

European Union Humanitarian Health Aid for Palestinians

Gli Aiuti Umanitari dell'Unione Europea per i Palestinesi

EUROPEAN COMMISSION

European Community Humanitarian Office
ECHO

E C H O

CISP

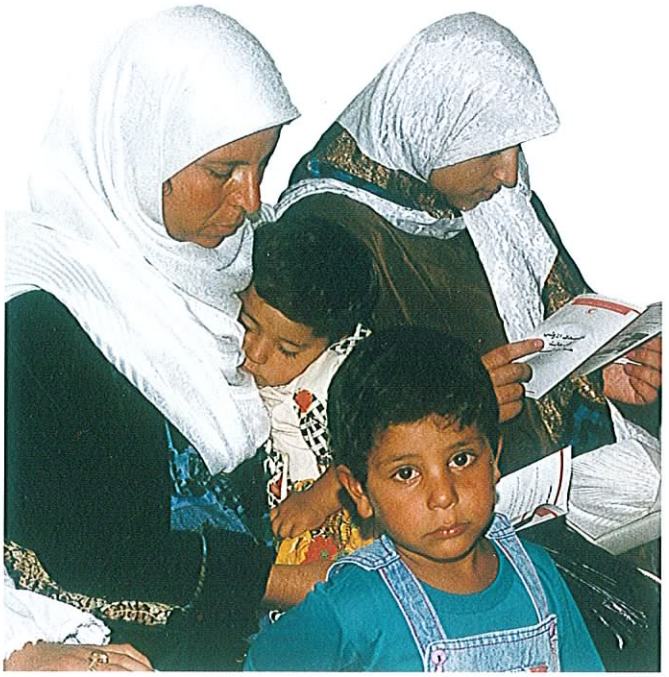
COMITATO INTERNAZIONALE PER LO SVILUPPO DEI POPOLI

As director of the European Community Humanitarian Office (ECHO), I am overseeing a massive effort on our part to render everyday life for Palestinians more tolerable in very practical ways. These communities in Israel, in Palestine and in Southern Lebanon are exposed to turbulence that often makes their struggle for the bare necessities unbearable. Their path to peace and reconciliation is far from clear, and from where we stand, there is little we can do to smooth it instantly. But what we can do is identify the most urgent needs, and to channel humanitarian aid towards meeting them. We have made healthcare our priority, as structures in the sector have been collapsing. In 1996, ECHO gave ECU 12.4 million in aid, and in 1997, a further ECU 9.4 million. The lion's share of this went on healthcare, and this pattern looks set to continue. ECHO partners have been working in Palestine, in Lebanon, and for the first time this year, in Jordan. A regional office has been set up to coordinate our activities. ECHO's mandate is restricted to humanitarian aid, and while we interpret that imaginatively, we also go to great lengths to make sure that our efforts complement those of other donors, both within the European Union and outside it. The European Union as a whole is involved in a far wider effort, with a commitment to long-term development and food security programmes. May I take this opportunity of paying tribute to the men and women, both Palestinians and Europeans, whose commitment to work on the ground gives cause for hope even when prospects for peace look bleak. Their work must go on, with ECHO's support. Too many people's lives depend on it.

Alberto Navarro, ECHO Director









In qualità di direttore, sto coordinando il massiccio sforzo dell'Ufficio Umanitario della Comunità Europea (ECHO) per rendere la vita quotidiana dei Palestinesi più sopportabile, in forme molto concrete. Queste comunità in Israele, in Palestina e nel Libano meridionale sono esposte a turbolenze che spesso rendono insostenibile la loro lotta per le necessità più elementari. Il loro cammino verso la pace e la riconciliazione è lungi dall'essere spianato e, dal nostro punto di vista, possiamo fare poco per appianarlo nell'immediato. Ciò che possiamo fare è identificare le necessità più urgenti e orientare l'aiuto umanitario per soddisfarle. Abbiamo fatto dell'assistenza sanitaria la nostra priorità, visto che le strutture sanitarie sono prossime al collasso. Nel 1996 ECHO ha dato 12,4 milioni di ECU in aiuti e nel 1997 altri 9,4 milioni di ECU. La maggior parte di questo aiuto è stata destinata alla assistenza sanitaria e tale orientamento verrà mantenuto. I partner di ECHO hanno lavorato in Palestina, in Libano e - per la prima volta quest'anno - in Giordania. È stato costituito un ufficio regionale per coordinare le nostre attività. Il mandato di ECHO è limitato all'aiuto umanitario e facciamo anche di tutto per assicurare che i nostri sforzi siano complementari a quelli di altri donatori, sia all'interno che fuori della Unione Europea. L'Unione Europea nel suo complesso è coinvolta in uno sforzo molto più ampio, con un impegno per programmi di sviluppo a lungo termine e di sicurezza alimentare.

Vorrei cogliere questa opportunità per rendere omaggio agli uomini e donne, palestinesi ed europei, che con il loro impegno di lavoro sul campo danno motivo di speranza anche quando le prospettive di pace sembrano deboli. Il loro lavoro deve andare avanti, con il supporto di ECHO. La vita di troppe persone dipende da questo lavoro.

Alberto Navarro, Direttore di ECHO

European Union, ECHO and Palestinians

Contribution by ECHO

Alongside political commitment to establishing and safeguarding peace and stability, the European Union has made the provision of financial support to encourage economies capable of producing sustainable growth a major cornerstone of its policy in the drive to secure peace in the Middle East.

The EU has played a key role in multilateral working groups established with a view to securing lasting peace via sustainable growth and job creation. In the Regional Economic Development Working Group of the Multilateral Peace Talks, the EU is a leading actor.

The European Council's 1989 Strasbourg Declaration confirmed Member States' willingness to see the EU take an active role in the region. The Strasbourg Declaration focussed on priority areas for support: small-scale employment-generating projects; measures in the agricultural and industrial sectors, especially those which support increased food self-sufficiency; education and training, particularly in vocational and technical fields; and the upgrading of Palestinian institutions and professional organisations.

The EU is the biggest donor for reconstruction of the Palestinian Territories. In November 1993, it was decided that in 1994-98 ECU 500 million would be provided in aid to the West Bank and Gaza Strip, with the EU pledging some ECU 50 million in grants each year, and the balance from long-term European Investment Bank loans.

European Union humanitarian aid for Palestinians is part of a wider commitment to improve the quality of everyday life through intervening in the health sector, among others. Such aid comprises both grants managed by the ECHO, and bilateral contributions from Member States.

Turbulence in Israel, Palestine and Southern Lebanon has caused grave economic and social difficulties for the Palestinian communities. The rising cost of living and increasing unemployment have made the path towards peace and reconciliation in the Middle East a difficult one. Given the crucial importance of stability in the region, the Commission channelled ECU 12.4 million over 1996 and ECU 9.4 million over 1997 through ECHO in a bid to ease the struggle for survival.

The health sector is a priority. Structures are collapsing, and ECHO has consequently focused the lion's share of its attention and resources to improving the situation.

In Palestine, it supplied drugs and medical equipment. ECHO's previous contributions to the Bir Zeit University Centre for Environmental and Occupational Health provided the Palestinian Authority with a reliable laboratory for the analysis and control of locally-produced medication.

Funds were also granted to various European partner NGOs to assist private and public sector hospitals in the West Bank and Gaza Strip. Support was made available

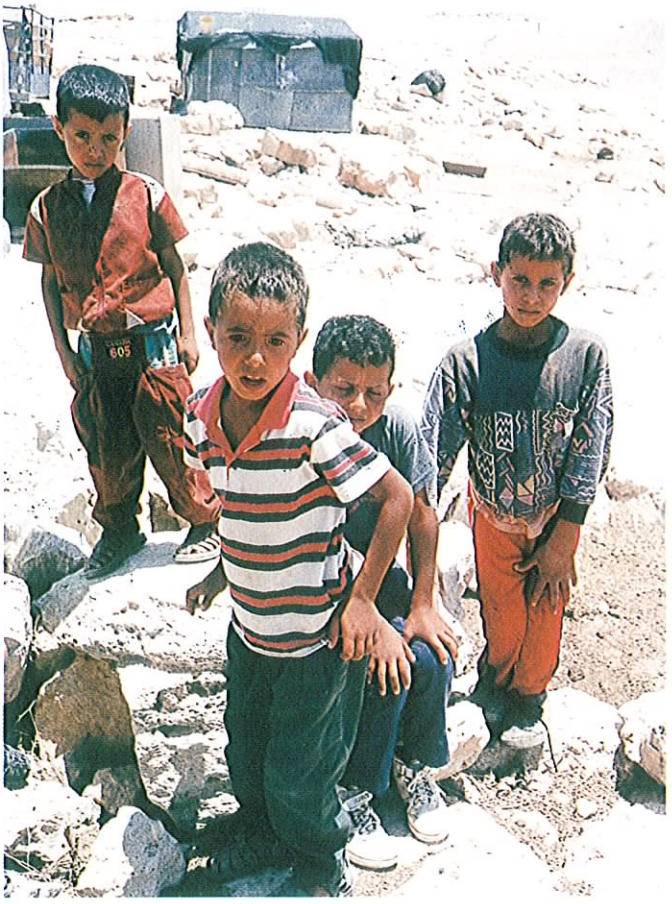




ECHO contributions in favour of Palestinians: summary

ECUs

Years	Total	Palestine (West Bank/Gaza Strip)	Lebanon
1993	12.200.000	10.400.000	1.800.000
1994	4.700.000	4.700.000	
1995	7.225.000	5.350.000	1.875.000
1996	12.400.000	9.000.000	3.400.000
1997	9.400.000	6.650.000	2.750.000





for specialized institutions such as blood banks, rehabilitation centres for handicapped, kindergartens and local NGOs. Other packages have been aimed at training health staff, assisting detainees and reorganising drugs storage and distribution systems at the Ramallah central pharmacy.

In response to repeated closures of the Territories, emergency humanitarian aid has been delivered by the United Nations Relief and Works Agency (UNRWA) and World Food Program (WFP) to the most vulnerable, and to hardship cases among the Palestinian population.

In Lebanon, ECHO's work focused on the estimated 340,000 Palestinian refugees who live in camps around the main cities. Unlike Syria or Jordan, Lebanon has made little effort to integrate these refugees, and they are not entitled to treatment under the national health service, nor to housing or education. The Lebanese economy is still recovering from the 17-year civil war which ended in 1991, and about a third of its people are living below the poverty line. ECHO's pledge to assist all vulnerable groups has also ensured a substantial allowance for Lebanese living in poverty. Fast-track decisions have been taken in sending emergency aid in critical situations, in particular, to help displaced Lebanese after Israeli military operations in Southern Lebanon in April 1996.

Up to 55% of the population (Lebanese, Palestinian) have no access to welfare. ECHO has funded the Palestine Red Crescent Society-Lebanon (PRCS-L) through partner NGOs and UNRWA, contributing to the rehabilitation and improvement of hospital sites, clinics and drug centres in Lebanon.

This year, ECHO started operations targeting Palestinian refugees living in Jordan. European NGOs worked alongside UNRWA to implement emergency relief and rehabilitation projects in refugee camps in the country. ECHO has also set up a regional office in Amman to co-ordinate and follow its humanitarian activities in the Middle East.

ECHO's contributions complement other EC long-term development and food security programmes for Palestinians living in Lebanon, Jordan, and the Autonomous and Occupied Territories. Co-operation and co-ordination among donors and joint technical efforts are needed to optimise the effectiveness of international aid.

Methods and technical suggestions on humanitarian aid for health facilities set out in this booklet are an example of how partnership between ECHO and implementing NGOs can be constructed and improved. The same goes for promoting appropriate strategy and technical discussions on cooperation.

ECHO partners of operations in favour of Palestinians in 1996 and 1997:

LEBANON

* Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli (CISP - Italy)
* Médecins du Monde (MDM - Greece)
* Medical Aid for Palestinians (MAP - United Kingdom)
* Movimento Liberazione e Sviluppo (MOLISV - Italy)
* Netherlands Red Cross (NRC - Netherlands)
* Pharmaciens Sans Frontières (PSF - France)
* Secours Populaire Français (SPF - France)
* United Nations Relief and Works Agency (UNRWA)

PALESTINE

* Centro Regionale d'Intervento per la Cooperazione (CRIC - Italy)
* Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli (CISP - Italy)
* Dan Church Aid (Denmark)
* Equilibre (France)
* German Red Cross
* Gruppo Volontariato Civile (GVC - Italy)
* Handicap International (France)
* International Committee of Red Cross (ICRC - Swiss)
* Medical Aid for Palestinians (MAP United Kingdom)
* Médecins du Monde (MDM - Greece)
* Movimento Liberazione e Sviluppo (MOLISV - Italy)
* Movimiento por la Paz, el Desarme y la Libertad (MPDL - Spain)
* Netherlands Red Cross (NRC - Netherlands)
* Pharmaciens Sans Frontières (PSF - France)
* Secours Populaire Français (SPF - France)
* Solidaridad Internacional (SI - Spain)
* United Nations Relief and Works Agency (UNRWA)
* United Nations International Children's Fund (UNICEF)
* World Food Program (WFP)
* World Health Organization (WHO)

L'Unione Europea, ECHO e i Palestinesi

a cura di ECHO

A fianco dell'impegno politico per la pace e la stabilità, un elemento chiave della politica dell'Unione Europea (UE) per la pace in Medio Oriente è l'aiuto economico per lo sviluppo di economie in grado di produrre una crescita sostenibile.

La UE sta giocando un ruolo chiave nei Colloqui di Pace Multilaterali ed è un attore di primo piano nel Gruppo di Lavoro sullo Sviluppo Economico Regionale.

La Dichiarazione di Strasburgo del Concilio Europeo del 1989 ha confermato la volontà degli Stati Membri di far assumere alla UE un ruolo attivo nella regione. La Dichiarazione ha evidenziato le aree prioritarie di aiuto: sviluppo dell'occupazione su piccola scala; interventi nei settori agricolo e industriale, soprattutto finalizzati alla autosufficienza alimentare; istruzione e formazione, in particolare nei settori tecnici; potenziamento delle istituzioni Palestinesi.

La UE è il principale donatore per la ricostruzione dei Territori Palestinesi. Nel Novembre 1993 sono stati stanziati 500 milioni di ECU in aiuti, per il periodo 1994-98, per la Cisgiordania e la Striscia di Gaza, dei quali circa 50 milioni l'anno in doni da parte della UE ed il resto in prestiti a lungo termine della Banca Europea per gli Investimenti.

L'Aiuto Umanitario della UE per i Palestinesi è parte di un più ampio impegno per il miglioramento della qualità della vita attraverso interventi - tra gli altri - nel settore sanitario. Questo aiuto comprende sia doni gestiti da ECHO, sia contributi bilaterali da parte degli Stati Membri.

I disordini in Israele, Palestina e Libano meridionale hanno provocato gravi difficoltà socioeconomiche alle comunità palestinesi. Il crescente costo della vita e l'aumento della disoccupazione hanno reso particolarmente arduo il cammino verso la pace e la riconciliazione. Data l'importanza della stabilità nella regione, la Commissione ha canalizzato attraverso ECHO nel 1996 e nel 1997 rispettivamente 12,4 e 9,4 milioni di ECU per alleviare la lotta per la sopravvivenza.

Il settore sanitario è una priorità. Le strutture sono prossime al collasso ed ECHO ha deciso di dedicare la maggior parte della sua attenzione e delle sue risorse per migliorare la situazione.

In Palestina ha fornito farmaci e attrezzature mediche. Il sostegno che ECHO aveva precedentemente assicurato al centro universitario di Bir Zeit per l'igiene ambientale e la medicina del lavoro ha permesso all'Autorità Palestinese di disporre di un laboratorio attrezzato per l'analisi ed il controllo delle medicine di produzione locale.

