

## Documenti

### **Da: Innov8 Approccio innovativo per migliorare i programmi di salute nazionali per non lasciare nessuno indietro**

The Innov8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind (WHO, 2016)

*Innov8 è una strategia costruita e sviluppata da alcuni anni dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa, basata su un processo di revisione graduale e sistematica da parte degli Stati membri e dell'ufficio regionale dell'OMS per l'Europa sui programmi realizzato a livello nazionale per la riduzione delle disuguaglianze in salute e la garanzia dei diritti umani.*

*È stato sviluppato attraverso forti partnership governative e di agenzia, con il contributo di esperti di diverse discipline. L'approccio Innov8 è stato applicato a diversi programmi, strategie e attività sanitarie nazionali e subnazionali e a diversi settori: salute riproduttiva, materna, neonatale, infantile e adolescenziale; malattie non trasmissibili (NCD); malattie trasmissibili; programmi di promozione della salute e della salute ambientale.*

*Una metodologia di lavoro e di valutazione della progettazione per i professionisti della sanità pubblica.*

#### **Presentazione**

L'approccio Innov8 sostiene l'operatività dell'impegno di "Obiettivi per lo sviluppo sostenibile" a non lasciare indietro nessuno e la progressiva realizzazione della copertura sanitaria universale e del diritto alla salute. In particolare, individua le modalità per intraprendere un'azione programmatica concreta, significativa e basata sulle evidenze al fine di affrontare le disuguaglianze.

Questo manuale tecnico, che propone l'approccio Innov8, aiuta a verificare come i programmi sanitari nazionali possano occuparsi meglio di equità, genere, diritti umani e determinanti sociali di salute, in maniera da considerare relazioni che si sovrappongono e si trasformano. Questa verifica deve essere allineata con, e deve alimentare, i programmi nazionali esistenti che pianificano e rivedono i processi. Sostiene la progressiva realizzazione del diritto alla salute, migliorando le performance dei programmi, coinvolgendo le popolazioni interessate nel prendere decisioni e nell'affrontare le disuguaglianze al fine di raggiungere gli obiettivi per lo sviluppo sostenibile. I ministeri della salute e gli altri coinvolti, in tutti i paesi, nell'erogazione e messa a punto dei programmi di salute devono affrontare il problema di assicurare che nessuno venga lasciato indietro. Come chiesto dalla risoluzione 62.14 dell'Assemblea WHO e dalla dichiarazione politica di Rio sui determinanti sociali di salute, molti stanno lavorando per ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari e nelle condizioni di salute, ad esempio tramite riforme che vanno nella direzione di una copertura sanitaria universale, di una migliore azione intersettoriale, di una maggiore partecipazione sociale - riconoscendo le disuguaglianze e altre carenze nell'affermazione dei diritti umani e della parità di genere - per produrre cambiamenti radicali nei programmi che affrontano le suddette sfide.

L'approccio Innove8 ha i seguenti obiettivi:

- Potenziare le capacità attraverso l'apprendimento applicato: utilizzare l'incessante lavoro programmatico dei professionisti della salute per potenziare le capacità di comprendere ed applicare i concetti chiave ed i principi di base per fare in modo che nessuno venga lasciato indietro;
- Individuare i punti di accesso per l'azione: mediante un'analisi guidata condotta da un gruppo di esperti nazionale formato da stakeholder diversi, individuare i punti di accesso in un programma, in modo che nessuno venga lasciato indietro;
- Realizzare cambiamenti duraturi, migliore governance e accountability: migliorare i cicli continui di pianificazione, monitoraggio, revisione, valutazione e i meccanismi di rendicontazione dei programmi mediante l'integrazione delle misure per non lasciare indietro nessuno.

Il target primario del manuale è rappresentato dai gestori e dal personale dei programmi nazionali di salute, a livello centrale e subnazionale. Il Manuale suggerisce al personale del programma di formare un team che conduca la revisione. Sostiene approcci partecipati, come definiti nella Dichiarazione ONU "Common Understanding on Human Rights-Based Approaches to Development Cooperation and Programming" e nella strategia globale dell'OMS su servizi sanitari centrati sulla persona e integrati. Il team di revisione comprende rappresentanti del ministero della salute, degli istituti di ricerca, della società civile, delle organizzazioni non governative e degli altri settori e stakeholder appropriati. Il team di revisione deve comprendere anche rappresentanti con esperienza in parità, genere, diritti umani e determinanti sociali di salute. In tutta la guida i compiti e le attività che vengono suggeriti sono rivolti a questo "team di revisione".

### **Organizzazione del manuale**

Il manuale è organizzato seguendo gli otto step della metodologia di revisione, che sono:

- Step 1: completare la check list diagnostica
- Step 2: comprendere la teoria del programma
- Step 3: individuare chi viene lasciato fuori dal programma
- Step 4: individuare le barriere e i fattori facilitanti che le sottopopolazioni vivono
- Step 5: individuare i meccanismi che generano disuguaglianze di salute
- Step 6: considerare l'azione intersettoriale e la partecipazione sociale come elementi centrali
- Step 7: produrre una proposta di riprogettazione utilizzando i risultati della revisione
- Step 8: potenziare monitoraggio e valutazione

Il manuale può essere utilizzato dal team di revisione per guidare ciascuno step dell'analisi. I capitoli corrispondono agli step e presentano una descrizione degli obiettivi degli step, lettura del background, attività ed esempi dei principali risultati degli step di altri programmi che hanno condotto la revisione.

