

La Dichiarazione di Istanbul

sul Traffico di Organi e sul Turismo del Trapianto

I partecipanti al Summit Internazionale sul Turismo del Trapianto e sul Traffico di Organi sono stati riuniti dalla The Transplantation Society e dalla International Society of Nephrology a Istanbul in Turchia dal 30 Aprile al 2 maggio 2008.

Preambolo

Il trapianto di organi, uno dei miracoli della medicina del ventesimo secolo, ha prolungato e migliorato la vita di centinaia di migliaia di pazienti in tutto il mondo. Le numerose grandi scoperte scientifiche e cliniche dei dedicati specialisti del settore, così come gli innumerevoli atti di generosità da parte dei donatori di organi e delle loro famiglie, hanno reso il trapianto non solo una terapia salva-vita, ma un luminoso simbolo di solidarietà umana. Tuttavia questi successi sono stati offuscati da numerose segnalazioni di traffico di esseri umani utilizzati come fonti di organi e di pazienti-turisti provenienti da paesi ricchi che si recano all'estero per l'acquisto di organi dalla povera gente. Nel 2004, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha invitato gli Stati membri "ad adottare misure volte a proteggere i più poveri e i gruppi vulnerabili dal turismo del trapianto e dalla vendita di tessuti e organi, mettendo l'accento sul problema più ampio del traffico internazionale di tessuti e organi" (1).

Per affrontare gli urgenti e crescenti problemi legati alla vendita di organi, al turismo del trapianto e al traffico di donatori nel contesto globale della carenza di organi, dal 30 aprile al 2 maggio 2008 si è tenuto a Istanbul un Vertice con oltre 150 rappresentanti di organizzazioni scientifiche e mediche provenienti da tutto il mondo, funzionari governativi, sociologi, e studiosi di etica. I lavori preparatori alla riunione sono stati intrapresi a Dubai nel dicembre 2007 da un Comitato Direttivo convocato dalla Società dei Trapianti d'Organo (The Transplantation Society, TTS) e dalla Società Internazionale di Nefrologia (International Society of Nephrology, ISN). La bozza della dichiarazione proposta da tale comitato è stata ampiamente diffusa e quindi rivista alla luce dei commenti ricevuti. Al Vertice, la bozza rivista è stata esaminata da gruppi di lavoro e deliberata in seduta plenaria.

La presente Dichiarazione rappresenta il consenso di tutti i partecipanti al Vertice. Tutti i paesi hanno bisogno di un inquadramento giuridico e professionale per disciplinare la donazione di organi e le attività di trapianto, così come di una supervisione trasparente da parte di un sistema normativo che garantisca la sicurezza del donatore e del ricevente e il rispetto di standard e divieti in materia di pratiche non-etiche.

Le pratiche che non rispettano i principi etici sono, in parte, una indesiderabile conseguenza della carenza globale di organi per trapianto. Ogni paese deve quindi impegnarsi a garantire l'applicazione di programmi atti a prevenire la disfunzione d'organo e sforzarsi di fornire un numero sufficiente di organi per il trapianto in grado di soddisfare le esigenze dei propri residenti. Tali organi potranno essere ottenuti da donatori provenienti dalla stessa popolazione o essere ottenuti attraverso una cooperazione regionale. Il potenziale terapeutico della donazione di organi da donatore cadaverico dovrebbe essere massimizzato, non solo nel caso del trapianto di rene, ma anche per altri organi, secondo le esigenze di ciascun paese. Per ridurre al minimo l'uso di organi da donatori viventi, è essenziale avviare o incrementare il trapianto da donatore cadaverico. Programmi educativi sono utili per superare gli ostacoli, le incomprensioni e la diffidenza che attualmente

impediscono di eseguire un numero sufficiente di trapianti da donatore cadaverico; programmi di trapianto di successo dipendono anche dall'esistenza di rilevanti infrastrutture sanitarie.

L'accesso all'assistenza sanitaria è un diritto di ogni uomo, ma spesso non è una realtà. L'assistenza sanitaria ai donatori viventi prima, durante e dopo l'intervento chirurgico - come descritto nelle relazioni dei forum internazionali organizzati dalla TTS ad Amsterdam e Vancouver (2-4) - non è meno essenziale delle cure date al paziente ricevente il trapianto. Un risultato positivo per un ricevente non può mai giustificare un danno a un donatore vivente. Al contrario, per successo di trapianto da donatore vivente, si intende che sia il ricevente sia il donatore stanno bene.

