



## DICHIARAZIONE DI ISTANBUL SUL TRAFFICO DI ORGANI E SUL TURISMO A FINE DI TRAPIANTO

*I partecipanti a questo Summit internazionale sono stati convocati dalla Transplantation Society e dall'International Society of Nephrology ad Istanbul dal 30 aprile al 2 maggio 2008.*

### **Premessa**

Il trapianto d'organo, uno dei miracoli della medicina del ventesimo secolo, ha prolungato e migliorato la vita di centinaia di migliaia di pazienti in tutto il mondo. I tanti e grandiosi progressi scientifici e clinici di impegnati professionisti sanitari e così pure gli innumerevoli atti di generosità dei donatori di organi e delle loro famiglie hanno reso il trapianto non solo una terapia salvavita, ma anche un chiaro simbolo di solidarietà umana. Tuttavia, queste conquiste sono state offuscate dalle numerose notizie sul traffico di esseri umani usati come fonte di organi e sui pazienti-turisti, provenienti dai paesi ricchi, in viaggio all'estero per comprare organi da persone povere.

Nel 2004, l'Organizzazione Mondiale della Sanità fece un appello gli stati membri "al fine di prendere provvedimenti per proteggere i gruppi più poveri e vulnerabili dal turismo a fini di trapianto e dalla vendita di tessuti ed organi, estendendo l'attenzione al problema più ampio del traffico internazionale di tessuti ed organi umani" (1).

Per affrontare il problema degli urgenti e crescenti problemi della vendita di organi, del turismo a scopo di trapianto e del traffico di donatori in un contesto di carenza globale di organi, si è tenuto ad Istanbul dal 30 aprile al 2 maggio 2008 un Summit Meeting a cui hanno partecipato più di 150 rappresentanti di istituzioni scientifiche e mediche provenienti da tutto il mondo, ufficiali governativi, esperti di scienze sociali ed esperti di etica. Il lavoro di preparazione di questo incontro è stato compiuto dal Comitato direttivo riunito dalla Transplantation Society (TTS) e dall'International Society of Nephrology (ISN) a Dubai nel dicembre 2007.

Questa bozza di dichiarazione è stata fatta circolare ampiamente e quindi è stata revisionata alla luce dei commenti ricevuti. Durante il Summit, la bozza revisionata è stata riesaminata da gruppi di lavoro e il documento è stato redatto nella sua forma definitiva nell'ambito di discussioni plenarie.

Questa Dichiarazione esprime l'opinione unanime dei partecipanti al Summit. Tutti i Paesi hanno bisogno di una struttura legale e professionale finalizzata a governare la donazione degli organi e l'attività trapiantologica, così come di un sistema regolamentato e trasparente di supervisione che garantisca sia la sicurezza di donatore e ricevente, sia il rafforzamento di norme operative e il divieto di pratiche non etiche.

Le pratiche non etiche sono, in parte, un effetto indesiderato della scarsità globale di organi per il trapianto. Quindi, ogni Stato dovrebbe condurre sforzi finalizzati sia a garantire la realizzazione di quei programmi volti a prevenire l'insufficienza d'organo, sia a procurare organi da donatori nell'ambito della stessa popolazione o di cooperazioni regionali, per venire incontro alle necessità di trapianto dei cittadini. Il potenziale terapeutico della donazione da cadavere dovrebbe essere massimizzato per il trapianto non solo di rene, ma anche degli altri organi, adattandolo ai bisogni di ogni Paese. Gli sforzi volti ad avviare ed incrementare il trapianto da donatore cadavere sono essenziali per minimizzare il carico sui donatori viventi. I programmi educativi sono utili in quanto richiamano l'attenzione sulle barriere, sulle idee e sulle credenze infondate che impediscono il sufficiente sviluppo di un programma di trapianto da cadavere; il successo dei programmi di trapianto dipende anche dall'esistenza delle relative infrastrutture a livello del sistema sanitario.

L'accesso alle cure mediche è uno dei diritti umani, ma spesso non è rispettato nella realtà. Fornire le cure necessarie ai donatori viventi prima, durante e dopo l'intervento chirurgico- come descritto nei report di forum internazionali organizzati dalla TTS ad Amsterdam ed a Vancouver (2-4)- non è meno essenziale del prendersi cura del ricevente. Un buon risultato clinico in un trapiantato non può mai giustificare l'eventuale danno alla salute di un donatore vivente; al contrario, un trapianto che comporta la donazione da vivente deve essere considerato un successo solo se stanno bene sia il donatore sia il ricevente.

