di pace e di una politica

i sistemi sanitari sono meno efficienti rispetto a quello italiano. [Intervento di Claudio Beretta, Regione Lombardia, alla conferenza del Ministero della Salute "Information day" tenutasi a Roma l'11/12/2007]

[37] La strategia regionale per l'anno 2008 è stata pubblicata a luglio 2008. La Delibera 520 del 7 luglio 2008, più snella della precedente, ribadisce la scelta di una strategia di cooperazione sanitaria internazionale fondata sull'intersettorialità degli interventi, sull'appropriatezza e sostenibilità nell'uso delle tecnologie e sull'autosufficienza locale. La A.O.U. Meyer di Firenze è confermata ente attuatore, e per l'anno 2008 saranno stanziati 3.200.000 euro

di supporto alla prevenzione e al superamento dei conflitti, diventi il fondamento dei processi di riconciliazione tra i popoli.»

I principi su cui si basa la CSI Toscana sono quelli raccomandati, ed ampiamente condivisi, dall'OMS e, in particolare:

- Garantire l'universalità di accesso alle prestazioni, dando priorità assoluta alle fasce più vulnerabili della popolazione, i bambini e le donne.
- Rafforzare i sistemi sanitari nel loro complesso, in alternativa alle strategie basate sui programmi verticali.
- Potenziare infrastrutture, sistemi di programmazione e controllo, di acquisto e distribuzione di farmaci essenziali (inclusi i farmaci antiretrovirali per il trattamento dell'Aids).
- Investire, soprattutto, in risorse umane all'interno del settore pubblico: formare, motivare, remunerare degnamente il personale sanitario.

Inoltre nella Delibera n. 508 vengono definite le procedure e le relazioni sia tra i diversi livelli istituzionali coinvolti, sia tra i livelli decisionali e di intervento individuati in ambito infra ed extra regionale.

Di seguito sono elencati i soggetti coinvolti nel Sistema-Toscana della Cooperazione Sanitaria (STCS):

Il Sistema Sanitario Toscano (SST)

1. La Regione Toscana, con ruolo interregionale e di confronto nazionale e internazionale, con funzioni di coordinamento interno e di promozione dei progetti.

2. Le Aziende Sanitarie, come soggetti promotori ed attuatori dei progetti (propri o di interesse regionale attraverso la programmazione di area vasta).

3. Le Aree Vaste, come livello intermedio di programmazione e proposta, con ruolo di coordinamento delle Aziende Sanitarie[38].

4. La Agenzia Regionale per la Sanità (ARS).

5. Le Società della Salute[39].

6. L'Università e altri centri di Ricerca.

Il Sistema Territoriale Locale

1. Gli Enti Locali e le aziende di gestione di servizi pubblici locali.

2. Il Terzo Settore: soggetti, organismi ed enti di natura privata senza fini di lucro, tra cui:

---

[38] Le tre Aree Vaste (AV) costituiscono il livello intermedio con cui è organizzato il Sistema Sanitario Toscano, e raggruppano territorialmente le dodici Aziende USL e le quattro Aziende Ospedaliere Universitarie:

- l'AV SUD-EST: Aziende USL Siena, Arezzo e Grosseto; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Siena;
- l'AV CENTRO: Aziende USL Firenze, Prato, Pistoia, Empoli; Aziende Ospedaliero-Universitarie Careggi e Meyer di Firenze;
- l'AV NORD OVEST: USL Lucca, Massa e Carrara, Versilia, Pisa, Livorno; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Pisa.

[39] L'ARS e le Società della Salute fanno parte di quegli organismi che possono presentare progetti di cooperazione sanitaria internazionale presso la Regione Toscana.

- Organizzazioni non governative – Ong,
- Associazioni riconosciute e Fondazioni,
- Organizzazioni di volontariato,
- Associazioni non riconosciute,
- Cooperative sociali.

La Croce Rossa Italiana (CRI) e altre istituzioni nazionali e internazionali impegnate a pieno titolo nell'ambito della cooperazione sanitaria internazionale.

Per quanto attiene gli aspetti amministrativi e di riferimento organizzativo la cooperazione sanitaria internazionale trova la sua collocazione all'interno della Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà, Settore "Ricerca Sviluppo e Innovazione".

A partire dal 2007 l'attuazione di tutta la strategia di cooperazione sanitaria internazionale è affidata all'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer di Firenze. La struttura di coordinamento del Meyer lavora in sintonia con gli indirizzi politici di cooperazione internazionale della Regione Toscana e in stretta collaborazione con la Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà, alla quale spettano le decisioni sulle scelte di strategie e sui progetti che vedano impegnati gli attori del sistema salute toscano. La scelta del Meyer è stata dettata dall'importanza che la sua esperienza pluriennale nel campo della Cooperazione sanitaria rappresenta per la Regione Toscana. In modo particolare l'inclinazione pediatrica del Meyer combacia perfettamente con una delle priorità regionali nella conduzione della politica della CSI, ovvero la cura dei bambini e il supporto di progettualità nell'area materno-infantile.

Oltre ad attuare il Programma annuale delle iniziative di cooperazione sanitaria internazionale definito dalla giunta Regionale, l'AOU Meyer partecipa al Tavolo della Cooperazione Internazionale[40] , collabora con l'Università e con i diversi enti nazionali e internazionali che si occupano di ricerca in ambito di cooperazione sanitaria, sostiene le attività istituzionali correlate all'avvio di progetti comuni tra ospedali toscani e ospedali di paesi esteri, si preoccupa di creare sinergie con le attività di cooperazione decentrata attraverso i tavoli di area geografica o settoriali in modo da condividere progettualità evitando duplicazioni e sprechi, fornisce supporto tecnico-scientifico alla valutazione delle proposte di progetti di cooperazione sanitaria su richiesta di altri enti finanziatori, provvede all'istruttoria delle richieste di ricovero e cura di bambini provenienti da Paesi con i quali la Regione Toscana intrattiene relazioni di sostegno e collaborazione sanitaria, nonché firma delle autorizzazioni conseguenti, congiuntamente all' Assessore al Diritto alla Salute. Per lo svolgimento di tutte queste attività, all'interno dell'Ospedale Meyer esiste un ufficio ad hoc, l'unità di Cooperazione Sanitaria Internazionale.

Il sito web
Sul sito web della Cooperazione Sanitaria Internazionale della Regione Toscana dove è possibile trovare molte notizie utili sulla gestione dell'intero settore: l'elenco storico dei progetti approvati, i criteri di valutazione e accettazione dei ricoveri in regime di cooperazione , i riferimenti legislativi di comune interesse. Inoltre sempre sul sito è stata costruita una banca dati per gestire la distribuzione delle attrezzature ospedaliere dimesse, al fine di evitare sprechi.
[https://webs.rete.toscana.it/csi/]

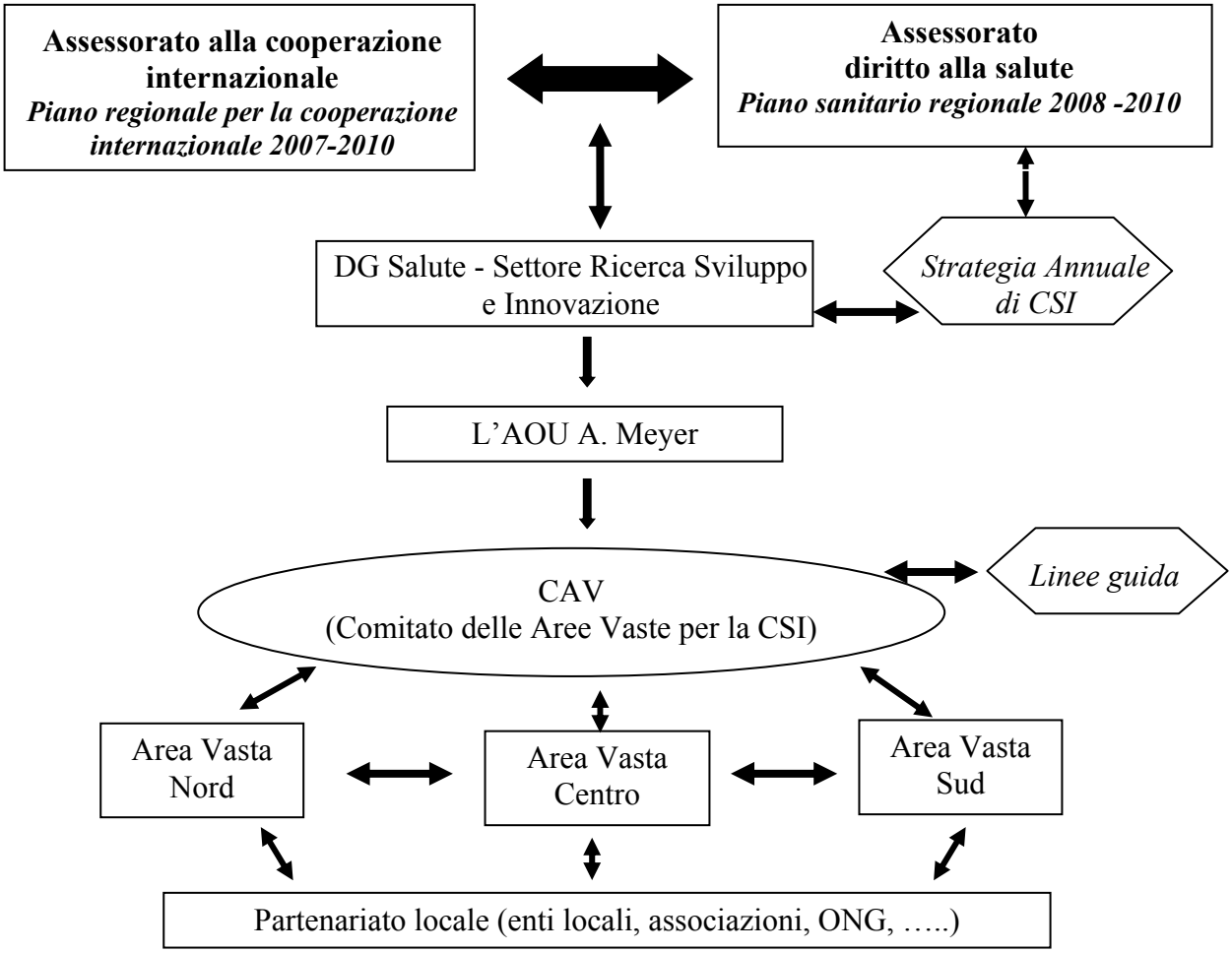
[40] Il Tavolo Regionale della Cooperazione Internazionale e della pace è istituito allo scopo di garantire agli Enti e alle Associazioni iscritte al Tavolo (tra cui Università, Sindacati, Ong e Onlus), una informazione tempestiva e un confronto preventivo sull'analisi di contesto, sulle opzioni strategiche, sulle priorità geografiche e tematiche, e sull'allocazione delle risorse per la cooperazione. Esso è costituito dai rappresentanti dei soggetti che sottoscrivono l'intesa (ad esempio l'Unione Regionale Province Toscane,ANCI, UNCEM, le Università, Cispeltoscana, CGIL, CISL, ed altri) ed è presieduto dall'Assessore Regionale competente.

Il Meyer inoltre coordina il Comitato delle Aree Vaste, l'ente preposto alla raccolta e alla diffusione delle informazioni da e verso il territorio regionale.

In ogni Area Vasta è stato costituito un Coordinamento per la cooperazione sanitaria internazionale al quale partecipano i referenti aziendali (ogni Azienda Sanitaria ha individuato un proprio referente per la cooperazione sanitaria), garantendo in questo modo la messa in rete di numerose professionalità e lo scambio di esperienze tra soggetti ed enti che già da diversi anni svolgono un lavoro importante su questo terreno.

Il CAV (Comitato di Aree Vasta per la cooperazione sanitaria internazionale) è un organismo composto dai rappresentanti dei tre coordinamenti di AV (coordinatori di Area Vasta) per la cooperazione sanitaria internazionale e svolge le seguenti funzioni:

1. elabora delle proposte per la definizione dei criteri generali e delle procedure per la realizzazione delle azioni di cooperazione sanitaria;
2. supporta le azioni del sistema della cooperazione sanitaria regionale in sede di definizione delle priorità, di pianificazione delle strategie e di valutazione delle azioni realizzate;
3. realizza la valutazione propedeutica delle singole progettualità;
4. si raccorda con le diverse realtà locali che operano in questo ambito.



Le Aziende Sanitarie costituiscono in termini di risorse strutturali ed umane, uno degli elementi essenziali di promozione ed attivazione di interventi di cooperazione sanitaria internazionale. Le Aziende Sanitarie possono programmare e finanziare autonomamente interventi di cooperazione sanitaria, ed in questo caso sono tenute ad informare preventivamente l'Assessorato al Diritto alla

Salute attraverso una comunicazione all'AOU Meyer che rappresenta la struttura tecnica di riferimento , oppure possono far rientrare la loro cooperazione sanitaria all'interno del sistema di programmazione di Area Vasta conferendo così alla loro programmazione caratteristiche proprie della progettazione di interesse regionale.

