

**La *governance* della cooperazione
sanitaria internazionale della Regione
Toscana: analisi e proposte**

Almona Tani
Raffaella Coletti

Si ringraziano tutte le persone intervistate per il tempo e la disponibilità offerti e la condivisione di informazioni e opinioni.

La responsabilità di quanto scritto è esclusivamente degli autori.

INDICE

1. Introduzione	5
2. La governance multilivello della cooperazione sanitaria internazionale e il ruolo delle Regioni	7
2.1 SDG 3: Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età.....	7
2.2 La comunità internazionale e l'evoluzione della cooperazione sanitaria	9
2.3 La cooperazione sanitaria internazionale nell'Unione europea.....	10
2.4 La cooperazione sanitaria internazionale dell'Italia	12
2.5 Il ruolo delle Regioni	13
3. Domande valutative, metodologia e fonti	16
4. La cooperazione sanitaria internazionale nella Regione Toscana: principi, strutture e governance	20
4.1 La governance "esterna" della CSIT.....	20
4.1.1. Il contributo della cooperazione sanitaria toscana a livello nazionale e internazionale ..	20
4.1.2. Le relazioni tra la cooperazione sanitaria ed altre attività di cooperazione allo sviluppo della Regione Toscana	22
4.1.3. I legami della cooperazione sanitaria toscana con attori chiave a diversi livelli	24
4.2 La governance interna del CSIT	26
4.2.1. Le strutture organizzative	26
4.2.2 Gli strumenti finanziari e l'effetto moltiplicatore dei progetti di cooperazione interazionale	29
4.2.3. Il livello di coordinamento ed integrazione tra i principali attori coinvolti nella CSIT	30
4.2.4. Il livello di coordinamento e collaborazione con gli attori dei territori	32
5. La <i>governance</i> della CSIT: punti di forza e punti di debolezza	34
5.1. Le forze	34
5.2. Le debolezze	36
5.3. Le opportunità	38
5.4. Le sfide/minacce.....	39
6. Raccomandazioni.....	41
6.1. Strategie Weaknesses – Opportunities (W-O).....	41
6.2. Strategie Weaknesses – Threats (W-T).....	43
6.3. Strategie Strengths – Opportunities (S-O).....	44
6.4. Strategie Strengths – Threats (S-T).....	44
7. Conclusioni	47
Riferimenti bibliografici	49
Documenti consultati	50
Elenchi progetti	50

Annesso	52
Esempi di PIRS	52
PIR e Progetti semplici, 2012-2017.....	52

1. Introduzione

La cooperazione sanitaria rappresenta un tema di estremo rilievo nell'ambito della cooperazione internazionale allo sviluppo, a diverse scale. Accanto ai tradizionali attori come le organizzazioni internazionali e intergovernative, donatori e Paesi partner, un ruolo rilevante è ricoperto dalle organizzazioni non governative e, in misura crescente, dagli attori subnazionali, in particolare Regioni e Comuni nel caso italiano.

Le Regioni italiane sono da diversi anni impegnate nell'ambito della cooperazione sanitaria internazionale, mobilitando le proprie direzioni e sistemi sanitari a fianco e in modo più o meno integrato con la cooperazione decentrata e territoriale 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. A questo si aggiunge la spinta che viene dalla società civile per la solidarietà internazionale.

La cooperazione sanitaria rappresenta da molti anni un'attività di estremo rilievo nel quadro delle attività di cooperazione internazionale realizzate dalla Regione Toscana. Sin dal 2002, nei Piani Sanitari della Regione un apposito paragrafo è dedicato agli interventi di cooperazione internazionale.

Una indagine focalizzata sulla cooperazione sanitaria delle Regioni italiane realizzata dal CeSPI (Pietrogrande, 2008) aveva consentito di mettere in luce nel caso toscano un sistema articolato di attività e una complessa struttura di *governance* (il "Sistema-Toscana della Cooperazione Sanitaria"), caratterizzato dalla cooperazione tra l'allora *Assessorato al Diritto alla Salute* e l'*Assessorato alla Cooperazione Internazionale* e dal coinvolgimento dei diversi attori del territorio.

Negli ultimi anni cambiamenti di rilievo hanno investito la cooperazione sanitaria della Regione. In particolare, la struttura di *governance* si è rinnovata a partire dal 2012, con l'istituzione del Centro Salute Globale (CSG), struttura della Regione Toscana finalizzata al coordinamento delle iniziative di cooperazione sanitaria internazionale e di tutela della salute dei migranti. Il Centro afferisce nella sua gestione all'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di Firenze, azienda storicamente responsabile per l'attuazione della strategia di cooperazione sanitaria della Regione. Il Centro Salute Globale rappresenta una importante innovazione istituzionale, unica nel suo genere in Italia, a testimonianza dell'impegno della Regione in ambito di cooperazione sanitaria, e la sua istituzione costituisce un importante cambiamento e una significativa sfida. Parallelamente, però, si è assistito ad una significativa riduzione delle risorse dedicate alla cooperazione sanitaria internazionale (passate dal 2009 al 2016 da circa 4 milioni di euro a circa 1.6 milioni), nel quadro della più generale riduzione delle risorse disponibili per la cooperazione internazionale.

La nuova configurazione del sistema di cooperazione sanitaria regionale, unitamente all'esigenza di un investimento più selettivo e strategico degli scarsi fondi a disposizione, richiede una riflessione sul sistema di *governance* della cooperazione sanitaria della Regione Toscana, al fine di valutarne le caratteristiche salienti, evidenziare punti di forza e debolezza, e identificare linee di indirizzo per una gestione il più possibile efficace ed efficiente.

Obiettivo del presente lavoro è dunque quello di offrire una accurata analisi di valutazione della *governance* del sistema di cooperazione sanitaria internazionale delle Regione Toscana.

Il lavoro è strutturato come segue: nel paragrafo 2 viene presentato il quadro di governance multilivello della cooperazione sanitaria internazionale, nel cui ambito si muove l'attività delle regioni. Nel paragrafo 3 viene introdotto il disegno e le metodologie della valutazione. Nel paragrafo 4 viene raccontata e descritta l'esperienza e quindi le caratteristiche salienti del sistema della cooperazione sanitaria internazionale della Regione e in particolare del CSG, utilizzando le domande valutative come guida e riferimento. Nel paragrafo 5 si presentano i risultati di un'analisi SWOT del sistema. Nel paragrafo 6 vengono forniti orientamenti e raccomandazioni per una *governance* più efficace della cooperazione. Nel paragrafo 7 vengono infine tracciate alcune conclusioni.

2. La governance multilivello della cooperazione sanitaria internazionale e il ruolo delle Regioni

Obiettivo di questa sezione è illustrare la governance multilivello della cooperazione sanitaria internazionale, nel cui ambito si colloca l'azione delle Regioni. Viene innanzitutto richiamato l'obiettivo n. 3 degli Obiettivi di Sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite ("Assicurare la salute il benessere per tutti e per tutte le età") che orienta la cooperazione internazionale in ambito sanitario. Vengono poi illustrati gli attori di riferimento e le loro principali strategie a livello internazionale, europeo e nazionale, per giungere poi ad una riflessione sul ruolo che, in questo quadro, svolge la cooperazione decentrata sviluppata a partire dai territori regionali.

2.1 SDG 3: Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età

Gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (*Sustainable Development Goals - SDGs*) rappresentano l'impegno della comunità internazionale per raggiungere un futuro migliore e più sostenibile per tutti. Sono stati approvati nel 2015 nell'ambito della Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile. Si fondano sull'esperienza degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (Millennium Development Goals - MDGs) di cui ampliano lo scopo, e che avevano rappresentato gli indirizzi per le attività di cooperazione tra il 2000 e il 2015. Gli SDGs segnano un passaggio storico per le Nazioni Unite verso un'unica agenda di sviluppo sostenibile, arrivata dopo lunghi sforzi per integrare gli obiettivi di sviluppo economico e sociale con la sostenibilità ambientale. Riconoscono che gli interventi mirati alla fine della povertà assoluta e di altre deprivazioni devono andare di pari passo con strategie volte a migliorare la salute e l'istruzione, ridurre le disuguaglianze, diffondere la crescita economica, affrontando al contempo il cambiamento climatico e lavorando per proteggere i nostri oceani e le nostre foreste, in un quadro integrato e universale.

Figura 1. Gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile



Fonte: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sustainable_Development_Goals.jpg

Rispetto ai precedenti Obiettivi di sviluppo del millennio, sulla cui esperienza sono stati costruiti, gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (OSS) presentano alcune differenze significative.

Si sottolineano, in particolare:

- (i) un approccio maggiormente partecipativo alla definizione e al perseguimento dei goals, che richiedono l'impegno da parte di diverse categorie di attori - dal livello globale a quello locale, dall'ambito pubblico a quello privato;
- (ii) una maggiore flessibilità nelle modalità di adozione degli Obiettivi e del loro perseguimento a diverse scale di intervento (al contrario degli obiettivi del Millennio, che avevano un approccio maggiormente standardizzato - *one-size-fits-all approach*)
- (iii) una definizione di obiettivi comuni da raggiungere per i Paesi industrializzati così come per quelli in via di sviluppo, comprendendo tutti i Paesi del mondo di fronte alla sfida per la sostenibilità. Gli OSS hanno validità universale: tutti i Paesi devono fornire un contributo comune ma differenziato per raggiungere gli obiettivi in base alle loro capacità.

La salute è al centro del terzo degli obiettivi di sviluppo sostenibile, "Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età". Come per gli altri obiettivi, anche il SDG 3 è declinato in una serie di target da raggiungere per il 2030 (illustrati nel box seguente), che delineano i temi centrali di intervento previsti in tema di salute.

Box. 1: Target del SDG 3. Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età

- 3.1** Entro il 2030, ridurre il tasso di mortalità materna globale a meno di 70 per ogni 100.000 bambini nati vivi
- 3.2** Entro il 2030, porre fine alle morti prevenibili di neonati e bambini sotto i 5 anni di età. Tutti i Paesi dovranno cercare di ridurre la mortalità neonatale ad almeno 12 per ogni 1.000 bambini nati vivi e la mortalità dei bambini sotto i 5 anni di età ad almeno 25 per 1.000 bambini nati vivi
- 3.3** Entro il 2030, porre fine alle epidemie di AIDS, tubercolosi, malaria e malattie tropicali trascurate; combattere l'epatite, le malattie di origine idrica e le altre malattie trasmissibili
- 3.4** Entro il 2030, ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e il trattamento e promuovere benessere e salute mentale
- 3.5** Rafforzare la prevenzione e il trattamento di abuso di sostanze, tra cui l'abuso di stupefacenti e il consumo nocivo di alcol
- 3.6** Entro il 2020, dimezzare il numero globale di morti e feriti a seguito di incidenti stradali
- 3.7** Entro il 2030, garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, inclusa la pianificazione familiare, l'informazione, l'educazione e l'integrazione della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali
- 3.8** Conseguire una copertura sanitaria universale, compresa la protezione da rischi finanziari, l'accesso ai servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l'accesso sicuro, efficace, di qualità e a prezzi accessibili a medicinali di base e vaccini per tutti
- 3.9** Entro il 2030, ridurre sostanzialmente il numero di decessi e malattie da sostanze chimiche pericolose e da contaminazione e inquinamento dell'aria, delle acque e del suolo
- 3.a** Rafforzare l'attuazione del Quadro Normativo della Convenzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sul Controllo del Tabacco in modo appropriato in tutti i Paesi
- 3.b** Sostenere la ricerca e lo sviluppo di vaccini e farmaci per le malattie trasmissibili e non trasmissibili che colpiscono soprattutto i Paesi in via di sviluppo; fornire l'accesso a farmaci e vaccini

essenziali ed economici, in conformità alla Dichiarazione di Doha sull'Accordo TRIPS e la Sanità Pubblica, che afferma il diritto dei Paesi in via di sviluppo ad utilizzare appieno le disposizioni dell'Accordo sugli Aspetti Commerciali dei Diritti di Proprietà Intellettuale contenenti le cosiddette "flessibilità" per proteggere la sanità pubblica e, in particolare, fornire l'accesso a farmaci per tutti.

3.c Aumentare considerevolmente i fondi destinati alla sanità e alla selezione, formazione, sviluppo e mantenimento del personale sanitario nei Paesi in via di sviluppo, specialmente nei meno sviluppati e nei piccoli Stati insulari in via di sviluppo

3.d Rafforzare la capacità di tutti i Paesi, soprattutto dei Paesi in via di sviluppo, di segnalare in anticipo, ridurre e gestire i rischi legati alla salute, sia a livello nazionale che globale

Fonte: <http://www.obiettivo2030.it/objective-3-page-19>

2.2 La comunità internazionale e l'evoluzione della cooperazione sanitaria

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), fondata nel 1948, è l'autorità direttrice e coordinatrice nel campo della sanità delle attività internazionali in seno al sistema delle Nazioni Unite. L'OMS definisce la tutela della salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non solo l'assenza di malattia, e riconosce la salute come una condizione indispensabile per la pace e la sicurezza di tutti i popoli. I suoi compiti sono principalmente quelli di 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. Come per altri obiettivi di sviluppo sostenibile, anche nel caso dell'Obiettivo 3 la relativa agenzia delle Nazioni Unite - in questo caso l'OMS, oltre a realizzare propri interventi, svolge un ruolo di "custode" rispetto al perseguimento dell'obiettivo, stimolando e offrendo un riferimento per le diverse iniziative messe in campo dal settore pubblico e privato a diverse scale. Gli attori che operano in ambito della salute sono numerosi, a cominciare da altre organizzazioni delle Nazioni Unite; la Banca mondiale (BM) e il sistema delle banche e dei fondi regionali di sviluppo; gli Stati e le loro entità territoriali, le grandi multinazionali farmaceutiche e delle assicurazioni, organismi non governativi no profit.

Durante gli anni '60 e '70 le attività dell'OMS erano rivolte principalmente alla costruzione di infrastrutture sanitarie, soprattutto nelle aree rurali. Un passaggio fondamentale è stato rappresentato dalla Dichiarazione di Alma Ata (1978) sull'assistenza sanitaria primaria, che per la prima volta ha strettamente collegato i temi della salute a quelli dello sviluppo, e ha sottolineato l'importanza della attenzione primaria della salute come strategia per ottenere un miglior livello di vita della popolazione. E' evidente da questa formulazione che la Dichiarazione pone le basi per l'integrazione della cooperazione sanitaria nel più ampio ambito della cooperazione internazionale allo sviluppo; e infatti, nella dichiarazione si sottolinea che "Tutte le nazioni dovrebbero agire in uno spirito di stretta cooperazione e di servizio per garantire a ciascuno l'assistenza sanitaria primaria, dal momento che il raggiungimento della salute da parte delle persone di un qualsiasi paese interessa direttamente e rappresenta un beneficio per tutte le altre nazioni" (Art. 9).

Il *Comprehensive Primary Health Care (PHC) Approach*, proposto alla Conferenza di Alma Alta, ha dominato la scena della cooperazione sanitaria internazionale fino ai primi anni '80, quando la Banca mondiale ha promosso la *Selective PHC*, mirata a concentrare le risorse nella lotta di alcune determinate malattie. Su questa linea sono nati numerosi programmi

verticali promossi e finanziati da grosse partnership di donatori pubblici e privati.

Le tendenze più recenti, di contro, rivalutano i principi di Alma Ata. D'altro canto, tali principi erano stati valorizzati nell'ambito di una serie di documenti chiave pubblicati negli anni seguenti in ambito sanitario¹, e nell'ambito degli obiettivi di sviluppo del Millennio (adottati nel 2000) che includevano tre obiettivi² e una serie di sotto-obiettivi³ focalizzati sulla salute. Coerentemente con questa evoluzione, l'enfasi sulla correlazione tra salute e sviluppo è centrale nell'ambito dei Sustainable Development Goals, e la promozione della salute si inserisce in modo sempre più consapevole in un approccio multisettoriale.

2.3 La cooperazione sanitaria internazionale nell'Unione europea

Anche l'intervento dell'Unione europea in materia di salute globale mira naturalmente a perseguire i target del SDG 3, e si fonda sulla Comunicazione della Commissione europea "Il ruolo dell'Unione europea nella sanità mondiale" e le successive conclusioni del Consiglio, entrambe del 2010.

Il punto di partenza dell'Unione europea è che, "poiché le malattie e le loro cause non conoscono frontiere, le questioni della salute a livello mondiale non possono essere affrontate efficacemente solo in un'ottica europea. Anche la pressione cui sono esposti i sistemi sanitari in termini di personale e risorse finanziarie per garantire un servizio di qualità a una popolazione sempre più vecchia è un fenomeno globale che impone una migliore cooperazione a livello internazionale"⁴.

La Comunicazione della Commissione individua quattro sfide principali in ambito di cooperazione internazionale sanitaria, cui corrispondono altrettanti obiettivi/ambiti di intervento:

1. Una gestione democratica e inclusiva. Da un lato l'UE intende relazionarsi con i principali organismi internazionali sostenendo una guida più incisiva da parte dell'OMS per evitare eccessive frammentazioni; dall'altro sostiene una piena partecipazione di tutti gli attori alla definizione delle politiche, all'attuazione e al controllo sulla sanità nazionale e sulle altre politiche pertinenti.
2. Verso una copertura universale dell'assistenza sanitaria di base di qualità: come e

¹ Tra questi, *La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute* (1986) che sottolinea ulteriormente il legame tra salute e sviluppo o la Dichiarazione *Health21: La salute per tutti nel 21° secolo* (1998), che esprime i suoi valori fondanti in "la salute come diritto umano fondamentale; l'equità nella salute e la solidarietà nell'azione all'interno delle nazioni e fra di esse e i loro abitanti; la partecipazione e la responsabilità da parte di individui, gruppi, istituzioni e comunità per lo sviluppo permanente della salute".

² Ob. 4 Ridurre la mortalità infantile; Ob. 5 Ridurre la mortalità materna; Ob. 6 Combattere l'HIV/AIDS, la malaria e altre malattie.

³ Il tema della salute era incluso nei sotto-obiettivi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi più generici 1, 7 e 8. Più precisamente il contenuto dei sotto-obiettivi riguardava per l'obiettivo 1 (*Eradicare la povertà assoluta e la fame*), ridurre della metà, fra il 1990 e il 2015, la percentuale di popolazione che soffre la fame; per l'obiettivo 7 (*Assicurare la sostenibilità ambientale*), 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 (*Partnership globale per lo sviluppo*), in cooperazione con le aziende farmaceutiche, rendere le medicine essenziali disponibili ed economicamente accessibili nei Paesi in via di sviluppo.

⁴ Fonte: https://ec.europa.eu/health/international_cooperation/global_health_it

dove agire. In questo ambito l'UE propone di dare priorità e accrescere il suo sostegno a paesi dal contesto difficile, privi di aiuto e/o più svantaggiati in merito agli obiettivi di sviluppo in ambito sanitario. Propone inoltre di concentrare il proprio intervento sul rafforzamento dei sistemi sanitari, soprattutto attraverso il ruolo degli Stati.

3. Coerenza tra le politiche UE pertinenti collegate alla sanità mondiale: l'UE si propone di garantire che tutte le politiche interne ed esterne pertinenti contribuiscano a promuovere un accesso equo e universale a cure mediche di qualità. Tra queste le politiche del commercio (in particolare in materia di accesso ai farmaci essenziali); migratorie (nel cui ambito gli Stati membri dell'Unione devono garantire che le loro politiche sull'immigrazione non compromettano la disponibilità di professionisti del settore sanitario nei paesi terzi, e garantire che ogni individuo nell'UE, compresi i migranti, abbia accesso a cure mediche di qualità); di sicurezza (perseguendo l'accesso a cure mediche per popolazioni in contesti di crisi umanitaria, e la prevenzione di minacce per la salute su scala globale); sicurezza e assistenza alimentare e alimentazione; cambiamento climatico.

4. Dialogo e azione basati sulla ricerca e sui dati: in questo ambito l'UE prevede di rafforzare la ricerca sanitaria a beneficio di tutti.

Società civile e autorità locali rappresentano partner chiave nel perseguimento degli obiettivi di sviluppo da parte dell'Unione europea, incluso l'ambito sanitario. Le principali fonti di finanziamento sono rappresentate dagli strumenti di assistenza esterna, inclusi, nella programmazione 2014-2020, il *Development Cooperation Instrument* (DCI), che finanzia attività in Asia, America Latina e Africa; lo *European Neighbourhood Instrument* (ENI) per i paesi del vicinato; lo *European Development Fund* (EDF), finanziato direttamente dagli Stati Membri fuori dal budget europeo e utilizzato in Africa, Caraibi e Pacifico e lo *Instrument contributing to Stability and Peace*. DCI e EDF sono le fonti più significative, e l'attenzione all'ambito sanitario è spiccata nelle strategie sostenute da questi fondi. L'aiuto è fornito sotto forma di sostegno al budget o tramite progetti; l'UE ha inoltre creato un Trust Fund per facilitare gli interventi in caso di crisi.