La presente Dichiarazione poggia sui principi della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (5). L'ampia presenza di rappresentanti al Summit di Istanbul riflette l'importanza di collaborare a livello internazionale e di costruire un consenso globale per migliorare la pratica della donazione e del trapianto. Questa Dichiarazione verrà sottoposta alla considerazione delle organizzazioni professionali ed alle autorità interessate alla Sanità di tutti i Paesi. Il trapianto non deve lasciare in eredità le vittime impoverite del traffico d'organi e del turismo a scopo di trapianto, bensì la celebrazione del dono della salute da un individuo ad un altro.

### **Definizioni**

**Traffico d'organi (“Organ trafficking”):** è il reclutare, trasportare, trasferire, tenere, o ricevere persone viventi o decedute o i loro organi attraverso minacce o l'uso della forza o di altre forme di coercizione, di rapimento, di frode o di inganno, oppure attraverso l'abuso di potere o di approfittare di una posizione di vulnerabilità, o ancora attraverso la donazione o il ricevimento di denaro o di benefici da parte di terzi per ottenere il controllo del potenziale donatore, il tutto volto allo sfruttamento del prelievo di organi da trapiantare (6).

**Commercializzazione del trapianto (“Transplant commercialism”):** è una politica o pratica in cui un organo viene trattato come un prodotto, fatto che comporta che possa essere comprato, venduto o usato per un guadagno materiale.

**Viaggio a scopo di trapianto (“Travel for transplantation”):** è il movimento oltre frontiera a scopo di trapianto di organi, donatori, riceventi o professionisti del trapianto. Il viaggio a scopo di trapianto diventa turismo a scopo di trapianto (“transplant tourism”) se implica il traffico d'organi e/o la commercializzazione del trapianto, oppure se le risorse (organi, professionisti, centri trapianto) dedicate al trapianto di pazienti provenienti dall'estero minano la capacità di quel paese di assicurare il servizio del trapianto alla popolazione locale.

### Principi

I governi della Nazioni, lavorando in collaborazione con organizzazioni internazionali e non governative, dovrebbero sviluppare e realizzare esaustivi programmi di screening, prevenzione e trattamento dell'insufficienza d'organo che includano:

- a. il progresso della ricerca clinica e di base
- b. programmi efficaci, basati su linee guida internazionali e finalizzati a trattare e sostenere pazienti con malattie terminali (come i programmi di dialisi per pazienti nefropatici), al fine di minimizzarne la morbilità e la mortalità, il tutto parallelamente alla definizione di programmi di trapianto renale
- c. il trapianto d'organi come trattamento di scelta dell'insufficienza d'organo per pazienti idonei dal punto di vista medico.

La legislazione dovrebbe essere sviluppata ed emanata da ogni Paese o giurisdizione per governare il recupero degli organi da donatori cadavere e donatori viventi e la pratica del trapianto, in ottemperanza agli standard internazionali. A tal fine:

- a. le politiche e le procedure dovrebbero essere sviluppate e poste in essere per massimizzare il numero di organi disponibili per il trapianto, in coerenza con questi principi
- b. la pratica della donazione e del trapianto richiede una supervisione ed un'assunzione di responsabilità da parte delle autorità sanitarie in ciascun Paese, al fine di garantire la trasparenza e la sicurezza
- c. la supervisione richiede l'esistenza di un registro su base nazionale o regionale per registrare i trapianti da donatore cadavere e da donatore vivente
- d. le componenti chiave di programmi efficaci includono l'istruzione e l'educazione della popolazione, l'istruzione e l'addestramento dei professionisti della salute, e la definizione delle responsabilità e degli obblighi per tutte le parti coinvolte nel sistema nazionale di donazione d'organi e di trapianto

Gli organi da trapiantare dovrebbero essere equamente allocati nell'ambito delle nazioni e delle giurisdizioni a riceventi idonei senza discriminazioni di sesso, etnia, religione o stato sociale ed economico.