Le Aziende sanitarie sono a loro volta il punto di riferimento per numerosi organismi, privati e pubblici, presenti sul territorio e che sono coordinati a livello provinciale attraverso forum e Tavoli della Cooperazione decentrata. Enti locali, Ong, imprese e associazioni di volontariato vengono coinvolti nella realizzazione dei progetti della Regione, spesso su proposte di progetti da loro elaborati: le competenze e il know-how espressi da questi partner non possono che determinare un significativo arricchimento dei contenuti della stessa strategia regionale e della sua capacità di analisi e di intervento. Infatti una caratteristica importante del Sistema di CSI della Toscana è la sua struttura bidirezionale (bottom up e top down): spesso quindi gli input informativi e propositivi vengono direttamente dal tessuto sociale toscano a beneficio dell'intero sistema.

Il protocollo d'intesa con l'Ordine dei Medici
Per un maggior coinvolgimento dei professionisti toscani (medici, infermieri, tecnici) è stato firmato a Firenze il 14 gennaio 2008 un Protocollo d'Intesa tra l'Assessore al Diritto alla Salute Enrico Rossi, l'Assessore alla Cooperazione Internazionale, Perdono e Riconciliazione fra i Popoli Massimo Toschi, la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici e il Coordinamento Regionale Collegi IPASVI.
Il protocollo si pone i seguenti obiettivi.
1) Costruire un database/anagrafe in cui sono classificati i medici e il personale paramedico interessati a svolgere attività di cooperazione sanitaria internazionale.
2) Far circolare le informazioni: gli organismi professionali attivano una serie di contatti con le Organizzazioni Governative e non, Internazionali, Nazionali e Toscane impegnate nella cooperazione sanitaria internazionale, al fine di conoscere i loro programmi e le loro richieste di collaborazione, e così pubblicizzarle tra i professionisti.
3) Diffondere la cultura della cooperazione internazionale all'interno del mondo professionale (attraverso eventi ed iniziative).
4) Formare e aggiornare gli operatori coinvolti, al fine di assicurare la qualità degli interventi di cooperazione sanitaria.

5.2 Due modalità progettuali

IL Sistema Toscano di Cooperazione Sanitaria prevede due modalità progettuali: i Progetti di Iniziativa Regionale (PIR) e i Progetti a Bando.

I Progetti di Iniziativa Regionale (L.R. n.17/99) rappresentano lo strumento principale a disposizione della Regione per la realizzazione di azioni cui si riconosce una particolare rilevanza nell'ambito della strategia di cooperazione sanitaria.

Per i PIR la Regione stanzia circa un milione di euro l'anno.

I Progetti a Bando rappresentano la seconda modalità rivolta a sostenere iniziative proposte da parte di Enti Locali, altri enti pubblici, o enti privati senza finalità di lucro con sede in Toscana. I progetti possono avere durata annuale o biennale, e devono contenere obiettivi specifici riferiti alla cooperazione sanitaria. Il contributo richiesto alla Regione non può superare il 50% dell'importo ammissibile al finanziamento e comunque non può superare la somma di 25.000 euro. La valutazione tecnica dei progetti ammissibili spetta alla Scuola Superiore S. Anna di Pisa. 200.000 euro è il finanziamento regionale destinato ai bandi.

La strategia regionale di cooperazione sanitaria si evidenzia in un'intensa attività di progettazione sia per aree tematiche di intervento che per priorità geografiche.

5.3 Aree tematiche di intervento

Le tipologie d'intervento del STCS rientrano nelle seguenti attività:

a. Cura ed assistenza medica principalmente di bambini affetti da patologie non trattabili nei paesi di provenienza (si tratta principalmente di pazienti provenienti dall'Albania, dalla Romania e dai Paesi dell'Africa sub-sahariana).

b. Supporto tecnico-metodologico e rafforzamento dei sistemi sanitari dei paesi nei quali la Regione Toscana è presente con diverse progettualità.

c. Trasferimento di conoscenze e competenze tecnico sanitarie attraverso l'attuazione di:
   - attività formative in loco (training on the job);
   - scambio di esperienze;
   - accoglienza presso le strutture sanitarie ed universitarie toscane di personale sanitario in formazione.

Per quanto riguarda gli interventi di emergenza sanitaria la Regione Toscana dispone di una équipe sanitaria in stand-by pronta a rispondere alle eventuali richieste che vengono inoltrate alla Regione in casi di emergenza internazionale (l'équipe toscana, chiamata "Evangelista", dal nome del medico che la coordina, è intervenuta nel post-Tsumani del Sud Est asiatico, e , recentemente in Cina).

L'équipe di emergenza sanitaria, attrezzata per offrire contributi altamente specialistici, è inserita in un quadro organizzativo di rapporti fra le Regioni e il Dipartimento della Protezione Civile, il quale ne assume la spesa.

5.4 Aree geografiche d'intervento

I principali destinatari degli interventi di cooperazione sanitaria della Regione sono i Paesi dell'Africa sub-sahariana, del Medio Oriente, del Maghreb e dei Balcani.

Nei *Paesi dell'Africa subsahariana* la sfida principale riguarda la lotta alle pandemie. Numerosi professionisti del Sistema Toscano Sanità sono da anni impegnati su progetti mirati alla lotta all'AIDS, anche attraverso programmi di rafforzamento dei sistemi sanitari.

Diversi investimenti sono destinati a Paesi come Kenya, Uganda, Senegal, Camerun ed Eritrea. In quest'ultimo paese è attivo da due anni un progetto, "Firenze –Asmara: KM 0", proposto dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze, per il quale sono stati stanziati 150 000 euro per l'anno 2007. Sempre ad Asmara, l'AOU Careggi è promotore di un progetto per la costruzione di un nuovo ospedale pediatrico ad Asmara, progetto che impegna 500 mila euro.

Anche in *Medio Oriente* la cooperazione toscana è presente da molti anni, favorendo il dialogo e l'incontro tra i due popoli, palestinese ed israeliano, e assumendo una autorevolezza che le due parti le riconoscono. Il progetto di emergenza denominato "Saving Children- Salviamo i bambini, la medicina al servizio della pace", a cui la Regione Toscana partecipa da più di tre anni insieme al Centro Peres e ai pediatri palestinesi, rappresenta un singolare contributo al dialogo e al superamento del muro di inimicizia che divide i due popoli. Nel 2007 la Regione ha stanziato per questo progetto 400 mila euro. Sempre in Medio Oriente l'AOU Meyer segue un Progetto di sostegno al Sistema sanitario palestinese, che impegna 110 mila euro.

Il *Maghreb***,** è un'altra area di intervento della cooperazione internazionale della Regione Toscana, che, consapevole della delicatezza della questione dell'incontro tra civiltà e religioni diverse, cerca di svolgere, come viene spiegato nella Delibera 508/2007, un ruolo di "promozione del dialogo

sostenendo progetti che valorizzino esperienze di incontro e di scambio, essendo in gioco l'affermazione dei diritti umani e della democrazia, importantissima in questi paesi." La Toscana è presente in Tunisia (Formazione e aggiornamento professionale in cardiochirurgia e altre specialità pediatriche per medici e infermieri) e in Algeria (Sostegno allo sviluppo organizzativo e operativo di un ospedale pediatrico). Un altro progetto importante attivo da due anni è "la Toscana per il Saharawi" proposto dall' Istituto Centro Nord – Sud, che si pone come obiettivo generale quello di contribuire al miglioramento delle condizioni di vita dei ragazzi celiaci saharawi e delle loro famiglie e al ripristino dei dispensari della ilaya di Auserd (100 mila euro).

I *Balcani* rappresentano un'ulteriore area strategica della cooperazione sanitaria toscana. Qui la sfida della riconciliazione è decisiva ed ha il suo punto di arrivo nell'entrata a pieno titolo di questi Paesi in Europa. In particolare vengono supportati i sistemi sanitari dell'Albania e del Kosovo.

In *America Latina* la cooperazione internazionale toscana non è stata mai molto presente, ma negli ultimi anni sono nate esperienze che vedono impegnata la Regione nel contribuire alla crescita dei sistemi sanitari di alcuni paesi sudamericani. In Brasile è attivo da due anni un progetto di Costituzione di una Unità di Cure Primarie presso il Centro "Socio Educacional Sanitario" della città di Fortaleza, mentre in Equador nel 2006 la Regione ha contribuito a un programma per la prevenzione di abuso di alcool e droghe. Nel 2007 è stato sostenuto un progetto finanziato dalla Commissione Europea denominato "Fortalecimiento del sector salud en America Latina como vector de cohesiòn social (Programma Eurosocial)" teso al rinforzamento del settore salute in America Latina, che impegna il finanziamento regionale di € 25.000 alla Fondazione Angelo Celli firmataria di uno specifico accordo;

Per quanto riguarda l'*Asia* l'attenzione è rivolta alle aree caratterizzate da un ritardo delle politiche sanitarie. In particolare sono attivi progetti in Tibet (Potenziare e sviluppare la formazione del personale sanitario della prefettura di Chamdo), in India (Sostegno economico e tecnico - professionale all'ambulatorio St. Mary's clinic di Kolkata), e nelle Filippine. L' A.O.U. Meyer è inoltre promotore di un progetto per il sostegno dei servizi sanitari nell'area materno-infantile in Vietnam.

I partner locali della cooperazione sanitaria toscana sono essenzialmente istituzioni pubbliche, Ministeri della Salute e governi locali, Ospedali e qualche Ong.

5.5 Le risorse attivate

Per l'anno 2008 l'Assessorato alla Sanità ha disposto 3.600.000 € per la realizzazione della strategia regionale di cooperazione sanitaria[41] di cui:

- 1.250.000 € sono le risorse destinate alle principali Aziende Sanitarie toscane (Meyer, Careggi, AOU Pisana e AOU Senese), per la realizzazione di progetti di particolare interesse per la Regione (tra cui il progetto Saving Children, 400.000 €, e il progetto per la costruzione dell'ospedale pediatrico ad Asmara, 500.000 €).
- 650.000 € per i PIR delle Aree Vaste
- 940.000 € destinati agli Enti locali e alle Ong toscane, ed è così suddiviso:
    - 740.000 € a suporto dei PIR presentati da altri soggetti del sistema toscano della CSI (AUSL, Ong con una lunga esperienza nel settore, Provincie, Comuni)
    - 200.000 € per il bando ad Enti Terzi (microprogetti di Ong più piccole, Onlus, Associazioni di volontariato, ecc.)

[41] Negli anni passati, dal 2002, gli stanziamenti si sono sempre tenuti intorno ai 3 milioni di euro. Nell'anno 2007 sono stati stanziati 3.200.000 euro.

- 590.000 € destinati ad attività di ricovero a carattere umanitario (90.000 € per ciascuna Area Vasta + 320.000 euro per l'Ospedale Pediatrico Apuano di Massa).
- 170.000 € di spese organizzative e di gestione (inclusi i corsi di formazione sulla cooperazione sanitaria internazionale)

Il Sistema toscano della cooperazione sanitaria si avvale di attività di *fund raising*, attraverso la collaborazione ed il sostegno di banche e fondazioni (principalmente la Banca Monte dei Paschi di Siena)

5.6 I rapporti politici e di coordinamento con il livello nazionale, comunitario e internazionale

Assieme al Ministero della Salute la Toscana coordina dei progetti in Medio Oriente.

Per altri progetti la cooperazione sanitaria Toscana opera in sinergia con Veneto ed Emilia Romagna. Assieme al Veneto è capofila del Progetto UE "Mattone Internazionale" il cui obiettivo generale, stabilito in accordo con il Ministero della Sanità, è di costruire un ambito unitario al fine di far confluire e crescere la presenza italiana all'interno delle istituzioni europee internazionali con omogeneità di metodi e fini.

***Gli obiettivi specifici del progetto Mattone Internazionale**:*
- *Partecipazione proattiva a Commissioni, gruppi, ecc.*
- *Acquisire e diffondere strumenti comuni di indirizzo, linee guida, indicatori, ecc.*
- *Valorizzare i progetti "cross border health care";*
- *Creare le condizioni per massimizzare l'accesso a Programmi e risorse comunitarie;*
- *"metter a sistema" le numerose iniziative italiane in varie aree;*
- *Valorizzazione delle tematiche già oggetto del "progetto mattoni"*

A livello internazionale il Sistema toscano per la cooperazione sanitaria si coordina con l'UNDP per alcuni progetti in Albania e in Libano.

Rapporti di coordinamento, di natura più istituzionale che operativa, sono frequenti anche con le sedi distaccate dell'Organizzazione mondiale della Sanità, presenti nei paesi in cui opera la cooperazione sanitaria toscana.