Nel 2014-2020 l'UE alloca inoltre risorse per programmi di salute nei seguenti paesi partner: Afghanistan, Belize, Burkina Faso, Burundi, Repubblica Centro Africana, Congo, Etiopia, Grenada, Guinea-Conakry, Guinea-Bissau, Mauritania, Marocco, Nigeria, Sudan, Sud-Sudan, Tajikistan, Zimbabwe. Ha inoltre proseguito l'attuazione di programmi in paesi prioritari nella programmazione 2007-2013, tra cui Chad, Egitto, Ghana, Liberia, Niger, Filippine, Sierra Leone, Sud Africa, Vietnam, Zambia⁵.

Per avere una indicazione di riferimento, si consideri che nel 2017 l'UE ha investito 1,2 miliardi di dollari sotto forma di aiuto in ambito sanitario. La maggioranza di questo ammontare (circa il 79%) viene fornito bilateralmente. I fondi per la salute sono cresciuti a partire dal 2014, in particolare grazie a accresciuti investimenti in infrastrutture sanitarie di base (che pesano per circa il 25% dell'aiuto bilaterale) e al costante rilievo attribuito all'assistenza sanitaria di base (circa il 26% dell'aiuto bilaterale)⁶. L'UE è inoltre stato nel 2017 il terzo donatore di riferimento in materia di Ricerca & Sviluppo in ambito sanitario,

⁵Per maggiori informazioni: https://ec.europa.eu/europeaid/sectors/human-development/health_en

⁶ Fonte: <https://donortracker.org/eu/globalhealth>

con un contributo di circa 119 milioni di dollari⁷.

L'UE si propone inoltre di mantenere un dialogo a livello mondiale con gli attori principali, innanzitutto i principali organi delle Nazioni Unite (a cominciare dall'OMS) ma anche con la Comunità internazionale (ad esempio in ambito G20 e G7).

2.4 La cooperazione sanitaria internazionale dell'Italia

L'Italia dedica da sempre una particolare attenzione alla cooperazione sanitaria, e dunque al perseguimento degli obiettivi del Goal 3. Iniziative di cooperazione sanitaria vengono realizzate dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità. Le attività di cooperazione sanitaria allo sviluppo si inseriscono nel più ampio quadro della cooperazione allo sviluppo, e sono dunque programmati dal Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione internazionale e gestiti dall'Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo (AICS) secondo quanto stabilito dalla Legge 125/14 (Disciplina generale sulla cooperazione internazionale per lo sviluppo).

L'Italia partecipa al finanziamento delle organizzazioni e dei principali fondi internazionali in materia di salute; realizza inoltre attività bilaterali, direttamente o indirettamente. A partire dal 2012 l'Aiuto pubblico sanitario aveva conosciuto un drastico calo, ma è successivamente gradualmente risalito. Nel biennio 2015-16 ha raggiunto circa 60 milioni di euro l'anno. Nel 2016 il 70% delle attività di cooperazione sanitaria bilaterale sono state realizzate dalle Organizzazioni della Società Civile; due terzi del totale in Africa Sub-Sahariana (Burbo et al 2017). Attualmente la salute risulta essere, per risorse allocate, la principale area di intervento della cooperazione italiana sul canale multilaterale, e un importante ambito di cooperazione bilaterale, con un'attenzione che si conferma concentrata in Africa Sub-sahariana. Tuttavia, si sottolinea che recentemente sono sorte diverse critiche per una progressiva riduzione delle risorse per la cooperazione allo sviluppo, che possono quindi implicare una riduzione dei fondi anche per la cooperazione sanitaria. Tra i temi di intervento delle risorse AICS in ambito sanitario figurano servizi medici, politica sanitaria e gestione amministrativa, servizi sanitari di base, malattie sessualmente trasmissibili (incluso HIV/AIDS), controllo delle malattie infettive, salute riproduttiva⁸.

Tra le priorità definite dal documento triennale di programmazione e di indirizzo 2017-2019 rientra la salute. In questo ambito, la Cooperazione italiana "adotta un approccio centrato sul rafforzamento dei sistemi sanitari, sul miglioramento dell'accesso ai servizi da parte delle fasce più deboli della popolazione che vive nelle aree urbane più povere (salute urbana) e nelle aree rurali, sulla salute materno-infantile" (Documento di indirizzo, p. 20). I temi centrali adottati sono i seguenti:

- Sviluppo precoce del bambino
- Malattie croniche non trasmissibili (interventi già attuati in Paesi come Palestina e Bolivia)
- Malattie trasmissibili
- Salute mentale (Interventi già attuati in Egitto)

Sotto il profilo geografico, il documento richiama genericamente l'attenzione verso Africa, Caraibi e Pacifico, con la prima cui viene destinata un'attenzione (e fondi) particolari.

⁷ Fonte: <https://donortracker.org/sector/global-health-r-and-d>

⁸ Fonte: <https://openaid.aics.gov.it>.

La Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale si è dotata nel 2009 di Principi Guida per la cooperazione in ambito di Salute Globale, successivamente aggiornate nel 2014-2016. I principi guida, da cui discende l'impostazione degli interventi in ambito di cooperazione sanitaria, rispettano il quadro degli obiettivi e degli strumenti a livello internazionale ed europeo, e inseriscono la cooperazione italiana nel quadro della *governance* multilivello della salute globale.

Box 3: Principi Guida della Cooperazione dell'Italia in ambito di Salute Globale

1. La Cooperazione Italiana promuove lo sviluppo socioeconomico basato sull'approccio dei diritti umani, dando priorità ai Paesi a basso e a medio reddito e ai gruppi di popolazione più svantaggiata, in coerenza con gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e con quelli dell'Agenda post-2015.
2. La Cooperazione Italiana riconosce la salute come diritto umano fondamentale e promuove l'accesso universale a servizi sanitari di qualità per soddisfare i bisogni di salute senza incorrere in difficoltà finanziarie legate al loro pagamento.
3. La Cooperazione Italiana persegue il rafforzamento dei sistemi sanitari in un'ottica universalistica con riforme orientate all'equità, alla solidarietà e all'inclusione sociale.
4. La Cooperazione Italiana considera l'autodeterminazione delle comunità indispensabile per la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e la programmazione, l'utilizzo e la verifica di qualità dei servizi sanitari.
5. La Cooperazione Italiana promuove il partenariato internazionale nella ricerca scientifica e nella formazione tra istituzioni e attori omologhi o portatori di saperi diversi.
6. La legislazione umanitaria internazionale e dei diritti umani, secondo i principi di imparzialità, neutralità e umanità guida gli interventi della Cooperazione Italiana per l'assistenza nelle situazioni di emergenza.
7. La Cooperazione Italiana promuove la titolarità delle politiche di sviluppo da parte dei paesi partner, l'allineamento dei donatori alle politiche, ai piani sanitari nazionali e l'armonizzazione delle azioni dei donatori per aumentarne l'efficacia e ridurre la frammentarietà e la dipendenza dall'aiuto esterno dei paesi partner.

Fonte: Linee Guida 2014-2016

2.5 Il ruolo delle Regioni

Il sistema italiano della cooperazione allo sviluppo si basa sull'inclusione e il dialogo con diversi attori. Tra questi (che includono il foro delle diaspore, le organizzazioni della società civile, le università, il settore privato...), i soggetti del partenariato territoriale - Regioni, province autonome, enti locali - non solo contribuiscono a perseguire gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (adottati dalla Cooperazione italiana come linee di riferimento), ma ricoprono anche un importante ruolo di collegamento tra i diversi attori territoriali e con le amministrazioni dei Paesi partner, sfruttando il valore aggiunto della cooperazione decentrata.

Affinché questo avvenga, il coinvolgimento di Regioni, province autonome ed enti locali in attività di cooperazione allo sviluppo non può limitarsi ad una messa in valore delle loro competenze interne, ma deve includere anche delle risorse e capacità presenti sui territori, che gli enti pubblici territoriali sono chiamati a portare a sistema.

In ambito sanitario, secondo una ricerca effettuata dal CeSPI e ripresa da Amref (Pietrogrande 2008; Amref 2014), le diverse attività di cooperazione internazionale sostenute dalle Regioni italiane si possono raggruppare sostanzialmente in sette tipologie d'intervento:

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

Le ricadute di queste attività sono rilevanti sia nei paesi di intervento, sia nei territori delle Regioni italiane. I primi riguardano, tra gli altri, la crescente disponibilità di risorse materiali, l'aumento dell'offerta di cure essenziali, la formazione del personale sanitario locale, il rafforzamento delle strutture sanitarie, lo sviluppo di una cooperazione più paritaria e partecipativa e più vicina alle esigenze locali; i secondi si riferiscono principalmente alle opportunità di formazione e al rafforzamento delle motivazioni e del senso di appartenenza degli operatori (Caldes Pinilla et al, 2010), ma anche al perseguimento di politiche e strategie di lungo periodo. Quest'ultimo tipo di ricaduta può essere ad esempio ravvisato quando la cooperazione sanitaria si realizza con paesi da cui provengono importanti flussi di emigrazione, in alcuni casi motivati proprio dalla ricerca di accesso a sistemi sanitari migliori di quelli dei paesi di provenienza.

Inoltre, grazie alle competenze e relazioni maturate nel corso degli anni e alla valorizzazione delle proprie risorse territoriali, le Regioni non solo offrono un contributo essenziale alle attività di cooperazione in coerenza con le proprie linee di indirizzo politico e programmatico, ma possono anche inserirsi nel quadro di governance multilivello sopra descritto (e in particolare nell'ambito delle strategie e risorse messe in campo a livello nazionale e di Unione Europea) come soggetti attuatori o soggetti partner. In questo modo, il patrimonio di relazioni e capacità territoriali viene valorizzato, e le competenze sostenute non solamente attraverso risorse regionali ma anche accedendo a progettazioni e finanziamenti di più ampio respiro.

A questo fine, diventa essenziale adottare un modello di governance che consenta una valorizzazione e messa a sistema delle risorse e professionalità presenti nei territori. Una indagine effettuata dal CeSPI (Pietrogrande, 2008), basata su un questionario rivolto a tutte le Regioni italiane e su alcuni casi studio approfonditi, aveva messo in luce la mancanza di un

modello univoco di cooperazione sanitaria internazionale decentrata. Una sostanziale differenza, in particolare, veniva individuata tra Regioni che sostengono gli interventi di cooperazione sanitaria internazionale nella programmazione della più generale cooperazione allo sviluppo, e regioni dotate di strumenti specifici per coinvolgere il proprio sistema sanitario in questi interventi. Queste ultime si erano per lo più dotate da un lato di atti normativi specifici per regolamentare gli interventi di cooperazione sanitaria rivolti ai cittadini dei paesi in via di sviluppo; dall'altro, di una apposita organizzazione presso gli Assessorati alla Salute, che consentiva di impiegare al meglio le capacità delle proprie strutture sanitarie e del personale ospedaliero.

Nell'ambito di quello studio, la Regione Toscana (assieme alle regioni Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto e Umbria) era stata presa come caso studio e dunque oggetto di un'analisi approfondita, proprio alla luce della sua avanzata struttura di governance nel panorama nazionale. Nell'ultimo decennio la Regione Toscana è senz'altro quella che ha realizzato maggiori passi in avanti rispetto a quel contesto, in particolare attraverso l'istituzione del Centro Salute Globale nel 2012 e la riorganizzazione che questo ha comportato. Il modello di governance toscano diventa dunque particolarmente interessante da analizzare e valutare, per comprenderne punti di forza e ambiti di miglioramento possibile anche nell'ottica di una riflessione più generale sulla valorizzazione del ruolo delle Regioni nella cooperazione sanitaria internazionale e nel perseguimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile in ambito di salute.

3. Domande valutative, metodologia e fonti

La valutazione presentata in questo studio prende in esame gli indirizzi, le metodologie, le caratteristiche, i contenuti e le modalità operative inerenti alla gestione e il coordinamento del sistema della Cooperazione Sanitaria Internazionale della Regione Toscana, al fine di fornire raccomandazioni e linee di indirizzo per una *governance* più efficiente, efficace, coordinata e integrata.

Il termine *governance* è oggi molto diffuso, ma si tratta di un concetto che ha natura di quadro di riferimento. Come tale, si presta a molte interpretazioni, non necessariamente convergenti. La letteratura scientifica sul tema della *governance*, sviluppata soprattutto nel quadro delle scienze sociali, politiche ed economiche, si concentra in particolare sul ruolo delle istituzioni nei processi di sviluppo, proponendo interpretazioni e prospettive molto diverse.

In termini generali e seguendo la concettualizzazione di Rosenau (2000), la *governance* può essere intesa come un sistema di norme che funziona se accettato dalla maggioranza e richiede quindi la costruzione di obiettivi condivisi attraverso un negoziato tra le parti. La *governance* dipende tanto da significati intersoggettivi quanto da costituzioni e statuti formali, implicando spesso una frammentazione del potere tra vari livelli e particolari soluzioni istituzionali e organizzative, diversamente dal concetto tecnico più ristretto e gerarchico di governo.

Questa definizione può essere applicata in due modi al sistema della cooperazione sanitaria della Regione Toscana oggetto di questa valutazione: in primo luogo, l'impegno portato avanti si inserisce nella *governance* multilivello della cooperazione sanitaria internazionale, per il perseguimento del terzo degli obiettivi di sviluppo sostenibile individuati dalle Nazioni Unite (richiamato nel precedente paragrafo). La cooperazione sanitaria della Toscana si interseca dunque con quadri di riferimento nazionali e internazionali, di cooperazione sanitaria e di più ampia cooperazione allo sviluppo. In secondo luogo, il sistema toscano di cooperazione sanitaria è esso stesso gestito attraverso una complessa *governance*, che richiede la definizione di obiettivi in una certa misura condivisi e l'adozione di particolari soluzioni istituzionali e organizzative.

La valutazione si è dunque focalizzata su due dimensioni, che possiamo definire di *governance* "esterna" e "interna". A ciascuna di queste due dimensioni corrispondono tre domande valutative tra loro ovviamente legate e in parte sovrapposte:

Governance "esterna"

1. La cooperazione sanitaria toscana si inserisce e offre un contributo significativo nel quadro della cooperazione sanitaria a livello nazionale e internazionale?
2. La cooperazione sanitaria toscana sfrutta le possibili sinergie con la cooperazione allo sviluppo a scala regionale per massimizzare il suo contributo?
3. La cooperazione sanitaria toscana si collega con attori chiave a diverse scale per massimizzare il suo contributo?

Governance "interna"

4. L'attuale struttura di *governance* della cooperazione sanitaria toscana presenta un livello adeguato di risorse umane e finanziarie ai fini dello svolgimento della propria attività?
5. L'attuale struttura di *governance* della cooperazione sanitaria toscana garantisce un buon livello di coordinamento e integrazione tra i principali attori coinvolti?
6. L'attuale struttura di *governance* della cooperazione sanitaria toscana garantisce una valorizzazione degli attori dei territori?

Come illustrato nella Tabella 1, ciascuna di queste domande valutative è stata successivamente declinata in elementi di analisi, che si è cercato di indagare attraverso fonti secondarie e interviste qualitative.

Tabella 1. Quadro di valutazione

	Domande valutative	ELEMENTI DI ANALISI	Fonti
Governance "esterna"			
1	La cooperazione sanitaria toscana si inserisce e offre un contributo significativo nel quadro della cooperazione sanitaria a livello nazionale ed internazionale?	La cooperazione sanitaria rispetta i principi di Busan sull'efficacia dell'aiuto e la loro traduzione in ambito sanitario?	Fonti secondarie
		La cooperazione sanitaria contribuisce al conseguimento del SDG 3?	Fonti secondarie
		La cooperazione sanitaria contribuisce ai principi e ai criteri della cooperazione sanitaria italiana?	Fonti secondarie, interviste qualitative
2	La cooperazione sanitaria toscana sfrutta le possibili sinergie con altre attività di cooperazione allo sviluppo a scala regionale per massimizzare il suo contributo?	La cooperazione sanitaria ha forme di scambio con altre attività di cooperazione internazionale allo sviluppo a livello regionale?	Interviste qualitative
		La cooperazione sanitaria ha forme di collaborazione/coordinamento con altre attività di cooperazione internazionale allo sviluppo a livello regionale?	Interviste qualitative
3	La cooperazione sanitaria toscana si collega con attori chiave a diversi livelli per massimizzare il suo contributo?	La cooperazione sanitaria toscana si colloca nel più ampio quadro della cooperazione sanitaria internazionale, in un'ottica di <i>governance</i> multilivello?	Fonti secondarie, interviste qualitative
		La cooperazione sanitaria toscana ha relazioni strutturate con i Paesi di intervento?	Interviste qualitative
		La cooperazione sanitaria toscana si relaziona con la cooperazione sanitaria italiana?	Interviste qualitative
Governance "interna"			
4	L'attuale struttura di <i>governance</i> della cooperazione sanitaria toscana presenta un	La struttura di <i>governance</i> riflette un impegno politico dell'amministrazione regionale?	Fonti secondarie, interviste qualitative

	livello adeguato di risorse umane e finanziarie ai fini dello svolgimento della propria attività?	La struttura di <i>governance</i> è sostenuta da risorse umane e finanziarie adeguate?	Fonti secondarie, interviste qualitative
5	L'attuale struttura di <i>governance</i> della cooperazione sanitaria toscana garantisce un buon livello di coordinamento e integrazione tra i principali attori coinvolti?	La struttura di <i>governance</i> garantisce un buon livello di coordinamento verticale tra le varie strutture coinvolte?	Fonti secondarie, interviste qualitative
		La struttura di <i>governance</i> garantisce degli strumenti adeguati alla programmazione, attuazione e valutazione dei progetti regionali di cooperazione?	Interviste qualitative
6	L'attuale struttura di <i>governance</i> della cooperazione sanitaria toscana garantisce una valorizzazione degli attori dei territori?	La struttura di <i>governance</i> garantisce un buon livello di coordinamento e collaborazione orizzontale con gli attori dei territori?	Fonti secondarie

Le fonti secondarie sono state rappresentate principalmente da documenti legislativi, programmatici e progettuali relativi alle attività di cooperazione sanitaria realizzate dalla Regione Toscana, nonché da articoli pubblicati sul tema, analizzati in fase *desk*.

Sono state inoltre effettuate 12 interviste (vedi tabella 2) in profondità con i principali referenti del sistema di cooperazione sanitaria internazionale della Regione Toscana, con i referenti della cooperazione internazionale allo sviluppo della Regione, e con i referenti della cooperazione sanitaria internazionale presso l'Agenda Italiana per la Cooperazione Internazionale allo Sviluppo (AICS).

Tabella 2. Elenco delle interviste effettuate

Ente di appartenenza	Referenti	Data	Modalità
USL Nord-Ovest	Andrea Grillo	21 Ottobre 2019	Di persona
USL Sud-Est	Luca Scali	5 Ottobre 2019	Telefono
USLT toscana Centro	Stefano Fusi	21 Ottobre 2019	Di persona
AOU Careggi	Mario Macchia	15 Ottobre 2019	Di persona
AOU Meyer	Paolo Lionetti	21 Ottobre 2019	Di persona
AOU Siena	Stefano Zani	11 Ottobre 2019	Telefono
AOU Pisa	Mojgan Azadegan	15 Ottobre 2019	Di persona
Fondazione Monasterio	Elisabetta Donnini	9 Ottobre 2019	Telefono
Centro di Salute Globale	Maria José Caldés Pinilla	3 Ottobre 2019	Skype
Regione Toscana – Dirigente cooperazione internazionale in sanità	Katia Belvedere	15 Novembre 2019	Telefono
Regione Toscana – Dirigente cooperazione internazionale	Mara Sori, Flavia Donati	22 Ottobre 2019	Skype
AICS	Pasqualino Procacci	10 Settembre 2019	Di persona

Le domande valutative sono state utilizzate come guida per raccontare e interpretare l'esperienza della cooperazione sanitaria nella Regione Toscana (capitolo 4). I dati sono stati successivamente elaborati e presentati utilizzando l'analisi SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*), nel capitolo 5. La SWOT è una metodologia qualitativa che consente di individuare e sintetizzare tutti i fattori che rappresentano possibili barriere e/o opportunità nell'identificazione e attuazione di strategie di sviluppo. L'obiettivo principale di questa analisi è di indagare caratteristiche interne ed esterne ad un sistema, con lo scopo di sostenere decisioni operazionali (Kurttila et al., 2000). In particolare, la SWOT permette di esplorare due principali tipi di fattori che esercitano la loro influenza: le forze e le debolezze interne ad un sistema (i.e. *Strengths e Weaknesses*) e le opportunità e le sfide/minacce (i.e. *Opportunities e Threats*) che provengono dall'ambiente esterno (Baycheva-Merger e Wolfslehner, 2016).