Il manuale è parte di una più ampia gamma di risorse che comprende linee guida facilitanti la formazione (realizzate periodicamente per costruire competenze nei momenti chiave della revisione), sostegno alla valutazione e studi di caso. Il manuale è un "documento vivente" che comprende un approccio che si evolve da molti anni. È stato sviluppato, testato ed adattato dai team nazionali di revisione in diverse regioni del mondo, per revisionare svariati tipi di programmi di salute. L'OMS ha sviluppato questo approccio a partire dall'esperienza dei paesi ed esso costituisce uno scambio fluido con i partner nazionali per il suo sviluppo. Mediante l'uso in setting diversi e collegati a una comunità di pratica, l'approccio Innove8 continuerà ad essere perfezionato: un feed-back su questo manuale come documento vivente è richiesto attivamente dall'OMS. La metodologia di revisione può essere adattata e applicata in scenari diversi. Ad esempio, alcune opzioni per l'applicazione e l'adattamento sono:

- i processi di revisione, che possono essere organizzati da un Ministero della salute per uno o più

- programmi a livello nazionale e/o subnazionale;
- i processi che possono essere facilitati da agenzie internazionali tramite modalità multi-nazione (in cui una organizzazione/partner internazionale ha un ruolo e le delegazioni del team nazionale di revisione provengono da paesi diversi);
- in alcuni contesti, gli organizzatori possono voler condurre delle revisioni parziali, che si limitano ad attingere a uno o più degli step, senza concludere l'intero percorso di analisi qui delineato;
- si possono estrarre ed attingere informazioni dall'approccio Innov8 per aggiungerle alle revisioni nazionali dei programmi già esistenti;
- l'approccio, se rispetta il programma di salute al quale si applica, può essere utilizzato insieme ad altre linee guida dell'OMS su quel tema di salute.

### **Gli otto step di Innov8**

Lo step 1 avvia il processo di revisione attraverso il completamento di una checklist. Questa checklist riassume le conoscenze e le esperienze dei membri del team e suggerisce ulteriori riflessioni dal punto di vista dell'equità, del genere, dei diritti e dei determinanti sociali di salute in merito alla revisione del programma, fornendo sia la baseline della situazione attuale, che l'input per gli step successivi.

Nello step 2, il team analizza gli interventi e le attività che il programma sviluppa e implementa al momento. Questo step si focalizza sulla realtà del momento del programma, piuttosto che sui suoi obiettivi. In questo step, i membri del team elaborano un diagramma del modello logico del programma. Questo mette in sequenza e collega le attività con coloro i quali vengono raggiunti dagli output del programma e dai risultati a breve, medio e lungo termine. Il diagramma del modello logico aiuta a scoprire la teoria del programma – la spiegazione di come, perché e per chi il programma dovrebbe funzionare. Per capire in che modo le attività descritte coinvolgono la popolazione target nel produrre risultati, è necessario considerare se e in che modo il programma affronta contesti operativi diversi e bisogni eterogenei di sottopopolazioni diverse e comprende modalità per individuare e trattare norme, ruoli e rapporti di genere. Per questo compito, sarà essenziale il coinvolgimento di quelle sottopopolazioni che sono più indietro, per capire veramente la misura in cui il programma funziona in queste sottopopolazioni. La teoria attuale del programma viene testata nei due step che seguono.

Lo step 3 si incentra su coloro i quali vengono lasciati indietro dal programma. Esso mira ad individuare le sottopopolazioni nelle quali il programma fallisce; che non accedono o che non beneficiano pienamente degli interventi e delle attività. Fa questo attraverso un'analisi delle fonti di dati quantitativi e qualitativi disponibili, così come mediante le conoscenze e l'esperienza del team. Come il precedente, questo step trarrà vantaggio dalla partecipazione dei rappresentanti della popolazione target, che sono in grado di fornire importanti punti di vista su come il programma funziona nella pratica e sui punti in cui necessita di essere migliorato. Le sottopopolazioni possono essere caratterizzate in base a sesso, classe sociale, reddito, istruzione, minoranza etnica, status di migrante, luogo di residenza (rurale/urbano), identità di genere e orientamento sessuale, o ad altre caratteristiche di rilievo, con la dovuta attenzione alle intersezioni tra queste che rendono alcune sottopopolazioni a diverso o maggiore rischio di cattiva salute. Lo step 3 si conclude con l'identificazione di una o più sottopopolazioni specifiche alle quali va data la priorità per la revisione e riprogettazione del programma.

Lo step 4 esamina i motivi per cui la sottopopolazione alla quale è stata data la priorità non sta accedendo o traendo beneficio, utilizzando le lenti del framework Tanahashi per una copertura efficace (Tanahashi, 1978) e per individuare le barriere – ad esempio le barriere relative al genere – e i fattori facilitanti nei domini della disponibilità, accessibilità, accettabilità, contatto, utilizzo e copertura efficace, con la qualità come elemento trasversale. Questi domini comprendono principi selezionati del diritto alla salute, come

definito dalla Commissione sui Diritti Economici, Sociali e Culturali nel suo Commento Generale 14 (UN CESCR, 2000).

