

DOTTORATO DI RICERCA IN

**COOPERAZIONE INTERNAZIONALE E POLITICHE PER LO SVILUPPO
SOSTENIBILE - INTERNATIONAL COOPERATION AND SUSTAINABLE
DEVELOPMENT POLICIES**

Ciclo XXIV

Settore Concorsuale di afferenza:

14/B2 – Storia delle relazioni internazionali, delle società e delle istituzioni extraeuropee

Settore Scientifico disciplinare:

SPS/13 Storia e istituzioni dell'Africa

**Determinanti Sociali e Governance della Salute in Zambia: Politiche
di Sviluppo ed Empowerment Partecipativo**

-

**Social Determinants and Governance of Health in Zambia:
Development Policies and Participatory Empowerment**

Presentata da Samuele Filippini

Coordinatore Dottorato

Prof. Andrea Segrè

Relatore

Prof. Mario Zamponi

Esame finale anno 2012

*Parole chiave: Determinanti Sociali della Salute, Governance, Empowerment,
Partecipazione, Cooperazione Internazionale, Zambia, Unione Europea, Sviluppo*

*A mia moglie Maddalena e ai miei figli
Giacomo, Giuseppe ed Edith*

Indice

Introduzione

1. Contesto teorico di riferimento e letteratura	pag.7
2. Il caso di studio	pag.11
3. Obiettivi e sviluppo della ricerca	pag.19
4. Descrizione del lavoro di ricerca	pag.24
5. Articolazione della tesi	pag.29

Cap. 1 Determinanti sociali, equità, comunità e sistemi sanitari pag.30

1.1 Definizioni principali dei concetti utilizzati pag.30

1.1.1 *Equità* pag.30

1.1.2 *Iniquità e Diseguaglianze in Salute* pag.33

1.1.3 *Salute come Diritto Umano* pag.35

1.1.4 *Accountability e Diritto alla Salute* pag.45

1.1.5 *Empowerment e Potere* pag.53

1.2 Riferimento teorico utilizzato: i determinanti sociali della salute pag.61

1.2.1 *Alcuni elementi da cui partire* pag.61

1.2.2 *Alcuni cenni storici relativi ai Determinanti Sociali della Salute* pag.61

1.2.3 *I valori chiave nel quadro concettuale dei Determinanti Sociali della Salute* pag.62

1.2.4 *Elementi e concetti teorici relativi alla produzione sociale della salute e della malattia* pag.63

1.2.5 *La struttura teorica e concettuale dei Determinanti Sociali della Salute* pag.64

1.2.6 *Azioni contro le iniquità e ineguaglianze in salute* pag.69

1.2.7 *Primi elementi dell'analisi della Commissione per i Determinanti Sociali della Salute* pag.69

1.2.8 *Gli elementi e modelli chiave dell'analisi della CSDH* pag.72

1.2.8.1 *Il contesto socio-economico e politico*

1.2.8.2 *I Determinanti Strutturali e la posizione socioeconomica*

1.2.8.3 *I Determinanti Intermedi*

1.2.8.4 *Il ruolo della coesione sociale*

1.2.8.5 *Sintesi dei meccanismi dei Determinanti Sociali della Salute*

1.3 Le politiche e gli interventi	pag.87
1.3.1 <i>Framework teorico per analizzare le politiche</i>	pag.88
1.3.2 <i>Principali orientamenti per l'intervento</i>	pag.90
1.3.2.1 <i>Azione contestualizzata</i>	
1.3.2.2 <i>Azione Interstettoriale</i>	
1.3.2.3 <i>Partecipazione sociale e l'empowerment delle popolazioni</i>	
1.3.2.4 <i>Modello teorico di intervento delle politiche</i>	
1.4 Implicazioni per i differenti attori in gioco	pag.95
Cap. 2 Partecipazione e settore sanitario	pag.98
2.1 <i>Cenni storici del concetto</i>	pag.99
2.1.1 <i>Partecipazione</i>	pag.99
2.1.2 <i>Partecipazione nel sistema sanitario</i>	pag.104
2.2 <i>Approcci teorici, modelli e definizioni</i>	pag.115
2.2.1 <i>Teoria degli Spazi di partecipazione</i>	pag.118
2.2.2 <i>Empowered Participatory Governance</i>	pag.123
2.2.3 <i>Partecipazione e diritti umani (Human Rights Based Approach)</i>	pag.125
2.3 <i>Interpretare il ruolo della società civile e del decentramento</i>	pag.130
2.4 <i>Modelli di analisi, ricerca, studi e teorizzazioni di partecipazione in salute</i>	pag.145
2.5 <i>Problemi e ostacoli rispetto alla partecipazione</i>	pag.165
2.6 <i>Proposte e prospettive della partecipazione in salute</i>	pag.171
Cap. 3 La politica e il sistema sanitario in Zambia	pag.178
3.1 <i>Dallo Stato sviluppatista al post – Washington Consensus</i>	pag.181
3.2 <i>Indirizzi di sviluppo recenti e politiche del settore sanitario</i>	pag.190
3.3 <i>Il dibattito politico sulla sanità alle recenti elezioni politiche e presidenziali</i>	pag.216
Cap. 4 Aiuto allo sviluppo e Cooperazione sanitaria in Zambia	pag.222
4.1 <i>L'aiuto allo sviluppo: fonti e flussi</i>	pag.223
4.2 <i>Aiuto allo sviluppo e settore sanitario</i>	pag.260
4.3 <i>Il Sector Wide Approach</i>	pag.272
4.4 <i>L'applicazione dello SWAp nel settore sanitario in Zambia</i>	pag.281
4.5 <i>SWAp e partecipazione: elementi teorici e applicazione in Zambia</i>	pag.290

4.6	<i>Attori della cooperazione nel settore sanitario in Zambia e partecipazione: alcuni casi</i>	pag.302
Cap. 5	Il tema della partecipazione e dell'<i>empowerment</i> delle comunità nel settore sanitario in Africa e in Zambia	pag.323
5.1	<i>Partecipazione e salute in Africa: esperienze, criticità, proposte</i>	pag.324
5.1.1	<i>Società civile e recenti transizioni e dinamiche politiche in Africa: alcuni cenni</i>	pag.326
5.1.2	<i>Decentramento e partecipazione in Africa</i>	pag.335
5.1.3	<i>Esperienze presenti in letteratura e di rilievo per il processo di ricerca</i>	pag.344
5.2	<i>Partecipazione istituzionalizzata in Zambia: cenni storici, linee guida, proposte politiche e realtà</i>	pag.356
5.2.1	<i>Cenni storici</i>	pag.356
5.2.2	<i>Linee guida e programmi</i>	pag.368
5.2.3	<i>Dati di realtà sulla partecipazione e i meccanismi di empowerment in ambito istituzionale</i>	pag.375
5.3	<i>Proposte e azioni della società civile su determinanti sociali e partecipazione</i>	pag.402
5.3.1	<i>CHESSORE e l'Equity Gauge</i>	pag.407
5.3.2	<i>Il progetto CASE (Civil Society Advocacy Sensitization and Empowerment)</i>	pag.415
5.3.3	<i>CSPR e budget tracking</i>	pag.422
5.3.4	<i>Civil Society Health Forum Zambia e Copperbelt (e Oxfam Zambia)</i>	pag.431
5.3.5	<i>Caritas e JCTR (Jesuit Centre for Theological Reflection)</i>	pag.433
	Conclusioni	pag.439
	Bibliografia	pag.453
	Documenti istituzionali	pag.457
	Articoli e paper	pag.464
	Sitografia	pag.479
	Appendice	pag.484
I.	<i>Abbreviazioni e sigle</i>	
II.	<i>Profilo e descrizione dei soggetti intervistati</i>	

Ringraziamenti

Vorrei innanzitutto ringraziare il Prof. Zamponi e il Prof. John Lungu per la collaborazione prestata al lavoro di ricerca in Italia e in Zambia.

Un pensiero di ringraziamento va anche a tutti gli interlocutori zambiani e non, che si sono resi disponibili e mi hanno aiutato nel percorso di ricerca e di conoscenza: le persone incontrate nei *Compounds* di Ndola e negli *Health Centre*, Alessandro Zanotta, Angela Spilsbury, Audrey Mwendapole, Cannon Kahilu Mukuma, Charlene Bangwe Chama, Charles Muchimba, Chiara Bodini, Christine Mwape, Christopher Knauth, Clara Mbwili, Collins Chansa, Daniela Concina, Dominic Liche, Edmond Kangamungazi, Esben Sonderstrup, Gianclaudio Bizzotto, Giulia Amerio, Greg Chikwanka, Ifoma H. Mulewa, Joao Barbedo, John B., Joseph Changala, Juan Garay, Kagulula Solomon, Lewis Mwape, Lynette Maambo, Mara Rossi, Marcel van Driel, Margaret, Milimo Mwiba, Miriam Chama, Monica Mutesa, Nshindano Patrick Kryticous, Oliver S. Saasa, Padre Peter J. Henriot, Pascal Bwalya, Patrick Mwela, Paul Kalinda, Petra Hagelstam, Pierfranco Alloa, Remmy Shawa, Sabrina Bazzanella, Sr. Matilda Mubanga, Stenford Zulu, Thabale Jack Ngulube, Padre Umberto, Vittorio Prodi, William Chilufya, Yoram Siame, Zaza Curran, i componenti del Centro Salute Internazionale di Bologna, Maura, Ardigò e Carla, compagni di Dottorato. Ringrazio i componenti del Dipartimento di Economia dell'UNZA per il confronto iniziale sul lavoro di ricerca e le organizzazioni non governative citate in questa tesi per le informazioni rese disponibili. Vorrei ringraziare infine i volontari e i ragazzi dei progetti della Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII in Zambia, con cui ho condiviso momenti di gioco e di lavoro e che mi hanno consentito di conoscere una parte importante dello Zambia: il futuro di questo paese. Un grazie infine a Maxwell Banda, guida preziosa e fidata a Lusaka.

Introduzione

1. Contesto teorico di riferimento e letteratura

A 30 anni dalla Dichiarazione di Alma Ata, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS / WHO) nel corso della sua 62^a Assemblea (Ginevra, Maggio 2009, risoluzione WHA62.14) ha posto nuovamente, e con particolare forza, la sua attenzione al tema dell'equità,¹ dei determinanti sociali della salute² e allo sviluppo di una sanità operante tramite un approccio *comprehensive* e non *selective*, a partire dallo sviluppo di un sistema di *Primary Health Care* (PHC)³, come anche ribadito dall'ultimo *World Health Report* dell'OMS dal titolo "Primary Health Care (Now More Than Ever)".⁴ In particolare il riferimento ai lavori della Commissione sui Determinanti Sociali della Salute dell'OMS⁵ ci fornisce un articolato e complesso documento di analisi, proposta e indirizzo in merito alle politiche di cooperazione e aiuto allo sviluppo, attuate dalle Organizzazioni Intergovernative, dai singoli stati nei rapporti bilaterali, dalle Organizzazioni Non Governative di cooperazione, ed in merito alle politiche di sviluppo sociale ed economico degli Stati nazionali, non tralasciando di considerare il ruolo di Ong locali e della società civile (Non State Actors, NSA).

A questo contributo si deve aggiungere il fatto che la recente conferenza a Rio de Janeiro (2011)

¹ "...to tackle the health inequities within and across countries through political commitment on the main principles of "closing the gap in a generation" as a national concern, as is appropriate, and to coordinate and manage intersectoral action for health in order to mainstream health equity in all policies, where appropriate, by using health and health equity impact assessment tools; to develop and implement goals and strategies to improve public health with a focus on health inequities; to take into account health equity in all national policies that address social determinants of health, and to consider developing and strengthening universal comprehensive social protection policies, including health promotion, disease prevention and health care, and promoting availability of and access to goods and services essential to health and well-being..." (WHA62.14), Fonte: http://apps.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf (Ottobre 2009).

² "The social determinants of health are the conditions in which people are born, grow, live, work and age, including the health system. These circumstances are shaped by the distribution of money, power and resources at global, national and local levels, which are themselves influenced by policy choices. The social determinants of health are mostly responsible for health inequities - the unfair and avoidable differences in health status seen within and between countries". Fonte: http://www.who.int/social_determinants/en/ (Novembre 2009).

³ "The ultimate goal of Primary Health Care is better health for all. WHO has identified five key elements to achieving that goal:

- reducing exclusion and social disparities in health (universal coverage reforms);
- organizing health services around people's needs and expectations (service delivery reforms);
- integrating health into all sectors (public policy reforms);
- pursuing collaborative models of policy dialogue (leadership reforms); and
- increasing stakeholder participation.

Fonte: http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/index.html (Novembre 2009).

⁴ Fonte: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html> (Agosto 2009).

⁵ Fonte: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html (Agosto 2009).

sui Determinanti Sociali della Salute⁶ ha ribadito e rilanciato le proposte della Commissione dell'OMS/WHO sui Determinanti Sociali della Salute (CSDH) concentrandosi su: *governance*, promozione della partecipazione, settore sanitario, politiche di salute globale, analisi e ricerca come basi di informazione per le politiche e contributo all'*accountability* rispetto ai Determinanti Sociali della Salute (*Social Determinants of Health – SDH*).⁷

Nei contributi dell'OMS/WHO, l'azione di tutela e promozione della salute della propria popolazione da parte degli Stati, viene interpretata come la base e la chiave di lettura delle complessive politiche di sviluppo delle popolazioni e la realizzazione di condizioni essenziali di vita e di pienezza dei diritti umani fondamentali: nel rapporto finale della CSDH⁸ viene proposto (al Capitolo 10 in particolare) una visione politica relativa all'equità in salute e una complessiva *governance* dello sviluppo e si propone l'equità in salute come *marker* del progresso sociale.⁹ Questa rinnovata rilevanza del tema "salute" si ritrova, in modo diretto e indiretto, in tutti gli Obiettivi del Millennio (MDGs)¹⁰ e la salute, la sua distribuzione, il suo mantenimento e tutela, vengono altresì individuati come garanzia di sviluppo economico¹¹.