Le forze e le debolezze riguardano lo stato attuale di un sistema: le risorse presenti che possono essere utilizzate e i problemi correnti che persistono. Le forze sono gli aspetti che funzionano bene e che fanno fiorire il sistema. Invece, le debolezze riguardano gli elementi che non funzionano bene e che comportano inefficienza nel sistema. Entrambe, le forze e le debolezze, si riferiscono a fattori tecnici, finanziari, di networking, di conoscenze e competenze interne al sistema e che possono essere controllate da esso. Tramite questa analisi si può identificare dove c'è la necessità di nuove risorse, capacità e partner.

Le opportunità e le sfide/minacce descrivono le caratteristiche dell'ambiente esterno ad un sistema, che non lo toccano ancora ma potrebbero farlo nel futuro. Le opportunità si riferiscono a fattori che permettono di superare le debolezze e consolidare le forze. Mentre, le sfide/minacce riguardano aspetti che limitano e minacciano le varie opportunità di cambiamento. Queste caratteristiche sono legate ad aspetti sociologici, politici, demografici ed economici dell'ambiente esterno.

All'interno di questo quadro, e per raggiungere gli obiettivi di questo studio, l'analisi SWOT ha permesso di formulare plausibili raccomandazioni di policy che sfruttano le forze e le opportunità in modo da superare le debolezze e le sfide/minacce (Lombriser and Abplanalp, 1998) per una *governance* più efficiente, efficace, coordinata e integrata della cooperazione sanitaria internazionale della Regione Toscana.

4. La cooperazione sanitaria internazionale nella Regione Toscana: principi, strutture e governance

In questo paragrafo vengono descritti i principi, le strutture e gli elementi di *governance* della Cooperazione Sanitaria Internazionale della Regione Toscana (CSIT). Obiettivo è quello di raccontare come si articola tale sistema rispetto ai diversi ambiti di *governance* individuati nella sezione precedente. Di conseguenza, la descrizione si focalizza, da una parte, sulla *governance* esterna, con un focus particolare su: il contributo della CSIT nel quadro della cooperazione sanitaria a livello nazionale e internazionale, le sinergie che essa ha con altre attività di cooperazione allo sviluppo della Regione Toscana, e i suoi collegamenti con attori chiave a diversi livelli per massimizzare il suo contributo. Dall'altra è descritta la *governance* interna, che concerne gli strumenti organizzativi, attuativi e finanziari della CSIT e il livello di coordinamento, integrazione e collaborazione tra i principali attori coinvolti e con gli attori dei territori.

4.1 La governance "esterna" della CSIT

4.1.1. Il contributo della cooperazione sanitaria toscana a livello nazionale e internazionale

La cooperazione sanitaria internazionale ha una significativa valenza e rappresenta un impegno politico importante per la Regione Toscana. Per perseguire questo impegno, la cooperazione sanitaria internazionale della Regione Toscana (CSIT) ha assunto come proprio il concetto di Salute Globale, che pone l'accento sull'interrelazione tra salute e altri fattori di tipo socioeconomico, ambientale, politico e demografico, coinvolgendo principi fondamentali che hanno un impatto di lunga durata come l'equità, lo sviluppo sostenibile e la collaborazione internazionale a vari livelli istituzionali. In questo modo, la CSIT persegue il principio 2 di Busan sull'efficacia degli aiuti (*Focus sui risultati*) e risponde a *La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute* (1986) e alla *Dichiarazione Health21: La salute per tutti nel 21° secolo* (1998), entrambe quest'ultime figlie di una rivalutazione dei principi di Alma Ata come introdotto nel paragrafo 2.2.

Poiché le disuguaglianze nelle condizioni sociali ed economiche si riflettono in disuguaglianze nell'accesso alla salute, generando dei meccanismi che le alimentano, la CSIT, non solo ha rinnovato l'impegno a tutelare i diritti umani (in particolare nei paesi a basso e a medio reddito) e i diritti delle popolazioni più svantaggiate, contribuendo al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (OSS) (vedi paragrafo 2), ma ha anche adottato un approccio di sistema al tema della salute.

Su questa linea, l'intervento della CSIT mira a rafforzare i sistemi sanitari nel loro complesso per raggiungere obiettivi di equità, solidarietà e inclusione sociale in termini di copertura universale ed erogazione di servizi efficienti e sicuri. Sulla base delle ultime programmazioni operative della Cooperazione Sanitaria Internazionale della Regione Toscana (per il 2018 e per il 2019/2020), le azioni svolte dalla CSIT riguardano:

- *Il supporto tecnico-istituzionale ai sistemi sanitari pubblici;*
- *La prevenzione e promozione della salute in un'ottica intersettoriale, interistituzionale e interprofessionale;*
- *Il miglioramento dei servizi di cure primarie come piattaforma per organizzare i servizi sanitari, dalle comunità al distretto sino agli ospedali, in modo efficace, efficiente, appropriato e sostenibile;*
- *La formazione delle risorse umane destinate al servizio sociosanitario;*

- *Il potenziamento della ricerca scientifica, lo sviluppo e l'innovazione in ambito sociosanitario non solo dei Paesi destinatari dei progetti, ma anche della Toscana, sulle tematiche della Global Health e della Cooperazione Sanitaria Internazionale;*
- *Il rafforzamento della componente della migrazione e sviluppo all'interno dei propri progetti di cooperazione sanitaria internazionale.*

Gli indirizzi tematici su cui è focalizzata l'azione della CSIT si collocano all'interno dell'obiettivo 3 degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile "Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età" (vedi paragrafo 2.1) focalizzandosi a partire dal 2018 in particolare sui seguenti Target (Programma Operativo, 2018: 4-5):

- **Target 3.1 e 3.2: Salute della donna e del bambino** attraverso il rafforzamento, anche in termini di qualità delle cure, della assistenza materna, neonatale e infantile tramite approcci integrati nell'offerta di servizi, azioni efficaci a livello delle comunità, e interventi sul versante della domanda favorendo in particolare: l'assistenza prenatale; l'assistenza al parto; l'assistenza post-natale e nella prima infanzia; lotta alla malnutrizione infantile; l'affermazione dei diritti inerenti alla salute sessuale e riproduttiva; la prevenzione ed il contrasto alla violenza di genere.

- **Target 3.4: Malattie croniche non trasmissibili, quali le malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete e le malattie respiratorie** attraverso interventi di prevenzione e di promozione della salute a livello di popolazione e a livello individuale sui principali fattori di rischio modificabili (tabacco; diete insalubri; alcool; inattività fisica; inquinamento atmosferico); programmi di screening e di diagnosi precoce; trattamenti appropriati, inclusi quelli palliativi.

A questi, nel Programma Operativo 2019/2020 si è aggiunto il target 3.8, ossia l'obiettivo della copertura sanitaria universale, "attraverso lo sviluppo di interventi di ricerca-azione volti a sperimentare modalità di accesso in grado di garantire agli individui e alle comunità la possibilità di usufruire dei servizi sanitari di cui hanno bisogno senza dover far fronte ai rischi finanziari" (Programma Operativo, 2019/2020: 7).

Per quanto riguarda gli obiettivi in termini di paesi a basso e medio reddito e popolazioni svantaggiate, la CSIT ha deciso da una parte di perseguire le linee strategiche nazionali di cooperazione allo sviluppo privilegiando l'Africa ed il Mediterraneo, al fine di massimizzare l'impatto della cooperazione a livello nazionale. Infatti, i progetti della CSIT, in Senegal, in Tunisia ed in Albania e Kosovo in particolar modo ma anche negli altri paesi come il Sudan, integrano e in alcuni casi supportano componenti dei programmi dell'AICS in questi paesi, che tramite la legge 125/2014 (vedi paragrafo 2.5) facilita e struttura il coinvolgimento della Regione Toscana nella definizione ed attuazione di questi programmi.

Dall'altra parte, al fine di adempiere ai principi di Busan sull'efficacia dell'aiuto, ma anche in considerazione della generale riduzione delle risorse disponibili per le attività di cooperazione allo sviluppo, essa si è posta come obiettivo di limitare la frammentazione dei finanziamenti ed aumentare l'impatto dei progetti di cooperazione sanitaria, attraverso un processo di concentrazione delle aree di intervento. A questo fine, il programma operativo del 2018 prevede una riduzione del numero dei paesi di intervento tramite un processo ordinato di *phasing out* dei paesi non più prioritari per la CSIT; il programma operativo del 2019/2020 conferma sostanzialmente i paesi individuati nel 2018 con minime variazioni. I criteri utilizzati per identificare i paesi prioritari di intervento riguardano: il vantaggio

comparato della CSIT in termini di esperienza e storia dei partenariati; la possibilità di concentrarvi una massa critica di risorse economico-finanziarie per massimizzare l'impatto dell'intervento; e la presenza di significative comunità di migranti nel territorio Toscano.

Sulla base di questi criteri, la Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana ha individuato per il 2019/2020 il Senegal, la Tunisia, l'Albania ed il Kosovo come paesi prioritari nei quali sviluppare i suoi Programmi di Interesse Regionale (vedi paragrafo 4.2).

Sulla base del più recente documento di programmazione (2019/2020), la CSIT svolge attività di cooperazione sanitaria in 5 regioni e 18 paesi:

- **Nord Africa:** Tunisia. In linea con l'obiettivo strategico dell'Italia in termini di stabilità e sviluppo dei processi di democratizzazione in atto, la CSIT interviene sui sistemi sanitari pubblici come strumento favorito delle politiche di inclusione sociale e lotta alle disuguaglianze.

- **Balcani:** Albania, Kosovo e Bosnia-Erzegovina. La cooperazione sanitaria in questi paesi è legata alla presenza forte di migranti sul territorio toscano e si focalizza, in collaborazione con la cooperazione italiana, in iniziative di ricerca e di assistenza tecnica finalizzate a raggiungere standard di prestazione assimilabili a quelli dell'Unione Europea e favorire, così, il processo di avvicinamento all'Europa.

- **Africa Sub-Sahariana:** Senegal, Eritrea, Kenya, Etiopia, Tanzania, Uganda, Guinea e Sudan. Considerando il contesto socioeconomico e i flussi migratori di questi paesi, la CSIT contribuisce alle linee strategiche della cooperazione italiana in termini di promozione dei diritti fondamentali e rinforzo dei sistemi sanitari pubblici, con particolare attenzione alle cure primarie, alla salute della donna e del bambino e alle malattie croniche.

- **Medio Oriente:** Palestina, Giordania e Libano. Sempre in linea con il concetto di Salute Globale, la CSIT si impegna a favorire iniziative finalizzate al sostegno del sistema di cure primarie e alla lotta alle malattie croniche, con una particolare attenzione ai determinanti socioeconomici della salute.

- **America Latina:** Bolivia, Nicaragua e Perù. In coerenza con gli interventi nelle altre aree geografiche, la politica di cooperazione toscana in questa area continuerà ad essere orientata al miglioramento delle condizioni di accesso ai servizi sanitari, alla prevenzione e alla tutela del diritto alla salute.

La CSIT insieme al suo braccio operativo, il Centro di Salute Globale (CSG; vedi paragrafo 4.2), partecipa non solo con delle risorse umane ma anche finanziariamente ai progetti dell'AICS. Quindi si attiva un meccanismo sinergico di finanziamento per realizzare i progetti che riescono in questo modo ad intervenire a livello di sistema sanitario. Inoltre, la CSIT contribuisce con conoscenze aggiuntive e il proprio expertise per raggiungere gli obiettivi comuni.

4.1.2. Le relazioni tra la cooperazione sanitaria ed altre attività di cooperazione allo sviluppo della Regione Toscana

Meno sinergica è la collaborazione della CSIT con il settore di attività internazionali all'interno della Regione Toscana. In termini di *governance*, la cooperazione sanitaria fa capo

al settore sanità della Regione (Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale), mentre le altre attività di cooperazione allo sviluppo fanno capo al settore attività internazionali che riferisce direttamente alla Direzione generale della Presidenza.

Fino al 2016 e per tutta la vigenza del piano integrato, dal 2012 al 2016, veniva preparato un unico atto di programmazione annuale che comprendeva sia la cooperazione sanitaria sia quella allo sviluppo. Quindi la programmazione era integrata soprattutto in termini di aree di intervento. Dopo il 2016, ultimo anno di vigenza del piano integrato delle attività internazionali, le due cooperazioni regionali hanno iniziato ad adottare strumenti di programmazione annuali e pluriennali distinti perché con gli anni gli interventi in ambito di cooperazione sanitaria sono diventati sempre più strutturati e puntuali e quindi necessitano di competenze altamente tecniche e specifiche sulla salute. Sono tuttavia presenti una serie di progetti integrati in ambito sociosanitario in cui partecipano sia la cooperazione sanitaria che quella allo sviluppo. Un esempio di progetto integrato è presentato nel Box 4.

Di recente sono stati inoltre approvati con decisione di Giunta Regionale n. 11/2019, e parzialmente messi in atto, una serie di strumenti semplici per favorire una maggiore interazione e integrazione delle attività fra le due cooperazioni. Tra questi: la stesura di un documento di raccordo e coordinamento congiunto; un calendario strutturato di incontri; la possibilità di partecipare a bandi comuni per quanto riguarda le attività integrate; uno scambio di informazioni rispetto anche a temi più generali attinenti alla cooperazione internazionale.

Box 4: Il progetto “Future Proche: sviluppo locale e servizi decentrati per la sostenibilità e la cittadinanza attiva in Tunisia

Il progetto *Future Proche*, finanziato dalla Cooperazione Italiana e dalla Regione Toscana⁹, è stato avviato nel 2018 con l'obiettivo di promuovere decentramento e rafforzamento della *governance* e delle istituzioni locali tunisine, attraverso il sostegno e la formazione ai funzionari municipali, ai delegati delle istituzioni tunisine, al personale delle istituzioni sanitarie centrali e locali e alle associazioni locali selezionate in cinque governatorati della Tunisia: Grand Tunis, Kasserine, Sidi Bouzid, Tataouine e Jendouba.

Il progetto è stato strutturato in modo coordinato e incrociato tra cooperazione allo sviluppo e cooperazione sanitaria, e ruota attorno a tre assi tematici: uno di essi fa capo alla cooperazione sanitaria (Asse socio-sanitario), mentre gli altri riguardano la cooperazione allo sviluppo (Asse *Governance*, coordinata da Anci Toscana per supportare le municipalità tunisine nel processo di decentramento amministrativo in atto in Tunisia dopo le elezioni amministrative; e Asse Economia circolare, coordinata dal Cospe). L'Asse sociosanitaria è coordinata dal Centro di Salute Globale in collaborazione con l'Associazione Pontes (associazione di tunisini in Italia), l'ONG Cospe ed il Ministero della Salute tunisino. In questo ambito le attività hanno come obiettivo principale quello del rafforzamento delle competenze degli operatori del servizio sanitario pubblico per migliorare qualità e accessibilità ai servizi sanitari di base sia a livello clinico sia a livello manageriale.

I partner del progetto includono l'Università di Siena e di Firenze, i comuni tunisini di Tunisi, Jendouba, Kasserine, Sidi Bouzid e Tataouine e quelli italiani di Capannori, Carrara e Firenze, ANCI Toscana, UNDP, la Federazione nazionale Città tunisine, la Direzione Regionale della sanità di Kasserine, l'Associazione Rayhana per le donne di Jendouba e l'Associazione ATIP di Sidi Bouzid.

⁹ Il finanziamento totale di *Future Proche* ammonta a circa 1,4 milioni di euro, di cui 933.682 euro erogati dall'Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo.

4.1.3. I legami della cooperazione sanitaria toscana con attori chiave a diversi livelli

Per quanto riguarda i partenariati e le relazioni con altre istituzioni a livello internazionale, nazionale e locale impegnati in attività di cooperazione sanitaria, la CSIT intrattiene rapporti formali e informali con attori chiave in ognuno di questi livelli. Questi partenariati si basano sul coinvolgimento degli attori del sistema sanitario regionale; in questo modo, si garantisce la presenza costante e qualificata del sistema sanitario Toscano nel quadro di collaborazioni sociali, sanitarie ed economiche (per esempio, per la preparazione e la presentazione di proposte progettuali comuni), così come per gli scambi di conoscenze e di personale specializzato, o per il trasferimento di macchinari e strumenti con i paesi con i quali si coopera.

I rapporti a livello internazionale riguardano ad esempio gli eventi formativi, di aggiornamento e di sensibilizzazione rispetto agli indirizzi operativi della cooperazione sanitaria internazionale, organizzati in collaborazione con le agenzie specializzate dell'ONU (e.g. OMS, UNDP). In altri casi, riguardano partecipazione a progetti, come per esempio il progetto *Health for all*, implementato nel periodo 2014-2016 in collaborazione con la Direzione regionale sanità di Kasserine in Tunisia, è finanziato dall'UNDP per un valore di €250.000,00.

Inoltre, la CSIT collabora con le istituzioni europee operanti in ambito sanitario e incentiva la partecipazione delle aziende sanitarie regionali impegnate in cooperazione sanitaria a programmi di finanziamenti europei. Il Centro Salute Globale partecipa al gruppo "Presidio Europa", istituito presso la Direzione Diritti della Cittadinanza e Coesione Sociale con l'obiettivo di rafforzare e mettere in collegamento le reti di eccellenza e la competitività in ambito europeo ed internazionale, per sfruttare al meglio le opportunità di finanziamento e di crescita del sistema regionale della sanità. In questo ambito, dal 2018 il CSG partecipa ad esempio al consorzio che si è aggiudicato il contratto quadro SIEA 2018 con l'Unione Europea (capofilato dalla società veneta Eurecna Spa). Il contratto, che include la tematica della salute, è finalizzato a gestire in modo snello e veloce contratti specifici in Paesi terzi di durata variabile tramite l'accesso ad un *roster* di esperti.

Una buona parte dei rapporti internazionali della CSIT è rappresentata dalle relazioni con le istituzioni centrali e locali operanti in ambito sanitario nei Paesi di intervento. L'attività principale che sviluppa riguarda percorsi di formazione e scambio di conoscenze tra operatori sanitari toscani e operatori delle strutture sanitarie pubbliche in tali paesi. I rapporti con questi paesi vengono sviluppati da diversi attori della Regione Toscana, ma principalmente dalle aziende sanitarie, le ONG e le associazioni (vedi paragrafo 4.2 per maggiori dettagli) tramite i progetti di cooperazione. Nei paesi di intervento si cerca di collaborare con tutti gli attori che possano dare un contributo in termini infrastrutturali, sociali, economici, politici e di conoscenze alla realizzazione dei progetti come nel caso della Bolivia e del Nicaragua, dove sono coinvolti anche i comuni e le università (Box 5). Ci sono casi in cui la CSIT si relaziona direttamente con il sistema sanitario pubblico e specificamente con il Ministero della Sanità come nel caso dei progetti in Albania ed in Kosovo (Box 5); trattandosi di cooperazione decentrata, si sviluppano progetti maggiormente con attori istituzionali a livello locale come nei progetti in Kenya ed in Tanzania (Box 5). Questo dipende, tra l'altro, dalla tipologia di progetti (PIR o semplici) e da quanto è centralizzato il sistema sanitario nel paese partner.

Inoltre, le aziende sanitarie toscane intrattengono dei rapporti di collaborazione frequenti anche con la Croce Rossa e le ONG a livello internazionale e nazionale, come per esempio il Palestine Children's Relief Fund (PCRF), Medici per l'Africa Cuamm, Oxfam, COSPE Onlus, Centro Mondialità Sviluppo Reciproco (CMSR), e World Friends.

A livello nazionale la CSIT mantiene dei rapporti rilevanti e frequenti con l'AICS. Soprattutto in seguito alla nascita del CSG, i rapporti con l'Agenzia si sono intensificati, in particolare attraverso due canali: innanzitutto è aumentata la partecipazione del sistema della CSIT a finanziamenti (a bando) della cooperazione italiana; inoltre, le capacità del sistema sono state valorizzate nel quadro di contratti di assistenza tecnica. Attualmente sono in vigore tre contratti di assistenza tecnica finanziati da AICS: in Kosovo (GoI/MoH/12/2015 – Local Training for the health professionals of the cardiac surgery unit of UCCK) del valore di €225.620,00; in Albania (Provision of Technical Assistance Services to Albanian Public Health Institutions for the improving of the Emergency - Urgency Health System in Coastal Areas) del valore di €679.000,00; e in Sudan (Strengthening the health education system in the Eastern State Kassala and Gedaref) del valore di €306.715,00. Questi contratti prevedono anche un co-finanziamento dalla Regione Toscana.