6. LA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE DELL' UMBRIA

6.1 La struttura normativa e organizzativa

Nella Direzione Sanità e Servizi Sociali della Regione Umbria, all'interno del Servizio II (Programmazione socio-sanitaria dell'assistenza di base ed ospedaliera e Osservatorio Epidemiologico) è presente la Sezione Riabilitazione, Disabilità e Cooperazione Internazionale, che, oltre a trattare temi legati alla riabilitazione e alla disabilità, si occupa anche di cooperazione internazionale. L'ufficio attiva interventi di assistenza sanitaria in diversi Paesi extracomunitari e predispone programmi di aiuti umanitari anche in collaborazione con il Servizio Relazioni Internazionali della Regione.

L'ufficio svolge sia una funzione di progettazione sia di gestione delle risorse finanziarie. Dall'agosto del 2004 la Regione Umbria dispone di una legge (LR n. 18 /2004, "Interventi di

assistenza sanitaria in favore di paesi extracomunitari in gravi difficoltà assistenziali sanitarie") che disciplina l'attuazione di interventi sanitari destinati a paesi extracomunitari al fine di assicurare ad essi il contributo del Servizio sanitario regionale «mediante azioni mirate e coordinate volte sia alle cause che agli effetti». La legge regionale definisce le diverse tipologie di interventi di assistenza sanitaria, e il finanziamento erogato per tali interventi.

6.2 Tipologie d'intervento

Le tipologie di interventi di cooperazione sanitaria che la legge prevede si possano sostenere riguardano:

1. l'invio di attrezzature medico chirurgiche non utilizzate nei paesi oggetto dell'intervento, anche tramite organizzazioni umanitarie[42];
2. interventi sanitari nei paesi d'origine attraverso la valorizzazione delle risorse umane disponibili nell'area d'intervento anche tramite programmi di formazione del personale tecnico-sanitario da effettuarsi presso la Regione o nel paese oggetto dell'intervento;
3. l'erogazione, da parte delle Aziende sanitarie umbre, di prestazioni ad alta specializzazione rivolte a cittadini extracomunitari provenienti da paesi in gravi difficoltà assistenziali sanitarie per contingenti ragioni politiche, militari ed economiche.

Per quest'ultima tipologia d'intervento la Regione Umbria ha predisposto un Programma assistenziale di intervento, DGR n. 1313 del 15 settembre 2004[43], nel quale viene stabilito che:

- le categorie che possono usufruire delle prestazioni di assistenza sanitaria sono quelle previste dall'art. 44, comma 2, del D.P.R. 394/99, ovvero: stranieri provenienti da Paesi Extracomunitari nei quali non esistono competenze medico-specialistiche per il trattamento di specifiche gravi patologie;oppure da Paesi nei quali è difficoltosa l'assistenza sanitaria per contingenti ragioni politiche, militari o di altra natura;
- la Regione individua , anche nel quadro di più generali programmi di cooperazione previsti dalla LR n.26/99, i Paesi e le Organizzazioni di Cooperazione con le quali attivare in via prioritaria, e comunque nei limiti dei fondi disponibili, accordi relativi alle possibili forme di assistenza erogabile;
- la Regione individua le seguenti specifiche patologie da trattare, sentite le Aziende sanitarie e considerata l'offerta nei campi di seguito descritti:
    a) Diagnosi e terapia delle affezioni ematologiche ed oncologiche nei minori di 18 anni fino ad un massimo di 10 casi all'anno compreso il trapianto di midollo osseo di familiare compatibile e relative prove di compatibilità ed espianto dal donatore;
    b) Diagnosi e terapia delle affezioni oculistiche nei minori di 18 anni;
    c) Patologie ortopediche congenite od acquisite ivi comprese quelle da esiti da lesioni traumatiche con particolare riferimento a quelle di natura bellica;
- nelle prestazioni sanitarie autorizzate possono rientrare sia le terapie collegate all'intervento chirurgico, come chemioterapia o dialisi, eseguite in regime di day hospital o ambulatoriale,

[42] La Regione Umbria è intervenuta, attraverso la fornitura di farmaci e materiale sanitario, in emergenze internazionali, quali il Sud Est Asiatico nel 2004, il Libano nel 2006, e il Congo nel 2007 a seguito dell'epidemia di morbillo.

[43] La DGR n. 1313 del 2004 ("Programma assistenziale di intervento a favore di cittadini extracomunitari in età inferiore ai 18 anni e di altre particolari categorie") si è sostituita alla DGR N.262 del 1/3/2000 la cui applicazione aveva mostrato alcuni limiti in termini di dispersione degli interventi stessi e della loro limitazione al solo momento curativo in Umbria.

sia le terapie farmacologiche o riabilitative, strettamente necessarie per il completamento del trattamento sanitario effettuato dalla struttura sanitaria.

- Il soggetto richiedente tali prestazioni si assume tutti gli oneri relativi al trasporto in Italia, all'ospitalità nel nostro Paese e al rientro nel Paese d'origine, sia dal punto di vista economico che burocratico.
- Il programma di intervento assistenziale relativo all'ingresso in Italia per cure mediche dei soggetti interessati resta in ogni caso di competenza delle Aziende sanitarie eroganti le prestazioni. Le Aziende stesse si potranno avvalere della collaborazione delle Associazioni di volontariato.
- Le Aziende Sanitarie, al fine di ottenere l'autorizzazione regionale all'erogazione delle prestazioni di alta specialità a favore dei soggetti sopra indicati a carico del Fondo sanitario regionale, dovranno inoltrare formale richiesta alla Regione dell'Umbria.

Nel 2007 sono state ricoverate sette persone nell'ospedale di Perugia, una persona nell'Ospedale di Marsciano e una persona nell'Ospedale di Terni, per una spesa complessiva di circa 60.000 euro a carico della Regione Umbria.
La spesa complessiva per i ricoveri umanitari dal 2000 al 2007 è stata di euro 1.052.500,00.

Nonostante sia previsto dalla LR n. 1313/2004 che una quota pari al 20% del Fondo Sanitario Regionale (500.000 euro) possa essere destinata a programmi di formazione di personale sanitario di paesi extra CEE al fine di attivare in loco definiti processi assistenziali, ad oggi questo tipo di interventi non è stato ancora attivato, e la Regione si limita al momento a sostenere finanziariamente, attraverso progetti proposti da diversi enti umbri (Croce Rossa, Associazioni di volontariato, ONG, ONLUS, privati), la fornitura di cure sanitarie nelle proprie strutture sanitarie e l'invio nei PVS di medicinali e attrezzature ospedaliere.

Ricoveri in Umbria per provenienza geografica nel periodo 2000-2007

Paesi di provenienza	**Numero**	**Principali Patologie trattate**
Albania	11	Cardiochirugia
Algeria	2	Chirurgia Generale
Bosnia	2	Chirurgia Maxillo Facciale
Camerun	1	Chirurgia Ortopedica
Equador	1	Chirurgia ortopedica
Eritrea	9	Dermatologia
Etiopia	1	Diabete
Kosovo	35	Disturbi della coagulazione
Libano	1	Emofilia
Marocco	1	Ipoacusia neurosensoriale profonda bilaterale
Mauritania	1	Leucemie e linfomi
Moldavia	1	Malattie apparato circolatorio
Palestina	2	Malattie apparato respiratorio
Perù	1	Malattie cardiovascolari
Repubblica del Ciad	1	Malattie del fegato
Romania	1	Malattie del sangue
Ucraina	4	Malattie infettive
TOTALE	**75**	Malattie vie biliari
		Oculistica
		Paraplegia
		Pediatria

6.3 Aree geografiche d'intervento

La cooperazione sanitaria internazionale dell'Umbria è particolarmente presente in *Medio-Oriente*, dove la Regione sostiene finanziariamente il Centro Peres per la pace di Tel Aviv (all'interno del programma Saving Children al quale partecipano anche altre Regioni come la Toscana, l'Emilia Romagna e il Veneto), che si fa carico di curare bambini palestinesi in ospedali israeliani. L'accordo di cooperazione è stato rinnovato anche per il triennio 2008-2010, con l'impegno della Regione Umbria a versare per tale progetto 100.000 euro all'anno. Sempre in Medio-Oriente la Regione nel 2004, ha appoggiato finanziariamente l'azione svolta dall'Ospedale italiano di Nazharet (città israeliana a maggioranza araba), per la realizzazione del Progetto "Un Ponte con la Palestina" rivolto al potenziamento della rete ospedaliera israelo-palestinese facendo leva sulle tecnologie della telemedicina

Altra area interessata dalla cooperazione sanitaria umbra è l'*America Latina.* La Giunta regionale ha approvato un accordo di collaborazione per la realizzazione del programma dell'Unione Europea "Fortalecimiento del sector salud en Latinoamerica como vector de cohesion social (Eurosocial)", per il quale la Regione Umbria versa 30.000 euro l'anno per il triennio 2007-2009. A tale programma partecipano anche il Ministero per la salute, la Fondazione Angelo Celli e le Regioni Emilia-Romagna e Toscana.

Sempre in America Latina la Regione Umbria ha sostenuto i "Missionari Cappuccini in Amazzonia" di Assisi con un contributo di euro 5.000,00 per l'aiuto e il sostegno ai malati di lebbra individuati nel territorio del Municipio di Benjamin Constant e con un contributo di euro 80.000,00 per la realizzazione del Progetto "Acqua è vita" relativo alla potabilizzazione dell'acqua riguardante il territorio dell'Alto Solimoes.

Inoltre in *Argentina* la Regione sostiene l'Associazione Umbri di Buenos Aires attiva soprattutto nel campo della sanità ed altri servizi sociali. Destinatari del progetto sono essenzialmente i pensionati di Buenos Aires, che hanno ricevuto grazie ai fondi dell'Assessorato umbro alla Sanità, contributi per l'acquisto di medicinali, e il pagamento di alcune cure specifiche.

Infine dal 2004 in *Malawi* la Regione Umbria partecipa e sostiene i progetti di cooperazione dell'Associazione ONLUS "Amici del Malawi". Questa ONLUS nel 2005 ha inaugurato a Zomba la Thondwe Pastoral Clinic, attrezzata di un moderno laboratorio di analisi e di una farmacia per la vendita dei farmaci a prezzi popolari, che in poco tempo è diventata la clinica più importante della zona. Oltre alla Regione Umbria, partner del progetto sono anche l'Associazione Medici Cattolici di Perugia, l'Azienda Ospedaliera di Perugia, la Provincia di Perugia, il Comune di Perugia, l'AFAS (Azienda Speciale Farmacie municipalizzate) e l'Associazione privata dei farmacisti di Perugia.

Attualmente la Regione Umbria sta contribuendo con un finanziamento di euro 20.000,00 alla realizzazione di un Progetto relativo alla trasformazione dell'Health Center di Pirimiti – Distretto di Zomba in Ospedale Rurale. L'obiettivo del progetto è quello di avere un Ospedale dotato di un Laboratorio di analisi chimico cliniche, di batteriologia e di una radiologia, che sia centro di riferimento per la popolazione della zona circostante, circa 100.000 persone, per tutte le malattie infettive (malaria, tubercolosi, AIDS, infezioni dell'apparato respiratorio e gastroenterico).

6.4 I partner

Se i principali partner degli interventi di cooperazione sanitaria presenti in territorio umbro sono gli Ospedali pubblici (essenzialmente l'AOU di Perugina e l'AOU di Terni), le ASL e alcune Ong e strutture religiose, i partner locali sono associazioni della società civile, strutture sanitarie locali e missioni religiose.

Inoltre la Regione in materia di cooperazione sanitaria si coordina a livello nazionale con il Ministero della salute e, a livello internazionale, con la cooperazione della Commissione Europea (in particolare come si è visto con il programma euro Social per l'America latina).

Non esistono invece accordi di collaborazione con le agenzie Onu.

6.5 Norma finanziaria

A partire dall'anno 2004 lo stanziamento finanziario della Regione per i progetti di cooperazione sanitaria è stato di 500.000 euro annui. Tale somma, destinata ai progetti sopra descritti e al programma di ricoveri, è prevista anche per l'anno 2008.

Oltre alle risorse regionali sono mobilitati altri co-finanziamenti da parte di Fondazioni, del Ministero Salute, delle Provincia di Perugia, dell'ATO (Ambito Territoriale Ottimale).

7. LA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE DEL VENETO

7.1 La struttura normativa e organizzativa

A partire dal 1998, la Regione Veneto ha cominciato a realizzare iniziative di cooperazione internazionale anche in ambito socio sanitario, in aggiunta alle tradizionali attività di cooperazione decentrata gestite dalla Direzione per le Relazioni Internazionali, utilizzando sia le proprie strutture regionali che le Aziende Sanitarie della Regione.