L'attenzione posta dalla Commissione dell'OMS sui Determinanti Sociali della Salute (CSDH) relativamente al tema del *community engagement and empowerment*¹² con riferimento al sistema del *Primary Health Care (PHC)*¹³ conferma la rilevanza critica della partecipazione in relazione ad una forma specifica di organizzazione del sistema sanitario (con un approccio che potremmo definire bottom-up). Considerando l'ineguale distribuzione di potere, denaro e risorse, una specifica serie di raccomandazioni è dedicata al *Political Empowerment – Inclusion and Voice*.

Nell'analisi della CSDH la stessa legittimità e sostenibilità dello Stato e la capacità di “good

⁶ WHO World Conference on Social Determinants of Health, 19 – 21 Ottobre 2011, Rio de Janeiro.

⁷ WHO (2011), *Closing the Gap: Policy into Practice on Social Determinants of Health : Discussion Paper*, Geneva; WHO World Conference on Social Determinants of Health (2011), *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*, 19 – 21 Ottobre 2011, Rio de Janeiro.

⁸ WHO (2008), *Closing the Gap in a Generation: health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health*, Ginevra.

⁹ Nel rapporto WHO (2011), *Closing the Gap: Policy into Practice*, Op. Cit., troviamo: "Recommandation 10.1: Parliament and equivalent oversight bodies adopt a goal of improving health equity through action on the social determinants of health as a measure of government performance: Making health equity a marker of the progress of society requires its adoption and leadership at the highest political level within a nation. Parliament, or other governing body, is a key institution for promoting health equity through its representative, legislative, and oversight roles".

¹⁰ Tra i MDGs con specifico riferimento al tema della salute ve ne sono almeno 4 (gli obiettivi 4, 5, 6, 8) con riferimento diretto nonché numerosi indicatori con riferimento diretto e indiretto ed un obiettivo (7) con un collegamento causale diretto sulla salute.

¹¹ Sul collegamento tra salute e sviluppo economico insiste il Rapporto OMS/WHO (2001), *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*, Report of the Commission on Macroeconomics and Health, Ginevra.

¹² WHO (2008), *Closing the Gap in a Generation*, Op. Cit., pag. 96

¹³ Sempre in WHO (2008), *Closing the Gap in a Generation*, Op. Cit.: "The PHC model emphasizes community participation and social empowerment, even in the face of local power imbalance, resource constraints, and limited support from higher levels of the health system".

governance” vengono analizzate con riferimento ai temi della distribuzione e condivisione del potere. In questa analisi si ritrovano diversi elementi della *governance* di uno Stato: dalle politiche redistributive della ricchezza, alle condizioni di lavoro e di partecipazione ai processi produttivi, alle questioni di decentramento e di asimmetrie di potere tra centro e periferia, ambiti urbani e rurali, differenti comunità, come pure le questioni relative all'istruzione ed all'educazione sino alle questioni di genere, di accesso alle risorse idriche e di protezione dagli effetti del cambiamento climatico. E' interessante considerare le politiche di diverso livello e la posizione dei cittadini o delle forme di cittadinanza espresse nelle forme di aggregazione sociale specifiche dei singoli paesi: le comunità, le Organizzazioni Non Governative (ONG), le realtà non statuali (*Non State Actors*, NSA) e la complessa ed articolata società civile.

L'insieme delle raccomandazioni della CSDH (e dei lavori correlati e preparatori anche da un punto di vista della struttura teorica) relative alla partecipazione e alle azioni di *empowerment* partecipativo hanno costituito la premessa teorica e la chiave di lettura per la comprensione delle politiche nazionali e di cooperazione allo sviluppo in campo sanitario in Zambia (e nel Copperbelt, ambito privilegiato di esplorazione nel lavoro di campo). Nella tesi ho considerato la complessa elaborazione teorica e politica relativa ai determinanti sociali della salute e le riflessioni anche critiche sul tema della partecipazione e dello sviluppo in campo sanitario presenti nel recente dibattito internazionale. Infine elementi essenziali di questa ricerca e del lavoro di tesi sono il contributo, le proposte, le buone prassi sperimentate e le ricerche promosse dalla società civile globale (con particolare riferimento al *People Health Movement* e all'*International People's Health University*¹⁴), dello Zambia e dell'area Sub-Sahariana (mi riferisco in particolare al centro *Equinet Africa - Regional Network on Equity in Health in Southern Africa* e a *CHESSORE – Centre for Health Science and Social Research*).¹⁵

A partire dagli elementi teorici esposti ho sviluppato la raccolta ed analisi della letteratura, con le seguenti caratteristiche e funzioni nella tesi:

- Articoli scientifici, report o *position paper*, documenti ufficiali, soprattutto dell'OMS/WHO, facenti riferimento allo schema concettuale dei Determinanti Sociali della Salute e ai principi di equità e partecipazione nel contesto della salute. Tale letteratura ha costituito il primo riferimento per la parte metodologica di ricerca e tesi e un utile riferimento per comprendere sia la posizione della WHO che il dibattito a livello globale, incluso il recente

¹⁴ Durante la mia ricerca ho avuto l'occasione di partecipare a una delle iniziative dell'*International People's Health University* a Londra (Aprile 2010) potendo approfondire i temi della mia ricerca e il confronto con esperienze di altri paesi europei e non europei.

¹⁵ Ne è un esempio il lavoro di Gilson L., Ngulube T.J., et al. (2006), *Applying Policy Analysis in Tackling Health-equity Related Implementation Gaps*, Equinet Discussion Paper n. 28, Harare; come pure le numerose pubblicazioni di R. Loewenson.

documento approvato a Rio de Janeiro nel quadro della Conferenza Mondiale sui Determinanti Sociali della Salute.

Letteratura indirizzata all'approfondimento del diritto umano alla salute come approccio teorico fortemente collegato al tema della partecipazione e dei Determinanti Sociali della Salute, fornendo non solo una struttura teorica ma anche strumenti operativi, riscontrabili o meno nella realtà, utili all'analisi del caso.

- Riferimenti a esperienze di gruppi e movimenti di base, in rete a livello internazionale, proponenti un modello di sviluppo e di realizzazione delle politiche sanitarie e della salute di individui e popoli. In particolare le pubblicazioni di *Equinet Africa - Regional Network on Equity in Health in Southern Africa*, *TARSC-Training and Research Support Centre* e del *People Health Movement*. In Italia sono stati di riferimento per il mio lavoro l'attività e le persone del Centro Salute Internazionale presente all'Università di Bologna, l'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale e il sito <http://saluteinternazionale.info/>.¹⁶ A queste fonti si è fatto riferimento sia per cogliere gli elementi esperienziali che per comprendere e interpretare la realtà incontrata nello studio di caso relativamente alle esperienze di partecipazione.
- Articoli scientifici, report o position paper, documenti ufficiali riferiti al tema della cooperazione internazionale nei settori della salute, della *governance*, dei diritti umani e della partecipazione. Componente essenziale per cogliere le tendenze degli attori di cooperazione e i linguaggi e le nuove parole d'ordine proposte. Documenti e letteratura attinenti alla cooperazione internazionale allo sviluppo condotta dalla Unione Europea.
- Documentazione ufficiale, "grigia" e letteratura collegata al territorio dello studio di caso. Questa documentazione, integrata dalle interviste e dalle visite, è stata utile per comprendere le problematiche e le direzioni operative degli operatori sanitari e della società civile rispetto al tema della partecipazione e delle politiche di *governance* della salute.
- Documenti, articoli e analisi riferite al tema della partecipazione: la possibilità di avere una visione complessiva (teorica e applicativa) alla partecipazione, come pure la conoscenza di altri casi – studio e analisi approfondite è stato strumento essenziale per interpretare i confini del fenomeno nell'ambito di studio, le contraddizioni, le dinamiche, le proposte dei soggetti maggiormente attivi a vari livelli. La stretta relazione tra il concetto di *empowerment*, di potere e di partecipazione contraddistinguono larga parte della letteratura recente, esaminata

¹⁶ (Dicembre 2011).

e utilizzata nella tesi.

- Elementi di storia del continente africano e specificatamente dell'area Sub-Sahariana e dello Zambia, utili per conoscere il percorso istituzionale, politico e sociale dell'area e del paese e comprendere le diverse fasi delle politiche di sviluppo. A questo si aggiunge la lettura e studio sia di articoli di giornali locali che dei programmi politici dei partiti in Zambia alle recenti elezioni. Nella conoscenza dello Zambia punto di partenza è stato il lavoro di Miles Larmer relativo alla storia del movimento sindacale minerario dello Zambia e alcuni testi di analisi politica e storica del paese¹⁷, senza dimenticare i testi di alcuni docenti del Dipartimento di Politica – Istituzioni e Storia come pure la rivista "Africa e Orienti" e la sitografia dedicata a quest'area e paese.¹⁸

Documentazione e letteratura relativa alle esperienze:

- dell'*Equity Gauge* sviluppatosi in Zambia con l'apporto essenziale del *CHESSORE (Centre for Health Science and Social Research, Lusaka)* e della cooperazione allo sviluppo svedese (SIDA);
- del *Budget Tracking* sperimentato dal *CSPR (Civil Society for Poverty Reduction, Lusaka)*;
- documentazione prodotta dal *Copperbelt Civil Society Health Forum* (sostenuto da *Oxfam Zambia*) e al progetto *CASE (Civil Society Advocacy Sensitization and Empowerment)* finanziato dall'Unione Europea e promosso dallo *Zambia Council for Social Development* con il sostegno di *ActionAid Zambia*.

Essenziali per approfondire alcune pratiche e sperimentazioni avviate anche in collegamento con interlocutori della cooperazione internazionale allo sviluppo.

2. *Il caso di studio*

Alcune caratteristiche e sviluppi storici e politici hanno fatto dello Zambia, un ambito di osservazione privilegiata per la mia tesi. Nella fase successiva all'indipendenza (1964), ereditando

¹⁷ Larmer M. (2007), *Mineworkers in Zambia: labour and political change in post-colonial Africa*, Tauris, Londra e New York; Gewald JB, Hinfelaar M., Macola G. (2008), *One Zambia, Many Histories – Towards a History of Post – Colonial Zambia*, Ed. Brill, Leiden; Phiri B.J. (2006), *A Political History of Zambia*, Africa world Press Inc.; Saasa O., Carlsson J. (2002), *Aid and poverty reduction in Zambia : mission unaccomplished*, Nordic Africa Institute, Uppsala; Lungu J. (2008), "Socio-economic change and natural resource exploitation: a case study of the Zambian copper mining industry", in *Development Southern Africa* Vol. 25, No. 5, December 2008.

¹⁸ Mi riferisco in particolare a: Zamponi M., Pallotti A. (2010), *L'Africa Sub-Sahariana nella Politica Internazionale*, Le Monnier; Zamponi M. (2006), "Democrazia e Transizioni Politiche – L'Africa Sub-Sahariana nell'Era del Post – Washington Consensus", in *900 – Rassegna di Storia Contemporanea* n. 14-15 del 2006; Gentili A.M. (2008), *Il leone e il cacciatore : storia dell'Africa sub-sahariana*, Carocci, Roma.

un sistema sanitario di epoca coloniale che escludeva larga parte della popolazione dall'accesso a servizi sanitari, il Governo dello Zambia avviò una massiccia politica di sviluppo delle strutture e di libero accesso ai servizi sanitari sia nelle aree rurali che in quelle urbane attraverso massicci investimenti nel settore sanitario: secondo i dati dell'Ufficio Centrale di Statistica gli ospedali passarono da 19 nel 1964 a 42 nel 1990, mentre i *rural health centres* da 187 a 661¹⁹. Negli anni Ottanta, al fine di ridurre le ineguaglianze nelle strutture che ancora caratterizzavano le aree rurali rispetto a quelle urbane, nonché le problematiche di accesso ai servizi sanitari, il Governo dello Zambia adottò l'approccio del *Primary Health Care* promosso nella conferenza dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1978 ad Alma Ata.²⁰ Proprio mentre il Governo tentava di rispondere alla crescente e inesausta domanda di accesso ai servizi sanitari, lo Zambia attraversò una forte crisi economica e finanziaria (con un elevato indebitamento) che provocò una riduzione della spesa reale nel settore sanitario e un deterioramento qualitativo e quantitativo dei servizi sanitari.²¹ Negli anni Novanta lo Zambia avviò, parallelamente all'affermarsi di una democrazia multipartitica e alla fine del Governo del partito unico *UNIP (United National Independent Party* del Presidente – “Padre della Patria” Kenneth Kaunda), una prima riforma del settore sanitario con al centro l'obiettivo di un sistema sanitario di qualità, costo – efficace, equo nell'accesso e quanto più vicino alle famiglie rilanciando conseguentemente l'approccio PHC²². La riforma del sistema sanitario degli anni Novanta, dando continuità ad alcuni processi avviati nel decennio precedente, ha posto in essere una struttura di *health boards* finalizzati a favorire le forme di partecipazione delle comunità e dei diversi attori coinvolti. Tale struttura è rimasta tale fino alla successiva riforma del 2005, che ha modificato la struttura della *governance* del sistema sanitario zambiano nel quadro di un processo di razionalizzazione, accentuandone gli elementi di centralizzazione a capo del Ministero della Salute (*Ministry of Health Republic of Zambia - MoH*). Infine, dopo un primo documento politico del 2002 – 2003, solo a partire dal 2009 è ripreso il processo di decentramento di alcuni ministeri dello Stato

¹⁹ Macwan'gi M., Ngwengwe A. (2004), *Effectiveness of District Health Boards in interceding for the community*, EQUINET DISCUSSION PAPER 19, Harare.

²⁰ Al capo VI della dichiarazione si incontra la seguente definizione di Primary Health Care: “Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process”. Al successivo capo VII troviamo inoltre: “5. requires and promotes maximum community and individual self-reliance and participation in the planning, organization, operation and control of primary health care, making fullest use of local, national and other available resources; and to this end develops through appropriate education the ability of communities to participate;”. WHO (1978), *Declaration of Alma-Ata - International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.

²¹ Saasa O., Carlsson J. (2002), Op. Cit.; Macwan'gi M., Ngwengwe A. (2004), Op. Cit.

