

Indagine sulla cooperazione sanitaria internazionale delle Regioni italiane CeSPI, Novembre 2008

Sintesi

Il CeSPI e l'OICS, per **rispondere alla necessità espressa dall'OCSE/DAC di conoscere le azioni delle Autonomie locali** al fine di meglio armonizzare e rendere efficace l'aiuto, hanno realizzato diverse analisi sulla cooperazione decentrata italiana. L'indagine del CeSPI sulla cooperazione sanitaria internazionale delle Regioni, prima rilevazione esistente in tale settore, si inserisce in questa cornice.

Il fine ultimo è quello di valorizzare l'attività regionale per una sua integrazione con l'attività nazionale, europea ed internazionale e per permettere l'avvio di politiche più coerenti, coordinate e complementari.

L'indagine esamina la cooperazione sanitaria delle Regioni sotto diversi aspetti: norme, indirizzi, metodologie, caratteristiche, contenuti.

La metodologia dell'indagine consiste nella somministrazione di un **questionario** sintetico a tutte le Regioni italiane, cui fanno seguito **interviste mirate** (al MAE è stato intervistato il dott. Luciano Carrino, al Ministero della Salute il dott. Pietro Malara) ed un approfondimento di cinque casi studio regionali (Toscana, Veneto, Lombardia, Umbria, Emilia), basi per un primo confronto regionale.

L'indagine si divide nei seguenti capitoli:

1. La cooperazione sanitaria nello scenario internazionale e nazionale.
2. La cooperazione sanitaria internazionale delle regioni italiane.
3. La cooperazione sanitaria internazionale dell'Emilia Romagna.
4. La cooperazione sanitaria internazionale della Lombardia.
5. La cooperazione sanitaria internazionale della Toscana.
6. La cooperazione sanitaria internazionale dell'Umbria.
7. La cooperazione sanitaria internazionale del Veneto.
8. Un confronto tra gli studi di caso.

1. La cooperazione sanitaria nello scenario internazionale e nazionale.

Nel primo capitolo l'indagine evidenzia come la **speranza di vita**, aumentata di 7 anni a livello mondiale in 30 anni, è in alcuni paesi addirittura diminuita, a causa della debolezza dei sistemi sanitari e delle scelte politiche che privilegiano spesso settori emergenti, quali l'AIDS, trascurando questioni fondamentali che sono alla base della salute delle popolazioni. Viene quindi ricordata l'interconnessione tra condizioni economiche e sociali, accesso ai sistemi sanitari e salute.

Segue un excursus sulle **politiche sanitarie a livello internazionale**, che segnala un riorientamento attuale ad un approccio intersettoriale integrato e di supporto ai sistemi sanitari. In particolare, si evidenziano le attività dell'OMS, basate sulla "Primary health Care" lanciata alla Conferenza di Alma Ata del 1978, in contrapposizione con le conseguenze della nefasta politica settoriale promossa a partire dagli anni '80 dalla Banca Mondiale. Quest'ultima, promuovendo privatizzazione e programmi verticali, ha provocato infatti indebolimento dei sistemi sanitari, mancata accessibilità ai servizi, dispersione di risorse ed aumento delle malattie non trattate.

Ugualmente si rileva come, nel periodo successivo alla creazione del Fondo globale per la lotta contro AIDS, TBC e malaria (cui l'Italia ha contribuito con 200 milioni di dollari nel 2002 e

2003), si sia registrato in Africa un peggioramento delle condizioni materno-infantili ed un diminuito accesso all'assistenza sanitaria da parte delle fasce più povere.

Per tali motivi c'è un ritorno all'approccio multisettoriale ed integrato, di promozione dell'assistenza sanitaria di base attraverso il sostegno ai sistemi sanitari.

La Cooperazione italiana si è sempre adeguata ai principi dell'ASB dell'OMS, ed ispirata al modello italiano basato su prevenzione ed accesso di tutti i cittadini alla salute. Gli interventi sanitari realizzati dal MAE sono generalmente a gestione diretta o promossi da ONG. Il **MAE** ha individuato 7 macro-aree (mortalità infantile e materna, AIDS e malattie trasmissibili (Obiettivi del Millennio); sistemi sanitari, disabilità, salute mentale, malattie croniche e degenerative). Nel 2007 nel canale bilaterale sono stati allocati 166 milioni di euro.

Da qualche anno interventi di cooperazione sanitaria sono svolti anche dal Ministero della Salute e dall'ISS.