Tramite queste relazioni e collaborazioni su varie tematiche, la CSIT mira a raggiungere i suoi obiettivi in materia di massimizzazione del contributo, aumento dell'impatto e miglioramento dell'efficienza della cooperazione.

Box 5: Esempi di partenariati progettuali nell'ambito di PIR

1. PIR 2014 - Emergenza IRC (insufficienza renale cronica) nel Dipartimento di Leòn. Ricerca epidemiologica e promozione della salute. Municipio di Larreynaga – Malpaisillo, Dipartimento di Leòn, Nicaragua.

Il progetto, del valore totale di €219.000, mira a prevenire l'insufficienza renale cronica nel Municipio di Malpaisillo e migliorare la qualità della vita dei pazienti e vede un partenariato molto ampio che coinvolge non solo strutture sanitarie e organizzazioni non governative, ma anche comuni e università tanto in Toscana quanto in Nicaragua. Il progetto è coordinato dalla C.R.I – Comitato Regionale della Toscana, e vede la partecipazione, come partner operativi, di: Azienda USL 6 di Livorno; Azienda USL 5 di Pisa; Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana; Istituto di Fisiologia Clinica Consiglio Nazionale delle Ricerche Pisa; Azienda USL 10 di Firenze; Società Volontaria di Soccorso Livorno; Comune di Collesalveti; Associazione Ita-Nica; Ans XXI; Associazione OrientArti; Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer; Centro Investigaciones Salud Trabajo y Ambiente (CISTA) Università di Leon; Municipio di Larreynaga- Malpaisillo; MINSA (Ministero della Salute) Larreynaga- Malpaisillo; Associazione Xochilt Acalt; Associazione dei Pazienti di Insufficienza renale cronica Leòn; Università di Elche; Università di Granada¹⁰.

2. PIR 2015 - Supporto tecnico e rafforzamento sistemi sanitari pubblici di Albania e Kosovo.

Il progetto, del valore totale di €147.750,00 mira in termini generali a contribuire al miglioramento dello stato di salute della popolazione Albanese e Kosovara attraverso una migliorata qualità dei servizi di promozione della salute, prevenzione e cura delle malattie. Coordinato dall'AOU Meyer, vede tra i partner: Università degli Studi di Firenze-Centro Universitario di studi in Amministrazione Sanitaria – CUSAS, AOU Pisa, Fondazione Toscana Gabriele Monasterio – FTGM, Ministero della Sanità di Albania, Ministero della Sanità del Kosovo, Fondazione Nostra Signora del Buon Consiglio di Tirana,

¹⁰ Per maggiori informazioni: <http://www.centrosaluteglobale.eu/progetti/emergenza-nicaragua-2014/>

Fondazione AVSI – Associazione Volontari per il Servizio Internazionale, Associazione “Un cuore un mondo”¹¹.

3. PIR 2017 - Promozione della salute nella popolazione del Chaco Boliviano.

Il progetto, del valore di €161.826,90, ha come obiettivi principali il miglioramento del sistema sanitario locale del Chaco boliviano ed il sostegno all’implementazione del Sistema Unico de Salud come progetto pilota nel Chaco boliviano. Il progetto vede un partenariato ampio composto da diversi attori, dalle strutture sanitarie (AOU Careggi, AOU Meyer) alle ONG (CMSR-Centro Mondialità Sviluppo Reciproco, Associazione “Amici del Popolo Guarani”, Convenio de Salud-Opera Sociale della Chiesa Cattolica) e le università (Unità Malattie Infettive-Dipartimento Medicina Sperimentale e Clinica-Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Scienze Veterinarie-Università degli Studi di Pisa, Dipartimento di Biotecnologie Mediche-Università degli Studi di Siena-Ospedale “Le Scotte”, Dipartimento di Scienze mediche chirurgiche e tecnologie avanzate “G. F. Ingrassia”-Sezione di Neuroscienze-Università degli Studi di Catania, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive-Università di Roma Sapienza); ed in coordinamento con il Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, l’Organizzazione Panamericana della Salute (OPS), il Taller de Educacion y Comunicacion TEKO-GUARANI, Asamblea del Pueblo Guarani, Universidad Autónoma Gabriel René Moreno, Laboratorio de Investigación y Diagnóstico Veterinario, Centro Nacional de Enfermedades Tropicales, Instituto Nacional de Laboratorios de Salud, Acción Internacional por la Salud, Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de Cooperación Andina e il Centro de Epidemiología Comunitaria y Medicina Tropical in Ecuador.

4.2 La governance interna del CSIT

4.2.1. Le strutture organizzative

L’attività della CSIT a livello nazionale ed internazionale, come descritta nel paragrafo precedente, è stata frutto anche di una *governance* interna strutturata tenendo conto delle attività e dei ruoli di tutti gli attori attivi del territorio nel settore della cooperazione e della salute globale in ambito regionale.

L’istituzione del Centro di Salute Globale (CSG) con delibera regionale n. 909/2012 ha segnato uno spartiacque nelle attività di cooperazione sanitaria internazionale della Regione Toscana, inaugurando una nuova modalità gestionale e organizzativa.

Con la nascita del CSG, che è una struttura operativa e di coordinamento a carattere regionale in materia di salute globale, cooperazione sanitaria internazionale e salute dei migranti, la CSIT ha acquisito la capacità di valorizzare le iniziative regionali presenti e promuovere nuove attività nell’ambito della cooperazione sanitaria, marcando l’adesione del suo approccio teorico ai determinanti sociali della salute e ai principi della Dichiarazione di Alma Ata e promuovendo la centralità del principio di salute globale all’interno e all’esterno del territorio regionale.

Il CSG, collocato presso l’Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer, si configura come una struttura di riferimento regionale per le attività di cooperazione sanitaria internazionale e, come tale, ha un ruolo di snodo e di collettore dei diversi attori territoriali che si occupano a vario titolo di cooperazione sanitaria, dalle aziende sanitarie alle amministrazioni locali, le università e i centri di ricerca, i partner privati e organizzazione della società civile. Inoltre, in

¹¹ Per maggiori informazioni: <http://www.centrosaluteglobale.eu/progetti/supporto-tecnico-e-rafforzamento-sistemi-sanitari-pubblici-di-albania-e-kosovo/>

quanto struttura attuativa delle strategie della Giunta Regionale in ambito di cooperazione sanitaria, il CSG ha il compito di:

- monitorare e valutare i progetti di interesse regionale e quelli a bando;
- assistere e supportare le aziende sanitarie sugli aspetti tecnici dei progetti di cooperazione sanitaria internazionale;
- sviluppare e gestire direttamente i Programmi di Interesse Regionale Strategico (PIRS) (vedi di seguito la descrizione degli strumenti di cooperazione sanitaria internazionale).

Inoltre, il CSG collabora con le istituzioni locali, nazionali ed internazionali impegnate in iniziative di cooperazione sanitaria internazionale e promuove il pieno coinvolgimento degli attori del sistema sanitario Toscano, al fine di garantire la presenza del sistema toscano di cooperazione sanitaria internazionale nelle sedi europee ed internazionali che operano nel settore di cooperazione allo sviluppo.

Con la legge regionale n.84/2015 di riordino del sistema sanitario regionale il Consiglio ha confermato il CSG nel suo ruolo di coordinamento inserendolo nell'art. 7 bis, che recita quanto segue:

"Art. 7 bis

Salute globale e lotta alle disuguaglianze

1. La Regione Toscana, al fine di contrastare le disuguaglianze nell'ambito della salute e rendere più agevole l'accesso al servizio sanitario, promuove interventi sanitari in favore delle popolazioni più svantaggiate, anche a livello di cooperazione sanitaria internazionale.

2. Le attività di cui al comma 1 sono esercitate in coerenza con quanto previsto dal piano sanitario e sociale integrato regionale e dagli strumenti di programmazione regionale in materia di attività internazionali e di cooperazione sanitaria internazionale.

3. Per l'esercizio delle attività di cui al presente articolo, la Regione si avvale del Centro di salute globale, istituito presso l'azienda ospedaliero-universitaria Meyer, quale struttura di coordinamento a carattere regionale in materia di: salute globale, cooperazione sanitaria internazionale e salute dei migranti."

Inoltre, il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale (SSR) previsto con questa legge consiste nell'accorpamento delle 12 aziende Unità Sanitarie Locali (USL) in 3 aziende USL (Nord Ovest, Centro, Sud Est), una per ciascuna area vasta, ed una loro maggiore sinergia con le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU). La riorganizzazione del territorio ha richiesto una revisione dei processi di *governance* al fine di promuovere la semplificazione del sistema, nonché l'uniformità e omogeneità organizzativa nel contesto regionale. Infatti, il riordino dell'assetto istituzionale riguarda il rafforzamento della programmazione integrata di area vasta, l'integrazione della rete ospedaliera e la diffusione omogenea delle migliori pratiche all'interno del sistema. Il piano integrato di area vasta è uno strumento di armonizzazione e coordinamento tra le varie programmazioni a livello regionale, delle aziende USL e delle AOU su obiettivi comuni di salute, che consente di coordinare l'offerta complessiva dei percorsi assistenziali e garantire l'appropriatezza degli interventi.

Questo riordino mira a migliorare la qualità dei servizi e l'efficienza organizzativa e finanziaria in modo da sostenere il carattere pubblico ed universale del sistema sanitario a fronte anche dei mutati quadri finanziari, politici ed epidemiologici.

A seguito di questi cambiamenti, il sistema della CSIT, come illustrata in figura 2, comprende:

- La Regione Toscana, che ha un ruolo di confronto e di promozione (dei progetti) a livello nazionale e internazionale, definisce e propone le linee di indirizzo strategico e politico e il budget per l'implementazione della strategia. Queste linee sono coordinate dalla Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale di concerto con la Direzione Generale della Presidenza - Settore Attività Internazionali, consentendo alla cooperazione sanitaria sia di sviluppare specifici contenuti tecnici che di partecipare alle attività della cooperazione decentrata della Regione;
- Il CSG che ha come ruolo principale l'attuazione della strategia di CSIT per conto della Regione Toscana;
- Le quattro AOU: Meyer (dove afferisce organizzativamente anche il CSG), Careggi, Pisa, Siena, che insieme alle aziende USL Nord Ovest, Centro, Sud Est, coprono il livello intermedio di programmazione;
- Ciascuna USL al suo interno ha dei referenti territoriali per le aree di riferimento che corrispondono alle precedenti 12 ASL (le 12 ex-ASL);
- Il sistema locale composto dagli enti locali e le aziende di gestione di servizi pubblici locali, il settore privato, le Università e altri centri di ricerca, le ONG, le associazioni e le fondazioni, le organizzazioni di volontariato e le cooperative sociali, che sono i promotori ed attuatori dei progetti di cooperazione sanitaria.

I rapporti tra questi attori sono di collaborazione a rete e non gerarchiche (per questo motivo la Figura 2 rappresenta un cerchio e non una piramide). Nonostante ciò, le USL Nord Ovest, Centro, Sud Est rappresentano un nodo di riferimento al primo livello di governance territoriale della CSIT. Ugualmente, il CSG rappresenta un ulteriore nodo di riferimento amministrativo e organizzativo per gli attori del primo livello di governance della CSIT.

Come successo per la struttura del sistema anche la rete dei referenti aziendali è stata modificata con la legge regionale 84/2015, diminuendo il numero di questi e includendo solamente un referente di cooperazione sanitaria internazionale per ciascuna delle tre aziende USL ed un referente per ciascuna delle quattro AOU Toscane nell'interfaccia con il CSG e la Regione.

Figura 2. Il sistema della CSIT.



Fonte: CSG

4.2.2 Gli strumenti finanziari e l'effetto moltiplicatore dei progetti di cooperazione interazionale

Lo strumento principale per l'implementazione della strategia regionale sono i progetti di cooperazione sanitaria internazionale che sono attuati da vari attori del sistema sanitario toscano in collaborazione con attori del sistema territoriale locale, e finanziati tramite tre modalità:

- Progetti di Iniziativa Regionale (PIR), i cui termini vengono definiti da un apposito avviso annuale pubblicato dal CSG. I PIR sono gestiti dalle aziende sanitarie, le USL e le AOU. I criteri di programmazione si basano sulla continuità da vari anni e sono frutto di percorsi di concertazione della rete dei referenti.
- Progetti a Bando riservati agli attori del sistema territoriale locale toscano, costituito da associazioni, ONG, enti locali e altri enti pubblici impegnati sul territorio Toscano in attività di cooperazione sanitaria internazionale. In ogni caso, per presentare domanda, le associazioni, le ONG e gli enti locali devono collaborare obbligatoriamente con un'azienda sanitaria. Questi progetti sono più flessibili e meno rigidi rispetto agli indirizzi tematici e geografici del programma operativo (che sono invece più stringenti per i PIR e per i PIRS). I bandi vengono programmati in base alle disponibilità di risorse per l'anno di riferimento.
- Programmi di Interesse Regionale Strategico (PIRS), il cui soggetto proponente è l'AOU Meyer tramite il Centro di Salute Globale, vengono approvati dalla Giunta Regionale che ne definisce anche gli obiettivi, le azioni e i risultati attesi. Per questi programmi non viene pubblicato un bando, ma sono affidati direttamente al CSG, che ne è l'attuatore con la collaborazione di vari attori del territorio, dalle USL e le AOU, alle aziende sanitarie, le associazioni e le ONG.

Un ulteriore strumento a disposizione delle aziende sanitarie Toscane all'interno della cooperazione sanitaria internazionale sono i ricoveri a carattere umanitario. Questi ultimi riguardano il ricovero nelle strutture del sistema sanitario regionale di pazienti,

prevalentemente bambini, provenienti da paesi in via di sviluppo ed affetti da patologie non trattabili nei paesi d'origine.

Le risorse a copertura di questi bandi sono stanziare annualmente sul bilancio regionale per il finanziamento delle iniziative di cooperazione internazionale in ambito sanitario. Negli ultimi anni (Programmi operativi 2018 e 2019/2020) il sistema ha potuto contare su risorse annuali pari a € 1.600.000. Queste risorse sono rimaste sostanzialmente allineate nell'ultimo decennio; nel 2012, anno di istituzione del CSG, ammontavano complessivamente a 2 milioni di euro. Vi è stata invece una riduzione significativa rispetto al decennio precedente, durante il quale il sistema poteva contare su risorse più ingenti (nel 2009 circa 4 milioni di euro). Da questo punto di vista, l'istituzione del CSG è coincisa con uno sforzo di razionalizzazione e concentrazione legato anche ad una progressiva riduzione delle risorse disponibili.

Nell'Annesso sono elencati alcuni esempi di programmi di interesse regionale strategici (PIRS), i progetti di iniziativa regionale (PIR) e i progetti semplici (a bando) realizzati dal sistema regionale tra il 2012 e il 2017, con l'indicazione del soggetto attuatore e delle risorse assegnate.

Inoltre, negli ultimi anni, grazie anche alla costituzione del Centro Salute Globale, il sistema della CSIT ha ampliato il livello e l'intensità delle proprie collaborazioni, consentendo un crescente inserimento della Toscana nella governance multilivello della cooperazione sanitaria internazionale descritto nel capitolo 2.

Come richiamato più volte, la Regione Toscana ha una lunga tradizione di impegno in materia di cooperazione sanitaria internazionale; già nel citato studio realizzato dal CeSPI nel 2008 in materia (Pietrogrande, 2008) la Toscana veniva identificata come uno dei casi più interessanti ed avanzati in materia. Sotto il profilo progettuale, rispetto a quel modello, la nascita del CSG ha consentito al sistema un ulteriore passaggio di livello: negli ultimi anni infatti, ai progetti realizzati con il sostegno finanziario della Regione, si sono affiancati in misura crescente progetti finanziati dalla cooperazione italiana e internazionale. In alcuni casi, alla modalità di progetti a bando si è affiancata una modalità di intervento nella forma di consulenze e assistenze tecniche (per maggiori dettagli si rimanda alla sezione 4.1.3).

Questa evoluzione può essere letta come un effetto moltiplicatore delle risorse messe a disposizione della cooperazione sanitaria internazionale a livello regionale: tali risorse, infatti, non hanno consentito solamente la realizzazione di importanti progetti nei paesi di intervento, ma hanno dato il via al rafforzamento di competenze e capacità e alla creazione di un sistema virtuoso che ha finito per attrarre ulteriori finanziamenti per attività di cooperazione internazionale allo sviluppo in ambito sanitario. Un esempio evidente è quello dell'Albania e del Kosovo, paesi nei quali la Regione Toscana sviluppa da oltre un decennio progetti di cooperazione sanitaria internazionale, e dove recentemente le competenze del CSIT sono state mobilitate nel quadro degli interventi realizzati dalla cooperazione italiana allo sviluppo (sezione 4.1.3).

4.2.3. Il livello di coordinamento ed integrazione tra i principali attori coinvolti nella CSIT

Perché una struttura così complessa come quella della CSIT possa funzionare in modo efficiente ed efficace sono necessarie pratiche e modalità di coordinamento semplici e ben definite tra i principali attori coinvolti. A questo scopo, sono stati definiti e attuati vari

strumenti di coordinamento e integrazione all'interno dei livelli di governance della CSIT e tra aziende sanitarie.

Come descritto precedentemente, le aziende USL, ciascuna rappresentata da un referente per la cooperazione sanitaria internazionale¹², ricoprono un livello intermedio di programmazione che, da una parte rappresenta e diffonde all'interno della propria area vasta le strategie e le linee guida regionali in materia, e dall'altra raccoglie e riporta a livello regionale le esigenze e le proposte del territorio a cui afferisce. Per fare ciò, ciascuna delle tre aziende USL coordina un comitato per la cooperazione sanitaria internazionale composto dal referente dell'azienda USL e dai referenti territoriali per le aree di riferimento che corrispondono alle precedenti 12 ASL (le 12 ex-ASL).

Inoltre, per adempiere ai principi di riordino della legge regionale 84/2015, all'interno di ciascuna delle tre Aree Vaste, è stato istituito un gruppo di coordinamento per la cooperazione sanitaria internazionale interaziendale che si riunisce semestralmente, costituito da: il referente dell'Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) di riferimento, il comitato istituito presso l'azienda USL di riferimento (vedi sopra), e un rappresentante del Centro di Salute Globale.

Un altro importante strumento di coordinamento e integrazione dei vari livelli di *governance*, adottato ad un livello centrale della programmazione della CSIT, è quello di incontri periodici, normalmente organizzati con cadenza trimestrale, convocati dal CSG e ai quali partecipano: il CSG, i tre referenti delle aziende USL (che rappresentano tutte le aziende sanitarie dell'area vasta di riferimento) e i quattro referenti delle Aziende Ospedaliere Universitarie. Questi incontri si realizzano in modo più frequente durante i periodi di programmazione dei progetti, la costruzione dei bandi e la distribuzione dei fondi.

In queste fasi, la Giunta regionale definisce le linee di indirizzo strategico e politico, coordinate dalla Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale di concerto con la Direzione Generale della Giunta Regionale - Settore Attività Internazionali, e con delibera regionale approva il programma operativo annuale e le risorse. Il CSG convoca su questa base gli incontri per discutere, programmare e negoziare i progetti a cui possono partecipare le aziende sanitarie, in base alla specializzazione di ciascuna, l'esperienza e i rapporti maturati negli anni. Questo processo permette, da un lato, di valorizzare i progetti e le istanze degli attori del territorio (comunità straniere, associazioni, ecc.), e, dall'altro, di sfruttare l'esperienza e la profonda conoscenza delle aziende sanitarie sulle realtà e le necessità locali dei paesi di intervento. Questa fase è succeduta dalla pubblicazione ufficiale dei bandi e dalla presentazione delle proposte di progetto da parte delle aziende. Tali proposte sono elaborate dalle aziende sanitarie in accordo con i propri partner.

Per quanto riguarda la collaborazione orizzontale tra le aziende sanitarie della Regione Toscana esistono due canali principali. Il primo concerne la partecipazione congiunta a progetti comuni di cooperazione sanitaria (vedi sopra), per cui varie aziende collaborano nella ideazione ed attuazione delle iniziative progettuali. Questo succede specialmente se i progetti sono di grande portata. Un'azienda sanitaria ricopre il ruolo di capofila, mentre le altre aziende partecipano come partner. Questo canale di collaborazione dipende molto

¹² Per ogni azienda sanitaria esistono altri referenti che si occupano di salute globale e salute dei migranti.

dalla prossimità geografica e delle aree di specializzazione delle aziende sanitarie, e dai rapporti tra i referenti.