²² Macwan'gi M., Ngwengwe A. (2004), Op. Cit.

Zambiano tra cui il Ministero della Salute dello Zambia (MoH).

Se guardiamo allo stato di salute della popolazione, lo Zambia vive una situazione tuttora critica per quanto riguarda gli indicatori di salute come segnalato nel documento di programmazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in Zambia.²³

Il contesto di analisi pertanto si caratterizza per un sistema originariamente orientato secondo i dettami di Alma Ata, anche se profondamente sotto-finanziato e con notevoli carenze strutturali e di personale, che ha visto progressivamente erodersi gli spazi di partecipazione che appaiono formalmente presenti o comunque attivi o attivati in base alla volontà degli operatori o dei livelli dirigenziali distrettuali (*District Health Management Team, Provincial Health Office*) con il concorso di componenti della società civile.

Vorrei segnalare inoltre che lo Zambia, a differenza di altri paesi dell'Africa e dell'area Sub-Sahariana, non ha vissuto direttamente conflitti armati pluriennali, occupazioni militari di lungo termine o dittature particolarmente cruente (anche se non sono mancate e mancano espressioni di violenza politica nella storia del paese)²⁴, pur in presenza di un lungo regime a "partito unico" tra il 1972 e il 1991 terminato con una transizione complessivamente pacifica e democratica. Ci troviamo quindi di fronte a una storia relativamente pacifica e caratterizzata da processi elettorali democratici (sei elezioni multipartitiche dal 1991 al 2011) di un paese che ha svolto anche una funzione strategica nelle lotte di liberazione dall'*apartheid* in Sud Africa.²⁵

Complessivamente si possono rilevare nella storia politica e nelle dinamiche sociali ed economiche dello Zambia alcune problematiche maggiormente diffuse in molti dei paesi dell'area:

- ✓ la presenza di ingenti risorse minerarie nel sottosuolo ha consentito una fase di forte sviluppo dopo l'indipendenza del 1964, ma successivamente lo Zambia non ha saputo o

²³ WHO Zambia (2009), *WHO Country Cooperation Strategy, 2008-2013 Zambia*, Brazzaville: "In Zambia, although significant progress has been made in terms of political, economic and social development since its independence in 1965, malaria, HIV and AIDs remain the major drivers of the disease burden, with an adult HIV prevalence rate of 14% (in 2007). The health sector is challenged by a number of factors that have continued to present significant obstacles to health service delivery, including: critical shortages and unbalanced distribution of qualified health workers at all levels of the public health system; shortages and erratic supply of essential drugs and medical supplies, attributed to several challenges, including, notably procurement and logistics management problems. Inadequate and poor state of essential infrastructure, equipment and transport, particularly in rural areas and inadequate funding of the health sector, which is currently below the 15% of the discretionary budget recommended by the Abuja Declaration. The Government of Zambia has acknowledged the severity of the situation and there is renewed political and financial commitment to improving the health status of the people of Zambia. Other health development challenges that are being addressed through the Ministry of Health's National Health Strategic Plan 2006-2010 include: reducing under five and maternal deaths, improving equity and access to health services, containing the increasing trend of major noncommunicable diseases(NCDs), strengthening epidemic alert and emergency preparedness, human resource development, financing health care and coordinating the alignment and harmonization of development partners' contribution to support the health sector".

²⁴ Gewalt JB, Hinfelaar M., Macola G. (2008), Op. Cit.

²⁵ Burnell P. (2005), "From Low-conflict Polity to Democratic Civil Peace: Explaining Zambian Exceptionalism", in *African Studies*, 64, 2, December 2005.

- potuto utilizzare appieno le potenzialità derivanti da una fase espansiva dell'economia trainata fino alla metà degli anni '70 dall'elevato export di rame a prezzi elevati, seguite da una pesante crisi e dai processi di intensiva privatizzazione a partire dagli anni '90;
- ✓ le contraddizioni post-coloniali tra le aspettative di benessere e giustizia sociale diffusi e le contraddizioni di una politica sviluppatista non priva di inefficienze, forme di patronage clientelare e progressive carenze democratiche;
 - ✓ la crisi del modello sviluppatista negli anni '70 in concomitanza con il crollo delle esportazioni di rame e in termini assoluti e del loro valore economico, la necessità da parte dello Stato di corrispondere le aspettative di sviluppo delle popolazioni e la conseguente e crescente esposizione debitoria;
 - ✓ la scelta di modalità e forme di gestione del potere politico autoritarie (la cosiddetta "democrazia partecipativa a partito unico" del Presidente e padre dell'indipendenza Kenneth Kaunda);
 - ✓ la prolungata incapacità di fuoriuscire dalla dinamica debitoria e la necessità di adempiere progressivamente, non dopo alcune resistenze interne guidate soprattutto dalle organizzazioni sindacali, ai dettami degli Istituti Finanziari Internazionali del *Washington Consensus* (il Fondo Monetario Internazionale, FMI/IMF, e la Banca Mondiale, BM/WB) nelle forme dei Piani di Aggiustamento Strutturale e delle diverse forme di condizionalità macroeconomiche (privatizzazioni, liberalizzazioni, tagli alla spesa pubblica) e la minaccia di nuove crisi del debito;
 - ✓ le pesanti conseguenze dei Piani di Aggiustamento Strutturale sulle strutture e servizi pubblici, incluso il sistema sanitario, con conseguente crisi del sistema nascente di *welfare state* e peggioramento progressivo degli indicatori relativi ad educazione, salute, alimentazione, occupazione, reddito, capacità di far fronte a malattie: l'inserimento di *user fees* in campo sanitario ha contribuito non solo alla limitazione dell'accesso alle cure sanitarie (con conseguente peggioramento dello stato di salute) ma anche al fenomeno della *health poverty trap*²⁶ in cui molte famiglie ed intere nazioni si trovano intrappolati;
 - ✓ la comparsa e la rapida e profonda diffusione della Sindrome da Immuno-Deficienza Acquisita (HIV/AIDS) ha ulteriormente indebolito un tessuto sociale ed economico provato dalle difficoltà e dalle manovre macroeconomiche e fiscali degli anni '80 e '90, producendo una serie di effetti a catena che hanno comportato lo stabilirsi di un circolo vizioso tra malattia, povertà, crisi economica: un vero e proprio corto circuito nel meccanismo di

²⁶ Whitehead M., Dahlgren G., Evans T. (2001), "Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?", in *Lancet*, 358(9284), pagg. 833–836.

- produzione e riproduzione economico e sociale;
- ✓ il permanere, anche in anni recenti ed in condizioni di relativa crescita e sviluppo economico (in termini di Prodotto Interno Lordo, PIL, o di reddito medio), di forti diseguglianze e disparità:

"Strong macro- economic performance, coupled with fast pace growth in mining, construction, telecommunications and tourism, helped spur GDP growth of 4.9 percent on average in 2001-2008, which peaked at 6.3 percent in 2007. However, Zambia's economic growth has not translated into significant poverty reduction, with 64 percent of the population living below the poverty line and 51 percent considered in extreme poverty according to 2006 data. This represents a small improvement over 1998, when 73 percent of the population were estimated to be below the poverty line and 58 percent in extreme poverty";²⁷

- ✓ la presenza di forti asimmetrie tra aree rurali e urbane in termini di povertà e di servizi pubblici (servizi sanitari, scuole, infrastrutture etc.):

"Poverty in Zambia is also caused by a scarcity of public assets and services. Public services such as health and education frequently bypass the poor, and the services that are available are often under-funded, not well managed, and capacity constrained. Community schools offer a viable alternative to the lack of public facilities in some low-income urban settlements, but the quality of the services offered is rarely up to the standards in government schools. Existing public safety net programs have limited outreach and demand for services far outstrips supply. Infrastructure development, including provision for roads, communications, electricity, drinking water and irrigation, is low in rural Zambia, and access is particularly limited in more isolated regions of the country, where many of the poor reside. Infrastructure is more developed in urban areas but is suffering from inadequate

²⁷ World Bank Country Brief: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/ZAMBIAEXTN/0,,menuPK:375684~pagePK:141132~piPK:141107~theSitePK:375589,00.html>, (Marzo 2009).

capacity and years of poor maintenance";²⁸

- ✓ l'avvicinarsi di più riforme sanitarie, spesso indotte dalle condizioni poste dai donatori internazionali, che se formalmente affermano e indirizzano il sistema sanitario verso un modello di *Primary Health Care* e di equità distributiva e accesso dei servizi, concretamente incidono solo parzialmente sugli indicatori di salute che mostrano andamenti contraddittori e vedono spesso prevalere approcci verticali e per programmi specifici rispetto ad un approccio complessivo e settoriale che mantengono le asimmetrie presenti sia all'interno delle aree urbane che tra aree urbane e aree rurali;
- ✓ la questione della partecipazione e dello sviluppo:

"Often voiceless and powerless, the poor have little influence over institutions of the state. A small but growing subset of the poor is truly destitute, and the fear of joining their ranks, from which there is often no escape, colors the thinking and actions of the poor and non-poor alike. (...) The poor do not participate as extensively as the better off in networks of informal assistance and mutual support: they suffer from poverty of social relations";²⁹

- ✓ l'applicazione in Zambia dei diversi meccanismi di coordinamento e raccordo tra le principali agenzie di Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS/ODA) quali il *Sector Wide Approach* (SWAp) e al contempo uno scenario in cui i Fondi Globali frutto delle *Partnership* Globali tra settore Pubblico e Provato (*Global Public Private Partnership - GPPP*, quale ad esempio il *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*, GFATM), continuano a costituire una percentuale rilevante delle risorse in campo sanitario spesso al di fuori di politiche di raccordo e di sviluppo del settore complessivo e volto a rafforzare l'insieme del settore sanitario;
- ✓ il lento miglioramento degli indicatori di sviluppo umano e delle condizioni di salute della popolazione zambiana nonostante il rilevante intervento dei donatori internazionali nel settore, che pone seri dubbi sulla reale efficacia ed efficienza di tali meccanismi e sulle dinamiche di allocazione degli stessi;³⁰

²⁸ World Bank (2007), *Zambia Poverty and Vulnerability Assessment*, Report No. 32573-ZM, Washington.

²⁹ World Bank Country Brief: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/ZAMBIAEXTN/0,,menuPK:375684~pagePK:141132~piPK:141107~theSitePK:375589,00.html>, (Marzo 2009).

³⁰ Saasa O., Carlsson J. (2002), Op. Cit.

- ✓ processi di riforma contraddittori che dapprima costituiscono forme di partecipazione e dialogo strutturato per poi riaccentrare le forme di gestione dando indicazioni contraddittorie e frammentarie sulla partecipazione, affidata a processi di decentramento spesso discontinui (riforma sanitaria del 2005 e piani di decentramento a partire dal 2002/2003);
- ✓ il ridotto, e in via di ridefinizione, ruolo politico e organizzativo dei sindacati,³¹ che erano stati a lungo protagonisti delle vicende sociali e politiche dello Zambia compreso il passaggio alla democrazia multipartitica, ma al contempo l'emergere di una società civile attiva, seppur ancora fragile e fortemente dipendente dagli aiuti di donatori esterni, e attenta ai temi della *governance*, della partecipazione e dell'equità in salute;
- ✓ un sistema politico che ha vissuto una lunga campagna elettorale, sfociata nel Settembre – Ottobre del 2011 nel cambio di Governo a favore del *Patriotic Front* di Michel Sata, caratterizzata da tensioni crescenti tra il Governo in carica da un lato e le Ong e i principali donatori internazionali dall'altro, proprio con riferimento ai temi della *governance*, dell'*accountability* e della corruzione, anche con riferimento al settore sanitario;
- ✓ l'esistenza teorica di un sistema sanitario ispirato ai principi della PHC ma i cui risvolti pratici, anche alla luce dell'approccio dei SDH, segnalavano conflitti e contraddizioni, e l'esistenza di forme sperimentali di partecipazione e una attenzione rinnovata da parte di numerosi attori dello scenario zambiano.

Un contesto che per certi versi potremmo definire "esemplare", in cui esaminare con attenzione la reale attuazione di impegni formali e proponenti coerenti con la retorica internazionale dello sviluppo e il ruolo dei diversi portatori di interesse.

Per quanto riguarda l'attenzione alla provincia del Copperbelt, questa ha un ruolo storico ed economico rilevante in Zambia e raccoglie in sé alcune delle contraddizioni evidenziate nel percorso storico dello sviluppo dello Zambia. La presenza di siti minerari, prevalentemente dedicati all'estrazione del rame (anche se non mancano giacimenti di altri minerali quali il Cobalto), ha fatto del Copperbelt un'area di intensiva urbanizzazione nelle aree di presenza di miniere, con flussi migratori campagna – città sin dall'epoca del dominio coloniale britannico. Il Copperbelt pur essendo considerato, per la presenza di strutture sociali, produttive e minerarie, tra le aree meno povere dello Zambia, sintetizza le problematiche relative alle disparità di risorse e servizi tra aree urbane e rurali che caratterizzano lo Zambia intero ed è al centro di studi e dibattiti relativi alla redistribuzione delle risorse derivanti dalle miniere di rame, è area di rilievo politico per la forza del *Patriotic Front* nella regione. Il Copperbelt che, pur essendo privilegiato nella distribuzione di

³¹ Larmer M. (2007), Op. Cit.; Mulenga F.E. (2008), "Fighting for Democracy of the Pocket: The Labour Movement in the Third Republic" in Gewald JB, Hinfelaar M., Macola G. (2008), Op. Cit.

strutture e servizi sanitari, mostra indicatori (in particolare per l'HIV/AIDS) non confortanti e una forte presenza di OVC – *Orphans and Vulnerable Children*. Questa provincia inoltre rappresenta l'ambito operativo del neo – nato *Civil Society Health Forum*, frutto dell'intento di sviluppare la partecipazione e l'intervento della società civile nel settore sanitario. Il Copperbelt, infine, come metafora di uno sviluppo iniquo (aree urbane e aree rurali) e della mancata redistribuzione dei benefici delle ricchezze naturali del paese, in cui i processi di privatizzazione aggravano la condizione socio – sanitaria di una consistente parte di popolazione, smantellando largamente (salvo poche eccezioni di responsabilità sociale di impresa) il sistema di *welfare* minerario e aggravando le condizioni ambientali dell'area, con conseguente accrescimento dell'utenza sulle fragili, seppur presenti, strutture sanitarie del Copperbelt:³² un micro-cosmo esemplificativo delle contraddizioni e dei limiti dello sviluppo e delle politiche sanitarie nazionali e internazionali. A tutto questo aggiungo la disponibilità della Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII-Zambia ad ospitarmi per lunghi periodi, a fornirmi l'opportunità per visitare progetti di intervento nei quartieri periferici di Ndola e il supporto nel prendere contatto con alcuni interlocutori del sistema sanitario locale. La presenza nel Copperbelt del Prof. Lungu (Copperbelt University-CBU) e l'opportunità dell'affiliazione presso la CBU hanno permesso una certa focalizzazione su questo territorio e un certo grado di libertà per l'attività di ricerca nel paese.