Sono stati assegnati fondi ad ONG europee per assistere ospedali privati e pubblici in Cisgiordania e nella Striscia di Gaza. Sono state sostenute strutture come banche del sangue, centri di riabilitazione per disabili, asili e ONG locali. Altre iniziative hanno riguardato la formazione del personale sanitario, l'assistenza per i detenuti e la riorganizzazione dei sistemi di stoccaggio e distribuzione delle medicine presso la farmacia centrale di Ramallah.

A seguito delle ripetute chiusure dei Territori, l'Ufficio delle Nazioni Unite per il Soccorso e l'Occupazione dei Profughi Palestinesi nel Vicino Oriente (UNRWA) e il Programma Alimentare Mondiale hanno distribuito aiuti d'emergenza per gruppi più vulnerabili e per casi di indigenza tra la popolazione palestinese.

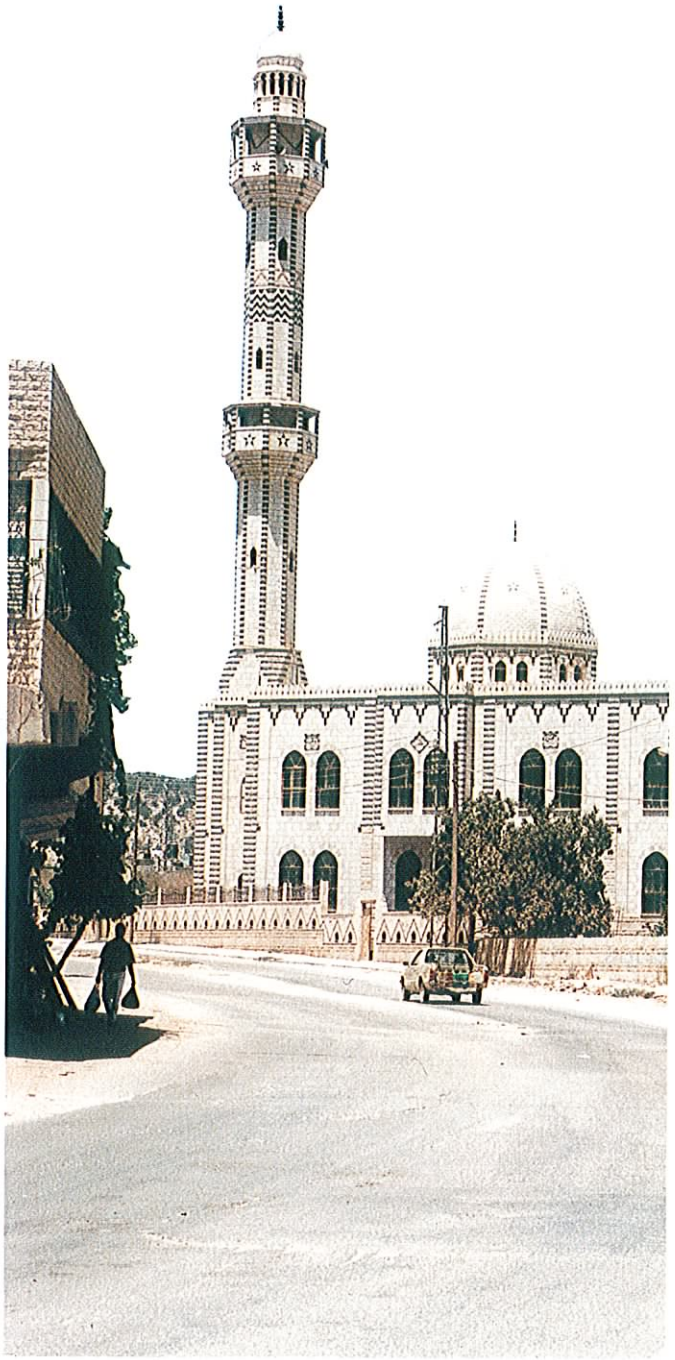
In Libano, l'azione di ECHO si è concentrata sui profughi palestinesi (340.000 secondo le stime) che vivono nei campi intorno alle città principali. A differenza della Siria e della Giordania, il Libano non ha fatto molto per l'integrazione dei profughi, ai quali è negato ogni diritto in materia di assistenza sanitaria nazionale, alloggi o istruzione. L'economia libanese sta ancora cercando di riprendersi dalla guerra civile conclusasi nel 1991: circa un terzo della popolazione vive oggi al di sotto della soglia di

Contributi di ECHO a favore dei Palestinesi: sintesi

ECU

Anni	Totale	Palestina (West Bank/Gaza Strip)	Libano
1993	12.200.000	10.400.000	1.800.000
1994	4.700.000	4.700.000	
1995	7.225.000	5.350.000	1.875.000
1996	12.400.000	9.000.000	3.400.000
1997	9.400.000	6.650.000	2.750.000







povertà. L'impegno di ECHO si è concretizzato anche in un cospicuo aiuto a favore dei libanesi in condizioni di povertà. Sono state adottate decisioni con procedura accelerata per inviare aiuti d'urgenza ai libanesi sfollati dopo le operazioni militari di Israele nel Libano meridionale nell'Aprile 1996.

Il 55% della popolazione (libanesi, palestinesi) è escluso dai servizi sociosanitari. ECHO ha finanziato la Mezza Luna Rossa Palestinese sia attraverso le ONG sue partner che attraverso l'UNRWA, contribuendo alla riabilitazione ed al miglioramento di ospedali, posti di salute e centri farmacologici in Libano.

Quest'anno ECHO ha avviato operazioni per i profughi palestinesi in Giordania. ONG europee hanno lavorato a fianco dell'UNRWA in progetti di emergenza e di riabilitazione nei campi profughi del paese. ECHO ha anche costituito un ufficio regionale in Amman, per coordinare e seguire le sue attività umanitarie in Medio Oriente.

I contributi di ECHO sono complementari ad altri programmi di sviluppo a lungo termine e di sicurezza alimentare della CE per i Palestinesi in Libano, Giordania e nei Territori Autonomi ed Occupati. La cooperazione ed il coordinamento tra i donatori, così come gli sforzi tecnici congiunti, sono necessari per ottimizzare l'efficacia dell'aiuto internazionale.

I metodi e i suggerimenti tecnici esposti in questa pubblicazione circa gli aiuti umanitari per le strutture sanitarie rappresentano un esempio di come costruire e migliorare il partenariato tra ECHO e le ONG esecutrici. Lo stesso vale per la promozione di appropriate strategie e riflessioni tecniche sulla cooperazione.

Partner di ECHO in azioni a favore dei palestinesi nel 1996 e nel 1997:

LIBANO

* Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli (CISP - Italy)
* Médecins du Monde (MDM - Greece)
* Medical Aid for Palestinians (MAP - United Kingdom)
* Movimento Liberazione e Sviluppo (MOLISV - Italy)
* Netherlands Red Cross (NRC - Netherlands)
* Pharmaciens Sans Frontières (PSF - France)
* Secours Populaire Français (SPF - France)
* United Nations Relief and Works Agency (UNRWA)

PALESTINA

* Centro Regionale d'Intervento per la Cooperazione (CRIC - Italy)
* Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli (CISP - Italy)
* Dan Church Aid (Denmark)
* Equilibre (France)
* German Red Cross
* Gruppo Volontariato Civile (GVC - Italy)
* Handicap International (France)
* International Committee of Red Cross (ICRC - Swiss)
* Medical Aid for Palestinians (MAP United Kingdom)
* Médecins du Monde (MDM - Greece)
* Movimento Liberazione e Sviluppo (MOLISV - Italy)
* Movimiento por la Paz, el Desarme y la Libertad (MPDL - Spain)
* Netherlands Red Cross (NRC - Netherlands)
* Pharmaciens Sans Frontières (PSF - France)
* Secours Populaire Français (SPF - France)
* Solidaridad Internacional (SI - Spain)
* United Nations Relief and Works Agency (UNRWA)
* United Nations International Children's Fund (UNICEF)
* World Food Program (WFP)
* World Health Organization (WHO)

CISP programs in favour of Palestinians

Gianluca Falcitelli, *Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli (CISP)*

CISP has been carrying out ECHO projects in favour of Palestinians in Lebanon and in West Bank for some time.

As other NGOs do, CISP intends to contribute to the peace process in the region, respecting the autonomy and self-determination of the Palestinian people. Within this framework our work aims to support institutions and organizations concretely involved in the peace process in the Palestinian community - although without directly interfering with its internal political relationships.

The health sector is one of the most critical for Palestinians, due both to the deterioration of health facilities and to the impairment of living conditions.

CISP supports the construction of sustainable local health systems meeting the urgent health and social demands of Palestinians, as well as those (as in Lebanon) of the more disadvantaged people, whatever their origin.

In **Lebanon** health assistance for about 400.000 Palestinians is currently provided mainly by the United Nations (UNRWA) and by the Lebanon branch of the Palestine Red Crescent Society, (PRCS-L).

The PRCS in Lebanon was initially established to meet the needs of the conflict situations as they affected Palestinians in Lebanon. The conflict in Lebanon and the Gulf crisis (with the consequent suspension of financing by the Gulf States) seriously affected PRCS-L. To avoid collapse and to adapt itself to peace requirements, since 1994 PRCS-L has been making a big organizational effort to rationalise its health services. Such an effort is aimed at achieving WHO and Lebanese Health Authority standards. The reorganizational plan is focused on one central referral hospital, four district hospitals, as well as primary health care, rehabilitation and diagnostic centres.

After completion of the restructuring process, PRCS-L is expected to be the main health provider for Palestinian refugees in Lebanon, supplementing services provided by UNRWA.

The international community has generously answered the PRCS-L request for support. The European Union, through ECHO, is one of the most important donors.

Like other NGOs, CISP is supporting the PRCS-L effort, according to its reorganizational plan. CISP operations have been concentrated in different health facilities mainly located near the Palestinian refugee camps: the Al Hamshary Hospital of Sidon, near the Ein El-Hilweh camp; the Haifa Hospital, in the Burj Barajneh refugee camp in Beirut; the Nasra Hospital in the Bekaa Valley, serving also the refugee camp in Baalbeck and the central Akka Diagnostic Centre in Beirut. It is worthwhile to mention that such health facilities - as well as other PRCS-L ones - due to the low-cost of the services provided, are attending also to the most disadvantaged Lebanese population who is not able to sustain the high costs of Lebanese private health structures.

In **West Bank and Gaza Strip** the permanent clash with Israel seriously affects conditions for Palestinians in all spheres of everyday life. Obviously, the health status of the population and, moreover, of the most vulnerable groups is permanently threatened.

Priorities and needs in this sector are many. CISP has decided to focus on some of them initially.

One of the priorities is Primary Health Care (PHC) and Mother and Child Health (MCH). High birth and infant mortality rates, high incidence of premature and complicated births (one of the causes of the high incidence of handicaps) claim for a twofold action:

- the definition of well-suited pre-natal and post-natal care protocols, early detection of high risk pregnant women, early diagnosis of physical impairments, prevention of handicap, health education and family planning, development of oriented and community-based information health system, etc.;
- well-targeted strengthening of health facilities in terms of medical instruments and equipment, with special emphasis on the most needy and isolated villages (mainly for what concern PHC clinics) and on maternity and general hospitals, mainly concerning services most needed such as intermediate and intensive neonatal care.

Human resources training, general health service and hospital management are other priorities for further actions, commonly recognised by local Palestinians organisations as well as by international agencies and operators in the field. Our visits to some hospitals and other health facilities confirmed the need for technical assi-





stance and training in fields such as: health services and hospital organisation and administration; epidemiological and management information systems; diagnostic and therapeutic protocols; health technology management, including development of local skills for maintenance, repair and management control of medical equipment.

Actions in these fields should be mainly part of middle and long term projects. Nevertheless, assigning more space to training and technical assistance in ECHO projects is strongly advisable. In this respect, some interesting experiences have already been and are still to be had.

Currently CISP projects in the West Bank are mainly focused on PHC clinics in the most needy villages and maternity hospitals. Specific emphasis is on support for the Northern West Bank districts (among them Jenin, Tulkarem and Qalqilya), being among the more needy areas in terms of health services.

Support for PHC clinics - governmental and non-governmental - is mainly aimed at improving the quality and quantity of health services provided, such clinics in most cases being almost the only facilities providing PHC services.

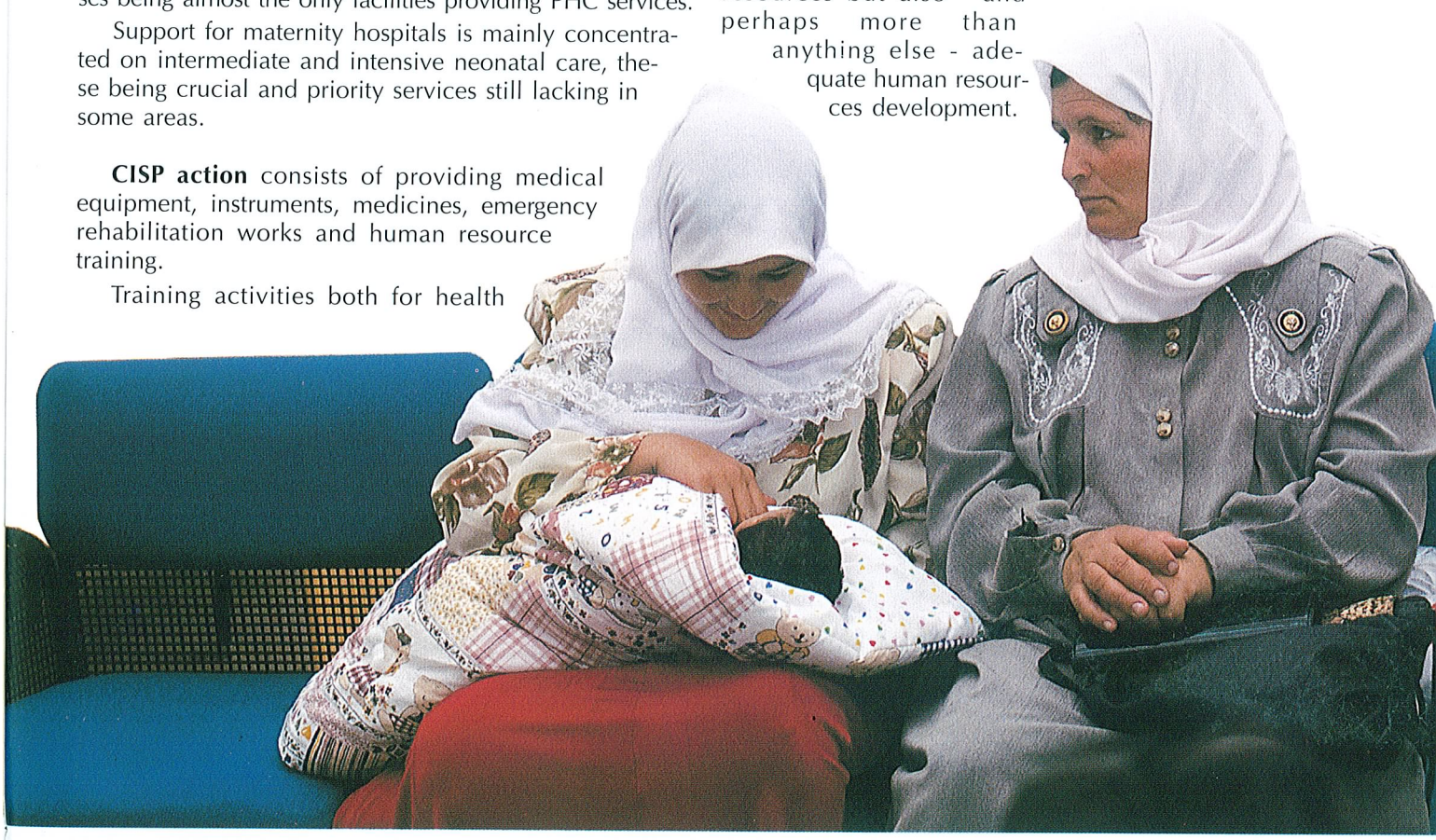
Support for maternity hospitals is mainly concentrated on intermediate and intensive neonatal care, these being crucial and priority services still lacking in some areas.