Il secondo canale di collaborazione tra aziende sanitarie consiste nel favorire, nei limiti delle esigenze organizzative del servizio, la partecipazione dei dipendenti di un'azienda sanitaria a missioni autorizzate di altre aziende sanitarie. La DGR 300/08 infatti consente alle aziende sanitarie beneficiarie di fondi della CSIT di usufruire delle risorse umane necessarie senza costi aggiuntivi sulle risorse progettuali - ai professionisti del Sistema Sanitario è permesso partecipare a progetti di cooperazione della Regione fino ad un massimo di 30 gg complessivi l'anno riconoscendoli come attività lavorativa. Secondo questa normativa i professionisti possono prendere parte a qualsiasi iniziativa progettuale di interesse regionale (progetti di iniziativa regionale, progetti con cofinanziamento della Regione Toscana e progetti da quest'ultima autorizzati nell'ambito della strategia annuale di cooperazione sanitaria internazionale).

Questo strumento consente ad un operatore sanitario (e.g. medico, infermiere) di lavorare, per un periodo massimo di 4 settimane all'anno, per un progetto che è stato approvato dalla Regione, anche se la sua azienda non è capofila. Ovviamente necessita del consenso della struttura di appartenenza perché, oltre alla volontà degli operatori che partono in missione, serve una collaborazione da parte degli operatori dell'azienda sanitaria che devono supplire alla momentanea riduzione di personale. Per questo motivo, le aziende sanitarie cercano di coinvolgere tutto il personale, anche quello che non partecipa alle missioni, e di far sentire tutti parte del progetto. A questo fine, si organizzano incontri e tavoli per presentare i progetti in cui l'azienda sanitaria ha un ruolo attivo e capire insieme agli operatori se e chi ha il *know how* per potervi partecipare. In questo modo, gli operatori vengono aggiornati sulle attività e la programmazione, e preparati a mantenere i rapporti con le associazioni locali.

Tuttavia, la riduzione progressiva delle risorse ha fatto sì che da una parte il personale nelle aziende sanitarie sia sempre più limitato, e dall'altra i percorsi di formazione per il personale sanitario mirati a sensibilizzarli e coinvolgerli maggiormente nelle attività e nei progetti di cooperazione sanitaria internazionale siano sempre più ridotti.

4.2.4. Il livello di coordinamento e collaborazione con gli attori dei territori

L'attuale struttura di *governance* della CSIT non solo garantisce il coinvolgimento degli attori territoriali impegnati nella cooperazione decentrata, ma valorizza la stretta collaborazione con questi attori per quanto riguarda l'attuazione dei progetti di cooperazione, la loro esperienza nella materia e la conoscenza del territorio, costruendo così una rete territoriale fitta.

Quando il CSG pubblica i bandi annuali, le aziende sanitarie si consultano con gli attori del territorio (e.g. ONG, associazioni, onlus) e discutono insieme a loro in incontri pubblici la partecipazione, sulla base di proposte progettuali e costruzione di partenariati. Le aziende sanitarie si interfacciano con e si appoggiano agli attori territoriali in tutte le fasi del progetto, inclusa la fase di scrittura, la preparazione del progetto, l'analisi delle priorità, il monitoraggio dell'avanzamento, l'individuazione degli operatori da mandare in missione, la rendicontazione e la presentazione del rapporto finale.

Dal momento che i progetti di cooperazione sanitaria internazionale non sempre sono finanziati al 100%, la partecipazione delle ONG e delle associazioni assicura il

cofinanziamento della parte restante e inoltre consente la messa a disposizione di personale e altre risorse. Mentre le aziende sanitarie partecipano ai progetti con personale sanitario specializzato, gli attori territoriali si impegnano in attività di raccolta fondi che poi vengono utilizzati o per i cofinanziamenti oppure per progetti nuovi. In questo modo, con il tempo, si sono spesso instaurati rapporti di collaborazione tra attori del territorio e aziende sanitarie che a volte sfociano in progettualità finanziati attraverso canali diversi da quelli regionali.

Tutti i progetti di cooperazione sanitaria nascono da rapporti già esistenti e maturati negli anni con i paesi d'intervento e si basano sui contatti locali e la conoscenza del luogo. Di conseguenza, chi propone il progetto ha normalmente anche già individuato i partner locali più adeguati. Anche i partner locali sono coinvolti dalla fase di programmazione del progetto a quella di valutazione, garantendo la corretta valutazione del contesto locale e quindi della fattibilità/opportunità del progetto. Anche in termini di procedura formale è previsto un coinvolgimento dei partner locali sin dalle fasi iniziali di progettazione: è infatti necessario che i partner firmino una lettera di partenariato che deve essere inclusa nella proposta di progetto.

I rapporti di cooperazione sanitaria internazionale si sviluppano, da un lato, con il sistema sanitario pubblico nei paesi di intervento e in generale con attori istituzionali; dall'altro, con associazioni e ONG che operano sul territorio. I rapporti istituzionali sono mantenuti generalmente con i Ministeri della Sanità oppure le Ambasciate dei vari paesi in Italia, in particolar modo quando il sistema sanitario nei paesi di intervento è altamente centralizzato; in altri casi i referenti istituzionali possono essere attori più decentrati come le regioni, i comuni, le università, le scuole e gli ospedali, con cui la relazione è abbastanza continuativa e diretta. I rapporti con associazioni e ONG sono anche ritenuti molto rilevanti, per la loro conoscenza del territorio e per garantire un ruolo di logistica e coordinamento delle attività in loco.

La rete territoriale locale a livello regionale è costruita e mantenuta per lo più direttamente dalle aziende sanitarie insieme agli attori del sistema territoriale toscano; esistono tuttavia dei rapporti che vengono intrattenuti tramite il CSG.

Poiché le condizioni socioeconomiche e sanitarie dei paesi di intervento si modificano nel corso del tempo, i progetti di cooperazione sanitaria internazionale sono soggetti a continue modifiche. Per questa ragione hanno bisogno di partenariati forti tra le varie realtà in cui si sviluppano. La presenza di partenariati forti e di sistema garantisce inoltre un maggiore impatto dei progetti e una loro maggiore sostenibilità, sia nei paesi di intervento sia per quanto attiene il coinvolgimento degli attori del territorio toscano.

5. La *governance* della CSIT: punti di forza e punti di debolezza

Sulla base dei principi, delle strutture e della *governance* descritti precedentemente, e delle risultanze delle interviste qualitative e delle analisi desk, in questo paragrafo sono stati identificati i punti di forza, di debolezza, le opportunità e le sfide/minacce che caratterizzano la *governance* della cooperazione sanitaria internazionale della Regione Toscana.

La tabella 4 presenta un'analisi SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) della cooperazione sanitaria della Regione Toscana. Le forze, debolezze, opportunità e minacce individuate vengono illustrate nelle pagine successive.

Tabella 4. Analisi SWOT della *governance* della CSIT

Strengths/Forze	Weaknesses/Debolezze
<ol style="list-style-type: none"> 1. La creazione del Centro di Salute Globale; 2. Un sistema strutturato; 3. Informazione, trasparenza e accountability; 4. Risorse umane specializzate e con esperienza decennale nei paesi d'intervento; 5. Una rete capillare, partecipata ed eterogenea; 6. Un sistema di finanziamenti soddisfacente; 7. Storia e sensibilità nella cooperazione sanitaria internazionale; 8. Importante sostegno politico. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Difficoltà dei referenti della CSIT nel fare sistema; 2. Poco coinvolgimento nella definizione della strategia della cooperazione sanitaria e delle aree di intervento; 3. Limitato tempo da dedicare alle attività della cooperazione sanitaria internazionale; 4. Basso potere decisionale dei referenti di cooperazione nelle aziende sanitarie; 5. Difficoltà a trovare operatori sanitari che partecipano alle missioni; 6. Insufficiente formazione e selezione degli operatori che partono in missione; 7. Debolezza del sistema di monitoraggio e valutazione dei progetti; 8. Poco coordinamento con le altre attività di cooperazione internazionale allo sviluppo della Regione Toscana.
Opportunities/Opportunità	Threats/Sfide (Minacce)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Formazione tramite le missioni all'estero; 2. Capacità di ricerca e innovazione tramite le AOU; 3. Pool di personale inesplorato; 4. Rapporto informale e di fiducia tra gli attori della cooperazione sanitaria; 5. Progetti comuni con la cooperazione allo sviluppo; 6. Visibilità a livello nazionale e internazionale tramite il CSG. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autoreferenzialità degli attori; 2. Eccessivo accentramento della cooperazione sanitaria internazionale; 3. Multifunzionalità del Centro Salute Globale; 4. Possibili future riduzioni del budget.

Fonte: Elaborazione propria

5.1. Le forze

L'analisi ha evidenziato come principale punto di forza della cooperazione sanitaria in Toscana la nascita e lo sviluppo del Centro di Salute Globale (CSG) che funge da regia comune e offre un essenziale punto di riferimento per gli operatori della cooperazione sanitaria impiegati nelle sette aziende sanitarie che si trovano nella Regione. Il Centro ha

garantito il coordinamento delle aziende sanitarie e il loro coinvolgimento nelle varie attività riguardanti la cooperazione sanitaria. Ha inoltre offerto formazione per i referenti di queste aziende, e organizzazione e pubblicizzazione di eventi comuni: attività queste che le aziende sanitarie non riescono a svolgere singolarmente.

In questo senso, grazie al CSG si è realizzata una maggior strutturazione della cooperazione sanitaria; questo ha facilitato la creazione di un sistema che, tramite una squadra composta sia dal personale del CSG che dai referenti delle aziende sanitarie, progetta e implementa azioni coordinate. Con la nascita del sistema, le aziende sanitarie sono più coinvolte nella cooperazione sanitaria a livello regionale di quanto non fossero in precedenza, partecipando e lavorando congiuntamente in progetti di importanza regionale, come per esempio i PIRS. Le aziende sanitarie hanno inoltre maggiori occasioni di confrontarsi fra di loro, e di avere una visione globale degli indirizzi regionali di cooperazione sanitaria.

A tale proposito è importante evidenziare l'impegno dimostrato per la diffusione dell'informazione, la trasparenza e l'accountability nei confronti dei cittadini e delle istituzioni italiane ed internazionali. La Regione Toscana ha ritenuto prioritario ed irrinunciabile dotarsi di una banca dati all'altezza degli standard internazionali (IATI) che, pur rigorosa, sia di facile accesso e comprensione anche per i non addetti ai lavori. Questo anche per rispettare l'impegno sulla piena trasparenza assunto in occasione della Conferenza internazionale sull'Efficacia per lo Sviluppo di Busan. Come strumento di comunicazione è stata scelta la piattaforma online www.centrosaluteglobale.eu, dove vengono inserite le informazioni relative a tutti i progetti della CSIT negli anni e la loro rendicontazione. Inoltre, un importante passo verso la trasparenza e l'accountability, come menzionato nel Programma Operativo 2019-2020, è la previsione di una valutazione dell'impatto dei progetti di cooperazione e della verifica del raggiungimento degli obiettivi programmatici degli ultimi 5 anni, avvalendosi anche di valutatori esterni indipendenti. Questa valutazione viene presentata come indispensabile per analizzare l'efficacia della cooperazione sanitaria e tesa a migliorare la qualità degli interventi e i meccanismi di trasparenza ed accountability rispetto ai cittadini (Programma Operativo, 2019-2020).

Un ulteriore importante punto di forza è rappresentato dal fatto che le risorse umane che progettano e implementano la cooperazione sanitaria della Regione Toscana sono specializzate e hanno un'esperienza decennale di lavoro nei paesi d'intervento. Queste risorse sono fondamentali sia in un'ottica di programmazione "dal basso", sia perché possono sfruttare l'esperienza e la conoscenza delle realtà locali e dei paesi d'intervento, sia perché i referenti delle aziende sanitarie sono un nodo di riferimento per il partenariato territoriale toscano.

Grazie a questi referenti è stata promossa e sviluppata la creazione di una rete partecipata, eterogenea e capillare di attori coinvolti nella cooperazione sanitaria internazionale nel territorio. Questa rete è un ulteriore punto di forza della cooperazione sanitaria della Toscana. Come spesso sottolineato dagli stessi referenti, la cooperazione sanitaria della Regione è decentrata e riceve un grande contributo da diversi attori come le associazioni, le ONG, le Università, la società civile, i comuni e altri gruppi di interesse. Tra tanti, il coinvolgimento di donatori privati che promuovono eventi a favore delle strutture sanitarie è un valore aggiunto per il perseguimento degli obiettivi del CSG.

La rete di collaborazione e di solidarietà contribuisce in modo importante alla continuità dei progetti regionali di cooperazione sanitaria, che insieme raggiungono dei livelli di finanziamento reputati generalmente soddisfacenti da parte dei referenti; e che permette loro di mantenere in piedi il sistema della cooperazione sanitaria, coinvolgere gli operatori sanitari e raggiungere più luoghi dove fare cooperazione sanitaria. Il mantenimento di un livello soddisfacente di finanziamenti, oltre che dall'impegno diretto dei diversi attori del sistema di CSIT, dipende anche dall'effetto moltiplicatore dei progetti di cooperazione internazionale della Regione, che negli ultimi anni e grazie al CSG ha consentito di attivare o rafforzare canali di finanziamento e collaborazione a livello nazionale e internazionale.

Da una parte, la disponibilità di finanziamenti, insieme alla rete partecipata, hanno permesso lo sviluppo e la diffusione di una cultura della solidarietà internazionale. Difatti, la Regione Toscana vanta una storia ed una tradizione di anni di impegno nella cooperazione sanitaria internazionale, vi è una diffusa sensibilità al volontariato e una certa apertura verso la cooperazione con l'estero e l'accoglienza.

D'altra parte, i finanziamenti si sono mantenuti a livelli soddisfacenti anche in periodi di crisi economica perché alimentati da un importante sostegno politico. La Regione Toscana ha costruito un efficace impianto politico, giuridico, istituzionale e finanziario, e ha mantenuto il sostegno e l'attenzione al tema della cooperazione sanitaria internazionale approvando ogni anno un programma operativo e mantenendo una visione strategica; e con il DGR n. 300 del 21/04/08 ha riconosciuto il valore della cooperazione consentendo agli operatori sanitari di andare in missione inserendolo come parte del lavoro ordinario. Questa scelta politica è considerata fondamentale da parte di tutti i referenti perché riesce a coinvolgere professionisti sanitari con i quali è possibile fare piani strutturati e dare continuità alla cooperazione sanitaria.

5.2. Le debolezze

Tuttavia, la *governance* della cooperazione sanitaria internazionale della Regione Toscana denota inevitabilmente anche una serie di debolezze, che ne limitano le potenzialità.

Una prima debolezza emersa dall'analisi risiede nel fatto che si rileva una certa difficoltà dei referenti della cooperazione sanitaria delle diverse aziende sanitarie della Regione Toscana nel fare sistema, in particolare per quanto concerne le attività di networking, il coinvolgimento nel dibattito politico e la ricerca di finanziamenti esterni. Spesso le aziende sanitarie fanno fatica ad impegnarsi in attività che vadano oltre la programmazione e l'attuazione dei progetti di cooperazione, come ad esempio: partecipare nelle attività di lobbying e rappresentare il sistema di CSIT a livello nazionale e internazionale, partecipare ai progetti nazionali insieme al CSG e altre aziende, prendere parte alla contrattazione politica e alle attività di networking per aumentare le risorse del sistema. Spesso inoltre non riescono a vedere il CSG come un'opportunità per rafforzare, migliorare e integrare il sistema, anzi sovente lo vedono sostanzialmente come soggetto erogatore dei finanziamenti, e non come partner strategico nell'ottica di una valorizzazione complessiva della CSIT.

Inoltre, i referenti avvertono un basso livello di coinvolgimento nella pianificazione della strategia regionale per la cooperazione sanitaria, nella costruzione del quadro di rendicontazione, nella strutturazione dei formulari di valutazione e nei processi di formazione, e percepiscono spesso il ruolo delle aziende sanitarie come delle strutture sulle

quali la Regione si appoggia per valorizzare la rete dei professionisti, ma non sfrutta appieno la loro esperienza e conoscenza del territorio e dei paesi d'intervento. Di conseguenza, peraltro, le aziende sanitarie non sono responsabilizzate rispetto al ruolo e al valore della loro collaborazione e al contributo che potrebbero dare per accrescere la rete di cooperazione, rinforzare i partenariati e arricchire la cooperazione sanitaria toscana di risorse economiche, sociali e professionali. Questo limitato coinvolgimento, se da un lato denota un elemento di debolezza nella relazione tra Regione e aziende sanitarie, dall'altro è anche conseguenza del limitato tempo che i referenti possono dedicare alle attività di cooperazione sanitaria internazionale (perché non svolgono quest'attività in modo esclusivo e/o per carenza di personale), che non permette loro di partecipare appieno alla governance della cooperazione né di valorizzare del tutto le potenzialità di intervento del sistema.

Un'ulteriore debolezza è rappresentata dall'inquadramento dei referenti della cooperazione sanitaria toscana all'interno delle diverse aziende sanitarie. Spesso infatti i referenti hanno poco peso decisionale/politico nelle proprie aziende, il che limita l'impatto delle loro iniziative. Inoltre, spesso determina la tendenza dei referenti a portare avanti progetti su tematiche ricorrenti, a volte anche in aree di poco interesse per la CSIT. Questa pratica può essere influenzata anche da una scarsa collaborazione dentro le aziende tra il referente e i diversi uffici attinenti alla cooperazione sanitaria (ad esempio, i dipartimenti di ricerca oppure con gli uffici preposti alla programmazione europea H2020¹³ o alle relazioni internazionali).

La relativa carenza di personale è anche alla base di una ulteriore debolezza individuata nel sistema di cooperazione sanitaria, che riguarda la limitata disponibilità di operatori sanitari che partecipino alle missioni di cooperazione. Il problema nasce non da uno scarso interesse degli operatori sanitari ma piuttosto dalla carenza di personale, per cui i dirigenti delle aziende sanitarie trovano spesso difficoltoso riprogrammare e implementare l'offerta sanitaria dell'azienda territoriale in assenza del personale che viene sottratto per partecipare alle missioni (da una a quattro settimane all'anno), e di conseguenza non sono sempre propensi ad approvare le richieste di missione. Inoltre, barriere alla partecipazione attiva degli operatori sanitari derivano anche da: le condizioni contrattuali del personale delle aziende, che sono principalmente legate a una debolezza del sistema sanitario nazionale e riguardano i contratti a tempo e non strutturati (soprattutto per gli operatori più giovani); la carenza nella diffusione dell'informazione per quanto riguarda l'aggiornamento degli operatori sui progetti di cooperazione nelle aziende sanitarie, le attività programmate e le competenze che sono necessarie per la loro attuazione.

Inoltre, si denota una limitata formazione e un non sempre adeguato processo di selezione degli operatori sanitari che partono in missione. Per questi operatori sanitari, oltre al profilo professionale, non è infatti prevista una selezione del profilo psicologico e sociale. Accade così che vadano in missione operatori che non hanno una visione della cooperazione sanitaria, non conoscono la lingua per comunicare nel paese della missione e non riescono ad adattarsi facilmente alle difficili condizioni locali. La carenza nel processo di selezione non è colmata da una formazione sociopsicologica degli operatori sanitari prima della partenza.

¹³ I progetti H2020 sono lo strumento principale con cui l'Unione Europea (UE) finanzia la ricerca all'interno del Programma Quadro Horizon 2020 (H2020) per la ricerca e l'innovazione relativo al periodo 2014-2020.

In un contesto di carenza di personale e di profili adatti alla cooperazione sanitaria internazionale non è d'aiuto un debole sistema di valutazione dei progetti. Anche se il processo di valutazione viene eseguito sia in itinere, nelle fasi intermedie di implementazione, sia alla conclusione dei progetti di cooperazione, esso si basa infatti in ampia misura¹⁴ su un rapporto redatto dai responsabili di progetto, dove vengono dichiarati gli obiettivi raggiunti rispetto a quelli posti nella proposta. Il monitoraggio e la valutazione, effettuati dal CSG, sono inoltre mirati essenzialmente a verificare la correttezza e adeguatezza formale delle attività e dei risultati dichiarati. La già richiamata previsione di effettuare una valutazione di impatto avvalendosi anche di esterni indipendenti (sezione 5.1) dimostra la volontà della CSIT di impegnarsi a migliorare questo sistema, in un'ottica maggiormente strategica.