³² Lungu J. (2008), Op. Cit.; Lungu J., Fraser A. (2006), *For whom the windfalls? - Winners and losers in the privatisation of Zambia's Copper Mines*, CSTNZ – CCJDP, Lusaka

Fig.1 Mappa amministrativa dello Zambia e indicazione dell'area del Copperbelt



Fonte: World Health Organization, www.who.int (Ottobre 2009)

3. Obiettivi e sviluppo della ricerca

Nell’elaborare e discutere gli obiettivi della ricerca, sono partito da alcuni elementi e considerazioni di seguito esposti. Nei lavori preparatori del rapporto³³ della Commissione sui Determinanti Sociali della Salute (CSDH) da parte del *Measurement and Evidence Knowledge Network (MEKN)*³⁴ viene evidenziato come una politica di sviluppo sanitario debba basarsi su processi partecipativi da parte delle comunità coinvolte, sia nella valutazione dei bisogni che nel design delle politiche e che tale orientamento richiede in particolare:

“Training and support for volunteers, peer educators and local

³³ WHO (2008), *Closing the Gap in a Generation*, Op. Cit.

³⁴ WHO - MEKN (2007), *The social determinants of health: developing an evidence base for political action*; Final Report of the Measurement and Evidence Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization, Geneva; WHO - MEKN (2007), *Constructing the evidence base on the social determinants of health: a guide*, Background Document of the Measurement and Evidence Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization, Geneva.

networks, thus ensuring maximum benefit from community-based initiatives; Visibility of political support and commitment; Re-orientation of resource allocation to enable systematic investment in community-based programmes; Policy development and implementation that brings about wider changes in organizational priorities and policies, driven by community-based approaches”,

confermando inoltre che la formazione delle comunità e il loro *empowerment* sono condizioni essenziali per l'implementazione e il mantenimento di interventi efficaci. Viene inoltre posto in evidenza³⁵ come spesso l'attore pubblico a cui spetta il compito di elaborare le politiche, spesso sottoposto a elevate pressioni interne ed esterne, ritiene il coinvolgimento delle comunità lungo e poco gestibile. Nel contempo è essenziale per l'equità un processo di partecipazione e affrontare il tema del potere, nelle sue diverse sfaccettature, nel contesto delle politiche di cooperazione, sanitarie e relative alla *governance*.³⁶ In questa riflessione si inserisce a pieno titolo il problema delle asimmetrie nella distribuzione delle risorse sanitarie (personale, strutture, medicinali) tra le aree urbane e le aree rurali.³⁷ L'*empowerment* delle comunità e delle popolazioni quindi non si può limitare alla trasmissione di conoscenze o al mutamento negli stili di vita, bensì, in un'ottica di determinante sociale della salute, comporta una serie di processi politici e sociali che mutano le esistenti relazioni di potere:³⁸ rilevante considerare il ruolo degli operatori comunitari e del personale sanitario presente nelle cliniche locali nel favorire o meno la partecipazione e nell'instaurare relazioni di potere che incidono sull'equità e sulla partecipazione³⁹. Esistono molteplici livelli di intervento e modalità di intervento che la società civile e le comunità possono svolgere e, nel contempo, la rilevanza che, accanto alla partecipazione, svolge l'*accountability* al fine di ridurre le problematiche di iniquità in salute.⁴⁰ A ciò si collega la fondamentale importanza di una azione politica trasversale a favore dell'equità e per incidere sui determinanti sociali della

³⁵ WHO - MEKN (2007), *The social determinants of health*, Op. Cit.; WHO - MEKN (2007), *Constructing the evidence base*, Op. Cit.

³⁶ WHO (2008), *World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever)*, Ginevra, Pag. 16.

³⁷ Del resto, tra le raccomandazioni della Commissione sui Determinanti Sociali della Salute (CSDH) troviamo: “9.3 National governments and donors increase investment in medical and health personnel, balancing health-worker density in rural and urban areas“ direttamente collegata ad altre due raccomandazioni: "6.4. National and local government develop and implement policies and programmes that focus on: issues of rural land tenure and rights; year-round rural job opportunities; agricultural development and fairness in international trade arrangements; rural infrastructure including health, education, roads, and services; and policies that protect the health of rural to- urban migrants. (...) 16.5. Educational institutions and relevant ministries make the social determinants of health a standard and compulsory part of training of medical and health professionals".

³⁸ WHO (2007), *Civil Society Report for CSDH*, World Health Organization, Geneva.

³⁹ Gilson L., Ngulube T.J., et al. (2006), Op. Cit.

⁴⁰ Loewenson R. (2000), *Participation and accountability in health systems: The missing factor in equity?*, TARSC, Harare.

salute, che venga sostenuta e attuata sia dai governi nazionali che dai soggetti della cooperazione internazionale.⁴¹

Esiste altresì un profondo legame tra un approccio *Human Rights Based Approach* (HRBA) relativo alla salute e i processi e modalità di partecipazione, *accountability*, equità ed *empowerment* dei soggetti portatori dei diritti (tra cui appunto quello alla salute sancito internazionalmente) oltre che dei governi e delle istituzioni internazionali⁴². Non è possibile non tenere infine presente l'uso spesso strumentale di concetti quali partecipazione, *empowerment*, decentramento e la necessità di approfondirne le applicazioni e le elaborazioni politiche attuali, non solo *top – down* ma anche *bottom – up*, rilevandone eventuali elementi di originalità rispetto alla retorica dominante.

L'obiettivo della tesi è quindi considerare l'insieme di questi elementi e sviluppare un'analisi delle politiche di diverso livello, verificando quanto il *framework* teorico relativo alla partecipazione e all'*empowerment* delle comunità nel settore sanitario (a partire dall'elaborato sistema dei Determinanti Sociali della Salute e da altri casi studio o forme sperimentali), trovi corrispondenza e realizzazione nelle politiche di cooperazione internazionale e di sviluppo nazionale, evidenziando quali ostacoli si frappongano e quali modalità prevalgano in Zambia, paese al centro di uno storico sforzo di cooperazione allo sviluppo, che ha visto riproporsi con forza il tema della *governance* e della partecipazione nel sistema sanitario negli ultimi anni. Lo Zambia caso metaforico di possibili mutamenti di strategia dei donatori e ambito di analisi delle relazioni tra visioni centralistiche o al massimo favorevoli a forme di de-concentramento da un lato, e favorevoli al decentramento e alla partecipazione dall'altro⁴³, in una fase storica delicata e contrassegnata dalla crisi economica, dal dibattito interno sulla redistribuzione delle risorse (anche di quelle derivanti dalle miniere di rame del Copperbelt), dalle elezioni politiche e presidenziali (2011) e dal ruolo della società civile nel dibattito sullo sviluppo.

Per sviluppare gli obiettivi della ricerca si è data centralità all'approfondimento di alcuni indicatori/informazioni chiave:

1. attori e ruoli nella determinazione delle politiche sanitarie;
2. presenza di strategie relative all'equità in salute;
3. forme ed esperienze di equità e partecipazione in salute;

⁴¹ WHO (2008), *Closing the Gap in a Generation*, Op. Cit.

⁴² Art. 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani: “Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services”.

⁴³ Ianni V. (2008), *I processi di decentramento e la questione democratica*, CESPI, Roma; Ianni V. (2004), *La società civile nella cooperazione internazionale allo sviluppo – approcci teorici e forme di azione*, L'Harmattan Italia, Torino; Ianni V. (2011), *Dizionario della Cooperazione Internazionale*, Ed. Carocci, Roma.

4. principali processi di riforma nel settore sanitario e attenzione al tema dei SDH, considerando le politiche e le azioni volte a sostenere/sviluppare/ proteggere forme di *Primary Health Care (PHC)* e partecipazione;
5. ruolo delle comunità nei processi di partecipazione in campo sanitario (considerando anche vincoli e problemi. A tal fine si è utilizzato lo schema di Fig. 2 e Fig. 3 da cui ho tratto le principali domande per le interviste e il dialogo con i miei interlocutori;
6. eventuale presenza di strumenti e strategie specifiche relative alla partecipazione delle comunità ed al rafforzamento delle capacità in tal senso;
7. politiche di decentramento e *accountability* e la questione della partecipazione e della *governance* nel sistema sanitario;
8. buone prassi e proposte emergenti dalla società civile e ruolo dei *donors* a riguardo, considerando le politiche dei *donors* maggiormente coinvolti nel settore sanitario in Zambia nel dialogo con il Governo.

Fig. 2: Processi del sistema sanitario e attività partecipative

HEALTH PROCESS	PARTICIPATORY ROLES
Health promotion; prevention and care of illness	Promote primary health care, health awareness and goals Co-ordinate health providers and sectors on agreed health goals Identify and mobilise community inputs in health interventions Oversee the administration of health programmes, including staffing, supplies
Information gathering and exchange	Gather and organise community information for local govt and health system Report to communities and different providers on health policies and programmes Investigate and report on specific health problems
Policy, priority and standard setting	Assess health and health development needs Propose, review and monitor policy goals and strategies Identify and communicate health system and public health priorities, targets, and standards Review equity impacts of health strategies
Mobilisation of resources	Raise health revenue (cash: taxes, levies, fees) and resources (food, supplies, labour) for investments in the health sector Identify household resource contributions to health and exemption mechanisms Mobilise co-financing and in kind inputs to agreed health programmes from sources outside the public sector Negotiate and propose incentives and subsidies for co-financing inputs Call for tenders for specific areas of work
Allocation of resources	Prepare health development and budget plans Allocate available health resources to health plans and programmes Monitor health expenditure against agreed allocations Monitor resource allocations in relation to equity and efficiency goals Ensure contractual standards are met in private purchasers Negotiate agreements and codes of conduct with health personnel Ensure accounting and independent audit of finances
Monitoring quality of care	Review service performance against health standards and plans Monitor and report on quality of care Review and make recommendations based on client inputs, feedback and grievances on health services Convene public debate and input on health system performance

Fonte: Loewenson R. (2000), *Participation and accountability in health systems: The missing factor in equity?*, TARSC, Harare

Fig. 3: Livelli di partecipazione nel sistema sanitario

Degree	Community Participation	Example
High	Has control	Organisation asks community to identify the problem and make all key decisions on goals and means. Willing to help community at each step to accomplish goals.
	Has delegated power	Organisation identifies and presents a problem to the community, defines the limits and asks community to make a series of decisions which can be embodied in a plan which it will accept.
	Plans jointly	Organisation presents tentative plan subject to change and open to change from those affected. Expect to change plan at least slightly and perhaps more subsequently.
	Advises	Organisation presents a plan and invites questions. Prepared to modify plan only if absolutely necessary.
	Is consulted	Organisation tries to promote a plan. Seeks to develop support to facilitate acceptance or give sufficient sanction to plan so that administrative compliance can be expected.
	Receives information	Organisation makes a plan and announces it. Community is convened for informational purposes. Compliance is expected.
Low	None	Community told nothing

Fonte: Loewenson R. (2000), *Participation and accountability in health systems: The missing factor in equity?*, TARSC, Harare

4. *Descrizione del lavoro di ricerca*

La ricerca, che ha avuto come ambito territoriale di ricerca sul campo lo Zambia e in particolare l'area della provincia del Copperbelt (nell'area specifica di Ndola e Kitwe: aree caratterizzate sia da aree urbane e periurbane collegate ad aree di estrazione mineraria, che da aree peri-urbane e rurali decentrate e isolate), ha considerato tre livelli di analisi e interazione delle politiche di cooperazione allo sviluppo:

1. Un livello Macro: avente come punto di partenza le politiche di cooperazione allo sviluppo nel campo della salute.
2. Un livello Meso: considerando le politiche del Governo centrale, le riforme sanitarie e gli

sviluppi territoriali a partire dall'area del Copperbelt e in particolare del territorio di Ndola, nel distretto/area rurale circostante la città.

3. Un livello Micro: relativo a forme anche sperimentali di partecipazione e di promozione dell'equità collegate con processi di cooperazione internazionale.

Il lavoro di ricerca e analisi e la raccolta dei dati e delle informazioni qualitative (interviste, colloqui, documenti ufficiali) e quantitative (banche dati, documenti ufficiali) ha richiesto attività di ricerca, sia a distanza che in presenza, presso:

1. le istituzioni e gli uffici dell'Unione Europea (Parlamento e Direzioni Generali della Commissione UE - *EuropAid*);
2. l'OMS/WHO (Biblioteca), sede di Ginevra;
3. la Delegazione dell'EU/UE in Zambia;
4. il Ministero della Sanità del Governo dello Zambia;
5. le strutture territoriali di governo della sanità in Zambia;
6. operatori e ricercatori coinvolti nello studio e nelle proposte relative al sistema sanitario dello Zambia;
7. gli *stakeholders* principali a livello nazionale e territoriale in Zambia per quanto attiene la salute, inclusi eventuali esponenti delle comunità coinvolte nel tema di ricerca.