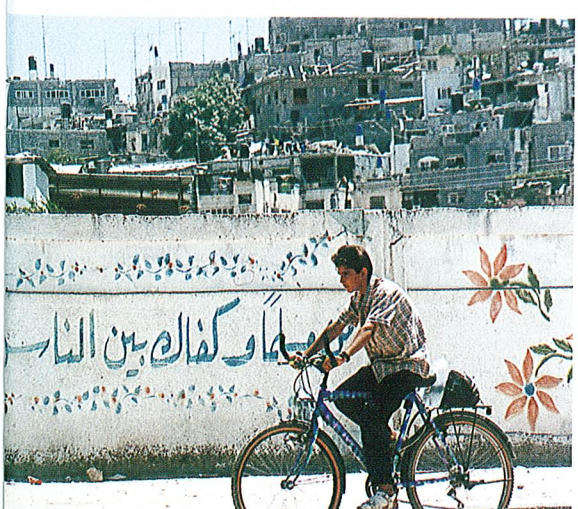
CISP action consists of providing medical equipment, instruments, medicines, emergency rehabilitation works and human resource training.

Training activities both for health personnel and for technicians in charge of maintenance and repair of medical equipment are constant components of our projects. The improvement of maintenance and repair skills among local technicians will increase the efficiency of the health equipment and facilities, with important economic savings and, of course, benefits for the Palestinians' health status.

The health problems of the Palestinian people will surely not be overcome with international humanitarian aid only. The role of Palestinian women and men, the Palestinian Authority, institutions and local NGOs is crucial. A real improvement in the health status of the population will be achieved only when the peace process has entered a no-return phase.

Nevertheless ECHO, international NGOs and other donors can play a decisive role both in giving immediate answers to urgent needs and in supporting a middle-long term development process of the health system which requires not only equipment, medicines and other material resources but also - and perhaps more than anything else - adequate human resources development.









I programmi del CISP a favore dei palestinesi

Gianluca Falcitelli, *Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli (CISP)*

Da tempo il CISP sta realizzando progetti ECHO a favore dei palestinesi in Libano e in Cisgiordania.

Come altre ONG, il CISP intende contribuire al processo di pace nella regione, nel rispetto della autonomia e autodeterminazione della popolazione palestinese. In questo quadro il nostro lavoro è rivolto a sostenere nella comunità palestinese - pur senza intervenire direttamente nelle sue dinamiche politiche - le istituzioni e associazioni concretamente impegnate a favore del processo di pace.

Il settore della sanità è uno dei più critici per i palestinesi, per il deterioramento sia delle strutture sanitarie che delle condizioni di vita della popolazione.

Il CISP sta sostenendo la creazione di sistemi sanitari locali sostenibili, in grado di rispondere alla domanda di salute dei palestinesi e (come in Libano) delle fasce più svantaggiate della popolazione, a prescindere dalle loro origini.

In **Libano** l'assistenza sanitaria per circa 400.000 palestinesi è attualmente fornita principalmente dalle Nazioni Unite (UNRWA) e dalla Mezza Luna Rossa Palestinese - Libano (PRCS-L).

La PRCS in Libano è stata creata inizialmente per rispondere alle necessità dei palestinesi nella situazione di conflitto in Libano. Il conflitto in Libano e la crisi del Golfo (con il conseguente blocco dei finanziamenti da parte degli stati del Golfo) hanno colpito duramente la Mezza Luna Rossa Palestinese in Libano. Per evitare il collasso e per adattarsi al periodo di pace, dal 1994 la PRCS-L sta facendo un grande sforzo organizzativo per razionalizzare la sua rete di servizi sanitari. Tale sforzo è finalizzato a raggiungere gli standard della Organizzazione Mondiale della Sanità e delle autorità sanitarie libanesi. Il piano di riorganizzazione della PRCS-L prevede 1 ospedale centrale di riferimento, 4 ospedali distrettuali, centri sanitari di base, oltreché centri per la riabilitazione e la diagnostica.

Una volta completato il processo di ristrutturazione, la PRCS-L dovrebbe divenire il principale erogatore di servizi sanitari per i profughi palestinesi in Libano, ad integrazione dei servizi forniti dall' UNRWA.

La comunità internazionale ha generosamente risposto alla richiesta di aiuto della PRCS in Libano. L'Unione Europea, attraverso il suo ufficio umanitario ECHO, è uno dei più importanti donatori.

Come altre ONG, il CISP sta sostenendo lo sforzo della PRCS-L, secondo il suo piano di riorganizzazione. Le azioni del CISP si concentrano su varie strutture sanitarie, situate principalmente vicino i campi profughi palestinesi: l'ospedale Al-Hamshary di Sidone, vicino il campo di Ein El-Hilweh; l'ospedale Haifa, nel campo di Burj Barajneh a Beirut; l'ospedale Nazareth nella Valle della Bekaa, che serve anche il campo di Baalbeck e il centro diagnostico di Akka, a Beirut.

È significativo sottolineare che queste come altre strutture della PRCS-L, per il basso costo dei servizi forniti, servono anche la popolazione libanese più povera che non è in grado di sostenere i costi delle strutture sanitarie private libanesi.

In **Cisgiordania e nella Striscia di Gaza** il permanente conflitto con Israele colpisce seriamente le condizioni dei palestinesi in tutte le sfere della vita quotidiana. Ovviamente lo stato di salute della popolazione e soprattutto dei gruppi più vulnerabili è permanentemente minacciato.

Molte sono le priorità in questo settore. Il CISP ha deciso di concentrarsi inizialmente su alcune di esse.

Una delle priorità è la assistenza sanitaria di base e la salute materno-infantile. Alti tassi di natalità e di mortalità infantile, alta incidenza di nascite premature e con complicanze (una delle cause dell'alta incidenza di handicap), richiedono una duplice azione:

- definizione di appropriati protocolli di assistenza pre e post-natale, identificazione precoce delle gravidanze a rischio, diagnosi precoce e prevenzione degli handicap, educazione sanitaria e pianificazione familiare, sviluppo di sistemi informativi sanitari, ecc.;
- rafforzamento mirato dei servizi sanitari in termini di apparecchiature e strumenti, con particolare attenzione per i villaggi più isolati e con più necessità (soprattutto per i centri sanitari di base) e per gli ospedali generali e di maternità, principalmente per i servizi più necessari come quelli per l'assistenza neonatale.

La formazione delle risorse umane, il "management" ospedaliero e dei servizi sanitari in generale rappresentano altre priorità di intervento. Visitando ospedali e varie strut-





ture sanitarie abbiamo potuto constatare la necessità di assistenza tecnica e formazione in settori come: amministrazione e organizzazione ospedaliera e dei servizi sanitari; sistemi informativi epidemiologici e gestionali; protocolli diagnostici e terapeutici; gestione delle tecnologie sanitarie, compreso lo sviluppo di competenze per la manutenzione, riparazione e controllo di gestione delle apparecchiature.

Interventi in questi settori potrebbero far parte di progetti di medio e lungo periodo. Ciononostante è auspicabile che anche nei progetti ECHO si riservi maggior spazio ad attività di formazione e di assistenza tecnica: a questo riguardo già sono state e stanno per essere realizzate interessanti esperienze.

I progetti del CISP in Cisgiordania attualmente sono concentrati principalmente sui centri di assistenza sanitaria di base dei villaggi più carenti e sugli ospedali di maternità. Particolare attenzione viene rivolta ai distretti del nord della Cisgiordania (tra cui Jenin, Tulkarem e Qalqilya), essendo tra le aree più sprovviste in termini di servizi sanitari.

Il sostegno ai centri sanitari di base - governativi e non - è principalmente finalizzato a migliorare la qualità e la quantità dei servizi forniti, rappresentando spesso tali centri quasi gli unici servizi sanitari di base esistenti.

L'appoggio agli ospedali di maternità è soprattutto concentrato sull'assistenza neonatale, essendo questo un settore critico e prioritario assente in molte zone.

L'azione del CISP consiste nella fornitura di apparecchiature, strumenti e materiali sanitari, medicine, lavori urgenti di riabilitazione edilizia e formazione delle risorse umane.

Le attività di formazione, sia per personale sanitario che per tecnici delle apparecchiature sanitarie, rappresentano una componente costante dei nostri progetti. Il miglioramento delle competenze dei tecnici locali per la manutenzione e la riparazione delle apparecchiature aumenterà l'efficienza delle tecnologie e dei servizi sanitari, con importanti risparmi economici e benefici sullo stato di salute dei palestinesi.

I problemi sanitari della popolazione palestinese sicuramente non saranno risolti solo con l'aiuto umanitario internazionale. Il ruolo delle donne e degli uomini palestinesi così come dell'Autorità Palestinese, delle associazioni e delle ONG locali è decisivo. Un miglioramento reale dello stato di salute della popolazione si raggiungerà solo quando il processo di pace sarà entrato in una fase di non ritorno.

Tuttavia ECHO, le ONG internazionali e gli altri donatori possono giocare un ruolo decisivo sia nel dare risposte immediate alle necessità urgenti, sia nel sostenere processi di sviluppo di medio e lungo periodo del sistema sanitario che necessita non solo di apparecchiature, medicine e altre risorse materiali, ma anche - e forse soprattutto - di un adeguato sviluppo delle risorse umane.







Palestinian health care system: inter-relationships in development

Younis Al-Khatib, *General Director, Palestine Red Crescent Society (PRCS)*

Introduction

As part of the Oslo agreement responsibility for health services was transferred to the Palestinian Authority (PA). Prior to the transfer of authority the Palestine Red Crescent Society initiated a planning process in order to develop the National Health Plan (NHP). The final draft of this plan was accomplished in mid 1994. A two years Interim Action Plan (IAP) was developed in order to address immediate and short-term health needs during the transitional phase.

On the eve of responsibility transfer, the PA inherited a health system lacking most of the characteristics of a proper health care system. Twenty seven years of occupation has left the Palestinian health system with the absence of a national policy making and planning body, lack of coordination between providers and donors, selective rather than comprehensive services, and poor management. Traditionally the health system is composed of three main sectors: the governmental, non governmental, and UNRWA, and, in addition, a fourth growing sector which is the private sector. Three years have elapsed since the transfer, so where does the health system stand?

Palestinian health care system

It was apparent from the first moment that the health care system should be subjected to changes in policy, management and service levels. The documents developed to provide a vision into these changes (i.e. policy statement and IAP) were clearly dependent for achieving their objectives on three main players: the newly established Health Authority, the donor community, and the Palestinian NGOs. The fourth player unaccounted for is the Israeli administration, who continued to play a role through its policies of hindering any progress in the health field. Israel is still in control of 97% of Palestinian land, environmental issues, and water resources. The Israeli policies of closures, custom control and separation between Gaza and West Bank and East Jerusalem have had grave effects on the health system. In summary these policies hinder any development process, access to health facilities, and control over input into the system. Although it is true that Israeli policies have a negative effect on the health system, other factors have to be considered, as those factors are semi-controllable.

Palestinian Health Authority (PHA)

The PHA has demonstrated a well-coordinated performance during the transfer of health services from the Israelis to the Palestinians. The transfer took place without any disruption of services, despite the difficult conditions, both politically, and of an inherited system which is fragmented and ineffective, and which is lacking a coherent framework of legislation, policy or financing system.

The PHA has adopted the National Health Plan of 1994, the IAP, and the policy statement. "Health Policy" is a statement of guidelines and directions, for actions to protect and improve the population's health. Policy guidelines are necessary to develop management systems and organizational structures, meaning that structures are created to achieve policy objectives and fulfill the purposes which gave rise to them in the first place.

The policies outlined in the NHP and the policy statement should set the framework for the structural development of the health care system in Palestine. The PHA should have comprehended the implications of principles like, decentralization, community participation, and intersectoral coordination, all embraced by these policies.

The health system organization is now in a development and evolution process. If this process is not well elaborated and planned, based on the implications of structural, administrative and re-orientation changes, and incorporated in the principles of the adopted policies, then the process will lead to further deformities in the system.

Despite the efforts of the PHA the Palestinian health system is still characterized by fragmentation and poor coordination between the sectors, imbalances, low quality, lack of access to services, changing needs, and ambiguous structure.

The role of NGOs in the health care system

The Palestinian community has long been active in public related issues. Most NGOs were founded as a result of community or political action as symbols for resisting oc-





cupation. As a result, community awareness of public issues is high, and any policy or intervention should secure community support to ensure its success. The NGOs sector is one of the major sectors for health provision and, as grass roots organizations, they can play an important role in securing community participation and involvement in local development. Pre-requisites for effective impact of the NGOs' role are close coordination between sectors and involvement in national policy making and planning.

Traditionally international funding was directed towards NGOs, but with the depletion of outside funding in the past years, and with international donors directing more funds to the newly established PHA, NGOs have been facing financial crisis. Although in the past, due the absence of national policy, the competition between different NGOs led to duplication of services, waste of resources, and sometimes low quality, the NGO sector can play an important role in bridging the gaps in the health care system. The NGOs have provided the PHA with leaders and expertise to serve the newly developed structure. The NGOs can and are providing services in deprived areas and to under privileged groups of the population. These and others are assets that the PHA ought to utilize, coordinate and unify in order to be able to develop and implement its policies and strategies, aiming at ensuring equity and quality of services to the Palestinian people.

International Aid

International aid was initially directed towards rehabilitating infrastructures, developmental projects, and alleviating emergency situations. Continued Israeli occupation, constant siege and blockade imposed on the areas under the Palestinian Authority, have seriously hampered the developmental process, and priority has had to be given to emergency aid. Despite this situation, international aid in the past few years has assisted in the rehabilitation and development of the infrastructure of health facilities and services.

The European Union, through ECHO, is one of the main actors strongly supporting the effort of Palestinian Authority and Palestinian NGOs in improving the local health system and the health status of Palestinians. Among others, PRCS primary health care clinics, hospitals and emergency services all over West Bank and Gaza are getting considerable improvement from such aid, receiving medical equipment, instruments, drugs, human resource training and technical assistance.

Nevertheless, the current critical situation strongly requires that such aid not be stopped. To get best efficiency and results from the international support, it is strongly advisable to overcome pitfalls and difficulties that sometimes arise.

Improving the coordination of international aid, assuring the due quickness of the operations, concentrating the actions more on local than international training, prompt preliminary assessment and planning of the operations according to real needs and priorities, and promoting the positive involvement of local NGOs in the developmental process in coordination with Palestinian Authorities, are some of the key-points to be duly taken into account for the best effectiveness of external aid.



Summary

Rapid changes in the population, coupled with significant shifts in the causes of diseases and ill health, have made public involvement in health decision-making more important than ever before. In the past, traditional public activities have concentrated on sanitation measures and the control and prevention of communicable diseases. The nature of currently prevalent diseases requires that health experts work together with the community at the local level. Diversity of providers with decentralized provision of services could enhance the system if planned properly, utilizing district planning and community participation.

The issues identified in the health sector coupled with an environment which could be described as unstable and complex, lead only to high uncertainty. Strategists would recommend in such a situation that the health care organization possess a flexible structure with a capacity for extensive planning and forecasting, allowing for monitoring the environment, anticipating events, and searching for solutions.