Allo scopo la Regione ha istituito, all'interno della segreteria regionale Sanità e Sociale, il Servizio per i Rapporti Socio Sanitari Internazionali (DGR n. 41 del 14 Gennaio 1998). Tale Servizio opera nell'ambito del sistema sanitario regionale in collaborazione con l'Organizzazione mondiale della Sanità e le altre Agenzie delle Nazioni Unite e dell'UE. Lavora inoltre a stretto contatto con Organizzazioni Non Governative e con le Istituzioni sanitarie pubbliche e private delle Regioni Europee e di Paesi extra-europei. Funzione principale del Servizio è creare le condizioni normative ed amministrative affinché le istituzioni del Sistema Socio Sanitario Regionale (SSR) possano partecipare, più stabilmente, ai programmi di cooperazione decentrata sia della Regione Veneto che del MAE, che degli Organismi Internazionali, utilizzando il personale dipendente.

Dal 2000 le attività di cooperazione sanitaria internazionale sono state inserite tra gli obiettivi di programmazione da raggiungere da parte dei Direttori Generali delle ASL del Veneto (DGRV n. 4816 del 28 dicembre '99) e, nel 2001, sono state incluse tra i settori di intervento della ricerca sanitaria finalizzata regionale[44] (art. 15 LR. n. 5 del 9 febbraio 2001).

Dal secondo semestre del 2001 è stato inoltre creato un apposito programma per i ricoveri in Veneto per ragioni umanitarie di cittadini non appartenenti all'Unione Europea.

Nel 2003 (legge n.12 del 15 gennaio) il Governo ha autorizzato l'apertura a Venezia dell'Ufficio europeo dell'OMS per "gli investimenti per la salute e lo sviluppo", considerata dalla Regione come ulteriore opportunità per il SSR di confronto sulle tematiche della salute globale.

[44] L'area "Ricerca Sanitaria Finalizzata", interna al Settore Sanitario, ha finanziato di numerosi progetti di ricerca nel settore della cooperazione decentrata alle Aziende Sanitarie Venete.

Infine, con Legge Regionale n. 41/2003, la Regione ha approvato una norma che autorizza la dismissione di attrezzature sanitarie dalle Aziende ULSS per il loro utilizzo nei programmi regionali di cooperazione.

7.2 Aree tematiche di intervento

Gli interventi di cooperazione internazionale in ambito sociosanitario si sono sviluppati, fino ad oggi, in cinque filoni strategici:

1) la cooperazione decentrata;
2) il programma di ricoveri per ragioni umanitarie;
3) la dismissione e il riutilizzo di attrezzature sanitarie a fini di cooperazione;
4) i programmi di emergenza sanitaria;
5) altre attività internazionali rientranti nei rapporti di collaborazione della Regione Veneto con OMS, Commissione Europea e altre Agenzie Internazionali.

La cooperazione decentrata

Sono oltre 20 i progetti realizzati dal Servizio per i Rapporti Socio-Sanitari Internazionali e rientranti nella cooperazione decentrata del Veneto. Dal 1998 tali progetti hanno coinvolto oltre la metà delle ventitre aziende sanitarie regionali, e usufruito dei co-finanziamenti previsti dalla legge regionale sulla cooperazione allo sviluppo (LR. 55/99 "Interventi regionali per la promozione dei diritti umani, la cultura di pace, la cooperazione allo sviluppo e la solidarietà"), oltre che quelli della ricerca sanitaria finalizzata e del MAE.

Tutti i progetti di cooperazione nel settore socio sanitario si sono di conseguenza ispirati ai principi della Legge regionale sopracitata (fondamentalmente: «promuovere uno sviluppo che risponda in modo equo ai bisogni di tutti i cittadini senza discriminazioni di sorta»), e nella maggior parte dei casi si sono indirizzati verso le aree geografiche di intervento scelte dalla Giunta Regionale attraverso provvedimenti di programmazione sia annuale che triennale.

Beneficiari di tali interventi regionali sono state principalmente le realtà di pari livello governativo, come Regioni e Province dei Paesi in via di sviluppo. Si è cercato, laddove è stato possibile, di siglare accordi di collaborazione bilaterali, come nel caso delle province argentine di Cordoba, Buenos Aires e Santa Fè (per la formazione di personale infermieristico pubblico e amministrativo degli ospedali municipali e per l'informatizzazione della rete ospedaliera), o della provincia mozambicana di Sofala. Sono state inoltre siglate lettere di intenti come ad esempio con la Regione di Timis in Romania o con la Regione di Awasa in Etiopia.

La Regione inoltre, usufruendo delle nuove capacità amministrative e legali, ha dotato le aziende sanitarie venete di alcuni strumenti amministrativi e finanziari per offrire loro la possibilità di partecipare ai programmi di cooperazione internazionale, inserendo la cooperazione decentrata tra gli obiettivi della programmazione socio sanitaria regionale e aziendale.

I ricoveri

Dal Luglio 2001 la Regione ha avviato un programma per i ricoveri, per ragioni umanitarie, di cittadini non appartenenti all'Unione Europea negli Ospedali del Veneto. L'obiettivo principale di questo programma umanitario è quello di supportare l'azione delle Organizzazioni umanitarie e delle Associazioni di volontariato con sede in Veneto che già svolgono attività di cooperazione

internazionale o di assistenza umanitaria, in maniera da renderne più incisiva la loro azione di aiuto e sostegno alle realtà in cui tali istituzioni si trovano ad operare.

Ogni anno viene approvato, con Delibera della Giunta Regionale, un apposito finanziamento (solitamente 800 mila euro annui) per la copertura regionale delle spese di ricovero. Le spese extra ospedaliere di vitto e alloggio dei pazienti e dei loro accompagnatori, vengono invece coperte dall' Associazione Umanitaria che ha segnalato alla Regione il ricovero.

Sono state circa 80, sino ad ora, le Associazioni che hanno richiesto la collaborazione della Regione: dalle ONLUS come la Croce Rossa Italiana, alle Ong come la AIL (Associazione Italiana contro le Leucemie) o Padova Ospitale, dai militari in missioni all'estero, alle associazioni religiose come la Caritas. Dal luglio 2001 a luglio 2005 sono stati autorizzati 321 ricoveri provenienti da circa 50 nazioni diverse. Di questi 170 erano bambini di età compresa tra 1 e 14 anni. I ricoveri più frequenti hanno riguardato quelle patologie, per le quali è risultato difficile trovare un'adeguata assistenza sanitaria nel paese di provenienza del paziente. Per il 2007 ci sono stati 22 casi di prosecuzione di terapie per i casi ricoverati tra il 2001 e il 2005.

Per il programma di ricoveri per ragioni umanitarie il Veneto ha stanziato, nel 2005, 774.685 euro. Per le prosecuzioni di terapia sono stati stanziati 200.000 euro per il 2006 e 2007. Per il 2008 è previsto uno stanziamento di 600.000 euro.

Principali patologie trattate, luglio 2001- luglio 2005

Patologie	**Casi**	**Patologie**	**Casi**
Cardiochirurgia	59	Idrocefalo	4
Chirurgia Generale	13	Leucemie – Tumori Molli	13
Chirurgia Maxillo-Facciale	12	Medicina Generale	14
Oncologica	23	Neurochirurgia	20
Oncologia Pediatrica	14	Oculistica	28
Chirurgia Ortopedica	32	Pediatria	6
Chirurgia Plastica	22	Otochirurgia	10
Chirurgia Urogenitale	14	Trapianti (Rene E Fegato)	10
Chirurgia Vie Aeree	9	Trapianti Di Midollo	27
Ematologia	4	Altro	8

Casi umanitari per paese di provenienza, nel 2005

Provenienza	**Casi**	**Provenienza**	**Casi**
Albania	20	Iraq	8
Angola	1	Kirghistan	1
Bulgaria	1	Libia	2
Burundi	3	Moldavia	5
Camerun	1	Nigeria	1
Costa D'avorio	1	Romania	6
Croazia	1	Senegal	3
Eritrea	6	Serbia	1
Georgia	1	Sierra Leone	1
Guinea Bissau	2	Somalia	1
Kosovo	4	Ucraina	2
Haiti	2	Zambia	1
India	1	Palestina	1
Totale: 77 Pazienti			

La Giunta Regionale ha approvato un Protocollo Operativo in cui sono elencati i requisiti minimi perché una richiesta di ricovero possa essere esaminata. Una volta passato il primo esame che verifica la presenza delle condizioni necessarie, l'istanza viene sottoposta alla valutazione clinica da parte della Commissione Medica Regionale appositamente creata.

La Commissione può autorizzare anche eventuali visite di controllo successive agli interventi chirurgici, terapie dialitiche, trattamenti con emoderivati, e terapie farmacologiche iniziate durante il ricovero quali ad esempio chemioterapici o altri farmaci antineoplastici reperibili presso le farmacie ospedaliere e gli ausili protesici od ortesici, fino ad un massimo di sei mesi.

Recupero e riutilizzo delle attrezzature sanitarie

Allo scopo di razionalizzare l'uso delle risorse destinate alle attività di cooperazione, è stato predisposto un articolo di legge (Art.7 LR n.41 del 19 Dicembre 2003) che permette il recupero di attrezzature ospedaliere, arredamento sanitario e, più in generale, beni mobili dismessi dalle Strutture sanitarie (pubbliche o private) venete e di destinarli ai Paesi in via di sviluppo, a supporto dei progetti regionali di cooperazione. Ad oggi la Regione ha sostenuto 20 Ong che avevano fatto richiesta di attrezzature mediche.

La procedura per l'attuazione del recupero delle attrezzature segue una prassi precisa : la Regione del Veneto acquisisce l'elenco dei beni in dismissione dalle Aziende Ospedaliere venete, istituendone una banca dati che viene periodicamente aggiornata e divulgata tramite pubblicazione sul BUR e sul sito internet della Regione del Veneto. Sulla base di tale elenco i Paesi beneficiari, o gli enti a cui essi fanno capo, presentano alla Regione una lista di richieste, che vengono esaminate dal Gruppo Tecnico Regionale per le attrezzature dimesse, appositamente creato, il quale ne comunica l'autorizzazione, attraverso il Servizio per i Rapporti Socio Sanitari Internazionali, all'azienda sanitaria donatrice e al soggetto richiedente.

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

Nel settore arabo di Israele, in Nazareth, è presente da 120 anni un Ospedale Italiano (la proprietà e una decina di lavoratori espatriati sono infatti italiani) nel quale arabi cristiani, arabi musulmani, ebrei, ebrei russi immigrati lavorano assieme e qui vengono accolti come malati.
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. La Regione Veneto decise di intervenire a supporto, utilizzando il Modello Veneto della Cooperazione decentrata che ha permesso il completamento di entrambi i reparti, in soli cinque mesi dalla data di partenza del progetto. Allo scopo di ottimizzare l'uso dei fondi, venne individuata la USSL 19 di Adria come partner, in considerazione del fatto che nello stesso periodo stava effettuando l'acquisto delle apparecchiature elettromedicali per le proprie Terapia Intensiva e Sale Operatorie.
Il recupero di ulteriori componenti da altri Ospedali ha consentito all'Ospedale Italiano di ricevere e installare arredi, apparecchiature e tecnologie elettromedicali pari ad un valore di acquisto totale di circa 450.000 Euro. Tra i componenti recuperati usati, si segnalano 5 respiratori polmonari, 7 pensili, 5 letti da Terapia intensiva, travi testaletto, arredi, ecc.
Il modesto investimento monetario ha permesso non solo una realizzazione di valore triplicato, ma ha favorito la creazione di una mentalità positivamente rivolta al recupero dei beni dismessi sia nei tecnici delle Amministrazioni locali (che appena hanno avuto dei beni da dismettere, li hanno destinati non solo all'Ospedale Italiano con cui avevano contatti, ma anche ad alte strutture ospedaliere in Africa) sia nell'Ospedale destinatario dell'intervento, ormai destinato a diventare un "Fully Recycled Hospital"
(Bertinato L. Rampazzo E. Toniolo F. "Il Modello Veneto di Cooperazione in Ambito Socio Sanitario, pg 19")

Emergenze Sanitarie Internazionali

Come per la cooperazione decentrata, il modello di intervento regionale per le emergenze sanitarie ha previsto la presenza di un punto di riferimento regionale, per il coordinamento delle iniziative emergenziali, all'interno delle competenze del Servizio per i Rapporti Socio Sanitari Internazionali.

L'obiettivo è quello di offrire una buona organizzazione per far fronte, in tempi necessariamente brevi, alle richieste, in casi di emergenze, provenienti dalle Istituzioni nazionali, internazionali o dalle ONG presenti nel Veneto.