Il processo di ricerca si è sviluppato in alcune fasi:

- a. Studio ed approfondimento documentale pre – ricerca di campo finalizzato all'acquisizione di nozioni teoriche sia relative alla metodologia di ricerca nell'ambito delle politiche di sviluppo che della struttura teorica relativa a: Salute Globale, Determinanti Sociali della Salute ed al concetto di *Primary Health Care*, considerando in particolare gli spunti teorici relativi al collegamento tra partecipazione, governo dei sistemi, politiche di sviluppo, *accountability*, diritto alla salute (approccio HRBA al diritto alla salute), esperienze pilota e movimenti internazionali.
- b. Ricerca di materiali documentali relativi alle politiche di cooperazione sanitaria dell'Unione Europea e realizzazione di prime interviste con interlocutori qualificati allo scopo di introdurre al tema in questo contesto.
- c. Ricerca di materiali documentali prodotti dal Governo dello Zambia, Ministero della Salute (MoH), e studio degli stessi finalizzato ad individuare gli elementi caratterizzanti le politiche di settore con riferimento al quadro teorico esposto in precedenza.
- d. Contatto con il movimento internazionale *People Health Movement* e con il centro TARSC al fine di raccogliere ulteriori elementi documentali e contatti utili al lavoro di ricerca di campo in Zambia.

- e. Partecipazione a momenti di formazione organizzati a Londra dal *People Health Movement* e a Bologna dal Centro Salute Internazionale del Dipartimento di Salute Pubblica al fine di affinare le conoscenze in materia di politiche sanitarie e di partecipazione nelle stesse;
- f. Ricerca di campo suddivisa in due fasi, la prima, più interlocutoria e preparatoria di una seconda fase, sia per l'allargamento degli interlocutori da intervistare e contattare che per contatti con ambiti accademici collegati alla ricerca o comunque disponibili a sostenere l'attività di ricerca di campo. Una seconda fase dedicata alla ricerca di documenti e alla realizzazione di interviste con i principali attori coinvolti sia nell'ambito dei donatori internazionali che della società civile e di alcuni componenti del sistema sanitario zambiano;
- g. Ricerca a distanza interpellando i principali interlocutori della fase di ricerca di campo oltre che nuovi contatti in ambito governativo e regionale per quanto attiene le politiche sanitarie con riferimento al ruolo delle comunità coinvolte.

Quanto alla metodologia adottata, oltre che essermi dedicato allo studio di alcuni testi relativi alla metodologia della ricerca nel campo della cooperazione allo sviluppo e in campo sociale, gli elementi di metodologia adottati, prevalentemente di natura qualitativa, possono essere sinteticamente così elencati e descritti:

- Analisi della letteratura con riferimento alle parole e concetti chiave della ricerca. Si è fatto utilizzo di:
 - principali riviste nel settore delle politiche dello sviluppo;
 - riviste che si occupano delle questioni sanitarie e della salute umana come pure di politiche sanitarie e del diritto alla salute;
 - riviste con un riferimento più specifico alle problematiche politiche e di sviluppo dell'Africa Sub-Sahariana;
 - paper e articoli elaborati da agenzie nazionali e/o internazionali di sviluppo o da istituzioni internazionali.
- Collegamento a centri di ricerca locali: sia al fine di reperire articoli, paper, ma anche per un confronto sullo stato della ricerca rispetto al tema prescelto e per comprendere le esperienze di ricerca e analisi compiute.
- Interviste, in presenza, a distanza, questionari semi – strutturati: lo strumento privilegiato per condurre la ricerca è stato il dialogo diretto con colloqui più o meno strutturati a seconda dell'interlocutore, potendomi giovare raramente di un registratore magnetico o digitale, ma dovendo più spesso far ricorso all'appunto scritto come pure alla memoria nel caso di

dialoghi molto informali o occasionali o sviluppati durante momenti di visita a realtà territoriali e basandomi quindi anche su forme di osservazione senza interlocuzione ma anche senza l'utilizzo di mezzi fotografici, potenzialmente invasivi in molte situazioni. Tra i dialoghi di carattere informale quelli con i taxisti di Lusaka, Kitwe e Ndola.

- Analisi documentale: riferita principalmente ai documenti ufficiali di organismi internazionali e nazionali (Zambia).
- Osservazione durante visite a luoghi e dialoghi informali: la possibilità di essere accompagnato in alcuni villaggi o aree periferiche del Distretto di Ndola, come pure la possibilità di trascorrere alcune giornate o momenti nei *Compound* di Ndola insieme ad operatori della Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII mi ha permesso di ascoltare storie personali e anche di comprendere alcune dinamiche di partecipazione e appartenenza, senza però dedicarmi ad una analisi etnografica o sociologica approfondita, ma facendone elementi utili per comprendere contesto e alcune dinamiche locali. Inoltre in tali situazioni non ero uno studente / ricercatore ma un amico / volontario.
- Partecipazione a conferenze / seminari pubblici / lezioni collegate al tema di ricerca.

Lo schema tipo dell'intervista dialogo utilizzata è riportato di seguito. Tale schema è stato adattato agli interlocutori inserendo specifici quesiti relativi ai contesti operativi e istituzionali / organizzativi incontrati:

- presentazione personale e del lavoro di ricerca;
- primo scambio di opinioni sul tema di ricerca (sulla base del quale modificare eventualmente la struttura del dialogo / intervista);
- conoscenza dell'organizzazione e della funzione dell'interlocutore;
- attività nel settore sanitario;
- attività nel settore della *governance*;
- attenzione al tema della partecipazione e dei Determinanti Sociali della Salute;
- principali progetti e proposte in atto e precedenti;
- prospettive operative rispetto al settore sanitario con particolare attenzione alla partecipazione e alla *governance*;
- valutazione della partecipazione comunitaria nel sistema sanitario con indicazione di ruoli e meccanismi a conoscenza dell'interlocutore;
- attività di *empowerment* partecipativo;
- indicazione di documenti e report di approfondimento;
- indicazione di ulteriori interlocutori.

Nell'interloquire sul tipo di partecipazione comunitaria ho fatto riferimento ad alcuni testi di Equinet⁴⁴ e contributi nel quadro della CSDH, esplorando due aspetti particolari:

"Challenges to the participation:

- lack of knowledge and skills to gain access to resources because of social and economics structures;
- lack of time and energy to change the situation;
- lack of self-confidence;
- difficulties around how to deal with knowledge and power relations;
- 'scarcity' of resources to meet needs;
- the lack of community knowledge about the structures of participation;
- the weak links and ineffective flow of information between these structures and the community;
- the marginalization of women and other social groups;
- lack of community empowerment and of structures for debate and/or feedback that are oriented to strengthing community skills and abilities to participate and to elect their own representatives in the structures of participation.

Role of the communities in the participatory process:

- health promotion / prevention
- information gathering for local structure
- policy priorities setting / policy making process / equity proposals
- mobilitation of resources
- allocation of the resources : monitoring, proposals of allocation, *accountability* by public structure in health
- monitoring the quality of the services and porposals about".

⁴⁴ Loewenson R. (1999), *Public Participation in Health*, IDS Working Paper n. 84, <http://www.ids.ac.uk/go/bookshop/ids-series-titles/ids-working-papers>; Loewenson R. (2000), Op.Cit.; Loewenson R. (2003), *Civil Society – State Interactions in National Health Systems*, WHO e TARSC, Ginevra e Harare; Vega Romero R., Torres Tovar M. (2007), *The Role of Civil Society in Building an Equitable Health System*, Paper prepared for the Health Systems Knowledge Network of the WHO Commission on the Social Determinants of Health, World Health Organization, Ginevra.

5. *Articolazione della tesi*

Dopo una presentazione dei principali elementi e concetti teorici di riferimento della tesi: Determinanti Sociali della Salute, partecipazione ed *empowerment* partecipativo (Cap. 1 e 2) - evidenziando sia modelli di analisi, che il dibattito presente nella letteratura di riferimento, che proposte di recente elaborazione utili alle analisi del contesto zambiano - il lavoro di tesi, a seguito dell'attività di ricerca di campo svolta in Zambia (Lusaka, Kitwe e Ndola) e presso *EuropAid* (Bruxelles), si concentra sui processi di sviluppo e riforma del settore sanitario fino alle recenti elezioni politiche del 2011 (Cap. 3), sulle politiche di cooperazione internazionale (Cap.4) con una particolare attenzione ai temi dell'*empowerment* partecipativo, della *governance* e dell'equità e sull'azione (spesso sperimentale) della società civile in Zambia, considerando (Cap. 5): le principali criticità e limiti della/alla partecipazione, la presenza di strumenti e strategie specifiche di *empowerment* partecipativo, le politiche di decentramento e *accountability*, le buone prassi e proposte emergenti dalla società civile, le linee e i ruoli assunti dai donatori internazionali e dal Governo dello Zambia.

Nella redazione della tesi ho scelto di mantenere in lingua inglese le principali citazioni e rappresentazioni grafiche, mentre ho riportato in italiano le trascrizioni dei dialoghi, interviste ed osservazioni frutto della ricerca di campo.

1.1 Definizioni principali dei concetti utilizzati

Nell'approcciare il complesso tema delle politiche sanitarie e delle azioni a favore della salute di individui e collettività, è opportuno chiarire alcuni dei termini che ricorreranno più frequentemente e che costituiscono elementi essenziali della elaborazione teorica della CSDH e dei fattori dell'approccio del *Primary Health Care*.

Al fine di chiarire la terminologia adottata nel Rapporto della CSDH e dei lavori preparatori di questa, si è resa necessaria una analisi della principale letteratura di cui, di seguito, si forniscono i principali spunti e passaggi. I concetti e le teorie esposti sono stati essenziali per costruire il sistema di analisi della ricerca.

1.1.1 Equità

Ancora oggi risultano attuali le parole della Dichiarazione di Erice del 2001 elaborata da medici e operatori di salute pubblica.⁴⁵ Per trattare il tema dell'equità vorrei partire dalla definizione che troviamo sul sito dell'OMS/WHO:

"Health inequities are avoidable inequalities in health between groups of people within countries and between countries. These inequities arise from inequalities within and between societies. Social and economic conditions and their effects on people's lives determine their risk of illness and the actions taken to prevent them becoming ill or treat illness when it occurs".⁴⁶

⁴⁵ "Mai come oggi l'umanità soffre per così ampie e crescenti disuguaglianze nel reddito e nella salute (...) Il percorso verso una maggiore giustizia tra i popoli e verso una globalizzazione dei diritti sembra essersi interrotto. La globalizzazione dei nostri giorni è quella della finanza e dell'economia. Non è possibile accettare tutto questo quando: il 20% della popolazione, quella più ricca, possiede l'82,7% del reddito mondiale e il 20% della popolazione, quella più povera, solo l'1,4%. Le popolazioni dei paesi più ricchi e industrializzati hanno una longevità media che si avvicina agli 80 anni, mentre le popolazioni di molti paesi dell'Africa sub-Sahariana registrano livelli di longevità anche inferiori ai 40 anni, con un netto regresso rispetto a dieci anni orsono. Le persone affette da Hiv/Aids dei paesi ricchi hanno a disposizione gratuitamente farmaci efficaci contro l'infezione e la malattia, mentre alle persone affette da Hiv/Aids dei paesi poveri questa possibilità (di cura e di vita) è negata. Quasi 900 milioni di persone nel mondo non hanno accesso ai servizi sanitari essenziali", in AA.VV. (2001), "Dichiarazione di Erice", in *Salute e Sviluppo* n. 1/2001, pagg. 2 – 4.

⁴⁶ http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/, (Settembre 2010)

Se si accetta il presupposto teorico per cui le disuguaglianze in salute sono evitabili e influenzate da fattori politici, sociali ed economici allora ne deriva che una notevole responsabilità e opportunità di intervento ricade sui governi e sulla realtà dei meccanismi economici, di produzione e di redistribuzione sia del reddito che delle risorse politiche. Inoltre giocano un ruolo rilevante anche altri fattori quali l'educazione, le condizioni abitative, le condizioni occupazionali e lavorative. Diventa quindi cruciale la coerenza politica tra i vari dicasteri governativi. Il concetto di equità in salute trova le sue radici epistemologiche nel campo della filosofia, dell'etica, dell'economia, della medicina ed in altri campi scientifici. Comune a molte definizioni è l'idea che le differenze nello stato di salute (anche se più di frequente si utilizza il termine di "ineguaglianze" o "iniquità") siano appunto inique ed ingiuste.

I principali autori tendono ad identificare due forme di equità: verticale ed orizzontale.⁴⁷ La prima indica il trattamento preferenziale a favore di coloro che hanno maggiori necessità di cura e di salute, mentre l'equità orizzontale tende a identificare un trattamento eguale per bisogni eguali. M. Whitehead⁴⁸ propone come criterio per determinare quali ineguaglianze in salute siano ingiuste l'eventuale evitabilità potenziale di tali ineguaglianze rispetto ad altri elementi quali mutamenti biologici o scelte individuali. Sempre M. Whitehead afferma che l'equità nella salute si basa sul principio di rendere accessibile a tutti un'assistenza sanitaria di alta qualità. Questo significa promuovere attivamente delle politiche sanitarie che favoriscano l'accessibilità e il controllo della qualità dell'assistenza sanitaria, piuttosto che dare per scontato che un servizio previsto come universale dalla legge sia equo nella pratica. Questo comporta che vengano controllati:

- la distribuzione delle risorse in relazione ai bisogni sociali e sanitari;
- la distribuzione geografica dei servizi collegata alla misurazione del bisogno e dell'accesso in ciascuna area;
- l'esperienza dei diversi gruppi sociali nei loro tentativi di ottenere l'accesso alle strutture, utilizzando anche sondaggi dove ritenuto opportuno;
- la qualità dell'assistenza sanitaria, inclusa l'accettabilità;
- i motivi di scarsa fruizione dei servizi essenziali.⁴⁹

B. Starfield⁵⁰ aggiunge che le ineguaglianze in salute devono essere potenzialmente correggibili e al contempo influenzare lo stato di salute in modo sistematico. Diversi studiosi che si sono

⁴⁷ Macinko J.A., Starfield B. (2002), "Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001", in *International Journal for Equity in Health*, 2002, 1:1

⁴⁸ Whitehead M., (1992), "The concepts and principles of equity and health", in *International Journal of Health Services*, 1992, 22(3), pagg. 429-45.