Lo step 5 è quello più stimolante ed arricchente dell'intero processo di revisione. Prima dello step 5, i membri del team sistematizzano le informazioni disponibili sul programma, testando se esso funziona o meno per diverse sottopopolazioni, tenendo conto e occupandosi delle norme, dei ruoli e dei rapporti di genere ed individuando alcune delle barriere e dei fattori facilitanti. Questa informazione sistematizzata viene ulteriormente analizzata nello Step per spiegare i meccanismi che generano disuguaglianze, utilizzando il framework dell'Oms sui determinanti sociali di salute (CSDH 2008). Inoltre, questo step tiene conto di un'analisi corretta delle cause strutturali, così come dell'analisi di genere. Per fare questo, i membri del team analizzano in che modo le barriere e i fattori facilitanti sono collegati a o influenzati dai determinanti sociali di salute, tra i quali vi è il genere (all'interno del sistema sanitario e al di fuori di esso). Inoltre, esaminano le cause della posizione socioeconomica della sottopopolazione alla quale è stata data priorità. Queste analisi esaminano i meccanismi di stratificazione sociale, che sono collegati all'individuazione di coloro i quali vengono lasciati indietro (step 3) e le questioni dell'equità di accesso o della discriminazione (step 4). Queste riguardano le condizioni sociali, politiche ed economiche che provocano carenze nella creazione di un ambiente che rende possibile la realizzazione del diritto alla salute. Al termine dello step 5, il team di revisione inserisce le informazioni sui meccanismi che generano disuguaglianze e discriminazioni nella teoria di programma originale per enunciare una teoria delle disuguaglianze, che sarà modificata nella fase di riprogettazione. I due pilastri per affrontare le disuguaglianze in salute, l'azione intersettoriale e la partecipazione sociale, vengono evidenziati nella letteratura e nel framework dell'OMS per l'azione sui determinanti sociali di salute.

Lo step 6 esamina il modo in cui questi elementi essenziali vengono integrati nel programma a partire dalla pianificazione, implementazione, monitoraggio e valutazione. L'analisi riguarda i meccanismi esistenti per la partecipazione e la misura in cui la popolazione target e la sottopopolazione alla quale è stata data priorità (step 3) sta o non sta partecipando. Inoltre, il team considera l'influenza sull'accesso e i risultati dei programmi degli altri settori oltre a quello della salute; nello specifico, i rapporti con i determinanti sociali di rilievo (step 5) e le barriere e i fattori facilitanti (step 4).

Con lo step 6, la revisione del programma si conclude per se e il team si trova nella posizione di individuare i punti di ingresso e formulare raccomandazioni per riprogettare il programma. La riprogettazione del programma, sviluppata nello step 7, ha inizio con l'identificazione e la prioritarizzazione dei cambiamenti richiesti per considerare le circostanze contestuali e i differenti bisogni della sottopopolazione alla quale è stata data priorità, affrontando le barriere esistenti e, cosa più importante, affrontando i meccanismi che spiegano le disuguaglianze nei risultati dei programmi. A questo fine, può essere necessario modificare gli interventi e integrare nuovi interventi (ad esempio azioni da parte di altri settori) e rendere più robusti i meccanismi di partecipazione sociale, rivolgendo un'adeguata considerazione ai principi basati sui diritti umani. Queste modifiche comportano la formulazione di una nuova teoria del programma, una teoria in grado di migliorare le performance, di ridurre i gap di copertura, di paragonare le comunità lasciate indietro ed integra altre misure volte ad affrontare i determinanti di equità, di genere, dei diritti umani e sociali. Una volta definiti i cambiamenti proposti nel programma, lo step 8 prende in esame le questioni M&E di rilievo. Un'attività di questo step riguarda i meccanismi di M&E disponibili per individuare se i cambiamenti proposti al programma stiano raggiungendo l'obiettivo prefissato. Gli indicatori e le fonti appropriate, sia qualitative che quantitative, sia di stato che non, sono essenziali per sostenere M&E. La fattibilità degli indicatori richiede una revisione delle informazioni disponibili, la possibilità di stratificare e, cosa molto probabile, l'introduzione di altri cambiamenti per generare le informazioni necessarie (ad esempio ampliare le dimensioni del campione). Al di là degli indicatori, devono essere considerati anche

gli approcci partecipati al monitoraggio (ad esempio quelli che coinvolgono le comunità). Un'altra attività viene proposta riguardo il modo in cui il framework e i processi del programma per un M&E continuo possano rappresentare meglio considerazioni su equità, genere, diritti umani e determinanti sociali (non solo in relazione ai cambiamenti proposti al programma, che possono avere a che fare con specifici interventi rivolti alla sottopopolazione alla quale è stata data la priorità). Adottando questa visione più ampia, il framework M&E del programma e le continue revisioni avranno una notevole capacità di identificare le sottopopolazioni che non vengono raggiunte, le barriere esistenti. Questo permette ad Innov8 di contribuire a potenziare nel lungo termine la capacità di ridurre le disuguaglianze e i gap di copertura, rispondere ai diversi bisogni di salute di donne e uomini, di ragazzi e ragazze e di occuparsi delle norme, dei ruoli e dei rapporti di genere dannosi per la salute ed affermare progressivamente il diritto alla salute.

## STEP 6

### **Considerare l'azione intersettoriale e la partecipazione sociale elementi centrali**

Nello step 6, il team di revisione considera l'azione intersettoriale e la partecipazione sociale essenziali per affrontare le disuguaglianze in salute nei programmi di salute. L'analisi contenuta nello step 6 applica concetti e metodi in comune con i campi dell'equità, del genere, dei diritti umani e dei determinanti sociali. Ad esempio, la partecipazione è un principio centrale nell'approccio basato sui diritti umani, e l'azione intersettoriale è implicita nella natura del diritto alla salute come diritto inclusivo che comprende un'ampia gamma di determinanti di base che condizionano la salute.