Diversi sono in ruoli svolti dal Servizio nel settore emergenze:

1) collaborazione con le Aziende Sanitarie per l' acquisto, in tempi di non emergenza, di attrezzature sanitarie e di presidi farmacologici a prezzi competitivi, e stoccaggio di questi in luoghi opportunamente protetti. Invio di tali farmaci e attrezzature nelle zone colpite dalle emergenze;
2) collaborazione con le Aziende Sanitarie nella messa a disposizione rapida di équipes di operatori sanitari competenti sulla base di una banca dati regionale;
3) partecipazione alle missioni esplorative e di valutazione degli interventi di emergenza all'interno delle Task Force che, di volta in volta, il MAE o il Governo o la Regione stessa, organizzano per le emergenze internazionali.
4) raccordo con le direzioni regionali competenti per i vari aspetti delle emergenze internazionali, in primis con la Direzione per le Relazioni Internazionali e la Protezione Civile.
5) Coordinamento interregionale del programma MEDEVAC, programma umanitario che consiste nel trasferire, attraverso le procedure del piano di evacuazione aeromedica, i pazienti iracheni affetti dalle patologie più gravi dall'Ospedale CRI di Baghdad alle Strutture Sanitarie delle Regioni Italiane.

L'attività di emergenza sanitaria all'estero della Regione, è iniziata nel 1999 durante la guerra in Kosovo. In seguito il Servizio ha effettuato diversi interventi di risposta ad emergenze sanitarie in varie parti del mondo, collaborando con Ministero della Salute, Ministero degli Esteri, Dipartimento della Protezione Civile, Cinsedo, le Aziende Sanitarie, ONG e Organismi Internazionali. Sono stati realizzati, ad esempio, progetti di emergenza in Argentina nel 2002 con l'invio di farmaci alle province di Cordoba, Buenos Aires, e Santa Fé, venuti a mancare a seguito della grave crisi economica. In Afghanistan nel 2002, con l'invio di 2 sanitari presso l'Ospedale italiano di Kabul appartenenti alla ULSS 20 di Verona e la n. 9 di Treviso. In Palestina con la ristrutturazione del pronto soccorso e della rianimazione dell'Ospedale italiano di Nazareth nel 2002. Dal maggio 2003, a seguito del conflitto in Iraq, la Regione ha proposto al CINSEDO un accordo con la Croce Rossa Italiana e con la Conferenza dei

I gemellaggi ULSS/ONG

A permettere l'intersettorialità delle attività di cooperazione decentrata sono stati anche gli importanti gemellaggi nati tra Aziende Sanitarie e alcune ONG venete. Esempi di gemellaggi: l'ULSS 5 di Arzignano (VI) sta collaborando con la sede di Padova della Comunità di S. Egidio per il progetto materno-infantile in Guinea Bissau, presso l'ospedale gestito dalla comunità; il Movimento Laici per l'America Latina di Verona sta collaborando con l'Azienda ULSS 12 di Venezia per il progetto sull'emergenza nell'Amazzonia peruviana seguito alla donazione, alla città di Yurimaguas, di una idroambulanza in uso nella laguna veneziana; la sezione di Verona dell'ONG Medici del Mondo sta collaborando con la ULSS 21 di Legnago per il progetto di assistenza sanitaria in Camerum, e, infine, il CUAMM-Medici con l'Africa di Padova collabora con la ULSS 6 di Vicenza in Tanzania e con l'Azienda Ospedaliera di Padova in Mozambico e Uganda.

Presidenti delle Regioni e Province Autonome, che ha permesso di trasferire in Italia, attraverso un apposito ponte aereo, i pazienti più gravi selezionati dall'Ospedale della CRI di Baghdad, con il coordinamento interregionale del Veneto (Procedura MEDEVAC).

Le più recenti azioni di emergenza sanitaria riguardano l'organizzazione ed il coordinamento degli aiuti umanitari per il terremoto dell'Iran del dicembre 2003 con l'invio di farmaci, per l'invio di attrezzature sanitarie in Ossezia del nord a seguito dell'attentato nella scuola di Beslan nel settembre 2004, per il maremoto del sud est asiatico del dicembre 2004 e per l'epidemia di febbre emorragica di Marbourgnella nella Regione di Uige in Angola. Inoltre, il Servizio è intervenuto per organizzare d'intesa con l'unità di crisi del MAE, il rimpatrio di cittadini veneti colpiti da calamità naturali, come il maremoto del Sud-Est asiatico, o da atti di terrorismo (ad esempio, il caso di Elisabeth Manuela Musu colpita dall'attentato del 9 settembre a Giakarta e ricoverata a Verona) o, ancora, la formazione specializzata di personale medico proveniente dall'Iraq, presso l'ULSS 6 di Vicenza nel gennaio, 2004.

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

Raccordi con il livello nazionale, comunitario e internazionale

Numerosi progetti di cooperazione sanitaria attivati dal Veneto si integrano con altre attività nazionali, comunitarie e internazionali intraprese nel settore socio sanitario.

A *livello nazionale* il Modello Veneto di cooperazione sanitaria collabora con il Ministero degli Affari Esteri, la Croce Rossa Italiana e la Protezione Civile. Queste collaborazioni nascono soprattutto quando si presentano emergenze sanitarie internazionali. Non vi sono invece rapporti di coordinamento con il Ministero della Salute.

A *livello comunitario* la Regione del Veneto partecipa ai programmi finanziati dalla Commissione Europea soprattutto nei settori della ricerca e dei programmi di sanità pubblica e dell'e-health. In particolare in questo ultimo settore sono stati finanziati progetti di sviluppo in Veneto su telemedicina e telelaboratorio che hanno permesso di offrire tali opportunità anche a paesi in via di sviluppo o a paesi dell'allargamento dell'Unione Europea attraverso appositi progetti di cooperazione: ad esempio la telediagnostica in anatomia patologica è attualmente parte del progetto di cooperazione tra Azienda Ospedaliera di Padova e l'Uganda, mentre la telemedicina è parte del progetto in Kosovo presso l'ospedale di Peja/Peç e del progetto della ULSS 9 di Treviso a Timisoara, Romania.

A *livello internazionale* la Regione, dal 1998 collabora in maniera più strutturata con l'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS). Tale collaborazione ha permesso di aprire nel Dicembre del 2003, grazie ad un accordo internazionale ratificato con la Legge 15 gennaio 2003 N. 13, "l'ufficio europeo" dell'OMS per gli investimenti per la salute e per lo sviluppo. La collaborazione con l'OMS si è sviluppata nei seguenti programmi: programmi OMS/UNICEF nell'area materno infantile, programmi OMS per il controllo delle infezioni ospedaliere, programmi OMS per il controllo delle malattie infettive, in particolare dell'HIV/AIDS, programmi OMS per lo sviluppo delle politiche del farmaco e dello studio dei Sistemi Sanitari. La Regione partecipa finanziando i progetti, ospitando a proprie spese le riunioni di esperti oppure inviando personale sanitario all'estero.

7.3 Aree geografiche d'intervento

I destinatari degli interventi di cooperazione sanitaria della Regione sono i Paesi dell'Africa sub-sahariana, del Medio Oriente, dei Balcani, dell'Europa dell'Est, dell'America latina e dell'Asia.

In Africa:

- nella *Repubblica Democratica del Congo*, dove dal 2005 la Diocesi di Treviso, la Diocesi di Bondo (Congo), l'ULSS 9 ed il reparto di malattie infettive di Treviso sostengono un istituto sanitario parastatale gestito dalla Diocesi di Bondo;
- in *Tanzania* dove, del 2004, è stata attivata la cooperazione sanitaria tra l'Ospedale San Bortolo di Vicenza (ULSS 6) e l'Ospedale Regionale di Iringa in Tanzania. Le attività hanno coinvolto l'aspetto logistico ed organizzativo dell'Ospedale, la formazione "on the job" in chirurgia generale, in anestesia, in Ostetricia e Ginecologia e l'organizzazione dell'attività ambulatoriale;
- in *Etiopia* dove dal 2004, è attivo il Progetto "Emergenza acqua a Zway e Makale: sviluppo risorse idriche e miglioramento delle condizioni di vita in 45 villaggi" attuato dall' Azienda U.L.S.S. n. 7 Pieve di Soligo;
- in *Costa D' Avorio* dove è attivo il progetto " Lotta alla trasmissione materno – infantile della infezione da HIV nel Distretto di Alepè, in collaborazione con la ULSS 4 "Alto Vicentino";
- in *Camerun* dove dal 2003 è attivo un progetto per la ristrutturazione di un centro sanitario nella capitale in collaborazione con l'Azienda ULSS n. 21 di Legnago;
- in *Guinea Bissau* dove dal 2003 si appoggiano programmi materno infantili dell' ospedale di Bissau in collaborazione con l'Azienda ULSS n. 5 di Arzignano e la ONG Comunità di S.Egidio con sede a Padova;
- in *Uganda* (diagnostica anatomo-patologica con l'utilizzo della telemedicina con l'Ospedale di Kampala) in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Padova e il CUAMM - Medici con l'Africa con sede a Padova. Attivo dal 2004 a tutt'ora;
- in *Congo* dove nel 2005 si è atuato un Progetto di donazione di attrezzature sanitarie per l'ospedale di Kimbau, in collaborazione con la ULSS 22 di Bussolengo e la ULSS 19 di Adria;
- a *Gibuti* dove, in collaborazione con l'Azienda ULSS n. 13 di Mirano, il Veneto ha fornito assistenza al Ministero della Sanità locale nell'attuazione di un programma per la maternità senza rischi con la finalità di formare degli agenti socio-sanitari nel Balbalà.

Nei Balcani:

- in *Kosovo* dal 1999 la Regione Veneto, tramite la Direzione Regionale Sanità e Sociale e il Servizio per i Rapporti Socio Sanitari Internazionali, e in collaborazione con varie Aziende Ospedaliere e ULSS Venete, oltre che con la Cooperazione Italiana, ha assunto la direzione sanitaria e amministrativa dell'Ospedale di Peje-Peç, sostenendo i costi della manutenzione ordinaria e straordinaria, della fornitura di farmaci e gas medicali e fornendo supporto tecnico e logistico alle attività. La Regione, inoltre, ha provveduto alla ristrutturazione edile, alla riorganizzazione di alcuni reparti e al rifacimento degli impianti di riscaldamento ed elettrici con la messa in opera di nuove cabine. Il polo ospedaliero di Peje-Peç rappresenta l'ospedale più importante del Kosovo dopo quello di Pristina;
- in *Bosnia* nel 2004 si è avviato un progetto, in collaborazione con la ULSS 6 – Vicenza, in favore dei giovani disabili in una delle zone più disagiate del Paese, a Rudo, attraverso la creazione di un Centro polivalente di riabilitazione e di attività socio-educative;
- in *Albania* dal 1999 l'Azienda ULSS n. 6 di Vicenza collabora con il centro nazionale per l'emofilia di Tirana.

In Europa dell'Est/ paesi dell'allargamento:

- in *Romania*, assistenza alla regione di Timis nella fase di decentramento del sistema sanitario e di adeguamento delle normative sanitarie agli standard in uso nell'Unione Europea, in collaborazione con l'Azienda ULSS n. 9 di Treviso e con il Centro di Riferimento Regionale per la Promozione della Salute. Progetto attivo dall'anno 2001;
- in *Slovacchia*, adeguamento delle normative per la marchiatura dei bovini agli standard in uso nell'Unione Europea in collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie.

America Centrale e del Sud:

- in *Nicaragua,* Progetto di prevenzione dei rischi per la salute per le lavoratrici delle "Maquilas" in collaborazione con la ULSS 20 di Verona, Azienda Ospedaliera di Verona, Università di Verona e la ONG MLAL di Verona. Attivo dall'anno 2003 al 2005;
- in *Argentina* attuazione di protocolli d'intesa con le province di Cordoba, Buenos Aires e Santa Fè per la formazione di personale infermieristico pubblico e amministrativo degli ospedali municipali e per l'informatizzazione della rete ospedaliera in collaborazione con l'Azienda ULSS n. 15 di Cittadella;
- in *Perù*, nel 2003, donazione di una idroambulanza dismessa dalla ULSS 12 veneziana alla città di Yurimaguas, regione Alto Amazonas), in collaborazione con l'Azienda ULSS 12 veneziana e il MLAL;
- in *Uruguay*. appoggio all'organizzazione territoriale dei servizi sociosanitari di Montevideo: donazione di una vasca per la riabilitazione dei bambini con disfunzioni intellettuali, motorie, sensoriali e di personalità.

Il personale delle Asl e degli Ospedali mobilitato nei diversi paesi

45 persone per le attività di formazione nel progetto in Kosovo
2 dipendenti ULSS Treviso per il progetto in Congo
12 per progetto a Timisoara
5 per il progetto in Guinea Bissau
1 per il progetto in Congo ed in Uganda

In Asia:

- in *Uzbekistan* , coordinamento col progetto "Carak" di assistenza materno-infantile dell'Oms in collaborazione con l'Azienda ULSS n. 20 di Verona.