⁴⁹ Whitehead M. (2004), "Concetti e principi di equità in salute", in *Salute e Sviluppo* 1/2004

⁵⁰ Starfield B. (2001), "Improving equity in health: A research agenda", in *International Journal of Health Services* 2001, 31(3), pagg. 545-66

cimentati con la misurazione delle preferenze delle popolazioni rispetto al concetto di equità e che hanno tentato di quantificare il concetto stesso sono giunti alla conclusione che diversi gruppi danno un diverso peso al concetto e che non è possibile valutare e definire il concetto di equità (fairness) senza inserire un giudizio di valore.⁵¹ Ritornando ai concetti di equità verticale ed orizzontale, la redistribuzione dei servizi sanitari in modo equo implica che da un lato siano rafforzati i servizi laddove maggiore sia il bisogno (verticale) o che non ci siano differenze nei servizi stessi laddove vi siano bisogni eguali.⁵²

L'OMS/WHO sin dalla sua fondazione nel 1948 riconosce nella sua Costituzione l'impatto delle condizioni sociali e politiche sulla salute e la necessità di collaborare con settori quali quello agricolo, educativo, abitativo e del *welfare* per ottenere miglioramenti nel campo della salute delle popolazioni.

Nel preambolo della Costituzione dell'OMS/WHO troviamo infatti riportato che gli Stati parte della Costituzione si riconoscono in alcuni principi chiave quali il fatto che la salute sia uno stato di benessere fisico, mentale e sociale e non la mera assenza di malattie o infermità, che il godimento di un elevato standard di salute sia uno dei diritti fondamentali dell'uomo senza alcuna distinzione, che la salute dei popoli è fondamentale per la pace e la sicurezza internazionale e che dipenda dalla piena collaborazione e cooperazione tra popoli e tra stati e che i governi abbiano una responsabilità concreta verso i propri popoli rispetto alla salute.

Nel 2003 il Direttore Generale dell'OMS/WHO Lee Jong-Wook entrò in carica e annunciò l'intenzione di creare una Commissione sui Determinanti Sociali della Salute (CSDH) e nel 2004 l'Assemblea Generale dell'OMS/WHO individuò tale Commissione come elemento chiave della agenda per l'equità dell'organizzazione. Il concetto di equità in salute è tra gli elementi etici fondanti il lavoro della CSDH mentre i diritti umani forniscono la struttura per la mobilitazione sociale e politica rispetto all'agenda per l'equità in salute. Il lavoro del *WHO Department of Equity, Poverty and Social Determinants of Health* contribuisce alla definizione di equità in salute che costituisce la base di molte delle proposte della CSDH stessa.⁵³

⁵¹ Andersson F., Lyttkens C. (1999), "Preferences for equity in health behind a veil of ignorance", in *Health Economics* 1999, 8(5), pagg. 369-78; Williams A (1997), "Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument", in *Health Economics* 1997, 6(2), pagg. 117-32.

⁵² Braveman P., Krieger N., Lynch J. (2000), "Health inequalities and social inequalities in health", in *Bulletin of the World Health Organization* 2000, 78(2), pagg. 232-33.

⁵³ "(...) health equity is the absence of unfair and avoidable or remediable differences in health among population groups defined socially, economically, demographically or geographically' (...) In essence, health inequities are health differences which are: socially produced; systematic in their distribution across the population; and unfair" ed allora diviene essenziale capire che "realizing health equity requires empowering people, particularly socially disadvantaged groups, to exercise increased collective control over the factors that shape their health" in WHO (2007), *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, CSDH WHO, Ginevra.

1.1.2 Iniquità e Diseguaglianze in Salute

Il termine iniquità implica simmetricamente a quello di equità, un aspetto morale ed etico. Si riferisce a diseguaglianze, che oltre a essere non necessarie ed evitabili, sono anche considerate ingiuste. Molte diseguaglianze nello stato di salute fra diversi gruppi all'interno della società non possono essere ricondotte a fattori biologici: sono implicati altri fattori.

Il criterio fondamentale per valutare se una differenza nello stato di salute vada considerata ingiusta o meno, sembra dipendere in larga parte dalla volontarietà o obbligatorietà della scelta, cioè se la persona malata ha scelto deliberatamente la situazione che le ha causato la malattia o vi si è trovata per motivi che sfuggono al suo diretto controllo.

Le persone possono trovarsi in condizioni di vita svantaggiate, le quali a loro volta potrebbero aggravare il loro stato di salute (esempio: una persona con disabilità oltre al carico di malattia potrebbe subire svantaggi in termini lavorativi e di reddito che possono incidere a loro volta sullo stato di salute).

La valutazione di quali situazioni siano giuste o ingiuste varierà da luogo a luogo e da periodo a periodo, ma un criterio largamente diffuso è il grado di scelta implicato.

Risultano come determinanti di diseguaglianza da affrontare:

1. L'esposizione a condizioni di vita e lavoro dannosi per la salute e stressanti.
2. Accesso inadeguato alla assistenza sanitaria e agli altri servizi pubblici essenziali.
3. Mobilità sociale legata allo stato di salute.⁵⁴
4. Gli studi dell'OMS/WHO individuano quattro descrittori differenti di iniquità in salute:⁵⁵
5. Svantaggio.
6. *Gap*.
7. Gradiente⁵⁶.
8. Approccio olistico.

Lo svantaggio in salute si focalizza sulle differenze, identificando tali differenze tra segmenti della

⁵⁴ M.Whitehead (2004), Op.Cit.

⁵⁵ WHO (2007), *The social determinants of health: Developing an evidence base for political action, Measurement and Evidence Knowledge Network*, WHO – CSDH, Ginevra.

⁵⁶ "The poorest of the poor, around the world, have the worst health. Within countries, the evidence shows that in general the lower an individual's socioeconomic position the worse their health. There is a social gradient in health that runs from top to bottom of the socioeconomic spectrum. This is a global phenomenon, seen in low, middle and high income countries. The social gradient in health means that health inequities affect everyone. For example, if you look at under-5 mortality rates by levels of household wealth you see that within countries the relation between socioeconomic level and health is graded. The poorest have the highest under-5 mortality rates, and people in the second highest quintile of household wealth have higher mortality in their offspring than those in the highest quintile. This is the social gradient in health".
Fonte:http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/ (Agosto 2011).

popolazione o popolazioni. L'approccio del *gap* in salute si focalizza sulle differenze tra coloro che stanno peggio e il resto della popolazione, partendo dall'assunto che coloro che non sono nella situazione peggiore godono in modo uniforme di buona salute. L'approccio del gradiente in salute si riferisce alle differenze in salute dell'intero spettro di popolazione, riconoscendo un modello di gradiente sistematico nelle ineguaglianze in salute. Il quarto approccio include il gradiente socioeconomico presente in una società o in una popolazione. Un altro tra i maggiori autori e componenti della CSDH evidenzia come le ineguaglianze in salute nelle e tra le nazioni derivino dalle ineguaglianze nelle e tra le società (a partire dalle condizioni sociali ed economiche). Tali ineguaglianze ed iniquità non sono né inevitabili né immutabili. Le ineguaglianze in salute che sono evitabili sono pertanto inique.⁵⁷

Approfondendo, a partire da questo ragionamento, la definizione di ineguaglianza in salute troviamo almeno quattro gruppi di teorie di riferimento sulle cause profonde delle ineguaglianze e iniquità nello stato di salute:⁵⁸

- Materialista / strutturalista: afferma che l'inadeguatezza nel livello di reddito individuale causi una carenza di risorse atte ad affrontare elementi critici nella vita quotidiana e pertanto a condizioni di malattia.
- Psico-sociale: per questo approccio la discriminazione dipende dalla posizione nella gerarchia sociale e questo provoca una condizione di stress, con una conseguente risposta a livello neuro-endocrino che porta alla malattia.
- Produzione sociale della salute: punto di partenza la definizione delle priorità del sistema di produzione capitalista quali l'accumulazione di ricchezza, potere, prestigio e vantaggi materiali ottenuta a scapito dei più svantaggiati.
- Teoria eco-sociale: cerca di unire l'approccio psico – sociale e della produzione sociale e pone l'attenzione a come l'ambiente sociale e fisico interagisce con gli elementi biologici e a come gli individui incarnano gli aspetti di contesto in cui vivono e lavorano.

Anche lo stile di vita è influenzato dalle opportunità definite dall'ambiente in cui i soggetti vivono. Il contesto globale contribuisce all'equità o all'iniquità della distribuzione delle condizioni di salute che attraversano le società nella loro struttura gerarchica basata su reddito, educazione, occupazione genere, razza e altri fattori. La posizione degli individui nelle gerarchie sociali che vanno a formarsi incide sulle loro condizioni di salute.

⁵⁷ Marmot M. (2007), "Achieving health equity: from root causes to fair outcomes, Michael Marmot, on behalf of the Commission on Social Determinants of Health", in *Lancet* 2007; 370, pagg. 1153–63.

⁵⁸ WHO (2007), Op.Cit.

La CSDH evidenzia, con riferimento all'inequità e ai processi globali, una serie di problematiche e di contraddizioni quali l'inequiva distribuzione dei benefici della crescita economica, il problema del debito che annulla gli aiuti internazionali, le discriminazioni di genere diffuse in vari ambiti e infine che:

"Health equity depends vitally on the empowerment of individuals to challenge and change the unfair and steeply graded distribution of social resources to which everyone has equal claims and rights. Inequity in power interacts across four main dimensions – political, economic, social, and cultural – together constituting a continuum along which groups are, to varying degrees, excluded or included."⁵⁹

In conclusione, come molti autori e la stessa CSDH indicano, è possibile affermare che affrontare le inique diseguglianze in salute implica presto o tardi un riequilibrio rispetto alle posizioni di potere e forza acquisite ed ai meccanismi redistributivi.

1.1.3 Salute come Diritto Umano

La CSDH⁶⁰ riconosce un profondo legame tra lo stato di salute e i diritti umani, una sorta di reciprocità e mutuo rafforzamento. Infatti partendo dall'affermazione che la salute incide sulla capacità di azione (agency) si riconosce come un'ampia agency e libertà personale sia la base per una migliore condizione di salute. Tale relazione di mutuo rafforzamento ha un considerevole rilievo nella formulazione di politiche.

Il Diritto Internazionale dei Diritti Umani, basato sulla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (UDHR), è la struttura di base in cui muoversi per operare a favore dell'equità in salute agendo sull'insieme dei determinanti sociali.

La Dichiarazione Universale (UDHR) infatti all'art. 25 afferma che "1) Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; e ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà. 2) La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure e assistenza. Tutti i bambini nati nel matrimonio o fuori di esso devono godere della stessa protezione sociale".

⁵⁹ http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/, (Settembre, 2010).

⁶⁰ Solar O., Irwin A. (2007), *A conceptual framework for action on the social determinants of health*, Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, Ginevra.

Mentre all'art. 28 si trova un riferimento preciso alle condizioni di sviluppo dei diritti umani: "Ogni individuo ha diritto ad un ordine sociale e internazionale nel quale i diritti e le libertà enunciati in questa Dichiarazione possano essere pienamente realizzati".

Nel commentare tali articoli il Prof. Papisca dell'Università di Padova afferma che "Nel caso dell'Articolo 25 è la norma internazionale che si prende cura delle necessità vitali delle persone. Come tale, essa non soltanto è credibile, ma ci obbliga a farla "azione" nel quadro di una prospettiva vitale che è molto più della mera sopravvivenza di persone e popoli, molto più del superamento millimetrico della soglia di povertà. L'Articolo parla infatti di un tenore di vita che produca e alimenti il benessere integrale della persona e della sua famiglia, cioè dell'essere umano fatto di anima e di corpo, di spirito e di materia. In questo contesto il concetto di salute è quello definito dalla Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: "una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non meramente l'assenza di malattia". Precisa questa stessa Costituzione che "il godimento del più alto conseguibile livello di salute costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razza, di religione, di fede politica, di condizione economica o sociale" e che "la salute di tutti i popoli è fondamentale ai fini del conseguimento della pace e della sicurezza ed è dipendente dalla più piena collaborazione degli individui e degli stati". In questo contesto di promozione della dignità umana su scala mondiale e in chiave di responsabilità condivise, è appena il caso di sottolineare che il 'benessere' dei diritti umani non è fatto di lussi, di stravaganze, di consumismi. La lezione che ne discende è di sobrietà nel consumare e nel comportarsi, da mettere in atto all'interno della micro-comunità familiare e nelle più ampie comunità sociali d'appartenenza⁶¹.

Le relazioni tra il diritto alla salute e le condizioni sociali ed economiche sono espresse nel Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali (ICESCR) del 1966. In particolare all'art. 12 viene indicato al comma 1 come "Gli Stati Parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire", nei commi seguenti vengono indicate misure ed obiettivi appropriati e coerenti con tale affermazione: un vero e proprio programma di salute pubblica per ogni Stato.

Gli organismi delle Nazioni Unite deputate alla promozione e protezione dei diritti umani hanno analizzato il diritto alla salute e nel General Comment sul Diritto Umano alla Salute del 2000 (relativo all'art.12 dell'ICESCR)⁶² da parte del Comitato per i Diritti Economici, Sociali e Culturali viene esplicitamente affermato che il diritto alla salute deve essere interpretato in senso ampio per includere determinanti chiave della salute quali cibo, nutrizione, condizioni abitative, accesso ad

⁶¹ <http://unipd-centrodirittiumani.it/it/schede/Articolo-25-Abbiamo-cura-di-te/29> , (Gennaio 2011).