Per quanto riguarda l'azione intersettoriale, l'analisi si focalizza sull'importanza del lavorare con gli altri settori per affrontare, nelle fasi chiave del programma, i gap di copertura, le barriere, i fattori facilitanti e i relativi determinanti sociali che sono stati identificati. Per quanto concerne la partecipazione sociale, l'obiettivo è assicurare una risposta adeguata ai bisogni di salute e sviluppare empowerment nei gruppi sociali – in particolare le sottopopolazioni prioritarie identificate – per conseguire un miglior accesso ai programmi e vantaggi per tutti.

Lo step 6 prevede lo svolgimento di quattro attività legate alle fasi chiave del programma in revisione:

- Identificare e caratterizzare l'azione intersettoriale per affrontare i problemi individuati negli step precedenti;
- Dare la priorità all'azione intersettoriale e svilupparla o migliorarla;
- Descrivere l'approccio del programma alla partecipazione sociale; e
- Dare la priorità, sviluppare e migliorare le azioni per la partecipazione sociale che contribuiscono ad affrontare le barriere e i fattori facilitanti.

Queste attività integrano i risultati dei passi che precedono il processo di revisione, insieme alle informazioni disponibili.

Gli output principali dello step 6 sono due. Il primo è la valutazione di come l'azione intersettoriale e la partecipazione sociale stanno funzionando nel programma. La seconda è una proposta o una serie di raccomandazioni per sviluppare o migliorare l'azione intersettoriale e potenziare i meccanismi di partecipazione sociale, il che contribuirà a colmare i gap di copertura, ad affrontare le barriere e utilizzare i fattori facilitanti, al fine di migliorare l'accesso al programma e i benefici per tutti, in particolare per le sottopopolazioni prioritarie.

### **Obiettivi**

Analizzare ed applicare i concetti e gli approcci dell'azione intersettoriale e della partecipazione sociale per capire in che modo sono rappresentati nel programma e come hanno impatto sul programma e sui

suoi risultati.

Individuare il ruolo dell'azione intersettoriale e della partecipazione sociale per affrontare le barriere al programma che sono state individuate e nel contribuire a ridurre le disuguaglianze di salute, per ciascuna fase e per la sottopopolazione alla quale è stata data la priorità.

Individuare raccomandazioni specifiche (comprendenti meccanismi ed azioni) per potenziare l'azione intersettoriale e la partecipazione sociale durante la riprogettazione del programma di salute e come questo sarà proseguito nei successivi step.

### **Il ruolo dell'azione intersettoriale e della partecipazione sociale nei programmi di salute**

Questa parte iniziale ha l'obiettivo di fornire al team di revisione gli orientamenti di base per riflettere sul ruolo dell'azione intersettoriale e della partecipazione sociale in relazione ai programmi di salute per affrontare le disuguaglianze di salute, prima di iniziare a lavorare allo step 6. Riguarda:

- l'azione intersettoriale e la partecipazione sociale, al fine di occuparsi dei determinanti sociali delle disuguaglianze di salute;
- l'azione intersettoriale nello sviluppo e implementazione di un programma;
- la partecipazione sociale nello sviluppo e implementazione di un programma.

### **L'azione intersettoriale e la partecipazione sociale nel framework sui determinanti sociali delle disuguaglianze di salute**

Molte delle condizioni più importanti e potenti che modellano la salute e la distribuzione delle disuguaglianze di salute si trovano al fuori del settore della salute (OMS, 2008). Il fatto che queste influenze si trovano al di fuori della giurisdizione esclusiva del settore sanitario vuol dire che il settore sanitario deve agire in collaborazione con altri settori del governo e della società per affrontare i determinanti di salute e di benessere (OMS, 2008).

L'azione intersettoriale e la partecipazione sociale sono due approcci strategici per affrontare i determinanti sociali delle disuguaglianze di salute. Inoltre, si evidenzia la necessità di prendere in considerazione l'azione intersettoriale e, come aspetti centrali che attraversano in modo trasversale l'azione o il programma per l'equità, la partecipazione sociale e l'empowerment.

L'espressione azione intersettoriale si riferisce ad azioni che influenzano i risultati di salute svolte da settori diversi da quello sanitario, possibilmente, ma non necessariamente, in collaborazione con quest'ultimo. L'azione intersettoriale per la salute implica il fatto che la sanità ed altri settori lavorino insieme per ispirare la progettazione e l'implementazione di politiche pubbliche volte a migliorare salute e benessere, o quantomeno per non influenzarli negativamente. Questi sforzi migliorano la comprensione da parte del settore sanitario e degli altri settori del modo in cui le decisioni della politica e le pratiche operative di diversi settori hanno impatto sulla salute e sull'equità in salute.

La partecipazione sociale da parte della società civile e l'empowerment delle donne e degli uomini da parte delle comunità interessate a svolgere un ruolo maggiore nel modellare le politiche sociali per promuovere la salute e l'equità in salute sono essenziali, sia dal punto di vista etico, che pragmatico, che dalla prospettiva dei diritti. Dato che l'elemento di fondo su cui poggiano le disuguaglianze è la distribuzione diseguale di potere, denaro e risorse, l'empowerment e la partecipazione costituiscono due meccanismi per la redistribuzione del potere. In questo modo, essa può contribuire a modificare le disuguaglianze e dare maggiore spazio all'azione e agli interventi nella gerarchia sociale attuale, sia a livello globale che di programmi. Nello stesso modo in cui le disuguaglianze sono il risultato di una complessa amplificazione di svantaggi, gli interventi spesso richiedono una rete di azioni da parte di molteplici settori ed a molteplici livelli.