Il **Ministero della Salute** contribuisce alla definizione delle politiche internazionali, partecipa a gemellaggi amministrativi finanziati dall'UE, tramite ISS, ISRCS, Aziende Sanitarie, Regioni e Arpa. Inoltre stipula accordi con i Paesi. Ad oggi, sono in vigore le Intese con Algeria, Tunisia, Egitto, Arabia Saudita, Marocco, Israele, Libano, Giordania, Bulgaria, Romania, Armenia Georgia ed altre Repubbliche ex sovietiche. L'**ISS** opera ai vari livelli di *policy* sanitaria, soprattutto a favore della governance sanitaria, riforma dei sistemi informativi ed utilizzo di indicatori di risultato. Tra i Paesi: Egitto, Palestina, Libia. Riceve spesso finanziamenti del MAE ed UE.

2. La cooperazione sanitaria internazionale delle regioni italiane.

Struttura normativa e organizzativa

Dalle risposte ai tre quesiti posti nel questionario distribuito alle Regioni e Province autonome - cui non hanno risposto Calabria, Campania e Sicilia - risulta che:

- a) tutte, tranne la Basilicata, realizzano **interventi di cooperazione sanitaria.**
- b) per quanto concerne **l'esistenza di atti normativi e programmatici ad hoc,** ci sono:
- una **legge regionale** ad hoc (Umbria);
 - un **atto deliberativo** (Piano Sanitario/SSR) della Sanità regionale (Toscana, Lombardia);
 - una programmazione specifica sulla cooperazione sanitaria internazionale (Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria, Veneto);
 - **leggi regionali sulla cooperazione decentrata** che prevedono interventi sanitari (Abruzzo, FVG, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Prov.Bolzano, Prov.Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Valle d'Aosta).
- Nelle leggi di cooperazione decentrata di Abruzzo, Lazio e Prov.Bolzano, vi è un articolo sulle **emergenze**.
- Nei **bandi di cooperazione** della Sardegna, sanità e welfare sono ambiti tematici prioritari.

Una **tabella** sintetizza l'organizzazione normativa e programmatica di ciascuna Regione in ambito di cooperazione sanitaria internazionale.

- c) Per quanto concerne l'esistenza o meno di un **Ufficio di cooperazione sanitaria,** esso esiste, all'interno della DG Sanità, nelle Regioni Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto; nelle restanti Regioni competente è l'ufficio che si occupa di cooperazione decentrata.

Una **tabella** riporta l'ufficio di riferimento per ogni Regione.

Tipologie di intervento

Le tipologie d'intervento di cooperazione sanitaria delle Regioni sono le seguenti:

1. **scambio di esperienze attraverso la formazione professionale** in loco e in Italia;
2. **potenziamento dei sistemi sanitari locali** : formazione medico/infermieristica e sostegno manageriale e gestionale, anche attraverso gemellaggi in ambito IPA, ENPI e Transition Facility dell'UE;
3. programmi di **ricovero per ragioni umanitarie** (soprattutto Toscana, Emilia R., Lombardia, Umbria, Veneto), seguendo determinati criteri; la spesa annuale si aggira intorno ai 14 mila euro per paziente ricoverato;
4. invio di **attrezzature sanitarie dismesse**, sulla base di leggi, programmi regionali o autorizzazioni ad hoc (Lombardia, Veneto, Umbria, Emilia R., Prov.Bolzano);
5. invio di équipes sanitarie, farmaci e attrezzature sanitarie per interventi di **emergenza internazionale**, in stretto coordinamento con la Protezione Civile;
6. partecipazione, attraverso **contributi finanziari, ai programmi OMS, UE ed altro**;
7. promozione di **e-health, teleconsulto, telemedicina, telediagnosi**.

Lo studio dei casi regionali (Toscana, Veneto, Lombardia, Umbria ed Emilia Romagna)

La maggior parte delle Regioni fa rientrare le attività di cooperazione sanitaria nelle leggi di cooperazione decentrata. Alcune Regioni (Toscana, Veneto, Lombardia, Umbria ed Emilia Romagna) possiedono invece un quadro più strutturato e si avvalgono di vari atti normativi regionali di riferimento, prevedendo anche un coinvolgimento del Sistema Sanitario territoriale. Lo studio, negli ultimi capitoli, esamina in modo più approfondito ed espone in dettaglio la loro struttura normativa ed organizzativa, le aree tematiche e geografiche di intervento, i partners, gli strumenti di finanziamento e le iniziative di cooperazione sanitaria.