In Medio Oriente:

- in *Palestina*, dal 2002 ristrutturazione del pronto soccorso e della rianimazione dell'ospedale italiano di Nazareth in collaborazione con l'Azienda ULSS n. 19 di Adria;
- in *Georgia*, invio di farmaci per l'Ospedale oncoematologico pediatrico di Tblisi in collaborazione con Farmindustria.

7.4 Gli strumenti di finanziamento

Per le iniziative di cooperazione internazionale sanitaria del 2007 la Regione Veneto ha stanziato circa 1.155.000 euro. In questa somma rientrano le attività di cooperazione decentrata (380.000 euro per i progetti approvati nel 2008), il programma di ricoveri per ragioni umanitarie e la dismissione e il riutilizzo di attrezzature sanitarie a fini di cooperazione. Non sono compresi invece i programmi di emergenza sanitaria (incluse le spese per MEDEVAC) e le attività di collaborazione della Regione Veneto con OMS, Commissione Europea e altre Agenzie Internazionali.

Le modalità di finanziamento dei progetti, possono seguire generalmente 4 linee:

1. la prima è attraverso i bandi o le azioni dirette della Legge Regionale n. 55/99, gestita dalla Direzione Regionale per le Relazioni Internazionali, che ha permesso di finanziare sia interventi di cooperazione (come ad esempio a Gibuti, in Costa D'Avorio, in Etiopia, in Tanzania, in Uganda e in Bosnia), che di emergenze umanitarie (come ad esempio in Palestina, in Costa D'Avorio, in Kosovo). La percentuale dei finanziamenti di questa legge destinata agli interventi di cooperazione non è standard ma dipende dalla qualità dei progetti presentati in tutti i settori della cooperazione. Per il 2008 (progetti presentati nel 2007) la percentuale è stata del 21% per un totale di 380.000 euro.
2. La seconda linea di finanziamento è attraverso la Ricerca Sanitaria Finalizzata che ha permesso, dal 2002, di dare spessore scientifico agli interventi di cooperazione, stimolando la collaborazione tra le aziende sanitarie e le istituzioni universitarie. Grazie a questi finanziamenti sono stati avviati progetti di ricerca in Guinea Bissau, in Romania, in Tanzania, in Uganda e in Camerum.
3. La terza linea ha riguardato gli interventi diretti regionali, che in ambito socio sanitario hanno permesso di realizzare programmi di cooperazione in Nicaragua, in Perù, in Mozambico e Romania.
4. La quarta linea ha riguardato la ricerca di partnership finanziarie con Istituzioni Nazionali e Internazionali pubbliche e private. In particolare si sono sviluppate collaborazioni con:
    - il ministero degli Affari Esteri, ad esempio nel progetto di sviluppo nell'Ospedale di Peja/Peç in Kosovo (2.000.000 di euro nel 2007);
    - le fondazioni bancarie (principalmente Cariverona e la Fondazione Cassamarca), ad esempio per il progetto materno infantile in Uzbekistan, per il finanziamento della prima parte del programma di riqualificazione dell'ospedale di Peja/Peç in Kosovo, e la formazione degli infermieri a Timisoara in Romania;
    - l'OMS per il co-finanziamento della prima parte del progetto materno infantile in Uzbekistan;
    - la Farmindustria, con la quale è stato siglato un apposito protocollo con la Regione del Veneto, che ha consentito la raccolta e la donazione di farmaci in aree in difficoltà, come ad esempio in Georgia, a favore dell'ospedale oncoematologico pediatrico di Tiblisi e in Argentina a seguito della grave crisi economica del 2003.

Nel 2008 non ci sono stati progetti partecipati con altre Istituzioni.

7.5 Le ricadute positive delle attività di cooperazione sanitaria sul SSR

La Regione del Veneto, in una prospettiva di cosviluppo, riconosce che le attività di cooperazione sanitaria hanno spesso puntato anche ad un ritorno a favore del sistema sanitario regionale e, più in generale, di tutto il territorio veneto, sia in termini culturali sia in termini scientifici.

Si è infatti rilevato che gli interventi di cooperazione sanitaria nei Paesi in via di sviluppo hanno permesso agli operatori sanitari di imparare a lavorare in team internazionali, nonché di rientrare in Italia mediamente più motivati per le attività quotidiane in ASL. I medici coinvolti in interventi di cooperazione allo sviluppo hanno inoltre acquisito conoscenze sulle patologie diffuse principalmente nell'area tropicale. Tali conoscenze possono rivelarsi molto utili in Italia, specialmente in considerazione dei recenti cambiamenti demografici della popolazione residente nella Regione, per diagnosticare più facilmente malattie, come la malaria o la tubercolosi, che normalmente nel nostro paese non sono presenti se non al ritorno da viaggi intercontinentali. Il personale sanitario regionale che è stato coinvolto in operazioni di carattere umanitario, ha avuto inoltre la possibilità di acquisire competenze riutilizzabili in emergenze che si potrebbero verificare

nel territorio italiano o europeo. Alcuni progetti regionali di cooperazione sanitaria hanno anche avuto l'obiettivo di sorveglianza delle malattie trasmissibili sia da uomo a uomo, sia da animale a uomo (SARS, Ebola, Marbourg, influenza aviaria, ecc.) la cui rapida diffusione ha comportato la necessità di identificazione di tali epidemie nella sede di origine dell'epidemia, dove appunto sono presenti alcuni progetti veneti. Infine le attività di cooperazione sanitaria del Veneto hanno consentito di operare in continuità con le tradizioni di solidarietà delle Regioni e dell'Italia.

"ALBANIA E PUGLIA: OLTRE LA SANITÀ"

L'Italia e l'Albania sono gli attori principali di questo progetto di cooperazione in ambito sanitario, che è parte integrante del Programma di iniziativa comunitaria Interreg IIIA[45] Italia-Albania. La Comunità Europea ha affidato in particolare alla Regione Puglia, individuata come leader partner, il compito di assistere il governo albanese nel programma di sviluppo e adeguamento del loro sistema sanitario agli standard europei, anche ai fini dell'acquisizione dei requisiti per l'ingresso in Europa, previsto nel 2014.

Nella Regione Puglia non esiste un ufficio all'interno dell'Assessorato alla Salute che si occupa stabilmente di interventi di cooperazione sanitaria internazionale, tuttavia per i progetti di cooperazione in ambito sanitario rientranti nel programma Interreg IIIA con l'Albania, la Regione ha affidato la realizzazione del programma all' A.Re.S., l' Agenzia Regionale Sanitaria.

Istituita nel 2001 l'A.Re.S è un'Azienda strumentale della Regione, sottoposta alla vigilanza della Giunta regionale, con compiti di supporto tecnico-operativo per la programmazione sanitaria regionale, per il controllo di gestione e conseguente monitoraggio dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale (SSR), per la valutazione comparativa dei costi e della qualità dei servizi sanitari.

Nel 2006 l'A.Re.S, essendo stata coinvolta nel programma "Albania-Italia: Oltre la Sanità", si è trovata, per la prima volta, a dover dedicare parte del proprio lavoro al campo della cooperazione internazionale. La scelta della Regione Puglia di delegare la realizzazione del progetto all' A.Re.S., e quindi non direttamente alle ASL o Ospedali pugliesi, è stata dettata dal fatto che il principale partner albanese di tale progetto è il Ministero della Salute Albanese, e dunque serviva trovare una controparte con competenze istituzionali simili, quale è l'agenzia Regionale Pugliese. Tramite l'A.Re.S. sono state in seguito coinvolte le strutture sanitarie locali, in particolare il Policlinico di Bari e la facoltà di Medicina dell'Università di Bari.

L'obiettivo generale del progetto, che si concluderà entro ottobre 2008, è il potenziamento e la qualificazione dell'offerta di servizi nel sistema socio-sanitario albanese, per favorirne l'allineamento ai più moderni e avanzati modelli europei. Verso l'Albania è infatti indirizzato oltre l'80% delle risorse rese disponibili dalla Comunità europea e dalla Regione Puglia per il Progetto – per un totale di 7 milioni di euro – da investire per l'acquisto di beni di consumo, apparecchiature mediche, infrastrutture tecnologiche e per il finanziamento di borse di studio.

La collaborazione con l'Albania si è sviluppata sulla base di tre direttrici elaborate dall'A.Re.S., e che si sono concretizzate in:

1. un programma di attivazione di un Osservatorio Epidemiologico per il monitoraggio delle affezioni maggiormente diffuse nella popolazione albanese (con la collaborazione dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale). L'istituzione dell' Osservatorio Epidemiologico parte dall'esperienza pregressa della Regione Puglia che dal 1998 ha

[45] INTERREG III A: l'iniziativa comunitaria Interreg III riguarda "la cooperazione transeuropea volta a incentivare uno sviluppo armonioso ed equilibrato del territorio comunitario". La sezione A dell'iniziativa si prefigge "la cooperazione transfrontaliera e la promozione dello sviluppo regionale integrato tra regioni di frontiere contigue". L'iniziativa Interreg III è finanziata dal Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR).

realizzato una simile struttura nel proprio territorio. L'Osservatorio rappresenta anche per l'Albania uno strumento indispensabile per raccogliere informazioni preziose sulla domanda e l'offerta di salute, in quanto fornisce un sistema di sorveglianza e monitoraggio dei bisogni.

2. un programma di diagnosi precoce dei carcinomi mammario e cervicale e l'avvio di un altro programma per il trapianto di rene da donatore vivente (in collaborazione con il Coordinamento trapianti Regione Puglia, il Centro di trapianti del rene dell'Università di Bari, la Clinica ostetrica II dell'Università di Bari, la U.O. di Ginecologia e Ostetricia dell'ospedale "Di Venere" di Bari Carbonara, l'Istituto di Anatomia patologica dell'Università di Bari e il Servizio autonomo senologico regionale del Policlinico di Bari); Il primo punta a rafforzare la cooperazione italo-albanese nel settore della diagnosi precoce dei tumori della sfera genitale femminile. Questo programma ha assorbito circa il 90% dei fondi Interreg, anche in considerazione dell'elevato costo delle attrezzature specializzate per lo screening, il loro trasporto, e l'adeguamento delle strutture, degli ambienti e degli impianti destinati ad accogliere tali macchinari ad alta tecnologia (i quali sono stati destinati per la maggior parte all'Ospedale Madre Teresa di Calcutta di Tirana). Molta importanza è stata attribuita alla formazione, *on the job* dei medici locali da parte del personale medico italiano, e una particolare attenzione è stata riservata al superamento delle difficoltà di tipo culturale/religioso incontrate nel relazionarsi con le donne mussulmane. Il secondo programma punta all'avvio del Trapianto di rene da donatore vivente, finora impossibile in Albania data la carenza di strutture adeguate e di operatori formati a questo scopo. Il fine è quello di trasferire conoscenze e metodologie ed abilitare i medici albanesi all'esecuzione di interventi simili nel loro paese, creando altresì le condizioni per la realizzazione di strutture ospedaliere idonee e per la formazione di operatori qualificati. Il beneficio immediato è la riduzione dei "viaggi della speranza" compiuti da pazienti albanesi bisognosi di trapianto in paesi extracomunitari, in specie in Turchia. Allo scopo i medici albanesi sono stati ospitati nel Policlinico di Bari, hanno assistito a diversi interventi di trapianto di rene effettuati da medici italiani, e il 29 gennaio 2008 è stato eseguito da chirurgi albanesi, presso il policlinico di Bari, il primo trapianto su di un giovane albanese cui la madre ha donato il rene.

3. un programma di cooperazione scientifica, tecnica e manageriale in ambito socio sanitario. Il programma intende sviluppare, con la consulenza dell' A.Re.S., un efficace ed efficiente sistema di governance del Servizio Sanitario Albanese attraverso il sostegno di progetti integrati, che vanno dallo sviluppo organizzativo, agli aspetti manageriali e gestionali, ai modelli e sistemi di contabilità della spesa pubblica destinati ai centri socio-sanitari, al trasferimento di know-how e all'affiancamento di personale locale.

L'intero programma socio-sanitario Interreg per l'Albania gestito dalla Regione Puglia costa 7 milioni di euro, di cui il 75% è finanziato con i fondi FESR per l'Albania, e il restante 25% è finanziato dalla Regione. Allo stesso programma sono riservati anche i fondi CARDS[46] per l'ammontare di 1 milione di euro, i quali vengono gestiti dalla Delegazione della Commissione Europea a Tirana.

[46] CARDS: Assistenza comunitaria per la ricostruzione, lo sviluppo e la stabilità (nei paesi dei Balcani occidentali).

8. UN CONFRONTO TRA GLI STUDI DI CASO

Dopo aver analizzato nel dettaglio le politiche di cooperazione sanitaria internazionale messe in atto nelle cinque Regioni casi di studio e' ora possibile rilevarne le caratteristiche comuni e gli aspetti per i quali invece tali politiche si differenziano.