Un'ulteriore debolezza della cooperazione sanitaria riguarda il poco coordinamento con il settore delle attività internazionali presso la Presidenza della Regione Toscana, che non permette di scambiare e sfruttare congiuntamente strutture, contatti, informazioni politico-istituzionali ed esperienza. Questa debolezza va ad aggravare ulteriormente la insufficiente capacità del sistema di cooperazione sanitaria nell'accrescere la rete, rafforzare i partenariati e potenziare le risorse economiche, sociali e professionali. Infatti, è il settore della cooperazione internazionale della Presidenza - e non la cooperazione sanitaria - ad essere presente nei tavoli istituzionali in cui si negoziano progetti, iniziative e risorse, in particolare modo quelli europei (PLATFORMA) e nazionali (MAECI ed AICS). Il coordinamento non è aiutato dal fatto che le due cooperazioni sono divise sul piano politico e programmatico. La cooperazione sanitaria fa infatti parte del settore sanità - Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, mentre altre attività di cooperazione allo sviluppo sono parte delle attività internazionali; ne consegue una maggiore difficoltà ad armonizzare anche le strategie a lungo termine.

5.3. Le opportunità

Un'importante opportunità riguarda il bagaglio di esperienza che viene offerta agli operatori sanitari tramite le missioni all'estero. Questo è particolarmente rilevante per i giovani professionisti che svolgono la loro specializzazione nelle aziende sanitarie Toscane. La conoscenza assimilata tramite le missioni all'estero riguarda sia quella strettamente professionale (perché gli operatori devono affrontare contesti sanitari diversi rispetto a quelli a cui sono abituati), sia aspetti socioeconomici, climatici e geografici che determinano le condizioni sanitarie del paese d'intervento. In questo modo, gli operatori migliorano in misura significativa le proprie capacità tecniche, sviluppano flessibilità e dinamismo, imparano ad avere una visione globale della salute e acquisiscono una capacità specifica a gestire il rapporto con gli utenti stranieri in Toscana. La cooperazione sanitaria, inoltre, rappresenta un forte elemento di appartenenza, rafforza il legame con il proprio lavoro e accresce le motivazioni. Una forte motivazione costituisce un incentivo a lavorare in team e uno stimolo a crescere e aggiornarsi.

Oltre alla formazione, ma strettamente legata ad essa, è importante anche l'opportunità offerta dalla cooperazione sanitaria di fare ricerca all'interno delle Aziende Ospedaliere Universitarie, le quali mettono a disposizione le strutture e le capacità per identificare

¹⁴ A questo si somma, in particolare nel caso dei PIR un monitoraggio amministrativo e, in alcuni casi, missioni in loco da parte del CSG.

metodi sempre innovativi per fornire soluzioni efficienti ed efficaci ad emergenze sanitarie e rispetto anche alla salute dei migranti.

Inoltre, la cooperazione sanitaria della Regione Toscana potrebbe beneficiare di un pool di operatori sanitari potenzialmente interessati a parteciparvi, ma attualmente non disponibili a causa di una serie di fattori. Tra questi, la mancanza di opportunità di formazione sulla cooperazione internazionale, strumenti di reclutamento e coinvolgimento non standardizzati, e la diffusa presenza di contratti a tempo, soprattutto per personale più giovane, che non incentivano a partecipare alle missioni all'estero. Un altro elemento che potrebbe favorire un coinvolgimento più ampio di operatori sanitari è legato all'elaborazione di una comunicazione e sensibilizzazione mirata all'interno delle aziende sanitarie.

Un'ulteriore opportunità è data dal rapporto informale e di fiducia che lega i referenti delle aziende sanitarie che partecipano nella cooperazione sanitaria. Questo rapporto, questo capitale sociale, può offrire una solida base su cui costruire rapporti formali e istituzionali forti, lavorare in sinergia e ampliare la rete di conoscenze e di partner, per avere un impatto più importante e diventare più inclusivi.

In tal senso potrebbe evolvere anche il rapporto poco coordinato tra la cooperazione sanitaria ed il settore di attività internazionali nell'ambito delle Regione Toscana. Un'opportunità considerevole potrebbero rivelarsi i progetti in comune esistenti tra le due anime della cooperazione, sulla base dei quali si potrebbe costruire una collaborazione programmata, coordinata e sinergica. E le possibilità di concorrere ad accedere a risorse nazionali e internazionali. Il sistema toscano di cooperazione rappresenta un valore aggiunto unico in Italia e nel contesto internazionale per le sue capacità di operare su diverse scale territoriali e come *governance* multilivello.

Dunque, il rafforzamento delle relazioni interne tra le due anime della cooperazione allo sviluppo permetterebbe di sfruttare al meglio la già significativa visibilità a livello nazionale e internazionale che offre il CSG, consentendo di attirare più risorse economiche, aumentare il potere politico e accrescere il network.

5.4. Le sfide/minacce

Tuttavia, anche le sfide (minacce) che affronta la cooperazione sanitaria e i suoi attori sono numerose e potrebbero trasformarsi in vere e proprie barriere al suo sviluppo futuro.

Una prima sfida da superare riguarda l'autoreferenzialità degli attori della cooperazione sanitaria, che rischia di minare il raggiungimento di obiettivi comuni in linea con la strategia regionale. Sicuramente ogni azienda sanitaria deve mantenere le proprie autonomie e partecipare e sviluppare progetti in cui essa è specializzata, contribuendo però alla definizione di un meccanismo integrato e sinergico tra gli attori, e alla ricerca e alla condivisione di risorse economiche e umane per migliorare il funzionamento del sistema di cooperazione sanitaria nel suo complesso. L'autoreferenzialità minaccia lo spirito di collaborazione e dunque l'esistenza di un sistema a lungo termine, ostacola la continuità di una squadra inclusiva, efficiente ed efficace, e deteriora la competitività e l'attrattività del sistema di cooperazione sanitaria toscana a livello nazionale ed internazionale.

D'altro canto, anche un eccessivo accentramento del sistema sanitario in generale e della cooperazione sanitaria in particolare potrebbe avere conseguenze negative. L'accorpamento

del territorio toscano e delle ASL in tre aree vaste ha determinato il fatto che, alle riunioni con il CSG e la Regione, partecipi il referente di ogni area vasta. Prima dell'accorpamento, ogni azienda sanitaria aveva un suo referente per la cooperazione sanitaria; di conseguenza, nell'opinione di molti operatori i tavoli d'incontro erano più dinamici, partecipati e diversificati. Considerando anche il basso livello di coinvolgimento nelle decisioni strategiche, la Regione rischia di non cogliere le esigenze e le ricchezze delle piccole realtà del territorio e di non sfruttare pienamente l'esperienza degli attori che lavorano sul campo.

Una ulteriore minaccia può essere rappresentata dalla coesistenza di diverse funzionalità all'interno del CSG. In quanto struttura attuativa delle strategie della Giunta Regionale in ambito di cooperazione sanitaria, il CSG ha il compito di: i) monitorare e valutare i progetti di interesse regionale e quelli a bando; ii) sviluppare e gestire direttamente i Programmi di Interesse Regionale Strategico (PIRS); iii) centro di riferimento regionale che rappresenta la Toscana in tutti i diversi tavoli istituzionali. Finora, tutte queste funzioni non sono mai entrate in conflitto tra loro, ma è importante mantenerle in un equilibrio virtuoso per non minare il buon esito dei progetti di cooperazione sanitaria.

Un'ulteriore sfida alla cooperazione sanitaria della Toscana riguarda possibili futuri riduzioni di budget. Questo scenario è legato principalmente alle risorse economiche del paese in generale, ma anche ai cambiamenti a livello politico e sociale che potrebbero determinare nel futuro un cambiamento verso il basso dell'impegno regionale e quindi del budget dedicato alla cooperazione sanitaria.

6. Raccomandazioni

L'analisi SWOT è uno strumento prezioso che permette di identificare strategie mirate basate sulle possibili combinazioni tra forze e debolezze interne alla cooperazione sanitaria e opportunità e sfide/minacce esterne che potrebbero influenzare il suo funzionamento. Le strategie riportate in questo paragrafo (nella tabella 5) catturano potenziali azioni appropriate per affrontare le problematiche emerse dal sistema di cooperazione sanitaria in Toscana e migliorare la sua *governance*.

Tante di queste strategie, anche se sono state identificate come combinazione di una forza o debolezza con un'opportunità o minaccia, a lungo termine potrebbero avere degli effetti positivi a catena che contrasterebbero anche altre debolezze e minacce, come illustrato di seguito.

Tabella 5. Strategie dell'analisi SWOT per la CSIT

	Strengths/Forze	Weaknesses/Debolezze
Opportunities/ Opportunità	<i>Strategie S-O</i>	<i>Strategie W-O</i>
	<p>S1/8-O5/6: Rafforzare il ruolo del CSG presso il settore attività internazionali della Direzione Regionale della Presidenza;</p> <p>S4/6-O2/3: Sfruttare i centri di ricerca delle aziende sanitarie per introdurre la ricerca nelle attività di cooperazione sanitaria e attirare giovani operatori e operatrici;</p> <p>S5/7-O4: Rendere maggiormente partecipata la scelta dei progetti e delle aree di intervento per essere più efficienti ed efficaci.</p>	<p>W1/2-O4: Costruire un sistema partecipativo tramite un impegno maggiore da parte degli attori di tutti i livelli di governance;</p> <p>W3/5-O3: Aumentare le risorse umane sia all'interno del CSG che nelle aziende sanitarie;</p> <p>W4/6-O1/2: Sviluppare percorsi di formazione per gli operatori sanitari e per le nuove generazioni;</p> <p>W8-O5/6: Creare dei tavoli di discussione permanenti con il settore di attività internazionali per rafforzare la partnership.</p>
Threats/Sfide (Minacce)	<i>Strategie S-T</i>	<i>Strategie W-T</i>
	<p>S2/8-T2: Istituzionalizzare il ruolo del referente di cooperazione;</p> <p>S3/4-T3: Identificare dei punti di riferimento (focal point) per ogni singolo settore della cooperazione sanitaria e costruire dei tavoli tematici di discussione;</p> <p>S5/7/8-T1/4: Programmare e organizzare eventi frequenti di sensibilizzazione e raccolta fondi.</p>	<p>W1-T1: Preparare dei piani semestrali condivisi delle attività da svolgere per attuare la cooperazione sanitaria internazionale;</p> <p>W2/4-T2/3: Definire i ruoli e le responsabilità in modo preciso e condiviso;</p> <p>W7-T4: Elaborare un sistema di monitoraggio e valutazione strategico con strumenti più raffinati e orientati al risultato.</p>

Fonte: Elaborazione propria

6.1. Strategie Weaknesses – Opportunities (W-O)

Le strategie che permetterebbero alla cooperazione sanitaria Toscana di superare le debolezze mettendo a frutto le opportunità includono l'aumento delle risorse umane dedicate alla cooperazione sanitaria internazionale, la creazione di percorsi di formazione

specifici per gli operatori, la creazione di tavoli di discussione e di un sistema partecipativo e collaborativo.

Quest'ultimo richiede, in particolare, un impegno della Regione Toscana e della direzione del CSG nel coordinamento della rete e nel coinvolgimento e valorizzazione dei referenti territoriali in tutte le fasi della definizione ed implementazione della strategia della cooperazione sanitaria. Richiede anche, d'altro canto, una maggiore responsabilizzazione dei referenti territoriali rispetto all'importanza del loro contributo nel riempire il sistema regionale della cooperazione sanitaria di contenuti/esperienze, risorse e partner per una collaborazione più partecipata e orizzontale. La creazione di un sistema partecipativo dovrebbe sfruttare i rapporti informali e di fiducia di vecchia data tra gli attori della cooperazione sanitaria per poter definire e rafforzare forme strutturate di collaborazione tra attori, e incentivare il loro coinvolgimento nella definizione della strategia della cooperazione sanitaria e delle aree di intervento. La definizione di una strategia condivisa aiuterebbe anche a contrastare una eccessiva autoreferenzialità degli attori della cooperazione sanitaria, che come indicato nell'analisi delle pagine precedenti è una tra le minacce di questo settore. La creazione di un sistema partecipativo di cooperazione è particolarmente rilevante non solo per migliorare l'efficacia ed efficienza delle iniziative di cooperazione sanitaria internazionale realizzate grazie al sostegno della Regione Toscana, ma anche per aumentare l'effetto moltiplicatore dei progetti, consentendo alle competenze ed esperienze maturate in territorio regionale di essere valorizzate in ambito nazionale e internazionale.

In tal senso, un aumento del personale, sia all'interno del CSG che nelle aziende sanitarie, non solo migliorerebbe le capacità di tutti gli attori di essere più partecipi, inclusivi ed efficaci, ma faciliterebbe il lavoro degli operatori sanitari sia in Italia (nella Regione Toscana) sia nei paesi dove si svolgono i progetti.

Per migliorare la qualità delle risorse umane sarebbe inoltre opportuno sviluppare dei percorsi di formazione per gli operatori sanitari impegnati nelle missioni, ma anche per i referenti che si occupano degli aspetti più amministrativi, politici e di networking. Inoltre, uno stimolo alla diffusione di insegnamenti sulla cooperazione sanitaria (e sulla cooperazione allo sviluppo) nei vari livelli di istruzione superiore potrebbe contribuire a preparare future risorse umane con una considerevole conoscenza e sensibilità verso il settore. Complessivamente, la formazione promuove la costruzione e la diffusione del concetto di cooperazione, migliora la preparazione dei referenti territoriali, prepara gli operatori sanitari ad affrontare problematiche nuove, e orienta le nuove generazioni alla medicina e alla salute globale. Inoltre, si potrebbero sviluppare percorsi di formazione per quanto riguarda le politiche e i finanziamenti internazionali e nazionali per diffondere le opportunità e incentivare la partecipazione. Tale formazione potrebbe trovare terreno particolarmente fertile in una Regione come la Toscana, tradizionalmente sensibile alla tematica della cooperazione internazionale.

Infine, per migliorare il coordinamento con il settore di attività internazionali della Regione, potrebbe essere d'aiuto la creazione di tavoli di discussione permanenti, per rafforzare i partenariati in occasione di progetti comuni già esistenti. In questo modo, la CSIT beneficerebbe di un network più ampio, di conoscenze diversificate e specializzate, di una visibilità maggiore potenzialmente in grado di facilitare l'attrazione di finanziamenti. Un

suggerimento importante concerne la realizzazione di un evento (ad esempio biennale) assieme ad AICS su cooperazione sanitaria di livello internazionale dove valorizzare il sistema toscano. Eventi come questo, oltre ad aumentare la visibilità della CSIT, può servire per cementare rapporti con il settore di attività internazionali e preparare nuovi progetti con nuovi finanziamenti.

6.2. Strategie Weaknesses – Threats (W-T)

Non sempre un sistema ha le capacità per affrontare le proprie debolezze e le principali minacce a cui è esposto, per cui trovare delle strategie in questo senso potrebbe essere molto difficile. Le strategie definite in questo paragrafo riguardano principalmente il miglioramento del sistema di valutazione e della comunicazione tra gli attori a diversi livelli di gestione.

Una importante strategia per migliorare l'efficacia e l'efficienza dei progetti di cooperazione sanitaria potrebbe essere l'implementazione di un sistema di monitoraggio e valutazione maggiormente strategico, che consenta di migliorare l'efficacia e la qualità degli interventi messi in campo, e, in prospettiva, di identificare le esperienze o gli approcci più riusciti su cui concentrare buona parte delle risorse umane ed economiche del sistema. Si tratterebbe di affiancare le attività di monitoraggio e valutazione mirate a verificare la correttezza e adeguatezza formale delle iniziative realizzate, con strumenti di valutazione più raffinati e orientati al risultato. In questo modo, il sistema diventerebbe più efficiente e potrebbe formalizzare delle buone pratiche ai fini di una migliore gestione e di un maggiore impatto delle attività di cooperazione sanitaria.

Sempre in ottica di maggiore efficacia ed efficienza, sarebbe utile migliorare la collaborazione ed il coordinamento tra gli attori della cooperazione sanitaria. A questo fine, potrebbero essere utili dei piani semestrali condivisi delle attività da svolgere, per attuare la cooperazione sanitaria internazionale. Nei piani semestrali potrebbero essere definite le attività, la loro sequenza temporale e gli attori che le compiono. Si potrebbero usare degli strumenti innovativi per costruire un calendario condiviso a cui tutti gli attori potrebbero accedere. In questo modo sarebbe possibile diffondere pratiche di scambio di informazione e di collaborazione.

Rispetto alle minacce rappresentate da un eccessivo accentramento della *governance* territoriale della CSIT e dalla multidimensionalità delle funzioni del CSG, e alla debolezza legata al limitato coinvolgimento degli attori nella definizione della strategia della cooperazione sanitaria e delle aree di intervento ma anche del CSG rispetto alle iniziative di cooperazione programmate a livello di area vasta, sarebbe molto importante definire i ruoli e le responsabilità all'interno della rete del CSIT in modo più diffuso, così da separare le funzioni e i poteri per una gestione trasparente, e includere gli attori a vari livelli per una gestione condivisa e diversificata. Questo creerebbe anche un sistema strutturato di controllo interno flessibile, efficiente ed efficace perché legittimerebbe gli attori stessi a certificare il buon funzionamento di ogni aspetto della cooperazione sanitaria. L'importante sostegno politico e le risorse umane specializzate e con esperienza decennale nei paesi d'intervento di cui usufruisce la cooperazione sanitaria in Toscana, garantirebbero le condizioni adeguate alla messa in atto di un simile sistema.

6.3. Strategie Strengths – Opportunities (S-O)

Le strategie che vengono identificate in base alle forze e alle opportunità sono molto importanti per la sostenibilità a lungo termine della cooperazione sanitaria, perché si focalizzano su azioni che sfruttano al massimo il potenziale del sistema andando oltre alle azioni necessarie per il suo buon funzionamento ed una buona *governance*.

Per esempio, un'azione importante potrebbe essere rafforzare il ruolo del CSG presso il settore attività internazionali della Direzione Regionale della Presidenza, attraverso la puntuale e completa attuazione degli strumenti di interazione e integrazione previsti dalla decisione di Giunta Regionale 11/2019. I vantaggi deriverebbero da un puntuale coordinamento tra una struttura come il CSG - con un ruolo da coordinatore e attuatore della cooperazione sanitaria - e il settore delle attività internazionali che, come già menzionato, siede a tutti i tavoli istituzionali per la definizione di strategie e opportunità. Sia l'Ufficio relazioni internazionali che il CSG beneficerebbero congiuntamente di una maggiore visibilità e di un reciproco sostegno.

Come richiamato nell'analisi delle più recenti programmazioni operative (sezione 4.1.1) il sistema di cooperazione sanitaria della Regione Toscana ha messo in atto da alcuni anni una strategia di concentrazione delle risorse in poche aree, alla luce della relativa riduzione delle stesse e dell'esigenza di limitare la frammentazione aumentando quindi l'impatto dei progetti. A questo fine, potrebbe essere utile una maggiore condivisione - con i diversi soggetti del sistema toscano della cooperazione sanitaria della definizione dei criteri su cui concentrare la maggior parte delle risorse economiche e umane della CSIT, nel quadro delle indicazioni strategiche definite dal Ministero degli Affari Esteri e successivamente dalla Giunta regionale. Questo consentirebbe una maggiore *ownership* dei processi in corso e una più attiva partecipazione al sistema.

Inoltre, valorizzare il percorso di ricerca e innovazione aiuterebbe anche una strategia mirata a sfruttare i centri di ricerca delle AOU, che offrono personale specializzato e gli strumenti per fare analisi e sperimentazione. In tal senso, il personale di ricerca potrebbe affiancare i referenti della cooperazione dell'azienda¹⁵ per condividere conoscenza specializzata e costruire una visione più ampia della cooperazione sanitaria, per es. inserendo una componente di ricerca nei bandi regionali. Questo consentirebbe di mettere a frutto il pool di personale all'interno delle aziende sanitarie ancora non coinvolte in attività di cooperazione, ma anche di attrarre risorse umane esterne al settore specializzate e interessate ad avvicinarsi al mondo della ricerca e della cooperazione. Tramite la ricerca, inoltre, si potrebbero individuare dei metodi e degli strumenti più efficienti ed efficaci per risolvere i problemi sanitari sia in Italia sia nelle aree di intervento.

6.4. Strategie Strengths – Threats (S-T)

Sfruttando le forze per contrastare le sfide/minacce è possibile definire delle strategie che facilitino il funzionamento della cooperazione sanitaria e che contribuiscano a diffondere il suo messaggio. Innanzitutto, una strategia importante da mettere in atto in questo ambito sarebbe l'istituzionalizzazione del ruolo del referente di cooperazione, che dovrebbe essere ricoperto da figure con esperienze e conoscenze adeguate e con un certo grado di responsabilità all'interno delle Aziende Sanitarie. Questo permetterebbe di essere più

¹⁵ In questo caso parliamo principalmente delle AOU che hanno la capacità di fare ricerca.

efficienti e rapidi nel risolvere problemi, e proattivi nella progettualità della cooperazione sanitaria. Come abbiamo visto nei paragrafi 4.2.1 e 4.2.2, il riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del sistema sanitario regionale ha dato vita ad una *governance* stratificata della CSIT per cui si sono aumentati i livelli di rappresentanza, nonché il numero dei passaggi che le aziende sanitarie tramite i propri referenti e gli attori del territorio devono intraprendere per arrivare a coordinarsi con la direzione regionale della cooperazione sanitaria, e di conseguenza sono aumentate anche le pratiche amministrative. Sfruttando l'importante sostegno politico e l'assetto più strutturato apportato dalla nascita del CSG, un ruolo istituzionalizzato dei referenti potrebbe ridurre i livelli di rappresentanza e snellire le pratiche; questo faciliterebbe anche il processo per la loro formalizzazione, e creerebbe le condizioni per un confronto diretto tra gli attori e a più livelli di *governance*.