- a. Considerazioni economiche o di guadagno materiale non devono influenzare l'applicazione delle regole pertinenti all'allocazione.
4. Obiettivi primari della politica e dei programmi di trapianto dovrebbero essere le cure mediche ottimali nel breve e nel lungo termine, al fine di promuovere la salute sia dei donatori sia dei riceventi.
    - a. Considerazioni economiche o di guadagno materiale di ognuna delle parti in causa non devono scavalcare la priorità rappresentata dalla salute e dal benessere di donatori e riceventi.
  5. Le giurisdizioni, gli Stati e le regioni dovrebbero sforzarsi di ottenere l'autosufficienza nella donazione degli organi, procurando un numero sufficiente di organi per i residenti in necessità, all'interno del paese o attraverso cooperazioni a livello regionale.
    - a. La collaborazione fra stati non è in contrasto con l'autosufficienza a livello nazionale finché la collaborazione protegge chi è vulnerabile, promuove l'uguaglianza fra donatore e ricevente e non viola questi principi.
    - b. Il trattamento di pazienti stranieri è accettabile solo se non intacca la capacità della Nazione di garantire il servizio del trapianto alla propria popolazione.
  6. Il traffico d'organi e il turismo a scopo di trapianto violano i principi di equità, giustizia e rispetto della dignità umana e dovrebbero essere proibiti. Dal momento che la commercializzazione del trapianto prende di mira donatori poveri o comunque vulnerabili, essa porta inesorabilmente a iniquità e ingiustizia e dovrebbe essere proibita. Nella risoluzione 44.25, l'Assemblea Mondiale per la Sanità si è appellata alle Nazioni per impedire l'acquisto e la vendita di organi umani per trapianto.

- a. Le proibizioni di queste pratiche dovrebbero includere la messa al bando di ogni tipo di pubblicità (inclusi i mezzi elettronici e la stampa), di adescamento o di intermediazione aventi lo scopo di commercializzare il trapianto, di fare traffico d'organi o turismo a scopo di trapianto.
- b. Tali proibizioni dovrebbero anche includere sanzioni per quelle azioni – come lo screening medico dei donatori o degli organi da trapiantare – che aiutano, incoraggiano o usano i prodotti del traffico d'organi o del turismo a scopo di trapianto.
- c. Le pratiche che inducono individui o gruppi di individui vulnerabili (come gli ignoranti, i poveri, gli immigrati clandestini, i prigionieri ed i profughi per motivi politici o economici) a diventare donatori viventi sono incompatibili con lo scopo di combattere il traffico d'organi, il turismo a scopo di trapianto e la commercializzazione del trapianto.

## **Proposte**

In coerenza con questi principi, i partecipanti al Summit di Istanbul suggeriscono le seguenti strategie per incrementare il bacino dei donatori e per prevenire il traffico d'organi, la mercificazione del trapianto ed il turismo a scopo di trapianto e per incoraggiare programmi di trapianto salva-vita legali.

### **Per rispondere alla necessità di aumentare le donazioni da cadavere:**

1. I governi, in collaborazione con istituzioni sanitarie, professionali e organizzazioni non governative, dovrebbero intraprendere azioni appropriate per incrementare la donazione da cadavere. Dovrebbero essere adottate delle misure idonee a rimuovere gli ostacoli ed i disincentivi alla donazione da cadavere.
2. Nei Paesi che non hanno dei programmi stabiliti di donazione o di trapianto, dovrebbero essere varate leggi volte ad avviare la donazione da cadavere ed a creare infrastrutture per il trapianto, in modo da far emergere il potenziale della donazione da cadavere per ogni Paese.
3. In tutti i Paesi in cui la donazione da cadavere è già avviata, il potenziale terapeutico della donazione da cadavere e del trapianto va massimizzato.
4. I Paesi con programmi di trapianto da cadavere ben prestabiliti sono incoraggiati a condividere informazioni, esperienza e tecnologie con i Paesi che stanno cercando di migliorare il loro impegno nei confronti della donazione d'organo.

### **Per assicurare la protezione e la sicurezza dei donatori viventi e l'appropriato riconoscimento del loro eroico gesto e per combattere contemporaneamente il turismo a scopo di trapianto, il traffico d'organi e la commercializzazione del trapianto:**