Questa Dichiarazione si basa sui principi della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (5). L'ampia rappresentanza al Vertice di Istanbul riflette l'importanza della collaborazione internazionale e di un consenso globale per migliorare le pratiche della donazione e del trapianto. La Dichiarazione sarà inviata alle organizzazioni professionali pertinenti e alle autorità sanitarie di tutti i paesi per darle la dovuta considerazione. Il risultato finale dei programmi di trapianto d'organo non deve essere rappresentato da vittime impoverite dal traffico di organi e dal turismo del trapianto, ma piuttosto da una celebrazione del dono della salute da un individuo a un altro.

Definizioni

Per **traffico di organi** si intende il reclutamento, il trasporto, il trasferimento, l'occultamento o la ricezione di persone viventi o decedute o dei loro organi attraverso la minaccia, l'uso della forza o di altre forme di coercizione oppure mediante il rapimento, la frode, l'inganno, l'abuso di potere o lo sfruttamento di una posizione di vulnerabilità. Si intende altresì l'offerta, o la ricezione di pagamenti o benefici da parte di terzi per ottenere il trasferimento del controllo sul potenziale donatore, al fine di sfruttamento mediante prelievo di organi per il trapianto (6).

Il commercio di trapianti è una politica o una prassi in cui l'organo è trattato come una merce, tale da essere acquistata o venduta o utilizzata per ottenere un guadagno materiale.

Il viaggio ai fini di un trapianto è il movimento di organi, donatori, riceventi o di personale specializzato per il trapianto attraverso i confini giurisdizionali a fini di trapianto. Il viaggiare ai fini di trapianto diventa **turismo del trapianto** se coinvolge il traffico di organi e/o il commercio di trapianti, o se le risorse (organi, professionisti e centri di trapianto) dedicate a fornire trapianti per pazienti di un paese al di fuori del proprio compromettono la capacità di uno stato di fornire servizi di trapianto alla propria popolazione.

Principi

1. I governi nazionali, lavorando in collaborazione con organizzazioni internazionali e non governative, dovrebbero sviluppare e attuare programmi per lo screening, la prevenzione e il trattamento delle insufficienze d'organo, che comprendono:
 - a. il progresso della ricerca scientifica clinica e di base;
 - b. Programmi efficaci, sulla base di linee guida internazionali, per curare e mantenere pazienti con malattie allo stadio terminale - come programmi per la dialisi nel caso di pazienti affetti da malattie renali - allo scopo di ridurre al minimo la morbidità e la mortalità, accanto a programmi di trapianto per la cura di tali malattie;
 - c. Il trapianto d'organo, come trattamento d'elezione per la insufficienza d'organo terminale nei riceventi idonei dal punto di vista medico.