Un'azione potenzialmente importante per migliorare il coordinamento, la collaborazione e la partecipazione degli attori della cooperazione sanitaria Toscana sarebbe l'identificazione di strutture all'interno della rete della CSIT che servono da focal point per aree tematiche e/o geografiche della cooperazione sanitaria (ad es. per ogni continente oppure per ogni specializzazione sanitaria) in base alla specializzazione e l'esperienza di ogni struttura. Ogni *focal point* potrebbe organizzare dei tavoli tematici in base alla propria specializzazione, con la partecipazione dei referenti e degli attori della CSIT interessati e di un rappresentante del CSG con un ruolo di coordinamento. I tavoli tematici potrebbero apportare un valore aggiunto in termini di: (i) stimolo alla riflessione sulle politiche regionali/nazionali delle rispettive aree di riferimento e dei principali donatori, (ii) informazione e reciproca conoscenza tra soggetti operanti nei singoli territori, (iii) confronto reciproco per la verifica di eventuali opportunità di collaborazioni tra soggetti, in vista di formulazione di PIR o di partecipazione a bandi nazionali, europei o internazionali, (iv) comunicazione e visibilità delle iniziative di cooperazione nei territori toscani, (v) costruire ed aggiornare un piano semestrale condiviso (vedi paragrafo 6.2). Le aziende sanitarie collaborano più facilmente e frequentemente con altre aziende della stessa area vasta o di aree vaste diverse ma contigue, spesso per ragioni di vicinanza geografica. Per l'opposta ragione, la collaborazione tra aziende geograficamente lontane è limitata, se non come partner all'interno di uno stesso progetto che richiede competenze specifiche e complementari. Collaborare di più, intensificando i momenti di incontro tematici, è essenziale per migliorare conoscenze, competenze, relazioni, accesso a finanziamenti, e diventare più efficaci nel rispondere di più ai diritti alla salute dei paesi e delle comunità partner, nel raggiungimento dell'obiettivo 3 dello sviluppo sostenibile. Infatti, questa strategia offrirebbe la possibilità di lavorare in modo strutturato e sinergico, facilitando una gestione trasparente e condivisa della cooperazione sanitaria in Toscana. La presenza di risorse umane specializzate che offrono l'esperienza decennale acquisita nei paesi d'intervento crea le condizioni per mettere in atto questa strategia.

Infine, una strategia importante potrebbe essere quella della programmazione e organizzazione di eventi frequenti o di grande visibilità, di sensibilizzazione sulle tematiche dello sviluppo e di raccolta fondi. Questi eventi darebbero la possibilità di coinvolgere e alimentare un ambiente sensibile al volontariato e con una certa apertura verso la cooperazione con l'estero e l'accoglienza. Stimolerebbero inoltre una maggiore collaborazione e partecipazione di tutti nel buon esito degli interventi di cooperazione sanitaria internazionale della Regione Toscana. L'esistenza di una rete capillare, partecipata

ed eterogenea offre le risorse per realizzare questa strategia anche a fronte di possibili future riduzioni del budget. Infine, un modo per mantenere livelli di budget soddisfacenti è riuscire a sfruttare l'effetto moltiplicatore dei propri progetti e a collegarsi a iniziative di più ampio respiro con un'ampia varietà di partner. A tale proposito, la CSIT potrebbe contare su importanti reti e professionalità a livello nazionale e internazionale, che al momento risultano essere solo in parte sfruttate. Sulla base di queste reti e professionalità, sarebbe possibile ad esempio costruire partenariati strategici e presentare proposte progettuali a finanziatori internazionali, molto più frequentemente di quanto avvenga in questo momento. Sinora tali opportunità sono colte infatti quasi esclusivamente dal CSG; in questo senso, influisce negativamente anche l'autoreferenzialità dei diversi attori e lo scarso potere politico e decisionale dei referenti. Il coinvolgimento e la creazione di legami con settori e professionisti di spicco a livello nazionale e internazionale, da parte del CSG ma anche di altri attori della CSIT, avrebbe anche una forte valenza interna, rafforzando il radicamento della cooperazione sanitaria come elemento imprescindibile all'interno della politica della Regione Toscana.

7. Conclusioni

Lo studio realizzato ha consentito di mettere in evidenza un sistema di cooperazione sanitaria internazionale della Regione Toscana (CSIT) ben organizzato, con una *governance* complessa e articolata, e con strutture adeguate ai suoi fini.

La CSIT è riuscita a fare propri i principi sia di cooperazione internazionale che di salute globale, adottandoli nella sua strategia, affrontandoli tramite il suo programma operativo, e promuovendoli e diffondendoli presso tutti i livelli di *governance*.

Per quanto la CSIT abbia una *governance* discretamente gerarchica, essa è riuscita a costruire e a mantenere una rete relativamente fitta e partecipata di attori di vari livelli, con i referenti USL che fanno da snodo principale nelle relazioni tra i vertici del sistema e gli attori territoriali locali.

Tuttavia, soprattutto in considerazione di cambiamenti politici e di riduzione delle risorse finanziarie a disposizione, è necessario un rafforzamento delle pratiche virtuose, e la modifica ed il miglioramento di quelle meno strutturate e poco efficienti, come ad esempio la strutturazione di un metodo di valutazione trasparente e con criteri ben definiti.

L'analisi SWOT (Forze, Debolezze, Opportunità, Minacce) ha consentito di individuare una serie di aspetti su cui è possibile lavorare per rendere il sistema più integrato, efficace, ed efficiente.

Tra questi, si ritiene che il nodo principale da affrontare nel prossimo futuro sia quello di migliorare la partecipazione al sistema tramite un impegno maggiore e convergente da parte degli attori di tutti i livelli di *governance*, per consentire alla CSIT di contribuire in modo sempre più efficace ed efficiente al raggiungimento del terzo Obiettivo di Sviluppo Sostenibile e di cogliere opportunità a livello nazionale ed internazionale, favorendo l'effetto moltiplicatore delle risorse messe a disposizione dalla cooperazione sanitaria internazionale da parte della Regione Toscana. A questo fine, si ritiene che le strategie che avrebbero un impatto maggiore sulla CSIT e quindi su cui concentrarsi nel prossimo futuro sono le seguenti:

- Intensificare e strutturare la collaborazione tra i vari attori chiave della cooperazione sanitaria tramite la definizione dei ruoli e delle responsabilità in modo più preciso e condiviso, identificando punti di riferimento (*focal point*) per ogni singolo settore della cooperazione sanitaria e quindi costruendo tavoli tematici di discussione che aiuterebbero la preparazione di piani semestrali condivisi delle attività da svolgere per attuare la cooperazione sanitaria internazionale della regione.
- Istituzionalizzare il ruolo del/la referente di cooperazione, con un certo grado di responsabilità all'interno delle Aziende Sanitarie; in questo modo i/le referenti sarebbero più efficienti e rapidi/e nel risolvere problemi, e proattivi/e nella progettualità della cooperazione sanitaria.
- Puntare sulla qualità delle risorse umane sfruttando i centri di ricerca delle aziende sanitarie per introdurre la ricerca e l'innovazione nelle attività di cooperazione sanitaria, attirare giovani operatori e operatrici, e valorizzare il capitale umano di alta eccellenza su competenze sanitarie internazionali e di adattabilità ai contesti particolari dei paesi di intervento.

- Promuovere iniziative di grande visibilità per creare consenso, aumentare la sensibilizzazione e il radicamento della cooperazione sanitaria, e, allo stesso tempo, costruire reti di finanziamento e partenariati strategici per preparare proposte progettuali.

In questo modo, la CSIT lavorerebbe in modo sinergico con la rete territoriale per rinnovare e adeguare la sua strategia e diventare proattiva rispetto alle mutazioni socioeconomiche dei paesi di intervento e alle competenze e le risorse del territorio.

Riferimenti bibliografici

Acharya, A., Fuzzo de Lima A.T., Moore M. (2006). Proliferation and Fragmentation: Transaction Costs and the Value of Aid. *Journal of Development Studies*, 42: 1-21.

Amref (2014), Principi Guida della Cooperazione Italiana per il Settore Sanitario. Analisi della loro diffusione e utilizzo. (A cura di E. Materia) https://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/_Oggetti_Correlati/Documenti/In-Europa-e-Dal-Mondo/MAE_Principi_guida.pdf.

Baycheva-Merger, T., Wolfslehner, B. (2016). Evaluating the implementation of the Pan-European Criteria and indicators for sustainable forest management – a SWOT analysis. *Ecological Indicators*, 60: 1192–1199. <https://doi.org/10.1016/j.ecolind.2015.09.009>.

Burbo S., Panunzi M. G., Simonelli M. (2017), *Il contributo dell'Italia alla salute globale. Come funziona la cooperazione sanitaria italiana*, Aidos, Osservatorio Aids, Friends of the Global Fund Europe.

Caldes Pinilla M. J., Bellanca N., Como E., Libanora R., Rapisardi A. (2010). La cooperazione decentrata allo sviluppo: riflessioni teoriche e spunti dall'esperienza della Toscana nel campo della salute globale, *Working Paper CeSPI 76/2010*, https://www.cespi.it/sites/default/files/documenti/wp_76_pinilla-decentrata.pdf.

CeSPI (2012) *Rapporto di valutazione strategica del Programma di sostegno alla cooperazione regionale nel Mediterraneo e nei Balcani (APQ)*, https://www.cespi.it/sites/default/files/allegati/valutazione/cespi_2012_rapporto_valutazione_strategica_apq_finale_giugno.pdf.

Foster, M., and J. Leavy (2001). *The Choice of Financial Aid Instruments*. London: Overseas Development Institute.

Karns M. P., Mingst K. A., Stiles K. W. (2015). *International Organizations: The Politics and Processes of Global Governance*, Third Edition, Lynne Rienner Publishers: USA.

Knack, S., and A. Rahman (2007). Donor fragmentation and bureaucratic quality in aid recipients. *Journal of Development Economics*, 83: 176-97.

Kurttila, M., Pesonen, M., Kangas, J., Kajanus, M. (2000). Utilizing the analytic hierarchy process (AHP) in SWOT analysis – a hybrid method and its application to a forest certification case. *Forest Policy Economics*, 1: 41–52.

Lombriser, R., Abplanalp, P.A. (1998). Strategisches management. Visionen entwickeln. Strateg. umsetzen. Erfolgspotentiale ausbauen. Zürich (Versus).

Martínez Álvarez M., Acharya A. (2012). Aid Effectiveness in the Health Sector, ReCom, United Nations University, UNU Wider, Working Paper No. 2012/69.

Pietrogrande E. (2008). Indagine sulla cooperazione sanitaria internazionale delle Regioni Italiane, *CeSPI - OICS Working Papers 50/2008* http://www.cespi.it/sites/default/files/documenti/wp-50_cooperazione_sanitaria_regioni.pdf.

Rosenau J. N., Cziempiel O. (a cura di), (2000). *Governance without government: Order and Change in World Politics*, Cambridge University Press, Cambridge.

Documenti consultati

Commissione Europea (2010) Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni. *Il ruolo dell'Unione europea nella sanità mondiale*, Bruxelles, 31.3.2010, COM(2010)128 def.

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE TOSCANA - N. 58, 31.12.2015. LEGGE REGIONALE 28 dicembre 2015, n. 84. Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005.

Caldés Pinilla M.J., De Luca M. Il Centro regionale di salute globale. 2104.

Carta di Ottawa, 1986.

Council of the European Union (2010) *Council conclusions on the EU role in Global Health*, 3011th FOREIGN AFFAIRS Council meeting, Brussels, 10 May 2010.

Dichiarazione di Alma Ata, 1978,

Dichiarazione della sanità mondiale HEALTH 21 1998.

Giunta Regionale Regione Toscana. ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 15-10-2012 (punto N 24). Delibera N. 909 del 15-10-2012. Istituzione del "Centro di Salute Globale" presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria A. Meyer.

Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale Cooperazione Internazionale. DGCS. *Documento Triennale di Programmazione e di Indirizzo 2017 – 2019*

Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale. DGCS. Salute Globale. *Principi Guida della Cooperazione Italiana 2014 2016*.

Programma Operativo. Cooperazione Sanitaria Internazionale & Salute dei Migranti. Allegato A. 2018.

Programma Operativo. Cooperazione Sanitaria Internazionale & Salute dei Migranti. Allegato A. 2019-2020.

Strategia di Cooperazione Sanitaria della Regione Toscana. Programma delle iniziative di cooperazione sanitaria internazionale. Disposizioni attuative per l'anno 2012, Allegato A. 2012.

<http://www.centrosaluteglobale.eu/>

Elenchi progetti

Strategia di Cooperazione Sanitaria Internazionale 2012. Progetti di Iniziativa Regionale 2012

Cooperazione Sanitaria Internazionale. Graduatoria PIR 2013

Cooperazione Sanitaria Internazionale. Elenco PIR Aree Vaste 2014 Cooperazione Sanitaria Internazionale. Elenco PIR Aree Vaste 2015

Cooperazione Sanitaria Internazionale. Elenco PIR 2016

Cooperazione Sanitaria Internazionale. Elenco PIR 2017

Cooperazione Sanitaria Internazionale. Graduatoria Progetti Semplici 2013

Cooperazione Sanitaria Internazionale. Graduatoria Progetti Semplici 2014

Cooperazione Sanitaria Internazionale. Graduatoria Progetti Semplici 2015

Cooperazione Sanitaria Internazionale. Graduatoria Progetti riservati al Sistema toscano della cooperazione sanitaria internazionale 2016

Cooperazione Sanitaria Internazionale. Graduatoria Progetti riservati al Sistema toscano della cooperazione sanitaria internazionale 2017

Progetti di iniziativa regionale strategici del Centro Salute Globale 2016

Annesso

Esempi di PIRS

Progetti di iniziativa regionale strategici del Centro di Salute Globale, 2016					
1. Garantire il diritto alla salute delle donne e dei bambini e rafforzare l'uguaglianza di genere in Senegal - Regioni di Dakar, Sedhiou, Louga, Kaffrine, Thies e Kaolack.					
<p>Il progetto, proposto e coordinato dal Centro di Salute Globale - AOU Meyer, ha una durata prevista di 12 mesi e vede la partecipazione di: Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo - Sede di Dakar, COSPE Onlus, tutte le Aziende Sanitarie toscane, Associazione dei senegalesi a Firenze, Regioni Mediche delle aree coinvolte, Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università degli Studi di Firenze, Associazione AIDE&SOLIDARITÉ, ONG Réseau Siggil Jigéen. L'obiettivo generale è quello di promuovere la cultura dell'uguaglianza di genere e il diritto alla salute delle donne e dei bambini nelle regioni senegalesi coinvolte, e come obiettivi specifici il miglioramento della qualità e offerta dei servizi sociosanitari per le donne ed i bambini e delle competenze professionali e tecniche del personale sociosanitario. Il costo totale del progetto è di 215.000€, con un contributo di 150.000€ richiesto alla Regione Toscana.</p>					
2. Supporto alla riforma della governance della sanità in Tunisia: rafforzamento delle capacità strategiche e operative degli attori del settore pubblico.					
<p>Il progetto, proposto e coordinato dal Centro di Salute Globale - AOU Meyer, mira a sostenere lo sviluppo della Sanità Tunisina, ha una durata prevista di 12 mesi e coinvolge tutte le Aziende Sanitarie toscane, il Ministero della Salute Pubblica della Tunisia e l'Associazione Pontes Ricerche e Interventi. Il costo totale è di 193.500 €, con un contributo di 150.000€ richiesto alla Regione Toscana.</p>					

PIR e Progetti semplici, 2012-2017

Anno di approvazione	Tipologia	Paese di intervento	Titolo	Soggetto attuatore	Finanziamento
2012	PIR Aree Vaste	ALBANIA - KOSOVO	Attività sanitarie integrate di formazione al personale e rafforzamento delle strutture in Albania e Kosovo	AOU Pisa	60.000,00 €
2012	PIR Aree Vaste	BOLIVIA	Supporto e assistenza tecnica all'implementazione del Sistema Unico de Salud dello Stato Plurinazionale di Bolivia: progetto pilota nella Regione del Chaco	AOU Careggi-DIPINT	100.000,00 €
2012	PIR Aree Vaste	BURKINA FASO	Sostegno allo sviluppo della Pediatria e della Endoscopia Digestiva nel Centro Medico di Nanoro- Burkina Faso	AOU Meyer	50.000,00 €
2012	PIR Aree Vaste	BURKINA FASO	La Toscana Contro La Cecità In Africa – Burkina Faso Lotta alla cecità prevenibile ed evitabile	AUSL 2 Lucca	40.000,00 €
2012	PIR Aree Vaste	ETIOPIA	"Prima le donne e i bambini": potenziamento dell'Assistenza Sanitaria nelle Cliniche di Shrebraber e Zizencho nel Guraghe, Etiopia	AUSL 1 Massa	45.000,00 €

2012	PIR Aree Vaste	INDIA	Cittadini del Mondo – Passaggio in India 6 – 2012 la promozione della salute attraverso l’acquisizione di competenze psico-sociali e l’educazione tra pari – anni 2009-2012 – terza annualità	AUSL 4 Prato	7.500,00 €
2012	PIR Aree Vaste	KENYA	Programma-Paese Kenya 2012-2015. Promozione alla salute materno-neonatale-infantile.	AOU Siena	80.000,00 €
2012	PIR Aree Vaste	LIBANO	Sostegno alle municipalità libanesi in tema di promozione della salute e gestione delle cure primarie	AUSL 8 Arezzo	45.000,00 €
2012	PIR Aree Vaste	PALESTINA	Cooperazione sanitaria toscana in Palestina in ambito pediatrico	Fond. Monasterio	50.000,00 €
2012	PIR Aree Vaste	REPUBBLICA DEMOCRATICA DEL CONGO	“Salute, cura e assistenza”. Sostegno ai servizi sanitari di Mont' Ngafula e Ukulungu- Repubblica Democratica del Congo	AUSL 5 Pisa	45.000,00 €
2012	PIR Aree Vaste	SENEGAL	Lotta alla mortalità materna e infantile in Senegal: attività di prevenzione e cura nell’Ospedale regionale di Thiés. Anno 2012	AUSL 10 Firenze	60.000,00 €
2012	PIR Aree Vaste	SENEGAL	Supporto al sistema sanitario senegalese per la riduzione della mortalità materno – infantile	AUSL 6 Livorno	30.000,00 €
2012	PIR Aree Vaste	UGANDA	Assicurare l’accesso al parto assistito attraverso un efficace e rafforzato rapporto pubblico e privato: un intervento nell’Ospedale di Aber e nel Distretto di Oyam. Programma-Paese Uganda	AOU Siena	130.000,00 €
2012	PIR Aree Vaste	UGANDA	Costruzione di un percorso diagnostico e terapeutico delle patologie tiroidee negli ospedali dell’ Africa rurale	AOU Careggi	7.500,00 €
2012	Progetti di Interesse Regionale senza contributo finanziario	BALCANI-ERITREA	Cuore-Toscana. La cardiocirurgia pediatrica toscana per i bambini cardiopatici del mondo.	Fondazione Monasterio	0,00 €
2012	PIR	TOTALE			750.000,00 €
2013	PIR Aree Vaste	SENEGAL	Rafforzamento dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali senegalesi nel settore materno-infantile	AZIENDA USL 6 DI LIVORNO	135.000,00 €