1. L'atto della donazione dovrebbe essere considerato come eroico e degno d'onore dai rappresentanti dei governi e delle organizzazioni delle società civili.
2. La determinazione dell'idoneità medica e psicosociale del donatore vivente dovrebbe essere guidata dalle raccomandazioni sancite dai Forum di Amsterdam e Vancouver (2-4)
  - a. I meccanismi per il consenso informato dovrebbero incorporare provvedimenti volti a valutare la consapevolezza del donatore sull'atto di donazione, compresa la valutazione dell'impatto psicologico del processo [di donazione];
  - b. Tutti i donatori durante lo screening dovrebbero essere sottoposti ad una valutazione psicologica condotta da professionisti della salute mentale.
3. La cura dei donatori d'organo, inclusi coloro che sono state vittime del traffico d'organi, della commercializzazione del trapianto e del turismo a scopo di trapianto, è una responsabilità cruciale per tutte le giurisdizioni che hanno stabilito di punire i trapianti d'organo effettuati secondo queste pratiche.
4. I sistemi e le strutture [trapiantologiche n.d.t.] dovrebbero assicurare la standardizzazione, la trasparenza e l'assunzione di responsabilità del supporto alla donazione.
  - a. Dovrebbero essere stabiliti meccanismi per la trasparenza della procedura e del follow-up;
  - b. Il consenso informato dovrebbe essere ottenuto sia per la donazione, sia per le procedure di follow-up.
5. La fornitura delle cure include la cura medica e psicosociale al momento della donazione e per qualsiasi conseguenza a breve e a lungo termine riferita alla donazione d'organo.
  - a. Nelle giurisdizioni e nei Paesi che non hanno un'assicurazione sanitaria universale, la copertura di un'assicurazione sulla disabilità, sulla vita e sulla salute relativa all'evento- "donazione" è un requisito necessario per assicurare la protezione del donatore;
  - b. Nelle giurisdizioni che hanno un'assicurazione sanitaria universale, i servizi governativi dovrebbero garantire ai donatori l'accesso alle cure mediche appropriate relative all'evento- "donazione";
  - c. La copertura assicurativa sulla salute e sulla vita, nonché le opportunità di impiego delle persone che donano gli organi non dovrebbero venir compromesse;
  - d. A tutti i donatori dovrebbero essere offerti servizi psicosociali come componente standard del follow-up;
  - e. In caso di insufficienza d'organo nel donatore, il donatore dovrebbe ricevere:
    - i. cure mediche di supporto, inclusa la dialisi per i pazienti con insufficienza renale
    - ii. accesso prioritario al trapianto, integrato con le regole di allocazione esistenti applicate alla donazione da vivente o da cadavere.

6. Il rimborso globale degli effettivi costi documentati per la donazione di un organo non devono essere considerati pagamento dell'organo, ma piuttosto parte dei costi legittimi per trattare il ricevente.
  - a. Il rimborso di questi costi di solito dovrebbe essere effettuato dalla parte in causa responsabile dei costi del trattamento del ricevente del trapianto (vale a dire un dipartimento governativo per la salute o un assicuratore sulla salute);
  - b. I costi attinenti e le spese dovrebbero essere calcolati ed amministrati usando una metodologia trasparente, in coerenza con le norme previste a livello nazionale;
  - c. Il rimborso dei costi approvati dovrebbe essere pagato direttamente alla parte in causa che fornisce la prestazione (come, ad esempio, l'ospedale che ha in cura il donatore);
  - d. Il rimborso del mancato guadagno e delle spese non rimborsabili sostenute dal donatore dovrebbe essere gestito da agenzie che si occupano di trapianto, piuttosto che essere pagate direttamente dal ricevente al donatore.
  
7. Le spese legittime che possono essere rimborsate quando documentate includono:
  - a. il costo di tutte le valutazioni mediche e psicosociali di potenziali donatori viventi che vengono esclusi dalla donazione (es. per motivi medici o immunologici scoperti durante la procedura di valutazione)
  - b. i costi sostenuti nell'organizzare e preparare le fasi pre-operatorie, peri-operatorie, e post-operatorie della procedura della donazione (es: telefonate a lunga distanza, viaggi, alloggio e spese di sussistenza)
  - c. spese mediche nell'assistenza al donatore dopo la dimissione
  - d. la perdita di guadagno legata alla donazione (in accordo con le norme nazionali).

Traduzione a cura della Dottoressa Margherita Mezza

#### References

1. World Health Assembly Resolution 57.18, Human organ and tissue transplantation, 22 May 2004, [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R18-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R18-en.pdf).
2. The Ethics Committee of the Transplantation Society (2004). The Consensus Statement of the Amsterdam Forum on the Care of the Live Kidney Donor. *Transplantation* 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. Universal Declaration of Human Rights, adopted by the UN General Assembly on December 10, 1948, <http://www.un.org/Overview/rights.html>.
6. Based on Article 3a of the Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons, Especially Women and Children, Supplementing the United Nations Convention Against Transnational Organized Crime, [http://www.uncjin.org/Documents/Conventions/dcatoc/final\\_documents\\_2/convention\\_%20traff\\_eng.pdf](http://www.uncjin.org/Documents/Conventions/dcatoc/final_documents_2/convention_%20traff_eng.pdf).