2. Ciascun paese o giurisdizione dovrebbe sviluppare e mettere in atto una legislazione in linea con gli standard internazionali per regolamentare il recupero di organi da donatori viventi e cadaverici e la pratica del trapianto.
 - a. Dovrebbero essere sviluppate e attuate politiche e procedure volte a massimizzare il numero di organi disponibili per il trapianto, in linea con questi principi;
 - b. La pratica della donazione e del trapianto richiede la supervisione e la responsabilità da parte delle autorità sanitarie di ciascun paese per garantire la trasparenza e la sicurezza;
 - c. Per avere un controllo preciso è necessaria l'esistenza di un registro nazionale o regionale dei trapianti da donatore vivente o cadaverico;
 - d. Componenti chiave di programmi efficaci includono l'istruzione e la consapevolezza pubblica, l'istruzione e la formazione professionale sanitaria, e la definizione degli obblighi e delle responsabilità di tutte le parti coinvolte nel sistema nazionale di donazione e trapianto.
3. All'interno degli stati o delle giurisdizioni, gli organi disponibili per il trapianto dovrebbero essere equamente distribuiti tra i riceventi idonei senza discriminazione di genere, etnia, religione, o stato sociale e finanziario.
 - a. Considerazioni di carattere finanziario o di qualunque forma di guadagno materiale delle parti non devono influenzare l'applicazione delle norme di assegnazione pertinenti.
4. L'obiettivo primario delle politiche e dei programmi di trapianto dovrebbe essere la cura medica ottimale a breve e lungo termine per promuovere la salute sia del donatore che del ricevente.
 - a. Considerazioni di carattere finanziario o di qualunque forma di guadagno materiale delle parti non devono mettere in ombra la considerazione primaria della salute e del benessere di donatori e riceventi.
5. Giurisdizioni, Stati e Regioni dovrebbero sforzarsi di raggiungere l'autosufficienza nella donazione di organi, fornendo un numero sufficiente di organi per i residenti che ne abbiano bisogno avvalendosi di organi reperiti internamente o attraverso la cooperazione regionale.
 - a. La collaborazione tra Paesi non è in contraddizione con i principi di autosufficienza nazionale fintanto che la collaborazione protegge le persone vulnerabili, promuove la parità tra donatore e ricevente e non viola questi principi;
 - b. Il trattamento di pazienti al di fuori del Paese o Giurisdizione è accettabile solo se non compromette la capacità di uno Stato di fornire servizi di trapianto per la propria popolazione.
6. Il traffico di organi e il turismo del trapianto violano i principi di equità, di giustizia e di rispetto per la dignità umana e dovrebbero essere vietati. Dal momento che il commercio di trapianti colpisce donatori impoveriti e altresì vulnerabili, conduce inesorabilmente a iniquità e ingiustizia, e dovrebbe essere vietato. Con la risoluzione 44.25, l'Assemblea Mondiale della Sanità ha invitato gli stati a impedire l'acquisto e la vendita di organi umani per trapianti.
 - a. Divieti su queste pratiche dovrebbero includere un divieto di tutti i tipi di pubblicità (inclusi elettronica [via web] e a mezzo stampa), che sollecitano o spingono all'intermediazione ai fini del commercio di trapianti, del traffico di organi o del turismo del trapianto.
 - b. Tali divieti dovrebbero comprendere anche sanzioni per gli atti - quali lo screening medico dei donatori o degli organi, o il trapianto di organi - che aiutino, incoraggino o usino prodotti frutto del traffico di organi o del turismo del trapianto.
 - c. Pratiche che inducono persone vulnerabili o gruppi (come analfabeti, persone non abbienti, immigrati privi di documenti, detenuti, rifugiati politici o per ragioni

economiche) a diventare donatori viventi sono incompatibili con l'obiettivo di combattere il traffico di organi, il turismo del trapianto e il commercio di trapianti.

Proposte

Coerentemente con questi principi, i partecipanti al Vertice di Istanbul suggeriscono le seguenti strategie per aumentare il *pool* dei donatori, per prevenire il traffico di organi, il commercio di trapianti e il turismo del trapianto ed incoraggiare i programmi di trapianto legale e salva-vita:

Per rispondere alla necessità di aumentare le donazioni da paziente deceduto:

1. I governi, in collaborazione con le istituzioni sanitarie, i professionisti del settore e le organizzazioni non governative dovrebbero adottare azioni opportune ad incrementare la donazione d'organo da soggetti deceduti. Dovrebbero essere adottate misure atte a rimuovere gli ostacoli e i disincentivi alla donazione da cadavere.
2. Nei paesi nei quali la donazione da cadavere o il trapianto non esistono, dovrebbe essere emanata una legislazione nazionale che permetta di avviare la donazione da cadavere e che permetta di creare infrastrutture per il trapianto, in modo da usufruire del potenziale dei donatori cadaverici di ciascun Paese.
3. In tutti i paesi in cui la donazione di organi da cadavere è stata avviata, dovrebbe essere massimizzato il potenziale terapeutico della donazione di organi da cadavere e del trapianto stesso.
4. I Paesi con programmi di trapianto da donatore cadaverico ben avviati sono incoraggiati a condividere le informazioni, l'esperienza e la tecnologia con gli Stati che cercano di migliorare il loro sforzo nella donazione d'organo.

Per garantire la protezione e la sicurezza dei donatori viventi e il giusto riconoscimento per il loro atto eroico, mentre viene proseguita la lotta al turismo del trapianto, al traffico di organi e al commercio dei trapianti:

1. L'atto di donazione deve essere considerato come un atto eroico e onorato come tale dai rappresentanti del governo e dalle organizzazioni della società civile.
2. La determinazione dell' idoneità medica e psico-sociale del donatore vivente dovrebbe essere guidata dalle raccomandazioni dei Forum di Amsterdam e Vancouver (2-4).
 - a. Meccanismi di consenso informato dovrebbero includere disposizioni per valutare la comprensione da parte del donatore, compresa la valutazione dell'impatto psicologico del processo;
 - b. Durante le procedure di screening, tutti i donatori dovrebbero essere sottoposti a valutazione psico-sociale da parte di operatori professionisti della salute mentale.
3. La cura dei donatori di organi, compresi quelli che sono stati vittime del traffico di organi, del commercio dei trapianti e del turismo del trapianto, è una responsabilità critica di tutte le giurisdizioni che sanzionano i trapianti di organi che utilizzano tali pratiche.
4. I sistemi e le strutture devono garantire la standardizzazione, la trasparenza e la responsabilità del sostegno alle donazioni.
 - a. Dovrebbero essere introdotti meccanismi per la trasparenza del processo e del follow-up;
 - b. Il consenso informato dovrebbe essere ottenuto sia per la donazione sia per il processo di follow-up.
5. La prestazione di cure mediche e psico-sociali comprende l'assistenza al momento della donazione e per qualsiasi conseguenza a breve e a lungo termine connessa con la donazione dell' organo.

- a. In giurisdizioni e Stati che mancano di assicurazione sanitaria universale, la fornitura di una assicurazione sanitaria sulla invalidità connessa con la donazione e sulla vita è un requisito necessario per fornire assistenza al donatore;
 - b. In quelle giurisdizioni che hanno una assicurazione sanitaria universale, i servizi governativi dovrebbero garantire che i donatori abbiano accesso ad adeguate cure mediche connesse all'atto di donazione;
 - c. La copertura dell'assicurazione sanitaria e/o sulla vita e le opportunità occupazionali delle persone che donano gli organi non devono essere compromesse;
 - d. L'assistenza psico-sociale dovrebbe essere offerta a tutti i donatori come componente standard del follow-up;
 - e. In caso di disfunzione d'organo terminale nel donatore, il donatore dovrebbe ricevere:
 - i. Cure mediche di supporto, compresa la dialisi per i pazienti con insufficienza renale, e
 - ii. Priorità per l'accesso al trapianto, compatibilmente con le norme esistenti di assegnazione applicate ai trapianto di organo da donatore cadaverico e da vivente.
6. Il rimborso completo dei costi reali e documentati sostenuti nel processo di donazione non costituisce un pagamento per un organo, ma è piuttosto parte dei legittimi costi di trattamento del destinatario.
- a. Tali costi-rimborso dovrebbero essere sostenuti solitamente dalla parte responsabile per i costi di trattamento del ricevente il trapianto (ad esempio dal Ministero della Salute o dall'assicurazione sanitaria);
 - b. i costi e le spese dovrebbero essere calcolati e gestiti utilizzando una metodologia trasparente, coerente con le norme nazionali;
 - c. il rimborso delle spese approvate dovrebbe essere reso direttamente alla parte che ha fornito il servizio (come, ad esempio, l'ospedale che ha fornito le cure mediche al donatore);
 - d. il Rimborso del reddito perso e le spese sostenute dal donatore dovrebbe essere gestito dalla agenzia che ha gestito il trapianto piuttosto che pagate direttamente al donatore dal ricevente.
7. Le spese legittime che possono essere rimborsate, quando documentate, includono:
- a. il costo di eventuali visite mediche e psicologiche di potenziali donatori viventi che sono stati esclusi dalla donazione (ad esempio, a causa di problematiche mediche o immunologiche scoperte durante il processo di valutazione);
 - b. spese sostenute per l'organizzazione e l'effettuazione delle fasi di donazione pre-, peri-e post-operatorie (ad esempio, le chiamate telefoniche a lunga distanza, le spese di viaggio, alloggio e le spese di soggiorno);
 - c. spese mediche sostenute per le cure a domicilio del donatore;
 - d. il reddito perso a causa della donazione (in linea con le norme nazionali).