⁶² <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/%28Symbol%29/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument> (Gennaio 2011).

acqua potabile, condizioni lavorative e ambiente.⁶³

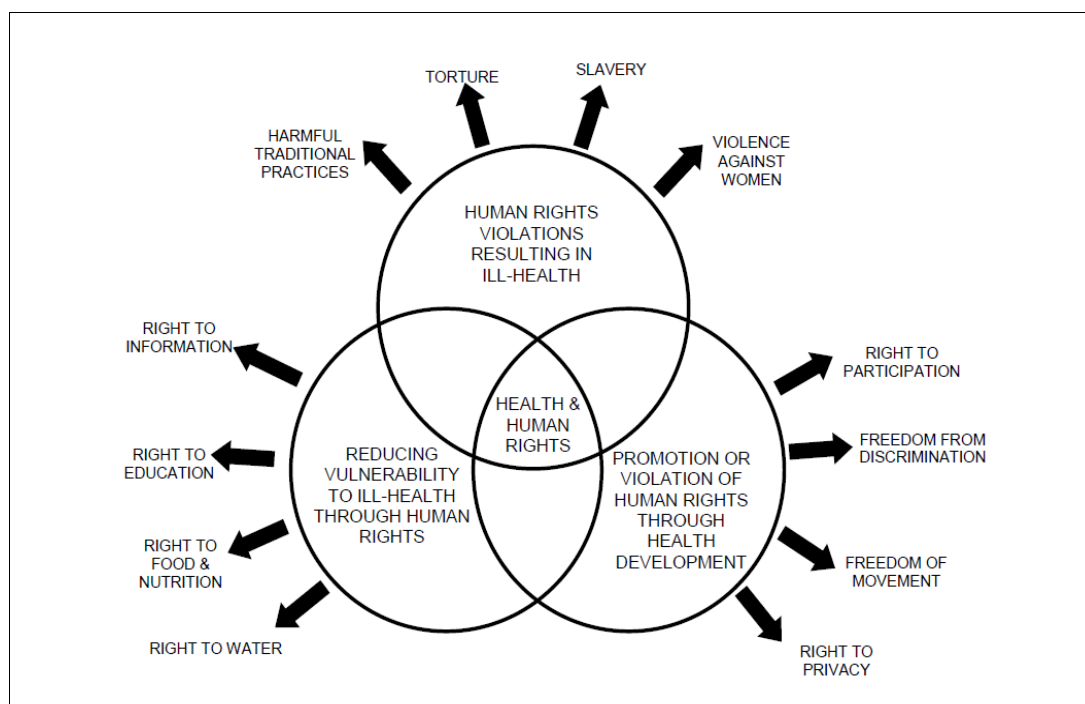
Pur permanendo un elemento etico e di giudizio di valore sul tema della salute individuale e della sua redistribuzione, la prospettiva della salute come diritto umano supera l'agire di mera mitigazione della povertà e concepisce l'equità non come carità ma come parte della sfera normativa internazionale. Il sistema internazionale dei diritti umani può allora essere utilizzato come strumento di *accountability* legale e costituisce non solo una struttura teorica di riferimento ma anche uno strumento di vincolo normativo che non può esulare dal considerare le condizioni di povertà e svantaggio. A partire dal 2002 è operativo uno Special Rapporteur delle Nazioni Unite per quanto attiene il Diritto alla salute.⁶⁴ Non sono mancate numerose risoluzioni sul tema sia da parte della Commissione, che del Consiglio per i Diritti Umani nonché dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite.⁶⁵ La Fig. 1.1 illustra le principali interazioni e connessioni reciproche tra salute e diritti umani.

⁶³ Solar O., Irwin A. (2007), Op. Cit.

⁶⁴ <http://www2.ohchr.org/english/issues/health/right/> : home page dello Special Rapporteur on the Right of Everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, (Febbraio 2011).

⁶⁵ Un primo elenco dei documenti è presente alla pagina: <http://www2.ohchr.org/english/issues/health/right/overview.htm> (Febbraio 2011); un elenco di documenti dell'Alto Commissariato per i Diritti Umani relativi al tema del diritto alla salute è reperibile all'indirizzo web: http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?m=100 (Febbraio, 2011) in particolare ci si riferisce ad alcuni documenti dello Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health: E/CN.4/2003/58 e E/CN.4/2006/48 in <http://www2.ohchr.org/english/issues/health/right/issues.htm> (Febbraio 2011). Tra i documenti di maggiore rilevanza dei diversi organismi citati: i reports dello Special Rapporteur alla Commissione per i Diritti Umani, al Consiglio per i Diritti Umani e all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite; UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000), *General Comment No. 14 (2000) - The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*, E/C.12/2000/4, Twenty-second session, Ginevra; e le varie risoluzioni della Commissione sui Diritti Umani relativi al diritto alla salute nelle sessioni dalla 58ma alla 61ma.

Fig.1.1: Connessioni tra salute e diritti umani



Fonte: WHO, *A Human Rights – Based Approach to Health*, World Health Organization, Ginevra www.who.int/hhr/news/hrba_to_health2.pdf (Settembre 2010)

In sintesi possiamo concludere che il diritto alla salute può essere rilevato a tre differenti livelli di diritto dei diritti umani:

- livello internazionale;
- livello regionale⁶⁶;
- livello nazionale.

Infine considerare il tema della salute secondo un approccio basato sui diritti umani (*human rights-based approach* – HRBA) implica una analisi delle ineguaglianze, delle pratiche discriminatorie (*de jure* e *de facto*) e le ingiuste relazioni di potere che spesso sono alla base di problemi di sviluppo incidenti sulle condizioni di salute individuali e collettive.

Elementi di tale approccio sono riscontrabili in alcuni documenti relativi alle politiche di sviluppo

⁶⁶ *The African Charter on Human and Peoples' Rights*, Art. 16; *The African Charter on the Rights and Welfare of the Child*, Art. 14; *The European Social Charter (Revised)*, Artt. 11 e 13; *The Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights* (Protocol of San Salvador), Art. 10. Vi sono poi strumenti che forniscono una legittimazione e protezione indiretta: *The American Declaration on the Rights and Duties of Man*; *The American Convention on Human Rights*; *The Inter-American Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence against Women*; *The European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms and its protocols* (Potter H., (2007), *Accountability and the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, University of Essex).

in campo sanitario:

- *The Accra Agenda for Action (2008)*, che ha lo scopo di accelerare e approfondire l'implementazione della Dichiarazione di Parigi sull'efficacia dell'aiuto impegna i paesi in via di sviluppo e i *donors* a:

"ensure that their respective development policies and programmes are designed and implemented in ways consistent with their agreed international commitments on gender equality, human rights, disability and environmental sustainability"⁶⁷.

- Il documento *UN Common Understanding on a Human Rights-based Approach* pubblicato nel 2003 e frutto del lavoro trasversale ad alcune agenzie delle Nazioni Unite costituisce un documento di lavoro di riferimento per molte politiche di settore. Tra gli elementi chiave del documento vi sono l'indicazione per tutti i programmi di cooperazione allo sviluppo di dare seguito alla realizzazione dei diritti umani come elaborati dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e dagli altri strumenti del diritto internazionale dei diritti umani e l'affermazione secondo cui la cooperazione allo sviluppo deve contribuire allo sviluppo di capacità da parte dei portatori di obblighi (*duty-bearers*) nel rispondere ai loro doveri e da parte dei portatori di diritti (*rightsholders*) di reclamarli.⁶⁸

Il *General Comment No. 14 (2000) - The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)* che sancisce in ambito ONU il riaffermarsi di un approccio basato sui diritti umani alla salute (riprendendo largamente alcuni passaggi del documento del OMS / WHO di Alma Ata) indica alcuni elementi essenziali nelle politiche degli stati e dei portatori di obblighi pubblici, per la piena realizzazione del diritto alla salute ovvero l'art. 12 della Convenzione sui Diritti Economici, Sociali e Culturali:

- (a) disponibilità sufficiente di servizi e beni sanitari;
- (b) accessibilità senza discriminazione alcuna;
- (c) accettabilità in termini di etica medica e approccio culturale;
- (d) qualità: in termini di livello e qualità del personale medico e di livello scientifico di cure e

⁶⁷ Art. 13, comma C) della Accra Agenda for Action, (2008), OECD: http://www.oecd.org/document/19/0,3746,en_2649_3236398_43554003_1_1_1_1,00.html (Febbraio 2011).

⁶⁸ United Nation Development Group (2003), *The Human Rights Based Approach to Development Cooperation - Towards a Common Understanding Among UN Agencies*, United Nations, <http://www.undg.org/index.cfm?P=221> (Febbraio 2011), <http://hrbportal.org/the-human-rights-based-approach-to-development-cooperation-towards-a-common-understanding-among-un-agencies> (Novembre 2010).

servizi, oltre che di medicinali.

Essenziale nel sistema di realizzazione del diritto alla salute è l'insieme di obblighi gravanti sugli stati che devono porre in atto alcune pratiche e norme (rispetto o non interferenza nel godimento del diritto, protezione del diritto alla salute da interventi terzi e adozione di norme, politiche adeguate alla piena realizzazione del diritto alla salute).⁶⁹

A lungo i discorsi relativi allo sviluppo e quello dei diritti umani sono stati divisi, con l'attribuzione agli economisti della "sovranità" sul discorso dello sviluppo ed ai giuristi per quanto attiene il tema dei diritti umani; solo l'entrata nel consesso delle Nazioni Unite di molti paesi di nuova indipendenza e l'approvazione nel 1966 del Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali ha costituito la base di partenza per iniziative ponte tra queste due dimensioni. Tra queste figura la Dichiarazione sul Diritto allo Sviluppo del 1986. Questa dichiarazione si inserisce nell'azione politica di alcuni paesi volta a realizzare un Nuovo Ordine Economico Internazionale (NIEO: *New International Economic Order*). La Dichiarazione segnala un dovere collettivo da parte di tutti gli stati di creare un contesto internazionale equo ove possa trovare piena realizzazione il diritto dei popoli allo sviluppo.⁷⁰

La resistenza a coniugare diritti umani e sviluppo è continuata negli anni '80 e '90 per effetto della Guerra Fredda e dello scontro ideologico esistente. Il collegamento e lo stretto legame tra tutti i diritti umani è entrato nella retorica e nei discorsi della politica internazionale a partire dalla Conferenza Mondiale sui Diritti Umani tenutasi a Vienna nel 1993.

Quali fattori hanno favorito questa rilevanza del discorso dei diritti umani nella cooperazione e nelle politiche di sviluppo?

- La fine della Guerra Fredda.
- L'azione di numerose Ong e operatori in ambito umanitario e dello sviluppo, durante il *World Social Development Summit* a Copenhagen nel 1995.
- Mutamenti nelle modalità di erogazione degli aiuti internazionali: si è progressivamente passati da interventi basati su progetti o settori specifici a interventi a supporto diretto dei *budget* governativi.

Il *budget – support* coordinato tra i donatori è progressivamente divenuta la nuova modalità di erogazione degli aiuti. Questa modalità consente ai donatori di incidere sulle politiche dei paesi riceventi e di influenzare le forme di erogazione dei servizi. Un problema di non poca rilevanza è il

⁶⁹ Punti 34, 35, 36 e 37 del documento: UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000), *General Comment No. 14 (2000)*, Op.Cit.

⁷⁰ Robinson M. (2001), *Bridging the gap between human rights and development: from normative principles to operational relevance*, World Bank Presidential Fellows Lecture, 3 December 2001, www.worldbank.org/wbi/B-SPAN/sub_mary_robinson.htm (Febbraio 2011).

livello e le modalità di *accountability* da parte dei governi riceventi. La risposta a tale problema è stata prevalentemente di due tipi: la riforma e il rafforzamento delle istituzioni pubbliche e il sostegno alle capacità delle organizzazioni della società civile di richiamare il settore pubblico a dare conto di quanto fatto con le somme ricevute dai donatori.⁷¹

- All'inizio degli anni 2000 Sen propone un collegamento tra libertà e sviluppo adottato anche dell'UNDP nel suo report "Human Development Report" del 2000.
- I diritti umani come modalità e mezzo per reinquadrare il discorso della partecipazione. Durante gli anni '90 vi era una precisa separazione tra la partecipazione come mezzo e modalità di implementazione dei progetti e partecipazione come processo politico unito alle pratiche di *advocacy* e mobilitazione. Per alcuni, la fine del decennio e il riaffermarsi di un approccio HRBA è stato visto come un modo per re-politicizzare un approccio allo sviluppo che era stato strumentalizzato e popolare nel mainstream dominante. Il discorso relativo ai diritti umani sembra offrire un'opportunità di processi genuinamente inclusivi e democratici per quanto attiene il coinvolgimento popolare in processi decisionali su risorse e istituzioni che incidono sulla vita delle persone. Il *focus* dell'HRBA rispetto alla partecipazione passa dalla valutazione dei bisogni e delle scelte dei consumatori / clienti a rafforzare le capacità dei cittadini nel riconoscere i propri diritti e avanzare richieste a riguardo alle figure e istituzioni responsabili a riguardo.⁷² Vorrei mettere in evidenza, in coerenza con quanto riaffermato dalla CSDH, il ruolo della partecipazione attiva proposto in questo documento:

"Participation and Inclusion: Every person and all peoples are entitled to active, free and meaningful participation in, contribution to, and enjoyment of civil, economic, social, cultural and political development in which human rights and fundamental freedoms can be realized".⁷³

Quindi i diritti umani come fine e metodo, la partecipazione come diritto e metodo. La partecipazione contribuisce a rafforzare quella che in numerosi documenti viene identificata come *ownership* del processo di sviluppo e dovrebbe contribuire alla complessiva coerenza delle politiche

⁷¹ Jenkins R., Goetz A.M. (1999), "Accounts and accountability: theoretical implications of the right-to-information movement in India", in *Third World Quarterly*, Vol 20, No 3, pagg. 603± 622.

⁷² Gaventa J., Valderrama C. (1999), *Participation, citizenship and local governance, background note prepared for workshop Strengthening Participation in Local Governance*, IDS, Brighton, 21–24 June 1999; Eyben R. (2003), *International development organizations and rights-based approaches*, presentation to Rights and Power Workshop, IDS, November 2003; Cornwall A. (2000), *Making a difference? Gender and participatory development*, in IDS Discussion Paper, IDS, Brighton.