It is the role of the PHA to develop a vision for health in Palestine, in coordination with the health care providers. For the NGOs sector to be able to fulfill its obligations, the PHA (i.e., through contractual agreements), and the International NGOs (through financial aid) should share the responsibility in overcoming the financial crisis.

Recent Israeli practices have confirmed that the health of the Palestinian people can never be improved or developed under occupation. The Palestinian people must enjoy its basic right of independence, and exercise full control over its land, and resources. Only in this context can a health care, and any other structure, be developed in order to improve the quality of the people's lives.

Il sistema sanitario palestinese: interdipendenze per lo sviluppo

Younis Al-Khatib, *Direttore Generale, Mezza Luna Rossa Palestinese*

Introduzione

In base agli accordi di Oslo, la responsabilità dei servizi sanitari è stata trasferita alla Autorità Palestinese (AP). Prima del trasferimento, la Mezza Luna Rossa Palestinese ha avviato un processo di programmazione orientato alla definizione del Piano Sanitario Nazionale. La bozza finale di questo Piano è stata terminata a metà del 1994. Nel frattempo è stato messo a punto un Piano di Azione Provvisorio di due anni, per far fronte alle necessità sanitarie più immediate.

Al momento del trasferimento di responsabilità, la AP ha ereditato un sistema sanitario privo di gran parte delle caratteristiche di un vero e proprio sistema sanitario. 27 anni di occupazione hanno lasciato il sistema sanitario palestinese senza un ente preposto alla pianificazione ed alla elaborazione di una politica nazionale, senza coordinamento tra i soggetti erogatori di servizi e gli enti donatori, e con scarse capacità gestionali. Tradizionalmente il sistema sanitario è composto da tre settori principali: il settore governativo, quello non governativo e l'UNRWA (Nazioni Unite), oltre a un quarto settore in crescita costituito dal settore privato.

Il sistema sanitario palestinese

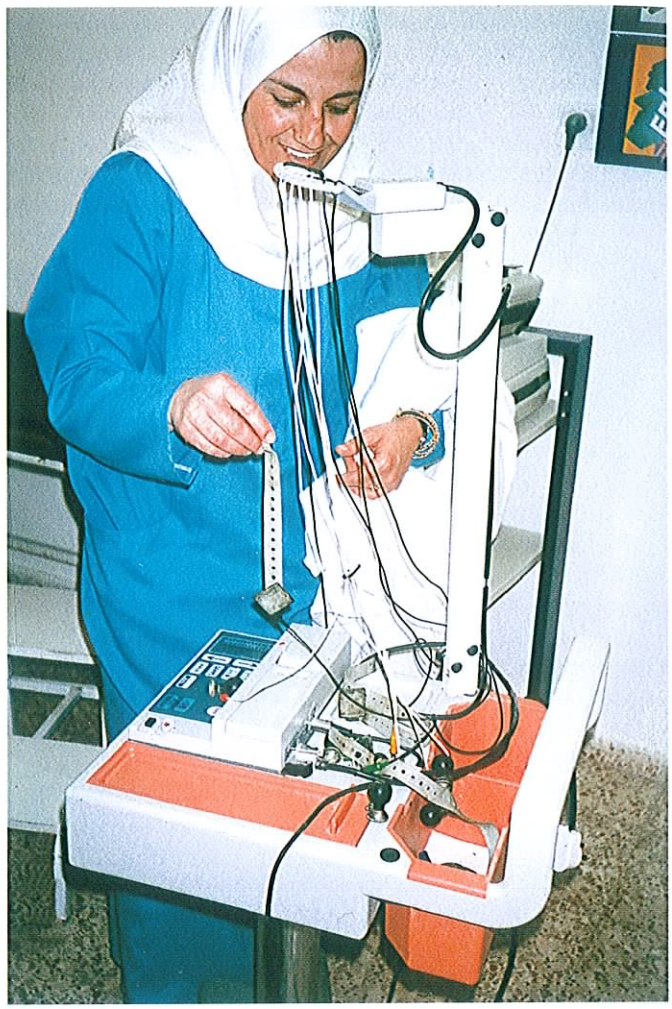
Sin dal primo momento risultò evidente che il sistema sanitario doveva essere investito di cambiamenti a livello politico, di gestione e dei servizi. Dai documenti elaborati risultava chiaramente che il raggiungimento degli obiettivi dipendeva da tre attori principali: la Autorità Palestinese di recente costituzione, la comunità dei donatori e le ONG palestinesi.

Il quarto attore non considerato è la amministrazione israeliana, che attraverso le sue politiche continua ad ostacolare ogni progresso nel settore sanitario. Israele controlla ancora il 97% del territorio palestinese, l'ambiente e le risorse d'acqua. Le politiche israeliane di chiusura, di controllo delle dogane e di separazione tra Gaza, Cisgiordania e Gerusalemme Est si ripercuotono gravemente sul sistema sanitario. In definitiva queste politiche ostacolano ogni processo di sviluppo, impediscono l'accesso ai servizi sanitari ed il controllo sulle risorse del sistema.

Sebbene le politiche israeliane influiscano negativamente sul sistema sanitario, esistono tuttavia altri fattori che possono essere in parte controllati.

L'Autorità Sanitaria Palestinese (ASP)

La ASP ha dimostrato un buon coordinamento durante il trasferimento dei servizi sanitari dagli israeliani ai palestinesi. Il trasferimento è avvenuto senza alcuna interruzione nella erogazione dei servizi, nonostante le difficili condizioni politiche, la frammentazione e l'inefficienza del sistema ereditato, che era privo di un quadro legislativo e politico coerente, così come di un adeguato sistema di finanziamento.



La ASP ha adottato il Piano Sanitario Nazionale del 1994, il Piano di Azione Provvisorio ed il documento "Health Policy". Tale documento è una dichiarazione di linee guida per la protezione e il miglioramento della salute della popolazione. Le linee guida politiche sono necessarie per sviluppare sistemi gestionali e strutture organizzative adeguate per raggiungere gli obiettivi politici prefissati.

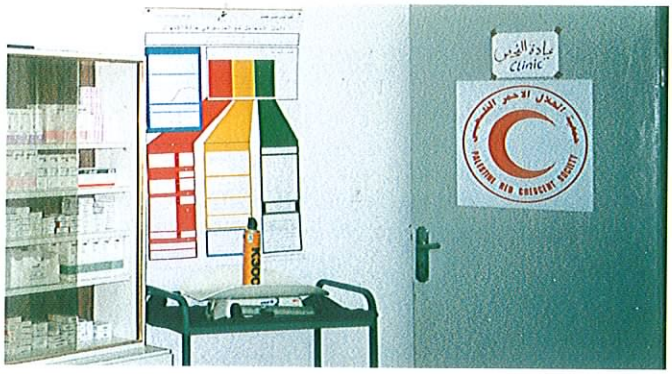
Le politiche indicate nel Piano Sanitario e nel documento politico dovrebbero definire il quadro per lo sviluppo strutturale del sistema sanitario in Palestina. La ASP dovrebbe aver ben compreso le implicazioni dei principi di decentramento, partecipazione della comunità e coordinamento intersettoriale contenuti in tali politiche.

L'organizzazione del sistema sanitario si trova attualmente in un processo di sviluppo ed evoluzione. Se non verrà elaborato e pianificato opportunamente, se non terrà conto dei cambiamenti strutturali e amministrativi e se non sarà ispirato ai principi delle politiche adottate, questo processo non potrà che generare ulteriori problemi.

Nonostante gli sforzi della ASP, il sistema sanitario è ancora caratterizzato da frammentazione, scarso coordinamento, squilibri, scarsa qualità, limitato accesso ai servizi, struttura ambigua, necessità di cambiamenti.

Il ruolo delle ONG nel settore sanitario

La comunità palestinese è stata per molto tempo attiva sulle questioni pubbliche. Come risultato di questa azione politica della comunità si sono costituite molte ONG come simboli di resistenza alla occupazione. Ciò ha portato ad una elevata coscientizzazione della comunità sulle questioni di natura pubblica e quindi ogni politica o intervento dovrebbe assicurarsi il sostegno della comunità.





Il settore delle ONG, essendo uno dei principali nella fornitura dei servizi sanitari, può svolgere un ruolo importante per assicurare la partecipazione ed il coinvolgimento della comunità nello sviluppo locale. Lo stretto coordinamento tra settori ed il coinvolgimento nella elaborazione e pianificazione della politica sanitaria nazionale sono i pre-requisiti per un impatto efficace dell'azione delle ONG.

Tradizionalmente gli aiuti internazionali sono stati destinati alle ONG ma con la riduzione degli aiuti negli anni passati e con l'aumentare dei finanziamenti internazionali alla Autorità Palestinese, le ONG si sono trovate in crisi economica. Benché nel passato, e per l'assenza di una politica nazionale, la concorrenza tra diverse ONG abbia portato a duplicazione di servizi, spreco di risorse e talvolta scarsa qualità, il settore delle ONG può tuttavia ancora svolgere un importante ruolo nel colmare i vuoti del sistema sanitario. Le ONG hanno fornito alla ASP leader ed esperienza da mettere al servizio dello sviluppo del nuovo sistema. Le ONG possono essere e già sono prestatori di servizi in aree depresse e per gruppi svantaggiati della popolazione. Queste ed altre sono qualità che la ASP dovrebbe utilizzare, coordinare ed unificare per sviluppare e mettere in pratica le sue politiche e strategie, finalizzate ad assicurare equità e qualità dei servizi alla popolazione palestinese.

L'aiuto internazionale

L'aiuto internazionale è stato inizialmente rivolto alla riabilitazione delle infrastrutture, a progetti di sviluppo ed a situazioni di emergenza. La continua occupazione di Israele, l'assedio costante ed il blocco imposti sui Territori sotto l'Autorità Palestinese hanno seriamente ostacolato il processo di sviluppo e si è quindi data priorità agli aiuti di emergenza. Nonostante questa situazione, l'aiuto internazionale negli ultimi anni ha anche sostenuto la riabilitazione e lo sviluppo delle infrastrutture dei servizi sanitari.

L'Unione Europea, attraverso il suo Ufficio Umanitario (ECHO), è uno dei principali soggetti che sta energicamente appoggiando lo sforzo dell'Autorità Palestinese e delle ONG palestinesi per il miglioramento del sistema sanitario e dello stato di salute della popolawione. Tra gli altri, centri di salute, ospedali e servizi di emergenza della PRCS in tutta la Cisgiordania e Gaza stanno ottenendo importanti miglioramenti da questi aiuti, ricevendo apparecchiature e strumenti sanitari, medicine, formazione del personale e assistenza tecnica.

Ciononostante, la criticità della situazione attuale richiede assolutamente di non interrompere questi aiuti. Per ricavare la massima efficacia dagli aiuti internazionali è vivamente raccomandabile superare insidie e difficoltà che talvolta si presentano.

Migliorare il coordinamento degli aiuti, assicurare la necessaria rapidità delle operazioni, porre più enfasi sulla formazione in loco piuttosto che all'estero, valutare e pianificare debitamente in via preliminare gli interventi secondo le reali necessità e priorità e promuovere il coinvolgimento attivo delle ONG locali nel processo di sviluppo in coordinamento con le Autorità Palestinesi sono alcuni dei punti chiave da tenere in debito conto per la efficacia ottimale degli aiuti esterni.

Conclusioni

Rapidi cambiamenti nella popolazione, insieme a mutamenti significativi nelle cause delle malattie rendono il coinvolgimento della comunità nel processo decisionale in sanità più importante che prima. In passato gli interventi pubblici si sono concentrati sui servizi igienici essenziali e sul controllo e prevenzione delle malattie infettive. La natura delle malattie attualmente prevalenti esige che gli esperti sanitari lavorino insieme alla comunità a livello locale. L'esistenza di una varietà di soggetti che forniscono servizi sanitari in maniera decentrata potrebbe far crescere il sistema se opportunamente pianificato a livello di distretto e con la partecipazione comunitaria.

I problemi del settore sanitario, sommati ad una situazione ambientale complessa ed instabile, potranno condurre a grande incertezza. In tale situazione l'organizzazione sanitaria deve avere una struttura flessibile, con ampie capacità di pianificazione e previsione, permettendo così di monitorare le situazioni, di anticipare gli eventi e di ricercare le soluzioni adeguate.

È compito della Autorità Sanitaria Palestinese sviluppare il quadro strategico della sanità in Palestina, in coordinamento con chi eroga i servizi. Affinché il settore delle ONG sia in condizione di rispettare i suoi impegni, l'ASP (attraverso accordi contrattuali) e le ONG internazionali (attraverso gli aiuti) dovrebbero condividere le responsabilità per superare la crisi economica.

Le recenti azioni israeliane hanno confermato che lo stato di salute dei palestinesi non potrà mai essere migliorato in una condizione di occupazione. Il popolo palestinese deve poter godere del suo elementare diritto di indipendenza ed esercitare il pieno controllo sulla sua terra e sulle sue risorse. Solo in questo contesto si può sviluppare un sistema sanitario - così come ogni altro sistema - in grado di migliorare la qualità della vita della popolazione.

Palestine: the challenge of meeting the health needs

Mustafa Barghouthi, *President, Union of Palestinian Medical Relief Committees*

Since the implementation of the Oslo agreements a number of important developments have taken place within the health sector. The organizational structure of the Ministry of Health (MOH) has been established, important sanitary projects have been initiated and the MOH has managed to direct substantial support towards the rehabilitation of the health services infrastructure. However, there remains a considerable amount of work to be done to develop the infrastructure in health, water sanitation and garbage disposal.

A number of political obstacles need to be removed if coherent development of the health sector is to be achieved, namely the separation of the West Bank from the Gaza Strip, the closure of Jerusalem and the high rate of unemployment in the area.

The development of a strategic vision and a round policy environment are essential for the future. These can only be achieved through greater coordination between the four major health providers: NGOs, the MOH, the private sector, and UNRWA. A joint planning committee, recommended by the recent conference between MOH and NGOs may provide the right formula. There are three essential areas of policy development. These are general policy issues, such as insurance policy, fiscal policy, etc., sectorial policies, and policies relevant to certain interests and beneficiary groups which require the involvement of the local community.

Avoiding the over-centralization of health service provision is also essential. Contractual relationships need to be developed between the MOH and both NGOs and the private sectors. Contractual arrangements could ensure more cost-effective operations and improved cost recovery.

Improving the internal efficiency of the system is essential. The improvement of management systems is urgent, and the economic and fiscal component in health planning, especially with external donors, should be strengthened. Future plans must emphasize the sustainability of any development. Managing the increasing deficit in the MOH budget is important, and efforts should be made to prevent its growth. Filling the gaps in health care provision will reduce expenditure on treatment abroad. Such gaps could be more rapidly bridged if the government cooperates with NGOs to avoid competition with any existing structures.

Quality improvement and increasing efficiency and effectiveness are more important than quantitative growth. Priority should be given to primary health care and prevention. Primary health care services should include management of not only the diseases of poverty, but also the increasing prevalent "modern" diseases. The prevention of accidents including traffic accidents is essential especially to children's health and well-being. Women's health remains a priority area for intervention.

The diversion of funding away from NGOs threatens their ability to continue providing essential services to poor and marginalized groups. Technical and financial support







for NGOs in order that they may maintain their level of provision of health services is essential for the health system as a whole.

Contrary to previous hopes and expectations, the West Bank and Gaza continue to experience a constant flow of emergency situations, including closures. Since the Oslo agreements, the Palestinian Territories have spent 321 days under closure. Closures cause a substantial deterioration of economic conditions and increase the need for emergency support.