Referenze

1. Risoluzione della Assemblea Mondiale della Sanità 57.18, Trapianto di tessuti e d'organo nell'uomo, 22 maggio 2004, http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R18-en.pdf.
2. Il Comitato Etico della Società Trapianti (2004). La Dichiarazione di Consenso del Forum di Amsterdam sulla cura dei donatori di rene viventi. Trapianti 78 (4) :491-92.
3. Barr ML, Belghiti J, Villamil FG, Pomfret EA, Sutherland DS, Gruessner RW, Langnas AN & Delmonico FL (2006). A Report of the Vancouver Forum on the Care of the Life Organ Donor: Lung, Liver, Pancreas, and Intestine Data and Medical Guidelines. Transplantation 81(10):1373-85.
4. Pruett TL, Tibell A, Alabdulkareem A, Bhandari M, Cronon DC, Dew MA, Dib-Kuri A, Gutmann T, Matas A, McMurdo L, Rahmel A, Rizvi SAH, Wright L & Delmonico FL (2006). The Ethics Statement of the Vancouver Forum on the Live Lung, Liver, Pancreas, and Intestine Donor. Transplantation 81(10):1386-87.
5. Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948, <http://www.un.org/Overview/rights.html>.
6. Sulla base dell'articolo 3 bis, del protocollo per prevenire, reprimere e punire la tratta di persone, in particolare di donne e bambini, che integra la Convenzione delle Nazioni Unite contro la criminalità organizzata internazionale, http://www.uncjin.org/Documents/Conventions/dcatoc/final_documents_2 / convention_% 20traff_eng.pdf.

*** I partecipanti al Vertice internazionale sul Turismo del Trapianto e il Traffico di Organi, le modalità seguite per la loro selezione e l'organizzazione dell'incontro sono stati i seguenti:**

Processo di selezione dei partecipanti

Comitato Direttivo:

Il Comitato Direttivo è stato selezionato da un Comitato Organizzatore composto di Mona Alrukhami, Jeremy Chapman, Francis Delmonico, Mohamed Sayegh, Faissal Shaheen, e Annika Tibell.

Il Comitato Direttivo era composto dalla leadership della Società dei Trapianti (The Transplantation Society, TTS), compreso il Presidente-Eletto e il Presidente del suo Comitato Etico nonché dalla leadership della Società Internazionale di Nefrologia (International Society of Nephrology, ISN), compreso il suo Vice-Presidente e persone che ricoprono posizioni nel Consiglio. Il Comitato Direttivo aveva rappresentanti per ciascuna delle regioni continentali del pianeta con programmi di trapianto.

La missione del Comitato Direttivo è stata quella di redigere una Dichiarazione da sottoporre all'attenzione di un gruppo eterogeneo di partecipanti al Vertice di Istanbul. Il Comitato Direttivo ha anche avuto la responsabilità di mettere a punto l'elenco dei partecipanti da invitare al Vertice.

Selezione dei partecipanti al Summit di Istanbul:

I partecipanti al Vertice di Istanbul sono stati selezionati dal Comitato Direttivo in base alle seguenti considerazioni:

- Contatti Nazionali della The Transplantation Society, che rappresentano praticamente tutti i paesi con programmi di trapianto;
- Rappresentanti di società internazionali e del Vaticano;
- Persone che ricoprono posizioni di leadership nei settori della nefrologia e del trapianto;
- Tutte le parti interessate nella politica pubblica del trapianto d'organi
- Studiosi di etica, antropologi, sociologi, studiosi di scienze giuridiche ben riconosciuti per i loro scritti in materia di politica e pratica di trapianto.

Nessuna persona o gruppo è stato intervistato sul proprio parere, sulla pratica o sulla propria filosofia prima della selezione da parte del Comitato Direttivo o del Vertice di Istanbul.

Dopo che il gruppo di partecipanti è stato selezionato e revisionato da parte del Comitato Direttivo, è stata inviata loro una lettera di invito al Vertice di Istanbul, che comprendeva le seguenti parti:

- la missione del Comitato Direttivo di redigere una dichiarazione da far esaminare a tutti i partecipanti al Summit di Istanbul;
- L'ordine del giorno e la formazione dei gruppi di lavoro dell'incontro;
- la procedura di selezione dei partecipanti;
- gli argomenti dei gruppi di lavoro;
- L'invito ai partecipanti a indicare le loro preferenze per i gruppi di lavoro;
- L'intenzione del Comitato di inviare una bozza e altro materiale prima del Vertice;
- Gli obiettivi del Vertice, compresa la elaborazione di una dichiarazione finale che potesse ottenere il consenso generale sugli aspetti legati al traffico di organi, al commercio di trapianti e al turismo del trapianto, e potesse fornire i principi di buona pratica e le alternative per affrontare il problema della carenza di organi;
- Una dichiarazione di ricevuto finanziamento da parte della Astellas Pharmaceuticals per il Vertice;
- Messa a disposizione di sistemazioni alberghiere e di viaggio per tutti i partecipanti invitati.