L'ordine e il coordinamento del coinvolgimento di altri settori e il livello e il tipo di partecipazione sociale devono far parte dell'analisi della ridefinizione del programma.

### **L'azione intersettoriale nello sviluppo e implementazione di un programma**

Storicamente, è stato spesso sostenuto, dalla prospettiva della salute pubblica, un approccio sistemico nei confronti dei problemi della salute della popolazione, con particolare enfasi sui diversi settori sociali, amministrativi ed economici, così come sulla varietà di culture e valori che costituiscono e stratificano le società. Di conseguenza, i problemi di salute – nel senso più ampio – hanno confini che vanno al di là del settore sanitario, e la maggioranza dei determinanti di salute sono molto al di fuori del campo diretto del settore sanitario. Pertanto, è difficile che questi problemi vengano risolti esclusivamente dalle azioni del sistema sanitario. L'inquinamento dell'aria costituisce un esempio. Nel mondo, una morte su otto è collegata all'esposizione all'aria inquinata – in prevalenza per malattie cardiache, polmonari e ictus. Per affrontare il problema dell'inquinamento dell'aria, il ministro della sanità non può agire da solo: è necessario che collabori con molti settori, ad esempio quelli responsabili dell'energia domestica, approvvigionamento energetico, trasporti, pianificazione urbana, edilizia, gestione dei rifiuti, dell'industria e con le amministrazioni locali, regionali e nazionali.

Come affermato nel corso dell'Ottava Conferenza globale sulla promozione della salute, “La salute delle persone non è solo responsabilità del settore sanitario: è una questione politica più ampia”.

L'idea di azione intersettoriale è in evoluzione, con svariate fasi di sviluppo nel corso della storia. In breve, queste comprendono:

- Una chiamata ad un'azione intersettoriale per la salute, che è nata dalla Dichiarazione dell'OMS di Alma Ata (Ufficio Regionale dell'Oms per l'Europa, 1978). Questa ha chiesto di indirizzare gli sforzi al di là dell'erogazione di servizi medici basati sugli ospedali per acuti in favore delle cure primarie e dei fattori alla base della salute, in particolare i determinanti di salute quali acqua, cibo, istruzione e abitazioni.
- Nel decennio successivo, la Carta di Ottawa per la Promozione della Salute (OMS, 1986) ha chiesto politiche pubbliche sane, tenendo quindi in considerazione l'azione intersettoriale per quanto concerne i principali problemi di salute, quali sfide ambientali, leggi sul tabacco e sull'alcool e disuguaglianze di genere.
- La terza fase di azione intersettoriale per la salute sviluppata nel corso della presidenza finlandese dell'Unione Europea nel 2006, nella quale la presidenza ha chiesto ai governi di tutta Europa di fare in modo che in tutte le politiche di governo fossero incluse riflessioni sulla salute, coniato l'espressione “Health in All Policies”.

### **Una definizione corrente di Health in All Policies (HiAP) è:**

“Un approccio alle politiche pubbliche in tutti i settori che tiene conto sistematicamente delle implicazioni per la salute delle decisioni, cerca sinergie ed evita impatti dannosi, al fine di migliorare la salute della popolazione e l'equità in salute” OMS, 2013; World Health Assembly, 2014.

L'espressione azione intersettoriale si riferisce in senso ampio ai rapporti che sorgono tra settori politici che richiedono valori, meccanismi e strutture appropriate in comune per conciliare/tenere conto delle differenze nella cultura organizzativa, nella struttura e linguaggio politico, al fine di erogare servizi migliori alla popolazione. Questi sforzi sono rivolti ad azioni sia nel settore sanitario che in altri. L'intersettorialità è un requisito essenziale per affrontare le disuguaglianze e i determinanti sociali di salute. Ci sono varie tipologie o livelli di rapporti intersettoriali:

- **Rapporti basati sulle “informazioni”:** il focus è sullo scambio di informazioni tra settori, ad

esempio con la condivisione dei risultati di uno studio o analisi di settore. Questo può essere visto come il primo step di un processo di lavoro intersettoriale, con la condivisione di informazioni o la comunicazione come parte del processo di costruzione di un linguaggio comune per raggiungere dialogo e conoscenza/comprendimento.

- **Rapporti basati sulla “cooperazione”:** ci si riferisce all’interazione tra settori al fine di raggiungere maggiore efficienza nelle azioni di ciascun settore. Di solito implica trasformare la cooperazione incidentale, causale o reattiva in azioni orientate strategicamente verso problemi riguardo i quali le attività di altri settori possono essere decisive. Questo spesso vuol dire che è il settore sanitario a guidare l’iniziativa. Questo tipo di azione intersettoriale di solito è presente nella fase di applicazione o di implementazione di un programma o di una politica, piuttosto che in quella di formulazione.
- **Rapporti basati sul “coordinamento”:** quest’ultimo implica uno sforzo congiunto per adeguare le politiche e i programmi di ciascun settore al fine di ottenere maggiore efficienza ed efficacia. Esso inoltre denota un maggior lavoro di network orizzontale tra settori e spesso comprende una fonte di finanziamento condivisa. Si tratta di componenti importanti, in quanto per creare sinergie (o perlomeno evitare non-sinergie) all’interno della pubblica amministrazione, è necessario avere una visione più ampia dei problemi da affrontare. Il coordinamento si traduce in una maggiore interconnessione tra settori coinvolti e pertanto anche in una perdita di autonomia di ciascun settore.
- **Rapporti basati sull’integrazione:** il lavoro integrato comporta la definizione di una nuova politica o un nuovo programma insieme ad altri settori in modo tale che responsabilità e lavoro ricadano in più di un settore. Un’azione intersettoriale integrata implica anche la condivisione di risorse, responsabilità e azioni, il che pertanto richiede necessariamente solidarietà e condivisione di potere. In quest’ottica, l’integrazione di politiche può essere allo stesso tempo associata all’autonomia dei settori, nel momento in cui formulazione, progettazione e finanziamento delle azioni vengono concordati e sviluppati in base ad un obiettivo sociale comune, piuttosto che a specifici requisiti settoriali.