Although NGOs and the MHO are making efforts to improve the health sector, many obstacles remain. The primary obstacles include:

- **restricted Palestinian Authority control of land and natural resources**

  With such constraints it is impossible for the Palestinian Ministry of Health to supervise environmental issues in the West Bank, to be in real control of water resources, or to operate an accurate surveillance system of infectious diseases in the area.

- **the separation of the West Bank and Gaza Strip**

  Since February 1996, the "de facto" separation of the West Bank and Gaza Strip has been enforced by Israeli policy with only the highest level Palestinian Authority staff able to move between the two areas. The separation makes it extremely difficult to have a unified approach to health policy and the same approach to planning in both areas.

- **the separation of Jerusalem from the West Bank and Gaza**

  In order for persons travelling from the West Bank to enter Jerusalem, they must have a Jerusalem identification card or special permit, making it extremely difficult for many Palestinians to access services that are available only in Jerusalem. Jerusalem hosts the head quarters and training structures of many primary health care organizations. In addition, Palestinians with oncology problems, serious burns, cardiovascular surgical problems, and complex neonatology and paediatric surgical problems have to be transferred to hospitals in Jerusalem.

- **the economic effect of the closure of the West Bank and Gaza**

  Israeli policies that prevent or limit Palestinian labourers from working in Israel carry a number of implications for health and health policy. Deteriorating household economic conditions will be associated with deteriorating household health, which will increase demands placed on health services. In addition, reduced income will decrease the ability of households to pay for medication or health consultation.

- **inadequate infrastructure**

  During the 27 years of occupation the development of the government health sector was obstructed. The health and sanitary infrastructure requires considerable further development in order to meet acceptable standards.

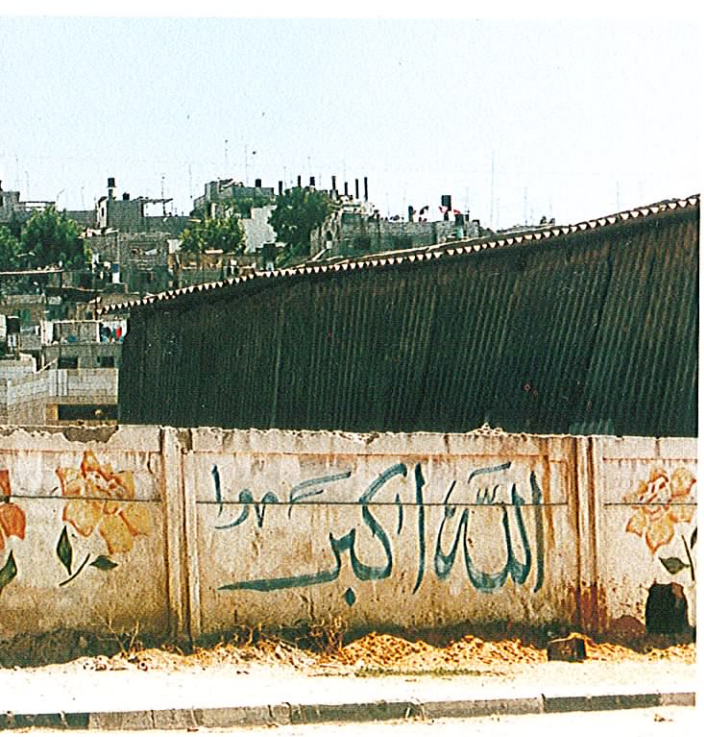
- **variability in quality and access to services**

  There is a significant maldistribution of health services between various areas of the West Bank and Gaza. A similar imbalance exists in relation to infrastructure. Most of the existing services are located in the urban parts of the central West Bank and around Gaza City.

- **unregulated growth of the private sector**

  Private sector development offers both benefits and hazards to health service providers and to the population in general. In order to maximize the benefits and minimize the hazards, the Palestinian Authority must consider the introduction of regulatory mechanisms for the private-for-profit sector.

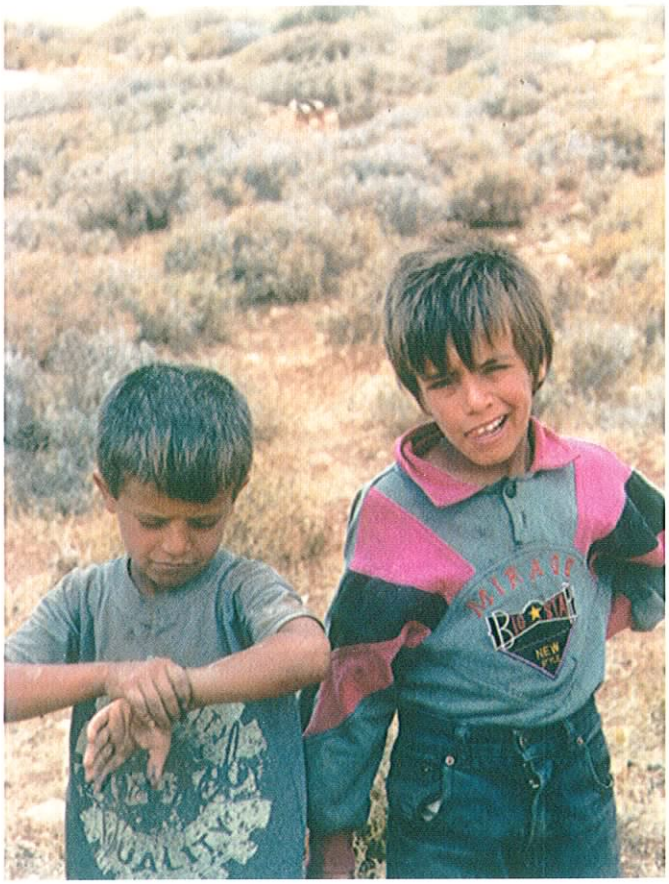
The importance of the support that the European Union has provided in developing the Palestinian health sector cannot be overstated. Through development, bi-lateral and co-financed projects as well as emergency relief through ECHO, the EU has significantly contributed to the achievements that have been made in the development of the Palestinian Territories. The existing difficult conditions in Palestine and the tremendous challenges facing us make the continuation of EU involvement absolutely essential.





Palestina: la sfida per la soddisfazione dei bisogni sanitari

Mustafa Barghouthi, *Presidente della Union of Palestinian Medical Relief Committees*





Dagli accordi di Oslo ad oggi si sono verificati una serie di fatti importanti nel settore sanitario. È stato creato il Ministero della Sanità, sono stati avviati importanti progetti sanitari e il Ministero della Sanità si è concretamente impegnato per la riabilitazione delle infrastrutture dei servizi sanitari. Tuttavia, rimane ancora una considerevole quantità di lavoro per sviluppare le infrastrutture nel settore della sanità, dell'igiene delle acque, del trattamento dei rifiuti.

Per raggiungere uno sviluppo coerente del settore sanitario, vanno superati alcuni ostacoli politici, in particolare la separazione della Cisgiordania dalla Striscia di Gaza, la chiusura di Gerusalemme e l'alto tasso di disoccupazione nell'area.

Lo sviluppo di una visione strategica e di un quadro politico favorevole sono essenziali per il futuro. Questi obiettivi si possono perseguire solo attraverso un maggior coordinamento tra i 4 principali prestatori di servizi sanitari: le ONG, il Ministero della Sanità, il settore privato, l'UNRWA. Un comitato di pianificazione congiunto, raccomandato nella recente conferenza tra le ONG ed il Ministero della Sanità, può fornire la giusta formula. Le aree essenziali di una politica di sviluppo sono tre: le politiche generali (politica delle assicurazioni, politica fiscale, ecc.), le politiche settoriali e le politiche relative a interessi e gruppi specifici che richiedono il coinvolgimento della comunità locale.

È altresì essenziale evitare la eccessiva centralizzazione nella erogazione dei servizi sanitari. Vanno sviluppate relazioni di tipo contrattuale tra il Ministero della Sanità, le ONG e il settore privato. Adeguati meccanismi contrattuali potrebbero assicurare operazioni più efficienti dal punto di vista economico e migliorare il recupero dei costi.

Migliorare l'efficienza interna del sistema è indispensabile. È urgente migliorare i sistemi di gestione e potenziare la componente economica e fiscale della pianificazione sanitaria, specialmente nel rapporto con i donatori esterni. I piani futuri devono porre enfasi sulla sostenibilità di ogni sviluppo. È importante la gestione del crescente deficit del budget del Ministero della Sanità e vanno fatti sforzi adeguati per prevenirne la crescita. Colmare le lacune ancora esistenti nella erogazione dei servizi ridurrà le spese per i trattamenti all'estero. Tali lacune possono essere più rapidamente colmate se il governo collabora con le ONG per evitare la concorrenza tra le strutture esistenti.

Il miglioramento della qualità e l'aumento dell'efficienza e dell'efficacia sono più importanti della crescita quantitativa. La priorità dovrebbe essere data alla assistenza sanitaria di base e alla prevenzione. I servizi sanitari di base dovrebbero considerare non solo la gestione delle malattie della povertà, ma anche la crescente prevalenza delle malattie "moderne". La prevenzione degli incidenti, compresi gli incidenti da traffico, è essenziale specialmente per la salute e il benessere dei bambini. La salute delle donne rimane comunque una priorità d'intervento

La riduzione dei fondi per le ONG minaccia la loro capacità di continuare a fornire servizi essenziali per i gruppi più poveri e marginali. Per il sistema sanitario nella sua globalità è essenziale il sostegno tecnico e finanziario alle ONG, in modo che possano mantenere il loro livello di prestazioni sanitarie.

Contrariamente alle iniziali speranze ed aspettative, la Cisgiordania e Gaza continuano a vivere permanentemente situazioni di emergenza, tra cui le chiusure. Da-





gli accordi di Oslo, i Territori Palestinesi hanno vissuto 321 giorni di blocco. Le chiusure dei territori producono un sostanziale deterioramento delle condizioni economiche e aumentano la necessità degli aiuti di emergenza.

Nonostante gli sforzi delle ONG e del Ministero della Sanità per migliorare il settore sanitario, rimangono ancora molti ostacoli. Gli ostacoli principali sono:

- **limitato controllo da parte dell'Autorità Palestinese sulla terra e sulle risorse naturali**

  Con queste restrizioni, per il Ministero della Sanità Palestinese è impossibile controllare i problemi ambientali in Cisgiordania, tenere realmente sotto controllo le risorse d'acqua o far funzionare un accurato sistema di sorveglianza delle malattie infettive nell'area.

- **la separazione tra la Cisgiordania e la Striscia di Gaza**

  Dal Febbraio 1996, Israele ha imposto la separazione "de facto" tra la Cisgiordania e la Striscia di Gaza, consentendo solo alle più alte cariche della Autorità Palestinese la libertà di movimento tra le due zone. La separazione rende estremamente difficile mantenere in entrambe le aree un approccio unitario nella politica sanitaria e un metodo comune nella pianificazione.

- **la separazione di Gerusalemme dalla Cisgiordania e dalla Striscia di Gaza**

  Le persone che si spostano dalla Cisgiordania per entrare a Gerusalemme devono avere la carta d'identità di Gerusalemme o uno speciale permesso, il che rende particolarmente difficile per molti palestinesi l'accesso a servizi disponibili solo a Gerusalemme. A Gerusalemme ci sono le sedi e centri di formazione di molte organizzazioni di assistenza sanitaria di base. Inoltre, i palestinesi con problemi oncologici, ustioni gravi, problemi chirurgici cardiovascolari, gravi problemi neonatologici e di chirugia pediatrica devono essere trasferiti agli ospedali di Gerusalemme.

- **l'effetto economico della chiusura della Cisgiordania e della Striscia di Gaza**

  Le politiche israeliane che impediscono o limitano i lavoratori palestinesi a lavorare in Israele provocano un gran numero di conseguenze per la sanità e per le politiche sanitarie. Il peggioramento delle condizioni economiche è legato al deterioramento dello stato di salute, il che aumenterà la pressione sui servizi sanitari. Inoltre, la riduzione del reddito diminuirà la capacità delle famiglie di sostenere i costi dell'assistenza sanitaria.

- **infrastruttura inadeguata**

  Durante i 27 anni di occupazione, è stato impedito lo sviluppo del settore sanitario governativo. Le infrastrutture igieniche e sanitarie richiedono considerevoli ulteriori sforzi per raggiungere standard accettabili.

- **variabilità nella qualità e nell'accesso ai servizi**

  Esiste una accentuata maldistribuzione dei servizi sanitari tra diverse aree della Cisgiordania e di Gaza. Un simile squilibrio esiste anche in relazione alle infrastrutture. La maggior parte dei servizi esistenti sono situati nelle aree urbane della Cisgiordania centrale e intorno alla città di Gaza.

- **crescita sregolata del settore privato**

  Lo sviluppo del settore privato comporta benefici e rischi sia per chi eroga servizi sanitari, sia per la popolazione in generale. Al fine di massimizzare i benefici e minimizzare i rischi, l'Autorità Palestinese deve prendere in considerazione l'introduzione di meccanismi regolatori per il settore privato a scopo di lucro.

Non si può non riconoscere l'importanza del sostegno fornito dall'Unione Europea per lo sviluppo del sistema sanitario palestinese. Attraverso progetti di sviluppo bilaterali e cofinanziati, così come per mezzo di operazioni di emergenza attraverso ECHO, l'Unione Europea ha significativamente contribuito ai positivi risultati raggiunti nello sviluppo dei Territori Palestinesi. Le attuali difficili condizioni in Palestina e le enormi sfide che ancora dobbiamo affrontare rendono assolutamente essenziale il proseguimento dell'impegno della Unione Europea.

Economical, social and health situation for Palestinian refugees in Lebanon

Palestine Red Crescent Society - Lebanon Branch

1. Existing demographic data of the Palestinians in Lebanon are estimated to be incomplete and inaccurate.
2. UNRWA have registered 350,000 refugees as of 1995 distributed in camps in Tripoli, Bekaa' valley, Beirut, Saida and Tyre areas.
3. Growth rate has been calculated by UNRWA at 2.3%
4. Social and health organizations assess that a high number of unregistered Palestinians are currently living in Lebanon (50,000).
5. The Lebanese society is a special combination of different confessional and political forces.
6. Selective and special work permits forbid the practice a great number of professions; many continue living in refugee camps, are forbidden to buy properties, are not entitled to government medical, educational and social services, and have difficulties travelling.
7. The discussion of the refugees of 1948, in future talks, and the current situation of the peace process, does not allow the Palestinian refugees in Lebanon to be optimistic. Will they have the right to return? What will the future hold for more than 300,000 Palestinians in Lebanon? This is the daily question for all of them. There is political uncertainly.
8. The economic situation in Lebanon reflects on the Palestinian population in a most harmful way.

Demographic Characteristics

Registered Refugees (R.R.)	= 350,000
R.R. as % of country population	= 12 %
R.R. in Lebanon as % of total R.R.s	= 10.8%
Existing Registered Camps	= 12
R.R. in Camps	= 186,006
R.R. in Camps as % of R.R.	= 53.2 %
Special Hardship Cases (S.H.C.)	= 36,200
S.H.C. as % of R. R.	= 10.3 %
Unregistered Refugees (estimate)	= 50,000-60,000

Demographic indicators

Crude birth rate	= 47.4/1000
Crude death rate	= 7.2/1000
Life expectancy at birth	M = 64 years F = 67 years
Adult illiteracy rate (16-60+ age group)	M = 8 % F = 19 %
Unemployment % (estimate)	= 40-60 %
Growth rate	= 2.3 %
Infant mortality rate (estimate)	= 40/1000 live births

December 1995 -

Health providers

1 - UNRWA

Health services are delivered through a network of 25 health centers which covers PHC services including:

- MCH care
- Family planning
- Special programs for clients with DM and Hypertension
- Specialized medical care
- Diagnostic facilities
- Dental care.