Il confronto tra le cinque Regioni riguarderà diversi livelli di analisi:

1. il quadro normativo entro cui la cooperazione sanitaria agisce e la struttura organizzativa (con particolare riguardo ai rapporti di collaborazione tra la DG Salute e la DG o i servizi competenti per le Relazioni Internazionali e la cooperazione decentrata)
2. le tipologie d'intervento, ed in particolare i ricoveri umanitari
3. le reti e i rapporti con i diversi attori del territorio regionale
4. le aree geografiche d'intervento e i partner locali
5. i rapporti politici e di coordinamento con il livello nazionale, comunitario, ed internazionale
6. i finanziamenti stanziati nel 2007

8.1 Il quadro normativo ed organizzativo

Tutte le cinque Regioni sono dotate di specifiche leggi e/o programmi ad hoc che formalizzano la cooperazione internazionale in ambito sanitario, ne definiscono le tipologie d'intervento e i finanziamenti. Tuttavia sussistono alcune differenze.

Dal 2001 in Emilia Romagna e in Veneto ogni anno viene approvato, con Delibera della Giunta Regionale, un programma che specifica gli aspetti riguardanti il finanziamento di interventi di assistenza sanitaria a favore dei cittadini stranieri trasferiti in Italia nell'ambito dell'art. 32 della legge nazionale n. 449/97. Gli stessi interventi di ricovero umanitario rientrano invece, per le regioni Toscana e Lombardia, nel più generale programma delle iniziative di cooperazione sanitaria internazionale, anch'esso approvato annualmente, nel quale sono indicate la strategia, le priorità (geografiche e d'intervento) e il budget a disposizione delle iniziative di cooperazione sanitaria. L'Umbria è l'unica Regione a disporre di una legge regionale ad hoc che disciplina l'attuazione di interventi sanitari destinati a paesi extracomunitari, comprendendo in essi anche i ricoveri dei cittadini stranieri trasferiti in Italia.

Per quanto riguarda invece l'invio a fini umanitari delle attrezzature sanitarie dismesse dagli ospedali regionali solo Lombardia e Veneto hanno un'apposita legge regionale, l'Umbria fa rientrare questa materia nella LR sugli interventi di cooperazione sanitaria e l'Emilia Romagna nella propria legge regionale sulla cooperazione decentrata (LR. 12 del 2002), mentre la Toscana, nonostante svolga questo tipo d'intervento, non possiede un riferimento normativo.

Infine Lombardia e Toscana sono le sole Regioni ad avere uno specifico riferimento alla cooperazione internazionale sanitaria nei Piani Sanitari Regionali (rispettivamente"Piano socio sanitario 2007-2009" approvato con DCR n. VIII/257 e "Piano Sanitario Regionale 2008-2010" approvato con DCR n. 53/2008).

In tutte le cinque Regioni, all'interno delle rispettive DG Sanità è stato incaricato un apposito Ufficio/Servizio per gli interventi di cooperazione sanitaria internazionale, e tale ufficio si coordina con le attività e le strategie della DG o dei servizi competenti per i Rapporti Internazionali e la cooperazione decentrata. Tuttavia il grado di collaborazione tra le strutture può variare a seconda della Regione, così come la distribuzione di competenze.

In **Toscana,** sebbene le linee di indirizzo strategico della cooperazione sanitaria internazionale siano definite di comune accordo tra i due Assessorati (l'Assessorato al Diritto alla Salute e l'Assessorato alla Cooperazione Internazionale, Perdono e Riconciliazione fra i Popoli), per quanto attiene gli aspetti amministrativi e di riferimento organizzativo la cooperazione sanitaria internazionale trova la sua collocazione all'interno della Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà, nel Settore "Ricerca Sviluppo e Innovazione", e l'attuazione di tutta la strategia è affidata all'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer di Firenze.

Anche in **Lombardia**, similmente alla Toscana, l'ufficio della Direzione Sanità che gestisce i gemellaggi tra strutture ospedaliere oltre che i ricoveri degli stranieri trasferiti in Italia, elabora un proprio programma di internazionalizzazione del sistema sanitario, e si raccorda con la Direzione Relazioni Esterne soprattutto per rispondere alle richieste di valutazione tecnica di progetti messi a bando per la cooperazione decentrata che riguardano interventi di cooperazione sanitaria.

In **Emilia Romagna** invece la Direzione Sanità non detiene competenza esclusiva sugli interventi di cooperazione sanitaria internazionale ma si raccorda con la Direzione Cooperazione Internazionale e risponde, attraverso i propri mezzi specifici, alle richieste inoltrate da quest' ultima (come ad esempio la necessità di formazione di medici locali). Nella Regione inoltre le competenze dell'una e dell'altra Direzione sono divise secondo gli ambiti territoriali di intervento: il Servizio Relazioni Internazionali si occupa degli interventi nei paesi extra comunitari (invio di attrezzature medico-chirurgiche dismesse, scambio di esperienze professionali), mentre il Servizio Sanitario Regionale si fa carico delle cure mediche a cittadini stranieri trasferiti negli ospedali della Regione e del progetto "Saving Children".

Analogamente al caso dell'Emilia Romagna, in **Veneto** il Servizio per i Rapporti Socio-Sanitari Internazionali sostiene le attività di cooperazione sanitaria in coordinamento con la Direzione per le Relazioni Internazionali riguardo ai progetti finanziati nell'ambito della legge regionale sulla cooperazione allo sviluppo (L.R. 55/99).

In **Umbria** l'ufficio interno all'Assessorato alla Sanità ha competenza riguardo i ricoveri umanitari di cittadini stranieri negli ospedali umbri, mentre in collaborazione con il Servizio Relazioni Internazionali della Regione progetta e attiva interventi di assistenza sanitaria nei Paesi in via di sviluppo.

8.2 Le tipologie d'intervento

La tabella seguente riporta per ciascuna Regione le tipologie d'intervento adottate.

Interventi Coop Sanitaria	**Regioni**				
	Emilia-Romagna	Lombardia	Toscana	Umbria	Veneto
ricoveri umanitari	X	X	X	X	X
invio di attrezzature sanitarie dimesse	X	X	X	X	X
emergenze sanitarie internazionali	-	*	X	X	X
gemellaggi tra strutture ospedaliere	-	X	X	-	X
fornitura di medicinali	-	-	-	X	X
formazione di personale medico locale	X	X	X	-	X
invio del proprio personale medico/scambi formativi	X	X	X	-	
e-health / telemedicina / telediagnosi/ teleconsulto	-	X	-	-	
altre attività rientranti nei rapporti di collaborazione con i livelli nazionali e internazionali	X	X	X	-	X

* attività non ancora realizzata ma prevista

In particolare, per quanto riguarda il ricovero per ragioni umanitarie di cittadini stranieri trasferiti in Italia, questa materia viene disciplinata in modo simile in tutte le Regioni analizzate. Infatti, oltre alle disposizioni già definite nella legge nazionale n.449/1997, gli ulteriori criteri di ammissione scelti dalle Regioni sono quasi sempre gli stessi: priorità a bambini in età pediatrica, prestazioni di alta specialità (come cardiochirurgia, oncoematologia, neurochirurgia, ortopedia protesica, e interventi a seguito di eventi bellici) e riferite a soggetti stranieri provenienti dalle aree definite prioritarie dalla cooperazione decentrata regionale. Inoltre la Lombardia e' anche attenta a dare priorità alle prestazioni collegate a patologie che possono essere risolte o che beneficiano di un unico ricovero.

Il ricorso a questa particolare tipologia d'intervento non sembra diminuire negli anni, anzi le Regioni stanziano per i ricoveri umanitari quote consistenti del loro budget. Prima fra tutte la Lombardia che nel 2007 ha speso 1.150.000 euro per il ricovero di 107 pazienti stranieri; a seguire l'Emilia Romagna che di euro ne ha spesi 1.1500.000 per 139 pazienti. La Toscana invece, con i suoi 600.000 euro dedicati ai ricoveri umanitari, si pone all'ultimo posto se si tiene conto della bassa percentuale (16,3%) che questa voce occupa rispetto al consistente budget speso dalla Regione per l'insieme degli interventi sanitari.

Di seguito sono elencate, per ciascuna Regione, le aree geografiche di provenienza dei pazienti curati nell'ambito dei programmi regionali di assistenza, e viene messa a confronto la spesa annuale sostenuta dalle Regioni per tali ricoveri.

Ricoveri Umanitari suddivisi per paese di provenienza dei pazienti nel 2007*

	Africa	**America Latina**	**Asia**	**Balcani**	**Europa Orientale**	**Maghreb**	**Medio Oriente**	**Num Casi 2007**	**Spesa Annua (euro)**
Emilia-Romagna	15			96	5	9		139 di cui 103 minori	1.150.000
Lombardia	53	9		39			6	107	1.590.000
Toscana	21	1	6	44		2		74	600.000
Umbria*	1	1	n.d.	1	2	3	n.d.	>8	300.000
Veneto	23	2	2	26	14		10	77	800.000

*I dati del Veneto sono basati sui ricoveri effettuati nell'anno 2005 e per l'Umbria mancano i dati dei ricoverati nell'Ospedale di Terni

8.3 Le reti e i rapporti con i diversi attori del territorio regionale

La cooperazione sanitaria internazionale promossa dalla DG Sanità di ciascuna Regione appare ben collegata con i diversi attori del territorio regionale. I maggiori partner sono principalmente le ASL, Aziende Ospedaliere, Università (soprattutto le Facoltà di Medicina), la Protezione civile regionale e la Croce Rossa regionale. Inoltre sono coinvolte molte Organizzazioni umanitarie e Associazioni di volontariato con sede nella Regione, che spesso, in coordinamento con le ASL e le Aziende Sanitarie, permettono di accostare alla cultura della cooperazione internazionale propria del mondo del volontariato le risorse professionali e tecnologiche del mondo ospedaliero.

Così, spesso, sia le idee propositive sia l'attuazione concreta degli interventi di cooperazione sanitaria viaggiano su un canale a due direzioni, che porta dagli uffici regionali agli enti del territorio (USL, Aziende Sanitarie, Università e ONG) e da questi torna alla Regione.

In particolare, la Regione Toscana, adottando più volte, in delibere e documenti, l'espressione "Sistema-Toscana della Cooperazione Sanitaria (STCS)" sembra voler fare intendere il lavoro di sinergia tra i diversi attori coinvolti. L'organizzazione ben strutturata di tale "Sistema" ha lo scopo di garantire la messa in rete di numerose professionalità e lo scambio di esperienze tra soggetti ed enti che hanno funzioni diverse ma ugualmente importanti per la buona riuscita della cooperazione sanitaria nei Paesi in via di sviluppo.

Non solo, la Regione del Veneto parla esplicitamente di impatto positivo degli interventi di cooperazione sanitaria sul territorio regionale. In una prospettiva di cosviluppo, riconosce che le attività di cooperazione sanitaria hanno spesso puntato anche ad un ritorno a favore del sistema sanitario regionale e, più in generale, di tutto il territorio veneto, sia in termini culturali sia in termini scientifici.

8.4 Le aree geografiche d'intervento e i partner locali

Gli interventi di cooperazione sanitaria svolti dalle Regioni italiane analizzate sono destinati prevalentemente ai Paesi dell'Africa sub-sahariana, dei Balcani e del Medio Oriente.

Di seguito sono riportati, per ciascuna Regione italiana, i Paesi d'intervento raggruppati per macro aree geografiche.

Regione	**Aree geografiche d'intervento**						
	Africa sub-sahariana	**Africa Nord**	**Medio Oriente**	**Balcani**	**Europa orientale**	**America latina**	**Asia**
Emilia-Romagna	Mozambico	popolo Saharawi	Israele Palestina		Bielorussia		Afghanistan
Lombardia	Zambia,Ghana, Burundi, Tanzania, Senegal. Mozambico, Madagascar, Kenya, Benin, Costa d'Avorio	Egitto	Libano		Fed. Russa	Paraguay	Uzbekistan, India
Toscana	Kenya, Uganda, Senegal, Camerun, Eritrea..	popolo Saharawi	Libano, Israele Palestina	Albania, Kosovo		Brasile, Ecuador	Tibet, India, Filippine, Vietnam
Umbria	Malawi		Israele Palestina			Argentina	
Veneto	Rep.Dem. Congo,Etiopia, Costa d'Avorio, Camerun, Guinea Bissau, Uganda, Congo, Gibuti		Palestina	Albania, Bosnia, Kosovo	Romania, Slovacchia	Nicaragua Argentina, Perù, Uruguay	Uzbekistan, Georgia

Nei Paesi dell'Africa sub-sahariana gli interventi di cooperazione sanitaria regionale sono rivolti alla lotta alle pandemie, alla prevenzione dal virus HIV e alla ristrutturazione di ospedali e centri di salute. Nei Paesi dell'Africa del Nord sono molto frequenti interventi volti alla formazione del personale locale anche tramite lo scambio di esperienze in campo medico. In Medio Oriente la

cooperazione è presente soprattutto in Libano, Israele e Palestina per far fronte alle diverse emergenze sanitarie create dai conflitti armati, cercando allo stesso tempo di favorire il dialogo tra le popolazioni (come ad esempio tenta di fare il Progetto "Saving Children" per il popolo palestinese ed quello israeliano). Nei Balcani e nell'Europa Orientale la cooperazione sanitaria e' presente principalmente con interventi volti a potenziare i servizi sanitari locali, anche dal punto di vista manageriale, allo scopo di promuovere l'avvicinamento agli standard sanitari europei.