La tabella 6.1 mostra le interrelazioni tra salute e benessere e illustra i ruoli dei diversi settori.

Il coinvolgimento del settore sanitario nell’azione intersettoriale per la salute è strettamente collegato a un approccio alla salute basato sui diritti umani. Il diritto alla salute è un diritto inclusivo. Esso comprende un’ampia gamma di fattori che influenzano la salute agendo sui determinanti distali. Il comitato sui diritti economici, sociali e culturali, l’organismo responsabile del monitoraggio del patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali fa riferimento ai seguenti determinanti, al fine di garantire il diritto alla salute:

- acqua potabile sicura;
- alimenti sicuri;
- alimentazione e alloggi adeguati;
- condizioni di lavoro e ambientali sane;
- educazione ed informazioni legate alla salute;
- parità di genere.

In quanto appropriate per il programma in esame, le aree/azioni individuate in questo paragrafo possono essere prese in considerazione nei lavori per la pianificazione del programma e possono essere pianificati interventi intersettoriali di rilievo.

### **Partecipazione sociale allo sviluppo e all’implementazione di un programma**

“È essenziale vedere le persone non solo come ‘il paziente’, il cui benessere merita attenzione, ma anche come ‘l’agente’ le cui azioni possono trasformare la società”.

La partecipazione costituisce requisito per raggiungere il più alto livello possibile di salute di tutte le per-

Settori e problemi	Interrelazioni tra salute e benessere
Economia e occupazione	<p>La resilienza e la crescita economica sono stimulate da una popolazione sana. Le persone più sane possono far sì che la propria famiglia risparmi maggiormente, sono più produttive al lavoro, sanno adattarsi con maggior facilità alle opportunità di lavoro e possono restare occupate più a lungo.</p> <p>Le opportunità di lavoro e di occupazione stabile migliorano la salute di tutte le persone dei diversi gruppi sociali.</p>
Sicurezza e giustizia	<p>I tassi di violenza, di cattiva salute e di infortuni sono maggiori nelle popolazioni che hanno minor accesso a cibo, acqua, alloggi, opportunità di lavoro e ad un sistema giudiziario equo. Pertanto, i sistemi giudiziari all'interno delle società devono far fronte alle conseguenze dello scarso accesso a questi bisogni primari.</p> <p>La prevalenza di malattie mentali (e dei problemi legati a droga e alcol ad esse associati) è legata alla violenza, al crimine ed al carcere.</p>
Agricoltura e alimentazione	<p>La sicurezza alimentare aumenta, se si tiene conto della salute nella produzione, lavorazione, commercializzazione e distribuzione dei prodotti alimentari, promuovendo la fiducia dei consumatori ed assicurando pratiche agricole più sostenibili.</p> <p>Il cibo sano è essenziale per la salute delle persone e il buon cibo e le pratiche di sicurezza aiutano a ridurre la trasmissione di malattie dagli animali agli esseri umani e sono di sostegno alle pratiche agricole che hanno un impatto positivo sulla salute dei lavoratori agricoli e delle comunità rurali.</p>
Istruzione e primi anni di vita	<p>Una cattiva salute dei bambini e dei membri della famiglia ostacola il raggiungimento di un adeguato livello di istruzione, riducendo il potenziale educativo e la capacità di risolvere le sfide della vita e di cogliere le opportunità.</p> <p>Sia nelle donne che negli uomini, il livello di istruzione contribuisce in modo diretto a migliorare la salute e la capacità di partecipare pienamente ad una società produttiva e crea cittadini impegnati.</p>

Tabella 6.1- Interrelazioni tra salute e benessere

sone. Questo rinvia allo statuto dell'OMS (International Health Conference, 1946), alla Dichiarazione di Alma Ata (Ufficio Regionale per l'Europa dell'Oms, 1978), alla Carta di Ottawa per la Promozione della Salute (OMS, 1986) e alla Dichiarazione Politica di Rio sui Determinanti Sociali di Salute (Conferenza Mondiale sui Determinanti Sociali di Salute, 2011), tra le altre. L'importanza di un approccio partecipato è evidenziata anche nella visione comune delle Nazioni Unite sugli approcci basati sui diritti, nella strategia globale dell'OMS e nel framework sui servizi sanitari integrati e centrati sulle persone. La Commissione sui Determinanti Sociali di Salute dell'OMS ha identificato gli approcci partecipati come una componente essenziale di un sistema sanitario capace di affrontare le disuguaglianze di salute. La Commissione ha richiesto misure e pratiche organizzative che coinvolgano gruppi di popolazione e organizzazioni della società civile in decisioni e azioni che identificano, indirizzano e distribuiscono risorse per i bisogni di salute. La partecipazione è un principio trasversale sancito dai trattati sui diritti umani e dalle dichiarazioni e raccomandazioni generali adottate dagli organi che ne monitorano l'applicazione (OHCHR, 2012). Come