2013	PIR Aree Vaste	REGIONE TOSCANA. AREE GEOGRAFICHE STRATEGICHE	Azioni a supporto della partecipazione del sistema toscano di CSI a programmi europei ed multilivello	CSG Regione Toscana - AOU Meyer	180.000,00 €
2013	PIR Aree Vaste	BOLIVIA	Supporto e assistenza tecnica all'implementazione del Sistema Unico de Salud dello Stato Plurinazionale di Bolivia: progetto pilota nella regione del Chaco	Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Dipartimento Interistituzionale Integrato (DIPINT)	85.000,00 €
2013	PIR Aree Vaste	CONGO	"Salute, cura e assistenza". Sostegno ai servizi sanitari di Mont' Ngafula , Lukulela e Muhanga	Azienda Usl n. 5 di Pisa	45.000,00 €
2013	PIR Aree Vaste	KENYA	Programma Paese Kenya 2012-2015 Promozione alla Salute Materno-Neonatale-Infantile	Azienda Ospedaliera Universitaria Senese (capofila per l'Area Vasta Toscana Sud EST	70.000,00 €
2013	PIR Aree Vaste	UGANDA	Assicurare l'accesso al parto assistito attraverso un efficace e rafforzato rapporto pubblico e privato: un intervento nell'ospedale di Aber e nel distretto di OYAM. Programma paese Uganda. 2 anno	Azienda Ospedaliera Universitaria Senese (come capofila per l'Area Vasta Sud-EST - Ausl 7, Ausl 8, Ausl 9)	130.000,00 €
2013	PIR Aree Vaste	BURKINA FASO	La Toscana contro la cecità in Africa - Burkina Faso - 2-0 Lotta alla cecità prevenibile ed evitabile	Azienda USL 2 Lucca	45.000,00 €
2013	PIR Aree Vaste	GIUGIORDANIA (PALESTINA)	Cooperazione sanitaria toscana in Palestina in ambito pediatrico_ 2° annualità	Azienda USL 12 Viareggio	40.000,00 €
2013	PIR Aree Vaste	ETIOPIA	Dal Tucul alla sala parto: promozione della salute materno-infantile	AOU Meyer	25.000,00 €
2013	PIR Aree Vaste	TOTALE			755.000,00 €

2014	PIR Aree Vaste	BURKINA FASO	Sostegno allo sviluppo della pediatria e della endoscopia digestiva nel centro medico di Nanoro	AOU Meyer	25.000,00 €
2014	PIR Aree Vaste	KENYA	Programma Paese Kenya 2012-2015. Promozione alla Salute Materno- Neonatale- Infantile (terza annualità)	AOU Siena	70.000,00 €
2014	PIR Aree Vaste	BURKINA FASO	La Toscana contro la cecità	ASL Lucca	53.300,00 €
2014	PIR Aree Vaste	CONGO	“Salute, cura e assistenza”. Sostegno ai servizi sanitari di Mont' Ngafula e Muhanga	ASL Pisa	45.000,00 €
2014	PIR Aree Vaste	BOLIVIA	Supporto al miglioramento della condizione di salute della popolazione del Chaco boliviano	AOU Careggi	88.677,90 €
2014	PIR Aree Vaste	SENEGAL	Rafforzamento dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali senegalesi nel settore materno infantile	ASL Livorno	185.000,00 €
2014	PIR Aree Vaste	ALBANIA	Sviluppo e creazione di una rete assistenziale per la riabilitazione delle disabilità motorie a Scutari	AOU Careggi	25.000,00 €
2014	PIR Aree Vaste	UGANDA	Assicurare l'accesso al parto assistito attraverso un efficace e rafforzato rapporto pubblico e privato: un intervento nell'ospedale di Aber e nel distretto di Oyam	AOU Siena	130.000,00 €
2014	PIR Aree Vaste	TANZANIA	Corso avanzato di formazione in malattie tropicali e sanità pubblica in Africa Sub Sahariana	AOU Careggi	22.533,00 €
2014	PIR Aree Vaste	BALCANI-ERITREA	Cuore Toscana. La cardiocirurgia pediatrica Toscana per i bambini cardiopatici del mondo	OPA Massa	€ 0,00
2014	PIR Aree Vaste	TOTALE			644.510,90 €
2015	PIR Aree Vaste	MOZAMBICO	Sostegno alla salute sessuale e riproduttiva in Mozambico	AOU Meyer	50.000,00 €
2015	PIR Aree Vaste	KENYA	Programma Paese Kenya 2015-2018. Percorso di miglioramento degli standard qualitativi e gestione del rischio clinico in Salute Materno-Neonatale-Infantile (prima annualità)	AOU Siena	70.000,00 €

2015	PIR Aree Vaste	TUNISIA E TERRITORI PALESTINESI	Sostegno alla rete dei servizi di salute primaria in Tunisia e nei Territori Palestinesi	AOU Meyer	150.000,00 €
2015	PIR Aree Vaste	BOLIVIA	Supporto al miglioramento della condizione di salute della popolazione del Chaco boliviano	AOU Careggi	99.992,90 €
2015	PIR Aree Vaste	UGANDA	Assicurare l'accesso al parto assistito attraverso un efficace e rafforzato rapporto pubblico e privato: un intervento nell'ospedale di Aber e nel distretto di Oyam. Programma Paese Uganda. 4° anno	AOU Siena	130.000,00 €
2015	PIR Aree Vaste	ALBANIA E KOSOVO	Supporto tecnico e rafforzamento sistemi sanitari pubblici di Albania e Kosovo	AOU Meyer	75.000,00 €
2015	PIR Aree Vaste	SENEGAL	Rafforzamento dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali senegalesi nel settore materno infantile – terza annualità	ASL Livorno	175.000,00 €
2015	PIR Aree Vaste	UGANDA	Miglioramento delle capacità diagnostiche del Lachor Hospital, Uganda, Centro di eccellenza sanitaria e di insegnamento	AOU Siena	0
2015	PIR Aree Vaste	COLOMBIA	Integrazione e miglioramento dei servizi di assistenza sanitaria specialistica alla popolazione (fase 2) – Colombia	ASL Livorno	0
2015	PIR Aree Vaste	TOTALE	TOTALE		€ 749.992,90
2016	PIR Aree Vaste	ALBANIA E KOSOVO	Rafforzamento politiche e programmi di salute in Albania e Kosovo	ASL Toscana Sud-Est	€ 100.000,00
2016	PIR Aree Vaste	UGANDA	Nascere in Oyam: Rafforzamento dei servizi di salute materno-infantile e neonatale nel distretto di Oyam, Uganda	AOU Siena	€ 130.000,00
2016	PIR Aree Vaste	NICARAGUA	Prevenzione, diagnosi precoce e cura dell'Insufficienza renale cronica nel Dipartimento di León – Nicaragua (fase 2)	ASL Toscana Nord-Ovest	€ 80.000,00
2016	PIR Aree Vaste	KENYA	Programma Paese Kenya 2015-2018. Percorso di miglioramento degli standard qualitativi e gestione del rischio clinico in Salute Materno-Neonatale-Infantile (seconda annualità)	AOU Siena	€ 50.000,00

2016	PIR Aree Vaste	KENYA	Migliorare la qualità, la fruizione e la copertura territoriale delle attività di educazione sanitaria e di prevenzione di patologie nella baraccopoli di Mathare in Kenya, con particolare riguardo alla salute riproduttiva e alle questioni di genere	ASL Toscana Sud-Est	€ 30.000,00
2016	PIR Aree Vaste	SUDAN	Valutazione dello stato di salute e dei bisogni della popolazione marginalizzata del Sudan e miglioramento dell'accesso ai servizi socio-sanitari	ASL Toscana Sud-Est	€ 45.000,00
2016	PIR Aree Vaste	BOLIVIA	Supporto al miglioramento della condizione di salute della popolazione del Chaco boliviano	AOU Careggi	€ 115.000,00
2016	PIR Aree Vaste	UGANDA	Miglioramento delle capacità diagnostiche del Lachor Hospital, Uganda, Centro di eccellenza sanitaria e di insegnamento	AOU Siena	0
2016	PIR Aree Vaste	TOTALE			€ 550.000,00
2017	PIR Aree vaste	UGANDA	Nascere in Oyam: Rafforzamento dei servizi di salute materno-infantile e neonatale nel distretto di Oyam, Uganda.	AOU Siena	120.000,00
2017	PIR Aree vaste	NICARAGUA	Rafforzamento dei servizi di assistenza sanitaria primaria dedicati ai pazienti con insufficienza renale cronica in Nicaragua	Asl Toscana Nord Ovest	80.000,00
2017	PIR Aree vaste	KENYA	Programma Paese Kenya 2015-2018 Percorso di miglioramento degli standard qualitativi e gestione del rischio clinico in Salute Materno- Neonatale - Infantile (terza annualità)	AOU Siena	50.000,00
2017	PIR Aree vaste	ISRAELE - TERRITORI PALESTINESI	Rafforzamento del diritto alla salute e del dialogo in Palestina e Israele	Asl Toscana Centro	60.000,00
2017	PIR Aree vaste	KENYA	Educare alla salute: programma formativo e di educazione sanitaria per i giovani della baraccopoli di Mathare	Asl Toscana Sud Est	40.000,00 €

2017	PIR Aree vaste	TANZANIA	Salute materno infantile: rafforzare il sistema locale attraverso miglioramento dei servizi, formazione degli addetti e consapevolezza delle comunità in Tanzania	Asl Toscana Nord Ovest	60.000,00
2017	PIR Aree vaste	SUDAN	Supporto alla popolazione marginalizzata del Sudan e miglioramento dell'accesso ai servizi socio-sanitari	Asl Toscana Sud Est	30.000,00
2017	PIR Aree vaste	BOLIVIA	Promozione della salute nella popolazione del Chaco Boliviano	AOU Careggi	110.000,00
2017	PIR Aree Vaste	TOTALE			€ 550.000,00
2013	Progetti semplici	PALESTINA	Assistenza e formazione per la salute della donna e del bambino in Cisgiordania	Comune di San Casciano Val di Pesa	20.000,00 €
2013	Progetti semplici	COLOMBIA	Miglioramento dei servizi di primary health care e della salute della donna nel Bajo Atrato (Colombia)	Comune di Cascina	20.000,00 €
2013	Progetti semplici	CIAD	Verso gli obiettivi del millennio: un sostegno alla salute materno infantile	Comune di Tavarnelle Val di Pesa	13.000,00 €
2013	Progetti semplici	BOLIVIA	Sostegno al Sistema Unico de Salud nella Regione del chaco Boliviano	Amici Del Popolo Guarani	20.000,00 €
2013	Progetti semplici	SENEGAL	Gemellaggio Careggi-Thies: Progetto per la ristrutturazione della farmacia dell'Ospedale Regionale di Thies (Senegal)	AOU Careggi	20.000,00 €
2013	Progetti semplici	KENYA	Miglioramento della salute materno-infantile nei distretti di Isinya e Kajiado Nord	World Friends Onlus	20.000,00 €
2013	Progetti semplici	PALESTINA	Ponte di Mezzo – Cure Sanitarie decentrate, integrate e multidisciplinari per disabili di Habron e Bethlehem	Società della salute di Pisa	19.900,00 €
2013	Progetti semplici	UGANDA	Costruzione di un percorso diagnostico e terapeutico delle patologie tiroidee negli ospedali dell' Africa rurale	ASL 8 Arezzo	8.000,00 €
2013	Progetti semplici	INDIA	Cittadini del Mondo – Passaggio in India 2013 : promozione della salute mentale e riduzione dello stigma verso i pazienti psichiatrici	Asl 4 Prato	15.000,00 €

2013	Progetti semplici	ARMENIA	Sostegno al Sistema Sanitario Armeno per il trattamento Chirurgico delle Patologie Cardiovascolari	AOU Pisa	20.000,00 €
2013	Progetti semplici	SENEGAL	Gravidanza sicura a Meckhe	Cielo D'Africa ONLUS	20.000,00 €
2013	Progetti semplici	TOTALE			195.900,00 €
2014	Progetti semplici	COLOMBIA	Miglioramento dei servizi di <i>primary health care</i> e della salute della donna nel Bajo Atrato (Colombia) - Fase III	Comune di Cascina	20.000,00 €
2014	Progetti semplici	BOLIVIA	Formazione avanzata nel settore dell'emergenza/urgenza per il personale sanitario del Chaco Boliviano	Centro Mondialità e Sviluppo Reciproco - CMSR	20.000,00 €
2014	Progetti semplici	ISRAELE - TERRITORI PALESTINESI	Assistenza e formazione per la salute delle donne e dei bambini palestinesi e rifugiati in Cisiordania e in Israele	Comune San Casciano Val di Pesa	20.000,00 €
2014	Progetti semplici	UGANDA	Miglioramento delle Capacità Diagnostiche del Lacor Hospital, Uganda, Centro di Eccellenza Sanitaria e di Insegnamento	Azienda Ospedaliere a Universitari a Senese	20.000,00 €
2014	Progetti semplici	BURKINA FASO	<i>Poche Briciole 2.0</i> – intervento di prevenzione materno infantile e lotta alla malnutrizione in Burkina Faso.	Arcidiocesi di Lucca – Centro per la Cooperazione missionaria	20.000,00 €
2014	Progetti semplici	UGANDA	Miglioramento della qualità di vita delle persone con disabilità fisica e sensoriale nella Regione del West Nile in Uganda.	ASL 7 Siena	20.000,00 €
2014	Progetti semplici	TANZANIA	Una luce per chi nasce a Kondo	ASL 12 Viareggio	20.000,00 €
2014	Progetti semplici	SENEGAL	Energia pulita, sicura e continua per il Poste de Santé della Comunità Rurale di Merina Dakhar (Senegal)	ONG AVEC ONLUS	20.000,00 €
2014	Progetti semplici	NIGER	Niger: dalla parte delle bambine. promozione della salute materno-infantile e sradicamento delle MGF	ARCI Comitato Regionale Toscano	15.000,00 €
2014	Progetti semplici	INDIA	Cittadini del Mondo – Passaggio in India 2014 : riduzione dello stigma e promozione della salute mentale	ASL 4 Prato	12.500,00 €

2014	Progetti semplici	CONGO	Costruzione di un Istituto per bambini e ragazzi sordi denominato "Florentia", composto da: ambulatori, scuole laboratori e dormitori	Associazione e "La Sordità non ha colore"	12.500,00 €
2014	Progetti semplici	TOTALE			200.000,00 €
2015	Progetti semplici	EGITTO	Salute e diritti umani: assistenza per i migranti forzati trattenuti nei centri di detenzione o vittime di tortura nel territorio egiziano.	Comune di Cascina	20.000,00 €
2015	Progetti semplici	CONGO	Progetto "salute, cura e assistenza". Sostegno ai servizi sanitari di Mont 'Ngafula	Azienda USL Toscana Nord Ovest	20.000,00 €
2015	Progetti semplici	IRAQ	Miglioramento dell'accesso alle cure nei campi profughi del Kurdistan Iracheno	Associazione e Iniziative di Solidarietà Onlus	20.000,00 €
2015	Progetti semplici	CISGIORDANIA E ISRAELE	Assistenza e formazione per la salute delle donne e dei bambini palestinesi e rifugiati in Cisgiordania e in Israele - Fase II	Comune di San Casciano Val di Pesa	20.000,00 €
2015	Progetti semplici	TANZANIA	Azione integrata per la promozione della salute materno-infantile nel Distretto di Kondoa	Centro Mondialità Sviluppo Reciproco (CMSR)	20.000,00 €
2015	Progetti semplici	CONGO	Kinta	Un Mondo di Amici Ong/Onlus	20.000,00 €
2015	Progetti semplici	BOLIVIA	Formazione avanzata nel settore dell'emergenza/urgenza per il personale sanitario del Chaco boliviano – 2° annualità	Amici del Popolo Guarani	20.000,00 €
2015	Progetti semplici	PERU'	Diritti umani e Sanità: formazione e prevenzione a supporto delle comunità rurali dell'Alto Apurimac	Associazione e Apurimac Onlus	20.000,00 €
2015	Progetti semplici	SIERRA LEONE	L'ospedale di Kabala e il suo territorio: strategie di recupero e riqualificazione funzionale"	Gli Occhi della Speranza - Onlus	20.000,00 €
2015	Progetti semplici	CIAD	Sostegno alla salute materno infantile nel distretto di Bebedjia (Ciad)	Comune di Tavarnelle Val di Pesa	18.000,00 €
2015	Progetti semplici	TOTALE			198.000,00 €
2016	Progetti semplici	CISGIORDANIA E ISRAELE	Assistenza e formazione per la salute delle donne e dei bambini palestinesi e rifugiati in Cisgiordania e in Israele -	Comune di San Casciano Val di Pesa	18.232,00 €

			Fase III		
2016	Progetti semplici	PERU'	Rafforzamento del diritto alla salute e della prevenzione nelle comunità rurali dell'Alto Apurimac in Perù	APURIMAC Onlus	18.232,00 €
2016	Progetti semplici	CONGO	"Salute, cura e assistenza". Sostegno ai servizi sanitari di Mont' Ngafula e Muhanga	ASL Toscana Nord Ovest	18.232,00 €
2016	Progetti semplici	TANZANIA	"Sostegno ai servizi sanitari di base di Mlunduzi Ward"	Centro Mondialità e Sviluppo Reciproco - CMSR	18.232,00 €
2016	Progetti semplici	PALESTINA, CISGIORDANIA E STRISCIA DI GAZA	Cooperazione sanitaria toscana a supporto del Sistema Sanitario Palestinese	Palestine Children's Relief Fund - PCRF Italia	18.232,00 €
2016	Progetti semplici	BOLIVIA	Formazione in emergenza/urgenza per il personale sanitario e non sanitario del Chaco Boliviano - 3 annualità	Obiettivo Francesco Onlus	18.232,00 €
2016	Progetti semplici	ALBANIA	Formazione avanzata fisioterapisti albanesi per autonomia Corso di Laurea fisioterapia di Scutari e miglioramento qualità riabilitazione territoriale	Opera della Divina Provvidenza a Madonnina del Grappa	17.677,75 €
2016	Progetti semplici	SIERRA LEONE	Nuove strategie di approccio alla salute materna e infantile nell'Ospedale di Kabala in Sierra Leone	AFRICAMIC A Onlus	18.232,00 €
2016	Progetti semplici	EGITTO	Salute e diritti umani: assistenza per i migranti forzati trattenuti nei centri di detenzione o vittime di tortura nel territorio egiziano - Fase II	Comune di San Giuliano Terme	18.232,00 €
2016	Progetti semplici	ERITREA	Cuore Eritrea/Toscana – progetto volto alla diminuzione della mortalità pediatrica correlata a cardiopatie acquisite e congenite	Fondazione Toscana Gabriele Monasterio -FGTM	18.232,00 €
2016	Progetti semplici	INDIA	Cittadini del Mondo – Passaggio in India 2017: riduzione dello stigma e promozione della salute mentale	ASL Toscana Centro	18.232,00 €
2016	Progetti semplici	TOTALE			199.997,75 €

2017	Progetti semplici	PERU'	Progetto volto al miglioramento del livello di salute dei campesinos dei villaggi rurali dell'Apurimac	Apurimac Onlus	18.181,80 €
2017	Progetti semplici	CAMPI PROFUGHI SAHARAWI, ALGERIA	ConVivere con gli animali – Rafforzamento dei Servizi Veterinari Pubblici nei campi profughi Sahrawi	SIVtro VSF Italia Gruppo Toscana O.N.L.U.S.	18.181,80 €
2017	Progetti semplici	ETIOPIA	“Birth preparedness” e “complication readiness” per migliorare la salute di donne e bambini nel Gurage	Engera APC Onlus	18.181,80 €
2017	Progetti semplici	UGANDA	Miglioramento della qualità di vita delle persone con disabilità fisica e sensoriale nella Regione del West Nile in Uganda	Asl Toscana Sud Est	18.181,80 €
2017	Progetti semplici	EGITTO	Salute e diritti umani: assistenza per i migranti forzati trattenuti nei centri di detenzione o vittime di tortura nel territorio egiziano – Fase II	Comune di San Giuliano Terme	18.181,80 €
2017	Progetti semplici	SIERRA LEONE	Nascere in sicurezza in Sierra Leone 2 - azioni per la salute materno- infantile	Africamica Onlus	18.181,80 €
2017	Progetti semplici	TERRITORI PALESTINESI	“Cooperazione sanitaria toscana a supporto del Sistema Sanitario Palestinese – 2° annualità”	Palestine Children's Relief Fund – Italia (PCRF – Italia)	18.181,80 €
2017	Progetti semplici	BURKINA FASO	Sostegno alla Pediatria nel Centro Medico di Nanoro	Madirò - Medici per lo sviluppo	18.181,80 €
2017	Progetti semplici	RDC	“Vita”	Un Mondo di Amici Ong/Onlus	18.181,80 €
2017	Progetti semplici	TANZANIA	Sostegno ai servizi sanitari di base del villaggio di Chikopelo Bwawani	Centro Mondialità Sviluppo Reciproco (CMSR)	18.181,80 €
2017	Progetti semplici	ERITREA	Rafforzare la capacità del personale medico nel fornire servizi di qualità per gestire emergenze pediatriche	Annulliamo la Distanza Onlus	18.181,80 €
2017	Progetti semplici	INDIA	Cittadini del Mondo – Passaggio in India 2017: riduzione dello stigma e promozione della salute mentale	Asl Toscana Centro	0,00 €
2017	Progetti semplici	TOTALE			200.000,00 €