Secondary care is provided through contractual arrangement with private hospitals. Now, and for the last three years, UNRWA applies strict measures including:

- Rationalization of referrals
- Reduction of the number of bed-days contracted
- Introduction of cost sharing for specialized hospital care: this is due to continuous increase of the cost of services in private contracted hospitals and the absence of alternative hospital facilities readily accessible to refugees at more economical costs.
- Reduction in UNRWA services
- Reduction in the quality of services provided.

2- Palestine Red Crescent Society - PRCS

Represents a major health provider for the Palestinian refugees in Lebanon beside UNRWA. Its services are delivered through:

- Nine health centers "PHC services"
- Four district hospitals
- One central and referral hospital.

Services provided at PHC centers:

- Specialized medical care
- Diagnostic facilities
- MCH care
- Dental care
- Basic medical consultation
- Gynaecology and delivery services.

It is expected that at the end of the year a quality control activity will be carried out in order to measure the upgrading and assess future needs.

All these developmental projects will meet some of the needs in the training of human resources. All of them take into consideration that necessary modernization will continue taking place, and that salaries and running costs will be stable.

PRCS's main goal is to achieve economical and financial independence through the rationalization of its resources, improvement of cost effective services, increment of clients who can pay, and increment in revenues. We recognize that this goal cannot be achieved without external support at least for two years, when hopefully all renovation and essential developmental works will have been completed. Only quality or special services can attract clients, and this cannot be done without necessary infrastructure and equipment, and continuous upgrading of personnel. Upgrading and qua-



lity cannot be achieved without appropriate salaries. Therefore, in order to maintain a steady development, the support of the following budgetary requirements is considered a priority:

Basic support

- Salaries
- Medicines and medical supplies
- Food for patients

Development support

- Finishing Primary Health Care system
- Continue renovation of secondary health care system
- Continue upgrading administrative system.

Another priority is the development of a statistical and information center which, through the continuous monitoring of the health status of the population by means of surveys and archives, can help to rationalize the expenses of health care. For this purpose, budgetary support will be required for the following items:

- Computer net attached to a central office
- Training of personnel in computer
- Training of personnel in medical statistics.

Some community based programs have been started in the areas of Hamshary and Tripoli for physiotherapy and rehabilitation. In Balsam an assessment has been done to develop a rehabilitation program. Also, a Primary Health Care program sponsored by UNICEF through MAP-London is in development in Ein El Helwi camp in Saida. But it is necessary to expand and improve Primary Health Care services focusing on the integration of the community in the challenge that PRCS and the Palestinian people are facing today.

PRCS coordinates with other NGOs to develop projects suitable to its reorganization. There have been agreements with NORWAC (Norwegian Aid Committee), MAP-London (Medical Aid for Palestinian), Mohawk College, Norwegian People's Aid (NPA), to concentrate on upgrading programs



for medical and nursing personnel in order to standardize a quality of care aiming at cost effectiveness. Programs to improve the administration and management functions at all levels have the same goal. Many projects have been achieved by ECHO mainly re-equipping hospitals: Nazareth Hospital, Hamshary Hospital, Haifa Hospital, Safad Hospital and Balsam Hospital through NGOs CISP and Movimondo-Molisv and also contributions of medical appliances and medicines through Netherland Red Cross which helped PRCS to stand again on its feet and to improve medical services.

Recently an evaluating commission from ECHO visited us. We were happy to listen to some observations and criticisms about the work in our hospitals and we will do our best to avoid it in the near future.

La situazione economica, sociale e sanitaria dei profughi palestinesi in Libano

Mezza Luna Rossa Palestinese - Libano

1. I dati demografici disponibili sui palestinesi in Libano sono da considerarsi incompleti e inaccurati
2. L'UNRWA (Ufficio delle Nazioni Unite per il Soccorso e l'Occupazione dei Profughi Palestinesi nel Vicino Oriente) ha registrato 350.000 profughi dal 1995 distribuiti in campi nelle zone di Tripoli, Valle della Bekaa, Beirut, Sidone e Tiro.
3. Secondo l'UNRWA il tasso di crescita della popolazione dei profughi palestinesi è del 2,3%.
4. Secondo varie organizzazioni sociali e sanitarie, in Libano vivono attualmente un gran numero di palestinesi non registrati come profughi (50.000) .
5. La società Libanese è una speciale combinazione di diverse forze politiche e religiose.
6. Permessi di lavoro speciali e limitati impediscono l'esercizio di un gran numero di professioni; i palestinesi che continuano a vivere nei campi non possono acquistare proprietà, non hanno diritto ai servizi sanitari, sociali ed educativi del Governo Libanese e hanno restrizioni e difficoltà per viaggiare.
7. La discussione sui profughi del 1948 e l'attuale situazione del processo di pace non consentono ai profughi palestinesi in Libano di essere ottimisti. Avranno diritto a ritornare in Palestina? Quale sarà il futuro per più di 300.000 palestinesi in Libano? Questa è la domanda che tutti si pongono quotidianamente. Esiste una grande incertezza politica al riguardo.
8. La situazione economica in Libano si riflette sulla popolazione palestinese in maniera assai negativa.

Caratteristiche demografiche

Profughi registrati	= 350.000
% profughi registrati sulla popolazione del Paese	= 12 %
% profughi registrati in Libano sul totale dei profughi registrati	= 10,8%
Campi profughi registrati esistenti	= 12
Profughi registrati nei campi	= 186.006
% profughi registrati nei campi sul totale dei profughi registrati	= 53,2 %
Casi di particolare indigenza	= 36.200
% casi di indigenza sul totale dei profughi registrati	= 10,3 %
Profughi non registrati (stima)	= 50.000-60.000

Indicatori demografici

Tasso di natalità generale	= 47,4 per mille
Tasso di mortalità generale	= 7,2 per mille
Aspettativa di vita alla nascita	M = 64 anni F = 67 anni
Tasso di analfabetismo tra gli adulti (16-60+)	M = 8 % F = 19 %
Tasso di disoccupazione (stima)	= 40-60 %
Tasso di crescita	= 2,3 %
Tasso di mortalità infantile (stima)	= 40 per mille nati vivi

Dicembre 1995 -

Fornitori di servizi sanitari

1 - UNRWA

I servizi sanitari vengono erogati attraverso una rete di 25 centri di salute che copre l'assistenza sanitaria di base, comprendendo:

- Salute materno-infantile
- Pianificazione familiare
- Programmi speciali (ad es. per ipertensione)
- Assistenza specialistica
- Servizi diagnostici
- Odontoiatria

L'assistenza di secondo livello viene fornita attraverso contratti con ospedali privati libanesi. Attualmente, e negli ultimi tre anni, l'UNRWA ha adottato misure restrittive tra cui:

- Razionalizzazione delle procedure di derivazione dei pazienti
- Riduzione del numero di giornate di ricovero
- Introduzione di sistemi di compartecipazione per i costi dell'assistenza specialistica ospedaliera: ciò è dovuto al continuo aumento dei costi dei servizi presso gli ospedali privati contrattati e all'assenza di servizi ospedalieri alternativi con costi più contenuti e quindi più facilmente accessibili ai profughi.
- Riduzione dei servizi dell'UNRWA
- Riduzione nella qualità dei servizi forniti.

2- Mezza Luna Rossa Palestinese (PRCS)

Rappresenta il principale erogatore di servizi sanitari per i profughi palestinesi in Libano, insieme all'UNRWA. I servizi sanitari vengono forniti attraverso:

- 9 centri di salute di base (PHC centers)
- 4 ospedali di distretto
- 1 ospedale centrale di riferimento

I servizi forniti nei centri di salute di base sono:

- Assistenza specialistica
- Servizi diagnostici
- Salute materno-infantile
- Odontoiatria
- Medicina generale
- Ostetricia e Ginecologia

Entro la fine del 1997 si dovrebbe concludere una attività di controllo di qualità per misurare il livello di miglioramento dei servizi e stabilire le necessità future.

Tutti i progetti di sviluppo risponderanno ad alcune delle necessità di formazione delle risorse umane. Tutti si fondano sulla premessa della stabilità di salari e costi di funzionamento e tenendo conto che continuerà il processo di modernizzazione.

Il principale obiettivo della PRCS è il raggiungimento della indipendenza economica e finanziaria attraverso la razionalizzazione delle proprie risorse, il miglioramento dell'efficienza economica dei servizi, l'aumento dei pazienti paganti e il conseguente incremento delle entrate.

Siamo consapevoli che questo obiettivo non potrà essere perseguito senza l'aiuto esterno per almeno due anni, quando ci auguriamo che tutti gli interventi essenziali di riabilitazione e di sviluppo saranno completati. Solo servizi speciali e di qualità possono attrarre clienti e ciò non può avvenire senza le necessarie infrastrutture, apparecchiature e l'aggiornamento permanente del personale. Il miglioramento e la qualità dei servizi non si possono perseguire senza salari adeguati. Pertanto, per mantenere un solido sviluppo è prioritario l'aiuto economico in termini di:

Aiuti di base

- Salari
- Medicine e forniture sanitarie
- Cibo per i pazienti

Aiuti di sviluppo

- Completare il sistema di assistenza sanitaria di base
- Continuare il rinnovamento del sistema assistenziale di secondo livello
- Perseverare nel miglioramento del sistema amministrativo

Un' altra priorità è costituita dallo sviluppo di un sistema informativo e statistico che, attraverso il monitoraggio permanente dello stato di salute della popolazione per mezzo di sondaggi e statistiche sanitarie, contribiusca a razionalizzare le spese dei servizi sanitari. A questo scopo sarà necessario un sostegno economico per le seguenti voci:

- Rete computerizzata connessa ad un ufficio centrale
- Formazione di risorse umane in informatica
- Formazione di risorse umane in statistica sanitaria

Alcuni programmi comunitari sono stati avviati nelle zone di Hamshary e Tripoli nel settore della fisioterapia e della riabilitazione. A Balsam è stata condotta una valutazione per sviluppare un programma di riabilitazione. Inoltre, nel campo di Ein El Helwi a Sidone è in corso un programma di assistenza sanitaria di base sponsorizzato dall'UNICEF attraverso MAP-Londra. È necessario comunque espandere e migliorare i servizi sanitari di base ponendo enfasi sulla partecipawione comunitaria nella sfida che la PRCS e la popolazione palestinese stanno oggi fronteggiando.

La PRCS coordina con altre ONG la realizzazione di progetti coerenti con il suo piano di riorganizzazione. Sono stati stabiliti accordi con NORWAC (Norwegian Aid Committee), MAP-Londra (Medical Aid for Palestinian), Mohawk College, Norwegian People's Aid (NPA) per programmi di aggiornamento del personale medico e infermieristico finalizzati a standardizare la qualità dell'assistenza anche con l'obiettivo dell'efficienza economica. Analogo obiettivo hanno i programmi di miglioramento dell'amministrazione e della gestione dei servizi a tutti i livelli. ECHO ha realizzato molti progetti, soprattutto di equipaggiamento di vari ospedali (Nazareth, Hamshary, Haifa, Safad e Balsam) attraverso le ONG Movimondo-Molisv e CISP e anche di forniture di materiali sanitari e medicinali attraverso la Croce Rossa Olandese, che ha aiutato la PRCS a reggersi di nuovo sulle sue proprie forze e a migliorare i servizi sanitari.

Recentemente una commissione di valutazione di ECHO ci ha visitato. Siamo stati contenti di ascoltare osservazioni e critiche sul lavoro nei nostri ospedali e faremo del nostro meglio per migliorare nel prossimo futuro.



International aid to Palestinians within the health sector: the role of the Italian Shepherd

Marzio Babille, *Health Sector Coordinator, DGCS, MFA (Jerusalem)*

The General Directorate for Development Cooperation (DGCS) of the Italian Ministry of Foreign Affairs has been actively involved in Palestine in the health sector since the eighties and the start-up of the Intifadah. A vast number of projects and programmes both on bilateral and multilateral channels of aid were implemented during the occupation of the Territories and a renewed effort characterized the stage that followed the Oslo Declaration of Principles (DOP) in 1993. On that occasion, Italy was granted the role of "Shepherd" for the health sector at the Refugee Working Group (RWG) of the Multilateral Peace Talks by the two counterparts (the Palestinian Authority and Israel) and the two sponsor countries (USA and Russia). Such a role entitled the DGCS, on behalf of the Italian government, to coordinate the international sectorial aid to Palestinians.

The main strategic components around which the DGCS cooperation initiatives revolve, within and outside the West Bank and Gaza, can be summarized as follows: (i) institution building; (ii) human resource development and training; (iii) revitalization and harmonization of Primary Health Care (PHC) and public health services; (iv) assistance to hospital and health system support services.

In the West Bank and Gaza, a dual institution-building strategy was adopted by the Palestinian Ministry of Health (MOH) and other health providers in the immediate post-DOP period to establish the health system towards a transitional society's needs and to expand the availability of PHC services.

While this approach, endorsed by the government and some international agencies, responded to the infrastructure and material resources crisis, it did not address the underlying structural crisis inherited in the post-occupation period. Significant development resources were made available for the physical rehabilitation of the health infrastructure and for the introduction of specific programmes.

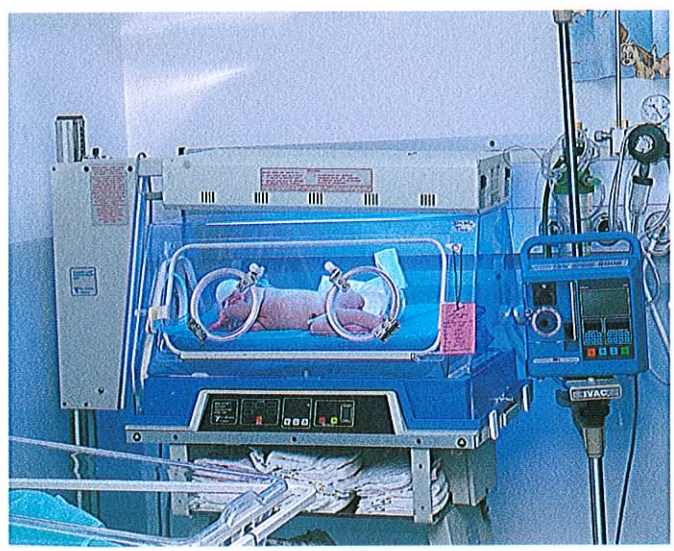
Such interventions were based on the assumption that the most urgent task for the evolution of health sector was to provide the hardware for health services delivery in the form of buildings and supplies in order both to expand the bed/population ratio and contain the referral abroad (Israel, Jordan, Egypt) which amounts to 12% of the available budget. Both in the public and partly in the NGOs sector, the task of health system building was conceived as distinct from the longer term goal of health system development, as these early initiatives were seen as interim strategies upon which comprehensive and integrated health care for resident population as well as refugees could be built.

Since 1993, exercises undertaken by the Italian Shepherd for health within the *Refugee Working Group* framework were aimed at applying prioritization criteria to international aid. They focused on the needs of a cross-section of the regional area (West Bank, Gaza, Jordan, Lebanon, Syria and Egypt) and assistance projects, thus cross-referencing problems. Therefore, a common trend as identified by health indicators has been, and should prospectively be depicted through a cross-sectorial prioritization. Such prioritization evidence emerged from the two Intersessional International Workshops on "Public Health Perspectives of Palestinian Refugees" which were held in Rome in 1994 and 1997, and aimed at assessing how the health situation had evolved since 1993.