Infrastrutture, pianificazione e trasporti	Per una progettazione ottimale di strade, trasporti e abitazioni, è necessario tenere in considerazione gli impatti sulla salute, in quanto si possono così ridurre le emissioni che hanno un costo ambientale e migliorare la capacità delle reti di trasporto e la loro efficienza nel far muovere persone, beni e servizi. Migliorare le opportunità di trasporto, ad esempio le possibilità di muoversi in bici e a piedi, costruire comunità più sicure e vivibili e ridurre il degrado ambientale, migliorando così la salute.
Ambienti e sostenibilità	L'utilizzo delle risorse naturali può essere ottimizzato e la sostenibilità promossa nel modo migliore attraverso politiche che influenzano gli stili di consumo della popolazione, il che può anche migliorare la salute umana.
	Nel mondo, un quarto di tutte le malattie evitabili sono conseguenza delle condizioni ambientali in cui vivono le persone.
Alloggi e servizi di comunità	La progettazione degli alloggi e la pianificazione delle infrastrutture, che tengono conto della salute e del benessere (ad esempio isolamento, ventilazione, spazi pubblici, raccolta dei rifiuti) e coinvolgono la comunità, possono migliorare la coesione sociale e promuovere progetti di sviluppo. Alloggi ben progettati e accessibili e servizi di comunità adeguati fanno riferimento ad alcuni dei più importanti determinanti di salute per individui e comunità svantaggiate.
Territorio e cultura	Un miglior accesso al territorio può favorire miglioramenti nella salute e nel benessere delle popolazioni indigene, in quanto esse sono spiritualmente e culturalmente legate a un profondo senso di appartenenza al territorio e al paese. I miglioramenti nella salute degli indigeni possono rafforzare le comunità e l'identità culturale, migliorare la partecipazione dei cittadini e favorire il mantenimento della biodiversità.

Tabella 6.1- *segue*

principio, la partecipazione deve guidare i soggetti coinvolti (vale a dire i governi) nell'implementazione dei diritti umani. Nello specifico, gli Stati devono incoraggiare la partecipazione della popolazione in tutti gli ambiti, in quanto fattore importante per lo sviluppo e la piena realizzazione di tutti i diritti umani<sup>9</sup> (OHCHR, 2012). Viene posta enfasi sul fare in modo che tutte le sottopopolazioni, in particolare gruppi vulnerabili e marginalizzati, abbiano l'opportunità di partecipare attivamente. In quanto tale, la governance del sistema sanitario deve assicurare piattaforme per la partecipazione della comunità alla progettazione, implementazione, monitoraggio e valutazione delle strategie nazionali di salute (Potts, 2010). In relazione alla partecipazione sociale, lo Stato ha la responsabilità di creare spazi e condizioni di partecipazione, in modo da permettere alle comunità vulnerabili di raggiungere un maggior controllo dei determinanti materiali, sociali e politici di salute e benessere (Potts, 2010). Affrontare questa questione è essenziale e definisce una parte importante di quello che sarà l'orientamento dell'azione politica per l'equità in salute. Sebbene sia ampiamente riconosciuta la necessità di empowerment e coinvolgimento della comunità, il processo vero e proprio è carico di sfide. Anche se tali sfide hanno spesso origine semplicemente dall'erogazione di informazioni, non sempre culminano in una vera collaborazione con azioni di comunità. È altrettanto difficile rendere possibile il controllo da parte della comunità, quando le agende di salute o gli obiettivi di un programma sono stabiliti dall'esterno. Nel processo di revisione del modo in cui i programmi di salute possano integrare meglio gli approcci partecipativi, è utile tenere conto delle seguenti domande:

1. Qual è il tipo di partecipazione auspicato? quale funzione svolgerebbe e da quale prospettiva?
2. Le donne e gli uomini hanno partecipato equamente, sia come beneficiari che come membri del personale del programma? Il programma ha considerato come le norme di genere ed altre norme socio-culturali passano impedire la partecipazione di donne e uomini ed ha affrontato questo problema in modo adeguato?
3. Qual è il livello o la misura di partecipazione (ad esempio, dal fornire informazioni allo sviluppare empowerment)?
4. In quali fasi del ciclo del programma avviene la partecipazione (ad esempio valutazione dei bisogni, pianificazione, implementazione, monitoraggio e valutazione) e a quali livelli (locale, regionale, nazionale)?
5. In che modo gli approcci partecipativi vengono applicati nel lavoro quotidiano e come sono in relazione ai ruoli del personale sanitario?
6. Chi all'interno della popolazione target ha opportunità di partecipare (vale a dire ci sono opportunità eque)?
7. Quali sono i meccanismi e le risorse richieste dal programma per sostenere la partecipazione sociale?
8. Oltre il programma, in che modo la partecipazione sociale è sostenuta all'interno e al di fuori del sistema sanitario?

In questo step, alcune di queste questioni verranno esplorate più nel dettaglio.

Tipologie e funzioni della partecipazione: esistono molte concettualizzazioni e modelli per esaminare tipologie e funzioni della partecipazione.

La tabella 6.2 illustra le funzioni che i vari tipi di partecipazione possono avere.