Il quadro normativo ed organizzativo risulta notevolmente differente da Regione a Regione, per quanto concerne la struttura, le tipologie di intervento ed i finanziamenti. Esiste nelle cinque Regioni, nella DG Sanità, una struttura ad hoc per gli interventi di cooperazione sanitaria, che si coordina con altre Unità competenti per i Rapporti Internazionali o la cooperazione internazionale.

Tra le diverse attività, solo il ricovero di cittadini stranieri per ragioni umanitarie è regolato in modo simile, avendo per cappello una legge nazionale; esso comporta una spesa rilevante, soprattutto da parte di Lombardia e Toscana (oltre un milione di euro ciascuna). Una **tabella** riporta le tipologie d'intervento per Regione ed un'altra il numero di ricoveri per paese di provenienza e la spesa annua nel 2007.

I principali partners delle Regioni sono ASL, Aziende Ospedaliere, Università, Protezione Civile regionale, Croce Rossa regionale, ONG e Associazioni di Volontariato (con le quali sono stati attivati gemellaggi). I Servizi di cooperazione sanitaria delle Regioni hanno inoltre attivato collegamenti e sinergie con istituzioni pubbliche e private a livello nazionale, comunitario ed internazionale (OMS e programmi ONU). Una **tabella** riporta le collaborazioni di ogni singola Regione (MAE, Min.Salute, ISS, ONU, UE, altre Regioni, CRI, Protezione Civile).

Gli interventi delle Regioni sono indirizzati soprattutto ai Paesi dell'Africa sub-sahariana (lotta alle pandemie, prevenzione AIDS, ristrutturazione di ospedali e centri di salute), dei Balcani (potenziamento SSL) e del Medio Oriente (emergenze sanitarie e dialogo). Una **tabella** riporta le Aree geografiche d'intervento delle cinque Regioni.

Sebbene i dati delle Regioni non siano confrontabili, la Regione Toscana risulta quella che investe di più, seguita da Lombardia, Emilia Romagna e Veneto (**8 milioni e mezzo di euro complessivi nel 2007**).

I cofinanziamenti provengono principalmente da fondazioni bancarie, Province, Istituti di Ricerca Sanitaria, MAE, Min.Salute, UE, OMS.

Il Veneto è l'unica Regione che, nella prospettiva di co-sviluppo, riconosce un ritorno a favore del sistema sanitario regionale in termini sia culturali che scientifici.

Un capitolo è destinato al **progetto di cooperazione sanitaria parte di Interreg IIIA Italia-Albania**, affidato alla **Regione Puglia** (7 milioni di euro, di cui il 75% finanziato con fondi FESR per l'Albania e 25% dalla Regione. A questa cifra si aggiunge 1 milione di fondi CARDS gestiti dalla Delegazione della Commissione Europea a Tirana) - in qualità di leader partner - che ne ha affidato la realizzazione ad A.Re.S., l'Agenzia Regionale Sanitaria istituita nel 2001. La controparte è il Ministero della Salute Albanese. Le tre direttrici sono l'attivazione di un Osservatorio Epidemiologico, un programma di diagnosi precoce del carcinoma mammario e cervicale e trapianto di rene, un programma di cooperazione scientifica, tecnica e manageriale in ambito socio sanitario.

Lo studio si conclude con alcune considerazioni sulle difficoltà incontrate soprattutto a causa della mancanza di informazioni strutturate e della diversità di terminologia e classificazione di dati. Viene sottolineata inoltre la rilevanza che potrebbe assumere un sito internet per la cooperazione sanitaria delle Regioni (solo la Toscana possiede un sito ad hoc -il Veneto possiede una pagina web) ai fini della costruzione di una rete che permetta di fare sistema.

Dall'indagine emergono alcuni spunti utili ai fini dell'armonizzazione della cooperazione sanitaria delle Regioni e di una maggiore efficienza ed efficacia dell'aiuto. Tra questi:

- la necessità di una 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 base di una accurata valutazione;
- l'esigenza di uno scambio dei dati, di un coordinamento delle iniziative tra regioni e della promozione di iniziative comuni;
- l'esigenza di un confronto e coordinamento tra Regioni, Ministero della Salute e MAE;
- l'esigenza di rendere i dati confrontabili e visibili e di dare una informazione migliore alla società civile (sito web).