When depicting the matrix of international aid to the health sector in 1996, 142 projects and programmes were under different stages of planning and implementation in the West Bank and Gaza amounting to a total commitment of US $ 179,715,000 by 16 countries. Such commitment to the health sector represented an 11.7% share of the total funded activities in the West Bank and Gaza, not including public finance and police. Unfortunately, during the third quarter of 1996, the disbursement was still low, amounting to 53% of committed funds.

54% of funding in health went to projects which took place in Gaza; 23% for projects implemented both in West Bank and Gaza; 18% for projects run in the West Bank exclusively, and finally, 5% for Jerusalem projects only. When breaking down the assistance to the MOH and other health providers, the trend has shown a progressive increase of institutional back up. Globally, in fact, US $ 75,327,600 were devoted to the external assistance to the Palestinian MOH and US $ 21,326,300 to the NGOs during 1996, excluding the emergency aid that was made available during acute crises. This trend, however, started to decline during the second semester of 1996 with a renewed progressive attention to NGOs.





When formulating health policies within and outside the Territories, the DGCS continues first to believe that an effort must be made to address health needs instead of area needs. Such an approach seems much more appropriate for its applicability and more limited projection in terms of a regional approach.

Secondly, integrated and participatory planning is still considered by the DGCS a relevant matter in coordinating available data interpretation, dissemination, and response also where the crucial players are UNRWA and PRCS as happens outside of Palestine.

Third, the issue of public health training and managerial upgrading for mid-level health managers emerged as a remarkable priority within the above mentioned approach. Although there are continuing education programmes in private and government institutions, they are still sporadic, ad hoc efforts. The results of the absence of standardized accreditation and performance standards and uneven training, still imply a deterioration of health manpower quality and motivation.

The Italian Shepherd is going to organize the next Intersessional Seminar late in 1997, whose objectives will be: a) to develop strategies that will improve the quality of public health continuing education, health management, and nursing services and thereby their contribution to effective curative, preventive and promotive health activity in the region; (b) to foster the standardization of public health training for refugee health personnel at the regional level; (c) to continue promoting the development and expansion of an integrated team-based approach to the provision of all health services in the Territories among Palestinian stakeholders.

A special focus is currently deserved by the Lebanese situation. Field assessments confirm the relevance to proceed mainly supporting secondary care for Palestinian refugees, due to their segregation from the social services context, low-standard quality of available public services and poor accessibility of such services. Furthermore, the high costs of private secondary health services which represent the only viable solution for the Lebanese community are frequently unbearable by Palestinians and the overall constrained socioeconomic status of refugees - who are far from being able to participate in marketing health services due to low equitable job opportunities -, adversely affect their health status.

The lack of UNRWA secondary and specialized services, as well as the Agency's insufficient budgetary allocation for specialized hospitalization of refugees, and, finally, the insufficient ability and quality of PRCS curative services, has led coordination mechanisms with other donor countries to help the Palestinian population, with reference to the action undertaken by the European Union through funds to international NGOs. The DGCS currently implements projects that are aimed at backing up the PRCS hospitals through infrastructure rehabilitation, upgrading of the available health technology, and health personnel training. In this endeavour, NGOs have contributed with impressive technical and organizational work.

Main projects recently financed by the Italian Government (DGCS) in West Bank and Gaza

- Support for the establishment of the Northern Wing of the government hospital "Princess Alia" in Hebron and the completion of the Western Wing of the "King Hussein" hospital in Beit Jala through the UNDP (US$ 7 million)
- Establishment of the Central Public Health Laboratory in West Bank with a satellite site in Gaza (US$ 4.5 million).
- Rehabilitation and expansion of emergency and obstetric and gynaecological services of the "Al Nasr" hospital in Khan Younis (US$ 1 million)
- Emergency aid funds during the closures of the Territories in early 1996 and, particularly, after the September 1996 armed clashes: delivering of 4.5 tons of drugs and consumables; emergency support for the MOH to strengthen hospital emergency services (US$ 1 million).
- The School Health programme (US$ 1.2 million), aimed at strengthening the clinical screening and health promotion activities in 120 West Bank government primary schools. Recently, the programme has been reviewed and US $ 1 million grant allocated to UNICEF to continue on track.
- The creation of the Health Services Management Unit in 1995 (US$ 3 million) involved UNICEF as the international implementing Agency, the MOH as the local implementor with the technical assistance of the ISS and AISPO as Italian implementing agencies.
- Support to the Diploma Course in PHC and Public Health, at the Bir Zeit University (150.000 US$)



In Jordan, specific attention has been paid to the global conditions and liveability of refugee camps through bilateral activities aimed at strengthening environmental health and protection. A national programme of training and upgrading licensed nurses to become Clinical Instructors has proved successful since the early 1990s and it will benefit from full handover by the Jordanian MOH within this year.

In conclusion, notwithstanding the current political drawbacks that severely jeopardize Palestinian health system development, the proactive commitment of the Italian DGCS at both policy and planning and operational levels reconfirms the need for paced modernization and standardization of service delivery as well as homogeneity and continuity of external sectorial assistance in Palestine and outside the Territories. Such attitudes could, in turn, play a crucial contributory role in putting peace efforts into practice.

L'aiuto internazionale ai palestinesi nel settore sanitario: il ruolo del Coordinamento Italiano

Marzio Babille, *Coordinatore settore sanità, DGCS, MAE (Gerusalemme)*

La Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo (DGCS) del Ministero degli Affari Esteri Italiano è attivamente impegnata in Palestina nel settore sanitario sin dagli anni '80 e dall'inizio della Intifada. Durante l'occupazione dei Territori sono stati realizzati un gran numero di progetti sui canali di aiuto bilaterale e multilaterale. Un rinnovato sforzo ha caratterizzato il periodo seguito alla Dichiarazione di Principi di Oslo del 1993. In quella occasione dalle due controparti (l'Autorità Palestinese ed Israele) e dai due paesi sponsor (USA e Russia) è stato assegnato all'Italia il ruolo di Coordinatore ("Shepherd") per il settore sanitario nel Gruppo di Lavoro per i Rifugiati dei Colloqui di Pace Multilaterali. Questo ruolo ha conferito alla DGCS, per conto del Governo Italiano, il coordinamento dell'aiuto internazionale per i palestinesi nel settore sanitario.

Le principali componenti strategiche attorno alle quali ruotano le iniziative di cooperazione della DGCS dentro e fuori la Cisgiordania e Gaza possono essere così riassunte: (i) rafforzamento istituzionale (*institution building*); (ii) sviluppo e formazione delle risorse umane; (iii) rivitalizzazione e armonizzazione dei servizi di sanità pubblica e di assistenza sanitaria di base; (iv) assistenza agli ospedali e ai servizi di supporto del sistema sanitario.

Dopo gli accordi di Oslo, il Ministero della Sanità Palestinese insieme ad altri erogatori di servizi sanitari hanno adottato una duplice strategia di rafforzamento istituzionale in Cisgiordania e Gaza: da un lato costruire un sistema sanitario adeguato alle necessità di una società in transizione e, dall'altro, estendere la disponibilità dei servizi di assistenza sanitaria di base.

Se da un lato questo approccio, sostenuto dal governo e da alcune agenzie internazionali, rispondeva alla crisi infrastrutturale e di risorse materiali, d'altro canto non faceva fronte alla crisi strutturale sottostante ereditata nel periodo post-occupazione. Molte risorse sono state rese disponibili per la riabilitazione fisica delle infrastrutture sanitarie e per la realizzazione di programmi specifici.

Questi interventi erano basati sull'assunzione che il compito più urgente per l'evoluzione del settore sanitario fosse fornire l' hardware per l'erogazione dei servizi sanitari in termini di edifici e materiali, sia per aumentare il numero di posti letto per abitante sia per limitare i trattamenti all'estero (Israele, Giordania, Egitto) che rappresentano il 12% del budget disponibile. Sia nel settore pubblico sia parzialmente nel settore delle ONG, il compito di costruire il sistema sanitario è stato concepito come distinto dall'obiettivo di più lungo periodo di sviluppo del sistema sanitario. Queste iniziative sono state intese come strategie "ad interim", sulle quali costruire poi un sistema sanitario integrato e completo per la popolazione residente e per i rifugiati.

Dal 1993, l'azione del Coordinamento Italiano per la sanità nell'ambito del Gruppo di Lavoro per i Rifugiati è stata finalizzata a stabilire criteri di priorità per gli aiuti internazionali. Questi criteri sono stati centrati sulle necessità settoriali della regione (Cisgiordania, Gaza, Giordania, Libano, Siria e Egitto) e su progetti di assistenza, quindi su problemi trasversali. Questa definizione di priorità settoriali è emersa nei due Seminari Internazionali Intersessionali su ìProspettive di Sanità Pubblica dei Rifugiati Palestinesi» tenuti a Roma nel 1994 e nel 1997, e finalizzati a valutare l'evoluzione della situazione sanitaria dal 1993.

Descrivendo la matrice degli aiuti internazionali nel settore sanitario nel 1996, risulta che 142 progetti si trovavano in differenti stadi di pianificazione e realizzazione in Cisgiordania e Gaza, per un impegno totale di 179.715.000 dollari da parte di 16 paesi. Tale impegno per il settore sanitario rappresentava l'11,7% del totale delle attività finanziate in Cisgiordania e Gaza, escludendo i settori delle finanze pubbliche e della polizia. Purtroppo, nel terzo trimestre del 1996 l'erogazione dei fondi risultava ancora bassa, ammontando al 53% dei fondi impegnati.

Il 54% dei finanziamenti in sanità è stato destinato a progetti nella Striscia di Gaza; il 23% per progetti in Cisgiordania e Gaza; il 18% a progetti esclusivamente in Cisgiordania e, infine, il 5% per progetti soltanto per Gerusalemme. Analizzando gli aiuti per il Ministero della Sanità e per altri erogatori di servizi sanitari, c'è stato un progressivo aumento del supporto istituzionale. Globalmente infatti nel 1996 sono stati assegnati 75.327.600 dollari per gli aiuti al Ministero della Sanità Palestinese e 21.326.300 dollari alle ONG, escludendo gli aiuti di emergenza nei periodi di crisi acute. Questa tendenza ha iniziato comunque a diminuire nel secondo semestre del 1996 con una rinnovata progressiva attenzione verso le ONG.

Nella elaborazione delle politiche sanitarie dentro e fuori i Territori, la DGCS considera in primo luogo necessario uno sforzo per affrontare le necessità sanitarie piuttosto che le necessità di area. Tale approccio appare molto più appropriato, rispetto ad un approccio regionale.

In secondo luogo, la pianificazione integrata e partecipata è considerata dalla DGCS essenziale per coordinare l'interpretazione e la diffusione dei dati disponibili, così come per gli interventi anche laddove gli attori principali sono l'UNRWA e la PRCS come è il caso al di fuori della Palestina.

In terzo luogo, nell'ambito dell'approccio citato è emersa come assolutamente prioritaria la formazione in sanità pubblica ed il perfezionamento gestionale dei manager sanitari di livello intermedio. Sebbene si realizzino programmi di formazione permanente presso istituzioni private e governative, tali programmi risultano ancora sporadici, iniziative «ad hoc». La mancanza di criteri standardizzati di accreditamento, di standard per le prestazioni e di attività formative regolari, comportano il deterioramento della qualità e delle motivazioni degli operatori sanitari locali.

Il Coordinamento Italiano organizzerà per la fine del 1997 un altro Seminario Intersessionale con i seguenti obiettivi: (a) sviluppare strategie per il miglioramento della qualità della formazione permanente, del management sanitario e dei servizi infermieristici; (b) rafforzare la standardizzazione della formazione in sanità pubblica a livello regionale; (c) continuare a promuovere lo sviluppo e la diffusione di un approccio partecipato e integrato tra i soggetti palestinesi, per l'erogazione di tutti i servizi sanitari nei Territori.

La situazione libanese richiede attualmente una attenzione particolare. Valutazioni di campo confermano l'im-

portanza di continuare a sostenere soprattutto i servizi sanitari di secondo livello per i rifugiati palestinesi, vista la loro condizione di esclusione dai servizi sociali, il basso livello di qualità dei servizi pubblici disponibili e la scarsa accessibilità di tali servizi. Inoltre, gli alti costi dei servizi sanitari privati di secondo livello, che rappresentano l'unica soluzione accettabile per la comunità libanese, sono spesso insostenibili per i palestinesi. Complessivamente, la condizione socio-economica dei rifugiati - che per le diseguali opportunità lavorative sono esclusi dal mercato dei servizi sanitari - influisce negativamente sul loro stato di salute.

L'assenza di servizi di secondo livello e specialistici dell'UNRWA, così come gli insufficienti stanziamenti di fondi dell'Agenzia per i ricoveri ospedalieri specialistici dei rifugiati e infine l'insufficiente capacità e qualità dei servizi della Mezza Luna Rossa Palestinese (PRCS) impongono meccanismi di coordinamento tra i paesi donatori per aiutare la popolazione palestinese, ciò anche in riferimento all'azione della Unione Europea attraverso i finanziamenti alle ONG internazionali. La DGCS realizza attualmente progetti finalizzati a sostenere gli ospedali della PRCS attraverso la riabilitazione infrastrutturale, il miglioramento della tecnologia sanitaria e la formazione del personale. In questo quadro le ONG hanno contribuito con un impressionante lavoro tecnico ed organizzativo.

In Giordania, particolare attenzione è stata rivolta alle condizioni generali ed alla vivibilità dei campi di rifugiati attraverso programmi bilaterali sanitari e di protezione ambientale. Dagli inizi del 1990 è stato realizzato con successo un programma nazionale di formazione e perfezionamento di infermieri diplomati. Nel corso del 1997 il programma verrà totalmente preso in carico dal Ministero della Sanità Giordano.



In conclusione, nonostante gli attuali problemi politici che mettono a repentaglio lo sviluppo del sistema sanitario palestinese, l'attivo impegno della DGCS italiana a livello politico, di pianificazione ed operativo è una riconferma della necessità di procedere verso la modernizzazione e la standardizzazione dei servizi sanitari. Allo stesso modo è necessaria la omogeneità e la continuità degli aiuti esterni nel settore in Palestina e fuori dai Territori. Queste attitudini potranno, tra l'altro, contribuire in maniera decisiva a mettere in pratica gli sforzi per il processo di pace.





PRINCIPALI PROGETTI RECENTEMENTE FINANZIATI DAL GOVERNO ITALIANO (DGCS) IN CISGIORDANIA E NELLA STRISCIA DI GAZA

- Supporto alla creazione dell'ala nord dell'ospedale governativo di Hebron «Princess Alia» e completamento dell'ala occidentale dell'ospedale di Beit Jala «King Hussein» attraverso l' UNDP (7 milioni di dollari)
- Costituzione del Laboratorio Centrale di Sanità Pubblica in Cisgiordania con una postazione distaccata a Gaza (4,5 milioni di dollari)
- Riabilitazione ed espansione dei servizi di emergenza ed ostetricia e ginecologia dell'ospedale di Khan Younis «Al Nasr» (1 milione di dollari)
- Aiuti di emergenza durante la chiusura dei Territori nel 1996: consegna di 4,5 tonnellate di medicinali e materiali sanitari; aiuti di emergenza al Ministero della Sanità per servizi di emergenza ospedalieri (1 milione di dollari)
- Programma di Sanità Scolastica (1,2 milioni di dollari) in 120 scuole primarie della Cisgiordania. Recentemente è stato assegnato 1 milione di dollari all'UNICEF per la continuazione del programma.
- Creazione della Unità di Gestione dei Servizi Sanitari nel 1995 (3 milioni di dollari), con la partecipazione dell'UNICEF come agenzia esecutrice internazionale, del Ministero della Sanità come ente locale esecutore e con l'assistenza tecnica dell'Istituto Superiore di Sanità e di AISPO come agenzie esecutrici Italiane.
- Sostegno al corso di Diploma e Master in Primary Health Care e Sanità Pubblica presso la Università di Bir Zeit (150.000 dollari).