Su circa 170 persone invitate, 160 hanno accettato di partecipare e 152 sono state in grado di partecipare al Vertice di Istanbul dal 30 aprile al 2 maggio 2008. Poiché il lavoro sulla Dichiarazione in occasione del Vertice sarebbe stato svolto dividendo il documento in parti distinte, gli invitati al Vertice sono stati assegnati a gruppi di lavoro distinti sulla base della loro risposta relativa ai temi particolari in cui avrebbero voluto focalizzare la propria attenzione prima e durante il Vertice.

Preparazione della Dichiarazione:

La bozza di Dichiarazione preparata dal Comitato Direttivo è stata fornita a tutti i partecipanti con un ampio tempo per la valutazione e la risposta, prima del Vertice. Le osservazioni e suggerimenti ricevuti in anticipo sono stati esaminati dal Comitato Direttivo e dati ai leader dei gruppi di lavoro appropriati, in occasione del Vertice. (Leader del gruppo di lavoro sono stati selezionati e assegnati tra i membri del Comitato Direttivo) .

Il Vertice è stato organizzato in modo che le sessioni dei gruppi di lavoro prendessero in considerazione le risposte scritte dei partecipanti ricevute prima del Vertice, nonché le osservazioni da parte di ciascuno dei partecipanti al gruppo di lavoro. I gruppi di lavoro hanno elaborato queste idee, come proposte di aggiunte e revisioni alla bozza. Quando il Vertice si è ricongiunto in sessione plenaria, i presidenti di ciascun gruppo di lavoro hanno presentato il risultato della loro sessione a tutti i partecipanti per la discussione. Durante questo processo di revisione, il testo di ogni sezione della Dichiarazione è stato mostrato su uno schermo a ciascun partecipante in corso di

seduta plenaria ed è stato modificato alla luce delle osservazioni fino al raggiungimento del consenso su ogni punto.

Il contenuto della Dichiarazione è ricavato dal consenso che è stato raggiunto dai partecipanti al Vertice nelle sessioni plenarie che hanno avuto luogo il 1 e il 2 maggio, 2008. Un Gruppo di Revisione è stato costituito immediatamente dopo il Vertice per affrontare la punteggiatura, le correzioni grammaticali e la forma per la stesura della Dichiarazione nella sua versione definitiva.

Partecipanti al Vertice di Istanbul

Cognome	Nome	Paese
Abboud	Omar	Sudan
*Abbud-Filho	Mario	Brazil
Abdramanov	Kaldarbek	Kyrgyzstan
Abdulla	Sadiq	Bahrain
Abraham	Georgi	India
Abueva	Amihan V.	Philippines
Aderibigbe	Ademola	Nigeria
*Al-Mousawi	Mustafa	Kuwait
Alberu	Josefina	Mexico
Allen	Richard D.M.	Australia
Almazan-Gomez	Lynn C.	Philippines
Alnono	Ibrahim	Yemen
*Alobaidli	Ali Abdulkareem	United Arab Emirates
*Alrukhaumi	Mona	United Arab Emirates
Álvarez	Inés	Uruguay
Assad	Lina	Saudi Arabia
Assounga	Alain G.	South Africa
Baez	Yenny	Colombia
*Bagheri	Alireza	Iran
*Bakr	Mohamed Adel	Egypt
Bamgboye	Ebun	Nigeria
*Barbari	Antoine	Lebanon
Belghiti	Jacques	France
Ben	Abdallah Taieb	Tunisia
Ben Ammar	Mohamed Salah	Tunisia
Bos	Michael	The Netherlands
Britz	Russell	South Africa
Budini	Debra	USA
*Capron	Alexander	USA
Castro	Cristina R.	Brazil
*Chapman	Jeremy	Australia
Chen	Zhonghua Klaus	People's Republic of China
Codreanu	Igor	Moldova
Cole	Edward	Canada
Cozzi	Emanuele	Italy
*Danovitch	Gabriel	USA
Davids	Razeen	South Africa
De Broe	Marc	Belgium
*De Castro	Leonardo	Philippines