Nel progettare approcci partecipativi è essenziale che le autorità sanitarie abbiano una chiara visione della funzione auspicata, in caso contrario gli sforzi possono non avere l'effetto voluto. Nel restare fedeli alla partecipazione nel contesto di HRBA (Human Rights-Based Approaches), questa funzione deve essere quanto più "trasformativa" possibile, con l'empowerment sia come precursore che come obiettivo finale della partecipazione. Verso l'empowerment, la principale funzione della partecipazione trasformativa è quella di "costruire capacità politica, coscienza critica e fiducia, mettere le persone nella condizioni di indicare diritti e aumentare l'accountability".

Come già detto, l'obiettivo della funzione "trasformativa" è quello di portare all'empowerment. "Empowerment" è un termine dibattuto con molte definizioni. Una utilizzata spesso è "espansione delle risorse e delle capacità delle persone povere di partecipare, negoziare, influenzare, controllare istituzioni responsabili che condizionano le loro vite".

In questa definizione, ed in altre, emergono due elementi distinti. Uno di essi è legato all'azione/agency<sup>1</sup> (influenzata dalle risorse e dalle capacità delle persone), mentre il secondo all'ambiente istituzionale (che offre alle persone opportunità di esercitare agency / l'azione). Nel pianificare gli approcci partecipativi, le autorità sanitarie possono essere consapevoli di questi due elementi distinti, così come della loro natura collegata che si rafforza a vicenda. Il riconoscimento di questi due elementi distinti sta al passo con HRBA della salute, il che evidenzia, tra l'altro:

empowerment delle persone, affinché conoscano e rivendichino i loro diritti;

far aumentare la capacità e la responsabilità di individui ed istituzioni, responsabili di rispettare, tutelare e realizzare i diritti.

Livelli di partecipazione: esistono varie classificazioni dei livelli di partecipazione; una utilizza una scala

---

1. Amartya Sen, nello sviluppare l'approccio alle capacità definisce agency come "quello che una persona è libera di fare ed ottenere quando persegue obiettivi o valori che ritiene importanti" (1985). Questa definizione collega agency alla capacità di partecipare ad azioni economiche, sociali e politiche.

Tipologia di partecipazione	Funzione principale della tipologia di partecipazione	Interesse della salute o del programma	Interesse della popolazione
Nominale o funzionale	Coinvolgere/arruolare le persone in progetti o processi, in modo da garantire il rispetto, minimizzare il dissenso, dare legittimità	Legittimazione	Inclusione
Strumentale	Fare in modo che i progetti e gli interventi vengano gestiti in modo più efficiente, acquisendo contributi e delegando responsabilità	Efficienza	Riduzione dei costi mediante vantaggi per l'accesso
Rappresentativa	Entrare in sintonia con le idee e i valori della gente, raccogliere buone idee, disinnescare l'opposizione, promuovere la ricettività	Sostenibilità e informazioni	Influenza e responsabilità
Trasformativa	Costruire capacità politiche, coscienza critica e fiducia; mettere le persone nelle condizioni di rivendicare diritti; favorire la responsabilità	Empowerment	Empowerment

Tabella 6.2- Tipologie e funzioni della partecipazione

che va dall'informare, al consultare, coinvolgere, collaborare alla responsabilità nel prendere decisioni. Independentemente da come vengono classificati i livelli di partecipazione è importante riconoscere che ciascun livello corrisponde a un diverso insieme di attività.

Applicare un approccio partecipativo lungo tutto il ciclo del programma: allo stesso modo, nella pratica i livelli di partecipazione possono variare in tutto il ciclo di un programma. Ad esempio, in tutte le fasi di valutazione dei bisogni e di pianificazione, monitoraggio e valutazione i livelli possono essere diversi, e possono esserci delle fasi in cui, ad esempio, il livello di partecipazione sociale è più su "informare" e altre in cui è più su "collaborare". Tuttavia, le autorità sanitarie dovrebbero avere un approccio alla partecipazione basato sui diritti umani e considerare come far aumentare i livelli di partecipazione in tutto il ciclo del programma. Per integrare piattaforme e meccanismi per la partecipazione sociale, è necessario allocare risorse, sia finanziarie che umane, e mettere a punto framework programmatici di sostegno e politici. Questo, in particolare, se la partecipazione sociale diventa una componente integrata e stabile del modo di funzionare del programma.

Eque opportunità di partecipazione: è importante considerare chi partecipa e se le piattaforme stabilite per la partecipazione possano involontariamente escludere qualcuno. Le sottopopolazioni che possiedono minori livelli di istruzione e/o sono analfabete, o che vivono in aree remote, dispongono di una

minore connettività in relazione all'information technology; sono molto occupate nel soddisfare le necessità basilari di sopravvivenza e devono affrontare ogni giorno condizioni di vita avverse, possono trovarsi ad affrontare, per partecipare, sfide più impegnative, anche se esistono piattaforme per questo. Analogamente, possono esserci norme, ruoli e rapporti di genere che introducono dinamiche di potere e/o limitano le opportunità di coinvolgimento nelle piattaforme partecipate. In particolare, quando si tratta di considerare la partecipazione sociale come un mezzo per ridurre le disuguaglianze in salute, le autorità sanitarie possono provare a promuovere attivamente opportunità per una partecipazione equa, progettando meccanismi e piattaforme accessibili e appropriati per sottopopolazioni più marginalizzate, che tengano conto delle loro condizioni di vita quotidiane e delle norme culturali e di genere.

Traduzione dall'inglese di Giovanni Bauleo