Humanitarian aid for health facilities: methods for needs assessment, equipment supplying and basic training*

Gianluca Falcitelli, *CISP*





Introduction

One of the main aspects of humanitarian aid for health facilities is the supply of medical technology.

Problems arising when external aid is given without appropriate consideration of local situations, and of local capability to use and manage the health technology are well known. Cases are, unfortunately, not so rare of international donations of large quantities of costly, high technology medical equipment to health facilities which cannot be maintained or which requires the importing of costly spare parts, or, in some cases, cannot even be properly used because of the lack of local technical skills.

Such problems are often magnified in humanitarian projects in emergency situations, when one of the constraints is the urgency with which the projects have to be implemented. Nevertheless, also in these cases, the urgency shouldn't preclude due planning and implementing of the operations according to simple basic rules.

This means duly assessing real urgent needs avoiding duplications, choosing the right equipment and instrument for each health facility and taking care of all aspects related to technology management: training, recurrent costs, maintenance and repair.

What follows are simple, easy and basic rules that, if properly followed, could guarantee the success of humanitarian aid in the field of health technology, in terms of efficiency, efficacy and - what is more important - improvement of the health status of needy populations.

These rules are intended to be a practical tool for all the players involved in such kinds of projects: government bodies, NGOs, universities, local administrations, firms and companies, research centres, experts and technicians.

The critical health situation of Palestinians in Palestine and Lebanon and the big effort of ECHO and other international donors strongly claim for the adoption of correct practices and methods to optimise available resources and to fit real local health needs in the most sustainable way.

1. Rapid preliminary assessment of urgent health needs

The first phase of the operation should be a quick preliminary assessment of the local health system, aimed at identifying needs, priorities, trends and local available resources. An "ad hoc" survey by health and medical technology experts should be carried out, visiting health facilities and discussing with administrative, medical and technical local personnel.

On the basis of such analysis, it will be possible to plan activities really needed, consistent with local urgent needs, priorities and development perspectives, and in a way that is able to take advantage of and maximise local resources.

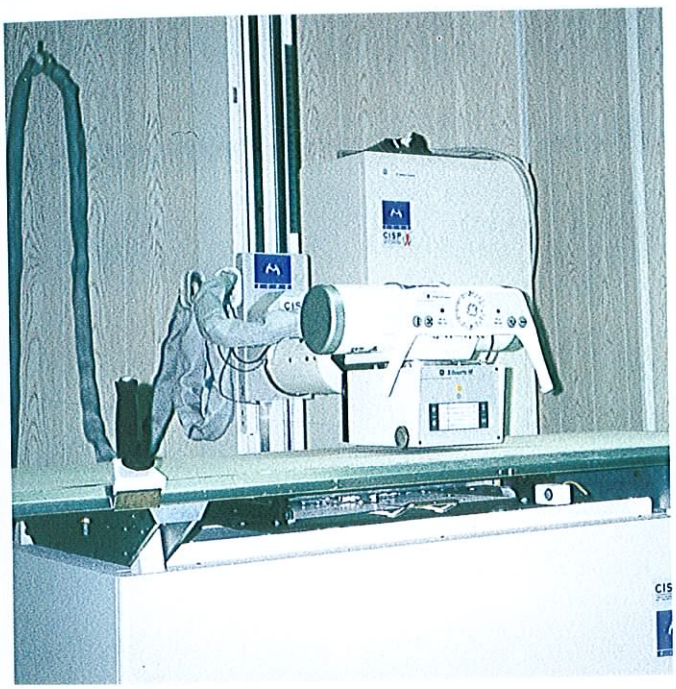
Such preliminary assessment from the point of view of medical technologies should focus on the following.

A) **Existing biomedical equipment.** To identify priority needs in terms of medical technologies it is important to get information about the medical equipment and instruments existing in the area, in order to avoid duplications or provision of non-priority equipment.

Existing inventories of medical equipment are an important source. Nevertheless, often inventories are not existing or not available, and when existing usually don't reflect the real situation of the available medical equipment in terms of type, quantity, average age, operating conditions.

** For more extensive treatment of the topic, refer to the book: "Tecnologie Sanitarie per lo Sviluppo Umano. Linee-guida per la cooperazione allo sviluppo nel settore delle tecnologie biomediche e della ingegneria clinica", edited by Gianluca Falcitelli, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1996*





B) **Existing technical services.** It is essential to know how and by whom maintenance and repair activities are usually carried out; how the health services deal with maintenance and repair problems; if they have their own technicians or if they make use of external services, private or public. The survey should verify the existence of technical services inside the hospitals as well as outside (private firms).

The assessment of current costs of maintenance and repair is also important, as well as the average intervention time after the call, the average breakdown period of the equipment and, in general, the quality of the service.

Such information should lead to the choice of equipment models and brands for which adequate (low or affordable cost, rapid and good quality) technical services are available in the area.

C) **Diagnostic and instrumental activities locally performed.** Information has to be collected also about the medical services provided (or expected to be provided) by the health facilities concerned. The assessment of diagnostic and instrumental activities performed or planned (quantity and quality) is needed to identify the equipment most appropriate for the workload of the health structures and for the health needs of the population served. This information is useful also for monitoring and evaluating the improvement of the services after the humanitarian aid.

D) **Medical technologies local market.** A general idea of the medical technologies local market is also needed. In some cases donors (among them ECHO) encourage to buy medical technologies in the local market, when possible.

With reference to the equipment to be provided, it is essential to know which are the most important producers or dealers existing in the area; which are brands available on the local market and their costs; which kind of relevant technical services are usually provided by local dealers or producers; which are the most locally diffused models and brands in the health structures.

This information can also be collected by visiting some of the most important producers and/or dealers present in the area.

Such information is needed in order to choose - if possible - medical equipment whose models and brands are already present in the local market. In this way it will be possible to provide technology consistent with the technology level of the area (i.e. technology already known by users) and for which technical services are easily available.

E) **Local human resources skills.** Knowing the qualification of human resources in the field is essential both for providing technology that could be easily and properly used, maintained and generally speaking, managed; and to define and include in the operation adequate training activities for local personnel to improve technical, medical and managerial skills concerned with medical equipment.

To this end, it is useful to check by direct observation what the qualification level of the technicians working both in the public and private sectors is. Information should also be gotten about training activities on maintenance/repair and use of medical equipment, carried out locally by different bodies such as universities, training and research centres, international organizations, etc.

2. Operation planning and implementation

Planning

The introduction of technology has to be planned as part of the local health intervention strategies. The objectives of the project must be consistent with the objectives, aims and organizational logic of the local health system and of the local and national health policy, also in the context of humanitarian operations.

The objectives of the project should not simply be reduced to the supply of technology and equipment, but should aim at improving the health status of the population.

In many cases it becomes clear during planning that - also in emergency situations - the crucial point is not the supply of medical equipment. Sometimes other kinds of actions are really needed, such as human re-

sources training, health education and disease prevention, sanitation, provision of basic instruments or drugs, structural and functional re-organization of the services with which the supply of equipment may eventually be integrated.

A global preliminary health needs assessment should lead to avoiding the risk of unnecessarily excessive emphasis on technology.

Defining the equipment and instruments list

Before starting the operation, the executing agency should carry out detailed visits to the hospitals and health facilities with the aim of verifying, before purchase, the correspondence of the initially requested equipment and instruments with current needs and priorities.

Such a survey should also be aimed at verifying the current situation of the physical infrastructure of the recipient health facilities, with specific reference to the rooms and spaces where the new equipment is supposed to be installed. Due check of current technical installations is also needed. In fact, for some equipment it could be necessary to provide for rehabilitation works and specific installations, as in the case, for instance, of X-Ray equipment and dental units.

The presence of a medical technology expert can be useful to properly define the models of the equipment to be provided, taking into account the health needs and priorities, all the factors mentioned in the above point 1 (A-E), and the rehabilitation works and installations needed.

In this phase the medical technology expert will discuss the requests of administrative, medical and technical personnel and - if necessary - propose alternatives.

The output of this phase will be the final detailed list of equipment and materials to be provided, with all specifications of models, types and - in some cases - suggested brands, including eventual infrastructure rehabilitation works.

Implementation

Procurement of medical equipment

Once the final list of equipment and instruments is defined, the first step is the choice of the suppliers from which to ask bids. On the basis of the preliminary analysis of the local market, a short-list of potential suppliers will be drawn-up, with at least the following pre-requisites: capability to provide required equipment models and types, technical services and training support locally available.

It would advisable to include both local and foreign suppliers on the short-list, for the purpose of comparison.

Then, requests for tenders should be prepared and sent to the short-listed suppliers.

Suppliers will be requested to include and price separately the following items in their offer, along with the relevant equipment and accessories:

- appropriate and complete guarantee, including all needed maintenance and repair operations, including all spare parts and manpower costs; the guarantee should be at least for 12 months from the installation and positive initial test;
- complete technical documentation, i.e. technical diagrams, service and operating manuals in the language of the recipient country;
- a stock of spare parts, including the ones not commonly and rapidly available; the supplier should guarantee availability of spare parts in the area for some years ahead;
- a stock of consumables and information about local availability, prices and supply times;
- information about availability of local technical service with costs and intervention times;
- complete installation, according to the equipment requirements.
- basic training course on use (for local medical and technical personnel) and on preventive and corrective maintenance (for local technicians).

Tests and final acceptance procedures

A complete check of correctness and completeness of the whole supply has to be carried out before final acceptance: the presence of all ordered items - including technical documentation, spare parts and consumables - should be verified. Such check and final acceptance should be made





jointly by both the donor and beneficiaries' representatives.

Installation and final tests will then be carried out by the supplier, in the presence of both donor and local partner technicians and/or representatives.

Contemporarily or immediately after the installation, the supplier will carry out the foreseen training activities for local personnel for use and maintenance of the equipment provided. Due record of installation and test execution will be kept and signed by the supplier, the donor and the local partner. The guarantee will enter into force, starting from this moment.

Human resources training

The provision of medical equipment and instruments should be accompanied by adequate training, more extensive than the one carried out by the equipment suppliers.

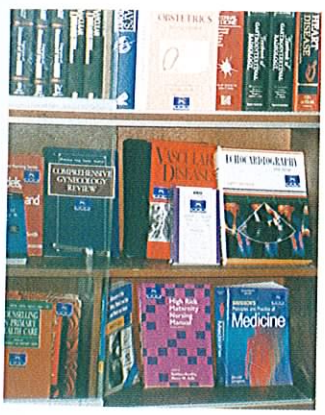
Training should be addressed to the following target groups.

- Medical and paramedical personnel must be trained in the correct use of the equipment, both from a clinical and technical point of view, in order to get the best performance and to minimise breakage or faults due to improper use.
- Technicians have to be trained for preventive and corrective maintenance and to assist - if needed - the medical personnel in the use.
- Health administrators could be trained for the general management of medical technology: to evaluate the technology in terms of effectiveness and efficiency, human and financial resources needed as well as in terms of health benefits and accessibility for the local population.



Training activities should be planned and implemented jointly with the local partner, carefully defining:

- professional and technical skills and profiles to be achieved with training;
- didactic methods;
- admittance modalities for attending the training;
- collaboration with and involvement of local institutions and local experts;
- opportunities and modalities for further diffusion and reiteration of such training activities, by the local structures.







Development of clinical engineering services

When possible, depending on local conditions and specific features of the operation, it is strongly advisable to include in the project support for the creation of a local clinical engineering service.

Such a service would have the objective of providing the local health institutions with appropriate support in the management and evaluation of medical technology and in planning the acquisition of new equipment.

The main functions of a clinical engineering service are:

- to create and manage the inventory of medical equipment;
- to install and test new equipment;
- to carry out preventive and corrective maintenance;
- to provide advice for acquisition of new equipment;
- to train human resources;
- to carry out safety checks.

The structure of a clinical engineering service varies according to the context in which it operates and must be based on the existing health network. The service should be dimensioned according to the complexity level of the health system (n. of existing beds, n. of installed equipment, medical activity, etc.). Consequently, different organizational levels could be considered for an adequate dimensioning of the service concerning the number of technicians and engineers, physical spaces needed and optimal efficiency level of activities to be achieved for repair and maintenance.

Nevertheless, because of the complexity of the operation, the creation of such a service could be foreseen only in middle or long term cooperation projects, and with appropriate financial, technical and human resources.

What is ECHO?

The European Community Humanitarian Office (ECHO) was set up in 1992 to coordinate humanitarian aid, in order to respond rapidly, flexibly and in the most appropriate manner to the needs of people exposed to natural disasters or other man-made emergencies, being in a state of serious deprivation which threatens their lives or seriously damages their well-being.

ECHO also runs a natural disaster prevention programme which includes the installation of early warning systems and the financing of preventive measures in high risk-prone countries.

The activities financed by ECHO are mostly implemented through international humanitarian organisations such as the Red Cross, United Nations Agencies like the UNHCR, UNICEF and WHO, and Non-Governmental Organisations (NGOs) from many countries, mainly European.

Between 1991 and 1997 ECHO took part in humanitarian operations in over 60 countries, providing more than 3,715* million ECU of funding, which makes ECHO one of the world's leading donors for implementing humanitarian aid.

* Numbers are taken considering Commission decisions up to 16 December 1997

What is CISP?

Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli (CISP) is an Italian non-governmental organization (NGO) set up in 1983 and working in the field of international cooperation.

CISP is recognised by the Italian Ministry of Foreign Affairs and is one of the ECHO's partners.

CISP implements humanitarian, rehabilitation and development programmes in Latin America, Asia, Eastern Europe and Africa.

In addition to humanitarian aid, the main areas of intervention are health care in urban and rural areas, agriculture and rural development, food security, supporting small enterprises, water supply, artisan fishing and aquiculture, environment.

In order to implement its programmes, the association receives funds and grants from Italian and international public entities (the Italian Ministry of Foreign Affairs, the European Union, cooperation agencies of various industrialised countries, United Nations Agencies, etc.) and from associations and private citizens.

In Western Europe CISP promotes information, solidarity and cultural policy campaigns dealing with the issues of development and combating social exclusion.

Photographs: Archivio CISP **Graphics:** Studio Marabotto - Roma **Printing:** G.p.S. srl - Roma

Le opinioni espresse dagli autori non corrispondono necessariamente a quelle di ECHO o del CISP
Opinions expressed by the authors do not necessarily correspond to ECHO's or CISP's ones.

I testi pubblicati sono stati redatti nel 1997.
Texts published has been drawn up in 1997.

CISP
COMITATO INTERNAZIONALE PER LO SVILUPPO DEI POPOLI

via Marianna Dionigi, 57
00193 Roma - Italy
Tel. (+ 39-6) 321.54.98
Fax (+ 39-6) 321.61.63

East Jerusalem
Tel (+972-50) 399742
(+972-2) 6273920
Lebanon
Tel (+961-3) 618066

EUROPEAN COMMISSION
European Community Humanitarian Office
ECHO

rue de la Loi, 200, B-1049 Bruxelles
Wetstraat 200, B-1049 Brussel - Belgium
Tél.: (+32-2) 299.11.11
Télex: 21877 COMEU B

Office
rue Belliard, 232, B-1049 Bruxelles

ECHO information
Tél.: (+32-2) 295.44.00
Télécopie: (+32-2) 295.45.72

ECHO Regional Office for Middle East
c/o EC Delegation in Jordan-Amman
Tél.: (+962-6) 66.81.91/2
Fax: (+962-6) 68.67.46