*Delmonico	Francis L.	USA
Derani	Rania	Syria
Dittmer	Ian	New Zealand
Domínguez-Gil	Beatriz	Spain
Duro-Garcia	Valter	Brazil
Ehtuish	Ehtuish	Libya
El-Shoubaki	Hatem	Qatar
Epstein	Miran	United Kingdom
*Fazel	Iraj	Iran
Fernandez Zincke	Eduardo	Belgium
Garcia-Gallont	Rudolf	Guatemala
Ghods	Ahad J.	Iran
Gill	John	Canada
Glott	Denis	France
Gopalakrishnan	Ganesh	India
Gracida	Carmen	Mexico
Gringo	Josep	Spain
Ha	Jongwon	South Korea
*Haberal	Mehmet A.	Turkey
Hakim	Nadey	United Kingdom
Harmon	William	USA
Hasegawa	Tomonori	Japan
Hassan	Ahmed Adel	Egypt
Hickey	David	Ireland
Hiesse	Christian	France
Hongji	Yang	People's Republic of China
Humar	Ines	Croatia
Hurtado	Abdias	Peru
Ismail	Moustafa Wesam	Egypt
Ivanovski	Ninoslav	Macedonia
*Jha	Vivekanand	India
Kahn	Delawir	South Africa
Kamel	Refaat	Egypt
Kirpalani	Ashok	India
Kirste	Guenter	Germany
*Kobayashi	Eiji	Japan
Koller	Jan	Slovakia
Kranenburg	Leonieke	The Netherlands
*Lameire	Norbert	Belgium
Laouabdia-Sellami	Karim	France
Lei	Ruipeng	People's Republic of China
*Levin	Adeera	Canada
Lloveras	Josep	Spain
Löhmus	Aleksander	Estonia
Luciulli	Esmeralda	France
Lundin	Susanne	Sweden
Lye	Wai Choong	Singapore
Lynch	Stephen	Australia
*Maïga	Mahamane	Mali
Mamzer Bruneel	Marie-France	France
Maric	Nicole	Austria

*Martin	Dominique	Australia
*Masri	Marwan	Lebanon
Matamoros	Maria A.	Costa Rica
Matas	Arthur	USA
McNeil	Adrian	United Kingdom
Meiser	Bruno	Germany
Meši	Enisa	Bosnia
Moazam	Farhat	Pakistan
Mohsin	Nabil	Oman
Mor	Eytan	Israel
Morales	Jorge	Chile
Munn	Stephen	New Zealand
Murphy	Mark	Ireland
*Naicker	Saraladevi	South Africa
Naqvi	S.A. Anwar	Pakistan
*Noël	Luc	WHO
Obrador	Gregorio	Mexico
Oliveros	Yolanda	Philippines
Ona	Enrique	Philippines
Oosterlee	Arie	The Netherlands
Oyen	Ole	Norway
Padilla	Benita	Philippines
Pratschke	Johann	Germany
Rahamimov	Ruth	Israel
Rahmel	Axel	The Netherlands
Reznik	Oleg	Russia
*Rizvi	S. Adibul Hasan	Pakistan
Roberts	Lesley Ann	Trinidad and Tobago
*Rodriguez-Iturbe	Bernardo	Venezuela
Rowinski	Wojciech	Poland
Saeed	Bassam	Syria
Sarkissian	Ashot	Armenia
*Sayegh	Mohamed H.	USA
Scheper-Hughes	Nancy	USA
Sever	Mehmet Sukru	Turkey
*Shaheen	Faissal A.	Saudi Arabia
Sharma	Dhananjaya	India
Shinozaki	Naoshi	Japan
Simforoosh	Nasser	Iran
Singh	Harjit	Malaysia
Sok Hean	Thong	Cambodia
Somerville	Margaret	Canada
Stadtler	Maria	USA
*Stephan	Antoine	Lebanon
Suárez	Juliette	Cuba
Suaudeau	Msgr. Jacques	Italy
Sumethkul	Vasant	Thailand
Takahara	Shiro	Japan
Thiel	Gilbert T.	Switzerland
*Tibell	Annika	Sweden
Tomadze	Gia	Georgia

*Tong	Matthew Kwok-Lung	Hong Kong
Tsai	Daniel Fu-Chang	Taiwan
Uriarte	Remedios	Philippines
Vanrenterghem	Yves F.C.	Belgium
*Vathsala	A.	Singapore
Weimar	Willem	The Netherlands
Wikler	Daniel	USA
Young	Kimberly	Canada
Yuldashev	Ulugbek	Uzbekistan
Zhao	Minggang	People's Republic of China

* = Membri del Comitato Direttivo (William Couser, degli Stati Uniti d'America, era anche membro del Comitato Direttivo, ma non è stato in grado di partecipare al Vertice).