\* The Participants in the International Summit on Transplant Tourism and Organ Trafficking and the manner in which they were chosen and the meeting was organized were as follows:

Process and Participant Selection

Steering Committee:

The Steering Committee was selected by an Organizing Committee consisting of Mona Alrukhmi, Jeremy Chapman, Francis Delmonico, Mohamed Sayegh, Faissal Shaheen, and Annika Tibell.

The Steering Committee was composed of leadership from The Transplantation Society, including its President-elect and the Chair of its Ethics Committee, and the International Society of Nephrology, including its Vice President and individuals holding Council positions. The Steering Committee had representation from each of the continental regions of the globe with transplantation programs.

The mission of the Steering Committee was to draft a Declaration for consideration by a diverse group of participants at the Istanbul Summit. The Steering Committee also had the responsibility to develop the list of participants to be invited to the Summit meeting.

Istanbul Participant Selection:

Participants at the Istanbul Summit were selected by the Steering Committee according to the following considerations:

- The country liaisons of The Transplantation Society representing virtually all countries with transplantation programs;
- Representatives from international societies and the Vatican;
- Individuals holding leadership positions in nephrology and transplantation;
- Stakeholders in the public policy aspect of organ transplantation; and
- Ethicists, anthropologists, sociologists, and legal scholars well-recognized for their writings regarding transplantation policy and practice.

No person or group was polled with respect to their opinion, practice, or philosophy prior to the Steering Committee selection or the Istanbul Summit.

After the proposed group of participants was prepared and reviewed by the Steering Committee, they were sent an letter of invitation to the Istanbul Summit, which included the following components:

? ? the mission of the Steering Committee to draft a Declaration for all Istanbul participants' consideration;

? ? the agenda and work group format of the Summit;

? ? the procedure for the selection of participants;

? ? the work group topics;

? ? an invitation to the participants to indicate their work group preferences;

? ? the intent to communicate a draft and other materials before the Summit convened;

? ? the Summit goals to assemble a final Declaration that could achieve consensus and would address the issues of organ trafficking, transplant tourism and commercialism, and provide principles of practice and recommended alternatives to address the shortage of organs;

? ? an acknowledgment of the funding provided by Astellas Pharmaceuticals for the Summit;

? ? provision of hotel accommodations and travel for all invited participants.

Of approximately 170 persons invited, 160 agreed to participate and 152 were able to attend the Summit in Istanbul on April 30-May 2, 2008. Because work on the Declaration at the Summit was to be carried out by dividing the draft document into separate parts, Summit invitees were assigned to a work group topic based on their response concerning the particular topics on which they wished to focus their attention before and during the Summit.

Preparation of the Declaration:

The draft Declaration prepared by the Steering Committee was furnished to all participants with ample time for appraisal and response prior to the Summit. The comments and suggestions received in advance were reviewed by the Steering Committee and given to leaders of the appropriate work group at the Summit. (Work group leaders were selected and assigned from the Steering Committee.)

The Summit meeting was formatted so that breakout sessions of the work groups could consider the written responses received from participants prior to the Summit as well as comments from each of the work group participants. The work groups elaborated these ideas as proposed additions to and revisions of the draft. When the Summit reconvened in plenary session, the Chairs of each work group presented the outcome of their breakout session to all Summit participants for discussion. During this process of review, the wording of each section of the Declaration was displayed on a screen before the plenary participants and was modified in light of their comments until consensus was reached on each point.

The content of the Declaration is derived from the consensus that was reached by the participants at the Summit in the plenary sessions which took place on May 1 and 2, 2008. A formatting group was assembled immediately after the Summit to address punctuation, grammatical and related concerns and to record the Declaration in its finished form

## 8.Participants in the Istanbul Summit

Last Name	First Name	Country
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
*Alrukhaimi	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

Budiani	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  
Glitz Denis France  
Gopalakrishnan Ganesh India 9  
Gracida Carmen Mexico  
Grinyo 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  
Löhms Aleksander Estonia  
Luciolli 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 10  
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  
\* = Members of the Steering  
Committee. (William Couser,  
USA, was also a member of the  
Steering Committee but was  
unable to attend the Summit.)