Nei Paesi dell'America Latina gli interventi riguardano in primo luogo il rafforzamento del sistema sanitario (molti programmi regionali rientrano nel Programma Eurosocial dell'UE[47]), ma anche campagne di prevenzione dall'abuso di alcool e droghe o nel recente passato il supporto sanitario alle vittime della crisi finanziaria argentina. Infine in Asia l'attenzione è rivolta alle aree caratterizzate da un ritardo nelle politiche sanitarie.

I Partner presenti nei Paesi in via di sviluppo a cui si rivolgono le Regioni per la loro cooperazione sanitaria internazionale sono prevalentemente realtà di pari livello istituzionale, come Regioni e Province, oltre che ospedali, Università, Ong e soggetti della società civile, e a volte i Ministeri della Salute locali.

8.5 I rapporti politici e di coordinamento con il livello nazionale, comunitario, ed internazionale

Per la realizzazione di molti interventi di cooperazione sanitaria le Regioni hanno attivato collegamenti e sinergie con diverse istituzioni, pubbliche e private, a livello nazionale, comunitario ed internazionale. Nella tabella seguente sono messe a confronto le collaborazioni di ciascuna Regione-caso con i diversi livelli nazionali e non.

	MAE	Min. Salute	ISS	ONU	UE	altre Regioni	CRI	Protezione Civile
Emilia-Romagna	X	X	-	-	-	X (Toscana, Marche e Friuli Venezia Giulia)	X	-
Lombardia	-	-	X	X (OMS)	X (ricerca sanitaria)	-	-	-
Toscana	-	X		X (UNDP, OMS)	-	X (Veneto ed Emilia Romagna)	-	-
Umbria	-	X	-	-	X (programma Eurosocial)	X (Toscana e Veneto per progetto "Saving Children" a Tel Aviv)	-	-
Veneto	X	-	-	X (OMS, UNICEF)	X	X (Umbria, Emilia-Romagna, Toscana)	X	X

Nel campo della ricerca, delle nuove tecnologie e della telemedicina, la cooperazione sanitaria delle Regioni si avvale del supporto tecnico e finanziario dell'Unione europea. Inoltre attraverso la partecipazione ai programmi dell'OMS e dell'UNICEF alcune Regioni si servono di un sostegno formativo, in particolare per l'area materno infantile. Alcune attività di cooperazione sanitaria

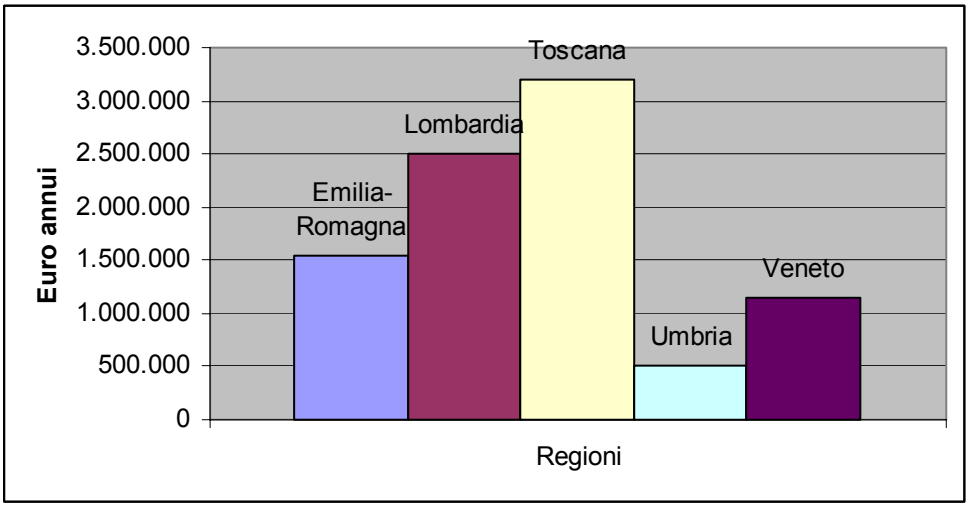
[47] Il progetto finanziato dalla Commissione Europea denominato "Fortalecimiento del sector salud en América Latina como vector de cohesión social"

regionale rientrano spesso nelle richieste e negli intenti del Ministero della Salute o del Ministero degli Affari Esteri. Altre attività si coordinano tra le Regioni italiane per programmi ambiziosi quale il progetto "Saving Children" o per le emergenze sanitarie internazionali congiuntamente con il sostegno di Istituzioni che possiedono le competenze e le capacità organizzative necessarie per intervenire, come la Protezione Civile Nazionale e la Croce Rossa Italiana.

Attraverso tali collaborazioni e partenariati le Regioni usufruiscono dello scambio di informazioni, buone pratiche ed expertise, che permette loro di adattare le proprie metodologie lavorative a modelli e standard via via più avanzati.

8.6 I finanziamenti stanziati nel 2007

Nel grafico sono riportate le risorse finanziarie che ciascuna Regione ha stanziato nel 2007 per la propria cooperazione sanitaria internazionale.



La regione Toscana è la Regione che investe di più in termini di risorse finanziare nella cooperazione sanitaria internazionale. Mentre a livello aggregato si può stimare in circa 8 milioni e mezzo di euro la spesa delle cinque regioni per questa cooperazione. Tuttavia va considerato che, essendo diversa per ciascuna regione l'organizzazione della propria cooperazione sanitaria, tale grafico deve ritenersi indicativo ai fini di un confronto[48].

Ciascuna Regione attira inoltre cofinanziamenti da differenti Enti ed Istituzioni. Tali cofinanziamenti provengono principalmente da fondazioni bancarie, Province, Istituti di Ricerca Sanitaria, Ministero degli Affari Esteri, Ministero della Salute, Unione Europea, Organizzazione mondiale della Sanità.

8.7 Alcune considerazioni finali

Nello svolgere la presente indagine si sono riscontrati i seguenti problemi:

a) non tutte le Regioni adoperano la stessa terminologia e gli stessi criteri di classificazione, per cui spesso i dati sono risultati poco confrontabili (ad esempio ogni Regione fa rientrare nel budget destinato agli interventi di cooperazione sanitaria voci diverse);

[48] Nei capitoli dedicati a ciascun caso studio regionale e' spiegata nel dettaglio la composizione di ogni budget.

b) molti interventi di cooperazione sanitaria, soprattutto quelli sostenuti dalla Direzione o dai servizi rapporti internazionali, nell'ambito della cooperazione decentrata, sono compresi in progetti d'intervento più ampi, che coinvolgono altri settori oltre quello della sanità, perciò e' risultato complicato per i referenti regionali stabilire esattamente il numero di progetti rientranti nel campo sanità e il budget ad esso dedicato;

c) a volte informazioni riguardanti la stessa regione ma provenienti da fonti differenti sono risultate contraddittorie o hanno evidenziato consapevolezze diverse tra gli uffici;

d) sarebbe stato interessante capire quanti finanziamenti vengono spesi per ciascuna voce della cooperazione sanitaria, ma non è stato possibile (solo per ricoveri) per la mancanza di informazioni strutturate.

Infine si sottolinea la rilevanza del ruolo che può assumere un apposito sito internet per la cooperazione sanitaria delle Regioni. Finora solo la Toscana dispone di un sito ad hoc[49], in cui si trovano molte informazioni utili e costantemente aggiornate, come la descrizione dettagliata dei progetti, le linee guida, l'intera documentazione normativa, banche dati oltre che i bandi, vecchi e nuovi, emessi dalla Regione. Per quanto riguarda il Veneto, il sito internet del Servizio per i Rapporti Socio Sanitari Internazionali[50] possiede una pagina web in cui sono descritte le modalità d'intervento della cooperazione sanitaria internazionale svolta dalla Regione. Disporre di un sito significa rispondere ai principi del buon governo, facilitare l'accesso alle informazioni e permettere alla cooperazione sanitaria regionale di costruire e muoversi su una rete capace di fare veramente *sistema* con le diverse componenti della società civile.

[49] https://webs.rete.toscana.it/csi

[50] Attività di cooperazione e di emergenza umanitaria in ambito socio-sanitario [http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Rapporti+Socio+Sanitari+Internazionali/Attività+del+Servizio.htm#].

BIBLIOGRAFIA

Bertinato L, Rampazzo E, Toniolo F. *Il Modello Veneto di cooperazione in ambito socio sanitario* – I Percorsi dello Sviluppo. Padova 2005.

Bertinato L, Rampazzo E, Toniolo F. *Le relazioni socio sanitarie e la partecipazione della Regione Veneto al processo decisionale dell'UE. Rapporto di attività* 2000-2005.

The Institute of Health Economics (IHE). *World in Your Pocket. A Handbook of International Health Economic Statistics,* 2007.

Ministero della Salute, Ministero degli Affari Esteri. *Atti* della "Conferenza per la costituzione di un partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e Medio Oriente" 8 febbraio 2007.

Ministero della Salute, Ministero degli Affari Esteri. *Atti* della conferenza "Information day. Collaborazione sanitaria internazionale e programmi europei"Roma, 11 dicembre 2007.

Ministero degli Affari Esteri, DGCS – UTC. Relazione al Parlamento 2007, area socio-sanitaria.

Missoni E. *Politiche di cooperazione sanitaria con i PVS*, presentazione al Seminario "Salute: diritto di tutti" - Sala dei Notai – Bologna, 4 aprile 1998.

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Firenze. *Presentazioni* della Conferenza "La Regione Toscana e la Cooperazione Sanitaria Internazionale: nuove opportunità per i professionisti del SSR", Firenze 14 maggio 2008.

Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG). *Un itinerario storico nella politica sanitaria internazionale*. 2007.

Regione Toscana, *Linee guida per la cooperazione sanitaria internazionale della Regione Toscana, ovvero per un'etica della cooperazione,* Ottobre 2007.

World Health Organization, UNICEF. Alma Ata 1978 Primary Health Care, "*Health for all"* Series, No.1, WHO, Geneva, 1978.

World Health Organization, Global Report. *Primary Health Care: A Framework for Future Strategic Directions*, 2003.

World Health Organization. *S'engager pour la santé. Onzième programme général de travail, 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire*, Maggio 2006.

World Health Organization. *World Health Statistics*, 2007.

World Health Organization, *Projet de budget: programme 2008-2009.*

Siti internet

www.who.int

www.rbm.who.int

www.theglobalfund.org

www.iss.it

www.ministerosalute.it/

https://webs.rete.toscana.it/csi/

www.europuglia.it

www.regione.sardegna.it/servizi/cittadino/bandi

www.regione.lazio.it

www.provincia.bz.it/cooperazioneallosviluppo

www.regione.vda.it

http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Rapporti+Socio+Sanitari+Internazionali/Attività+del+Servizio.htm#"AttivitaDiCooperazione

Interviste

Luigi Bertinato International Health & Social Affairs Office; Department of Health & Social Services, Regione Veneto

Suela Cadri, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà,Settore Ricerca, Sviluppo e Innovazione, Regione Toscana

Maria Josè Caldes Pinilla, Responsabile della Cooperazione Sanitaria Internazionale, Regione Toscana

Luciano Carrino Unità Tecnica Centrale, DGCS, Ministero degli Affari Esteri

Mariella De Biase, Struttura Progetti di Sanità Internazionale, Regione Lombardia

Giorgio Garelli, Ufficio Affari Internazionali, Regione Piemonte

Gian Luigi Lio, Servizio Politiche Europee e Relazioni Internazionali, Regione Emilia Romagna

Pietro Malara, Direttore ufficio V, Direzione Generale per i Rapporti con l'Unione Europea e per i Rapporti Internazionali (RUERI), Ministero della Salute

Vittoria Pastorelli, Assessorato Politiche per la Salute Servizio Assistenza Distrettuale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, Regione Emilia Romagna

Claudio Polignano, Segretariato Tecnico Congiunto del NPP Interreg/Cards Italia Albania, Regione Puglia

Servizio II - Programmazione socio-sanitaria dell'assistenza di base ed ospedaliera e Osservatorio Epidemiologico, Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali, Regione Umbria

Mara Zenzeri, Responsabile Sezione V, Riabilitazione, disabilità e cooperazione sanitaria