⁷³ Gaventa J., Valderrama C. (1999), Op. Cit.

di sviluppo. Vi sono poi precisi obblighi per gli stati in termini di partecipazione e politiche non discriminatorie.⁷⁴ Il contributo al rafforzamento dell'*accountability* da parte dei governi è sostenuto anche da Ferguson ("to talk in terms of rights is in itself a vehicle for increasing the *accountability* of government organisations to their citizens and consequently increasing the likelihood that policy measures will be implemented in practice").⁷⁵ Secondo Eyben⁷⁶ parlare di diritti è parlare di potere e delle responsabilità di chi è impegnato nell'assistenza allo sviluppo. L'approccio HRBA può agire quindi in modo critico rispetto all'uso strumentale della partecipazione e operare collegamenti tra partecipazione, *accountability* e cittadinanza⁷⁷. I sostenitori dell'HRBA attribuiscono a questo approccio una capacità di operare a favore di un discorso dello sviluppo più politicizzato, progressista e radicale. Tra i punti di forza dell'approccio HRBA segnalati vi è anche quello di consentire una riflessione ampia sulle dinamiche di potere inerenti le pratiche di sviluppo internazionale e la dimensione etica delle stesse.

L'HRBA sembra andare oltre l'analisi di Sen e puntare all'affermazione dei diritti umani nelle politiche di sviluppo non tanto come a un set di principi normativi o come strumento operativo per indicatori e verifiche o come ulteriore elemento da inserire tra gli altri o infine come giustificazione per rafforzare l'*accountability* istituzionale, bensì come elemento che contribuisce ad incidere e influire sulla definizione dei fini e dei mezzi dell'azione di sviluppo⁷⁸. L'HRBA deve o dovrebbe contribuire ad analizzare le cause profonde di politiche e discriminazioni. Passaggio successivo è l'individuare meccanismi precisi di *accountability* per accogliere e chiedere ragione di denunce di violazioni dei diritti umani. Questo può implicare non solo la proposta di strumenti legali ma anche la creazione di meccanismi di controllo e di partecipazione sociale.

Per quanto attiene i mezzi dello sviluppo, l'HRBA richiede una coerenza tra i fini e i processi nell'azione di sviluppo. Quindi i processi e le politiche di sviluppo devono essere 'participatory, accountable, and transparent, with equity in decision-making and sharing of the fruits or outcome of the process'⁷⁹. Non mancano ovviamente limiti ed elementi ambigui e strumentalizzabili nell'HRBA⁸⁰. Se la forza di un approccio che potremmo definire "normativo"⁸¹ è di indicare chiaramente cosa dovrebbe essere fatto dando un forte orientamento alla cooperazione alla

⁷⁴ Il General Comment No. 20 del *Committee on Economic, Social and Cultural Rights* offre ampi dettagli di politiche non-discriminatorie con riferimento al diritto alla salute.

<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>, (Febbraio 2011)

⁷⁵ Ferguson C. (1999), *Global Social Policy Principles: Human Rights and Social Justice*, DFID, 1999, Londra.

⁷⁶ Eyben R. (2003), Op.Cit.

⁷⁷ Gaventa J., Valderrama C. (1999), Op. Cit.

⁷⁸ Uvin P. (2007), "From the right to development to the rights-based approach: how human rights entered development", in *Development in Practice*, 17: 4, pagg. 597 — 606.

⁷⁹ Uvin P. (2007), Op. Cit.

⁸⁰ Cornwall A., Musembi N.C. (2004), "Putting the 'rights-based approach' to development into perspective", in *Third World Quarterly*, 25: 8, pagg. 1415 — 1437.

⁸¹ Cornwall A., Musembi N.C. (2004), Op. Cit.

sviluppo, esso al contempo costituisce un punto di partenza e supporto essenziale per i cittadini per richiedere impegni precisi ai propri governi e per richiedere dagli stessi un riscontro ai propri impegni e responsabilità e per rafforzare l'accesso dei cittadini agli strumenti di realizzazione dei propri diritti, tra i quali quello alla salute. L'approccio HRBA dovrebbe quindi riportare ad una politicizzazione del discorso sullo sviluppo e la cooperazione in quanto reinserirebbe con forza l'elemento della partecipazione nello sviluppo. Altri autori ritengono che questo altro non sia che l'ennesima forma o "veste" per ricoprire la stessa vecchia politica di sviluppo.

Altra critica mossa all'HRBA è quella di non considerare a sufficienza l'elemento delle risorse aggiuntive necessarie all'assistenza e aiuto di specifici gruppi, mentre l'approccio HRBA richiama ad una più equa redistribuzione delle risorse esistenti a favore dei soggetti marginalizzati, rendendo il discorso più "politico"⁸².

Per alcuni invocare standard relativi ai diritti umani presenta sia un problema di accessibilità alle istituzioni da parte delle popolazioni povere, sia la complessità dei sistemi legali per poter aver ragione dei propri diritti.⁸³ Vi sono questioni collegate anche alla collocazione geo – politica dei promotori e attuatori dell'HRBA.⁸⁴

Uvin⁸⁵ segnala come a partire dagli anni Novanta numerose agenzie bilaterali e multilaterali di aiuto allo sviluppo abbiano adottato e inserito nei loro documenti numerosi riferimenti ai diritti umani e che largamente si è trattato (e si tratta tutt'oggi) di inserire del vino vecchio in nuove bottiglie. Esiste poi una interpretazione più benigna e, potremmo dire ottimista, che indica nel mutamento dei contenuti linguistici e tematici il primo passo per un mutamento reale delle visioni di intervento. Il mutamento nel "discorso" relativo allo sviluppo ridefinirebbe infatti i margini di azione, interessi e preferenze. Tale aspettativa è del resto coerente con le proposizioni del Diritto Internazionale: anche in assenza di meccanismi di implementazione ed "enforcement", il diritto internazionale agisce influenzando le percezioni, le norme, la reputazione degli attori coinvolti.

Numerosi autori infine sviluppano la preoccupazione di un uso strumentale del concetto e del

⁸² Jonsson U. (2003), *A Human Rights Approach to Development Programming*, UNICEF Eastern and Southern Africa Regional Office, Nairobi.

⁸³ Musembi N.C. (2002), *Toward an actor-oriented perspective on human rights*, IDS Working Paper 169, IDS, Brighton.

⁸⁴ "A rights-based approach to public policy is most desirable. It needs, however, to come from within. Movement away from political, economic or social oppression can only be sustainable when it springs from within a society and is in harmony with local culture and values. The rights-based approach to development cooperation seeks to bring about empowerment through external pressure and is based on the dogma that all that is required for poverty eradication is 'good' leadership, 'good governance' and the empowerment of ordinary people. That is patronising to say the least, as it is based on the assumption that good governance is the only missing link between national poverty reduction intentions and actual poverty reduction. The underlying approach seems to be of moral superiority of the donor and also of superiority with regard to insights into what would be in the best interests of the South" in Reddy J. (2002), *Statement by Mr. Jaipal Reddy, Member of Parliament on Agenda Item 89: implementation of the first United Nations decade for the eradication of poverty at the Second Committee of 57th Session of UNGA*".

⁸⁵ Uvin P. (2007), Op. Cit.

linguaggio dei diritti umani⁸⁶ rispetto al quale vengono segnalati alcuni "anticorpi" coerenti con un reale HRBA alle politiche, oltre che alle retoriche, dello sviluppo:

- Coinvolgere e rafforzare le capacità di gruppi marginali, sfidando gli equilibri di potere esistenti ed i meccanismi di esclusione comporta intervenire non solo sul piano legale ma anche su quello politico: campagne internazionali, mobilitazioni di gruppi di base, figure come ombudsman per i diritti umani (o specifici diritti), sono esempi di azione coerenti con un HRBA.
- La scelta da parte dei governi donatori, delle Ong e delle istituzioni internazionali di applicare in modo coerente, anche internamente, i principi dei diritti umani e quindi di applicare l'agenda dei diritti umani a tutte le politiche a partire dalle politiche economiche di ineguaglianza a livello internazionale.
- L'assoluta priorità e requisito della partecipazione, che a sua volta implica ampia trasparenza anche da parte dei donatori, in modo tale che finalità, risorse e limiti siano noti a tutte le persone interessate e coinvolte.
- Attenzione all'uso delle parole e dei significati nella retorica dello sviluppo contestualizzandone l'uso in modo politico, storico e organizzativo, oltre che prestando attenzione alle "catene di equivalenza"⁸⁷ tra le parole ed ai significati che ne risultano.
- Il fatto che la retorica e l'applicazione di un approccio derivante dal sistema dei diritti umani non possa prescindere da un lato dalla considerazione della percezione dei diritti umani da parte delle popolazioni in condizioni di povertà, dall'altro creando e garantendo spazi di cittadinanza rilevanti e inclusivi.⁸⁸
- Utilizzare il paradigma dei diritti umani nello valutare l'impatto delle politiche pubbliche sui diritti umani e in particolare sul diritto alla salute può risultare utile a mobilitare la società civile contro gli effetti nefasti della globalizzazione neoliberista. Quindi è rilevante la capacità di mettere lo Stato, o qualsiasi altro portatore di obblighi, di fronte alle proprie responsabilità⁸⁹

⁸⁶ Mi riferisco in particolare a quanto riportato in Uvin P., (2007), Op. Cit. e in Cornwall A. (2007), "Buzzwords and fuzzwords: deconstructing development discourse", in *Development in Practice*, 17: 4, pagg. 471 — 484.

⁸⁷ Cornwall A. (2007), Op. Cit. "Buzzwords and fuzzwords: deconstructing development discourse", in *Development in Practice*, 17: 4, 471 — 484, troviamo l'interessante passaggio: "The very mobility of meanings of many of the words that make up the development lexicon makes them difficult to resignify without the help of other words that can moor them to specific projects. Ernesto Laclau's (1997) notion of 'chains of equivalence' offers further insights, as well as a strategy for reanimating denatured buzzwords. As terms are added to others, Laclau argues, 'chains of equivalence' are formed: the more words in the chain, the more the meaning of any of those words comes to depend on the other words in the chain. Used in a chain of equivalence with good governance, accountability, results-based management, reform, and security, for example, words like democracy and empowerment come to mean something altogether different from their use in conjunction with citizenship, participation, solidarity, rights, and social justice."

⁸⁸ Gaventa J., (2002), *Exploring Citizenship, Participation and Accountability*, in *IDS Bulletin* n.33, issue 2.

⁸⁹ Stefanini A. (2011), "Determinanti Sociali della Salute e Diritti Umani: dalla Retorica alla Pratica quotidiana", in <http://saluteinternazionale.info/2011/10/determinanti-sociali-della-salute-e-diritti-umani-dalla-retorica-alla-pratica->

Su queste linee sembra, a mio parere, muoversi non solo una consistente componente della società civile impegnata sui temi delle politiche sanitarie (*in primis* il *People Health Movement* di cui parlerò in seguito) ma anche la CSDH che individua anche nelle questioni legate ai meccanismi di redistribuzione sia economici che di potere una chiave di volta rispetto ai fattori influenzanti lo stato di salute delle popolazioni.

1.1.4 *Accountability e Diritto alla Salute*

La piena realizzazione dei diritti umani richiede (accanto a politiche di coerente tutela, applicazione e promozione dei diritti) anche meccanismi di monitoraggio, informazione e *accountability*. Il termine *accountability*, che può prestarsi a sua volta a manipolazioni, viene collegato al tema dei diritti umani e a quello della partecipazione come uno dei passaggi e strumenti essenziali per una piena realizzazione dei diritti umani e tra questi del diritto alla salute.

Nel contesto di un approccio basato sui diritti umani (HRBA), l'*accountability* richiama il dovere dello Stato a dare seguito agli obblighi stabiliti dagli accordi e dai trattati a livello regionale e internazionale cui lo Stato aderisce.

Il concetto di *accountability* è spesso inteso nelle politiche di sviluppo e anche nel settore sanitario in termini di rendicontazione finanziaria tesa a dimostrare che i fondi sono stati spesi correttamente e coerentemente; in altri casi ci si riferisce alla performance del settore sanitario in termini di efficacia ed efficienza rispetto a indicatori dati. Emerge inoltre un senso "politico-normativo" di tale termine ovvero l'esistenza di forme istituzionali (organismi, procedure, meccanismi) tesi ad assicurare la coerenza politica dei governi, la rappresentanza di istanze della cittadinanza, il monitoraggio alla rispondenza di bisogni emergenti e presenti. Nel complesso l'*accountability* unitamente a un approccio collegato ai diritti umani e ad esso ispirata contribuirebbe / contribuisce ad accrescere la forza della società civile nel domandare servizi migliori.⁹⁰

La linea affermata in sede ONU è che a fronte di diritti sanciti internazionalmente, gli stati sono portatori di obblighi e doveri che vanno verificati e richiedono agli Stati di essere disponibili a rendere conto di quanto fatto e come⁹¹.

In base al diritto internazionale lo Stato è il principale *duty – bearer* rispetto alle persone che si trovano a vivere sotto la propria giurisdizione. Ma anche la comunità internazionale in senso ampio ha una responsabilità nella piena realizzazione dei diritti umani. Pertanto i meccanismi di

[quotidiana/](#) (Ottobre 2011).

⁹⁰ Potts H. (2008), *Accountability and the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, University of Essex, http://www.essex.ac.uk/human_rights_centre/research/rth/projects.aspx (Aprile 2010).

⁹¹ Office of the UN High Commission for Human Rights (2004), *Draft Guidelines for a Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies*, UN <http://www2.ohchr.org/english/issues/poverty/guidelines.htm> , (Febbraio 2011).

accountability non devono riguardare solo gli stati ma anche gli attori globali (comunità dei donatori, organizzazioni intergovernamentali, NGO internazionali e imprese private transnazionali, poichè le loro azioni influenzano la possibilità e i modi di fruizione e godimento dei diritti umani in un paese.⁹²

Le Nazioni Unite indicano alcuni passaggi e meccanismi definiti per dare seguito all'*accountability* nel campo sanitario secondo cui agli stati viene richiesta trasparenza nei processi di decisione, nelle azioni e anche nelle omissioni, ponendo in atto meccanismi di riprogrammazione. Tra gli strumenti proposti agli stati ve ne sono sia di politici che di legali – normativi:

- Ratifica di trattati e loro inserimento nel corpo normativo nazionale.
- Meccanismi giudiziario e quaso – giudiziari: commissione per i diritti umani, difensori civici etc.
- Meccanismi politici e amministrativi quali: strumenti di revisione di politiche, audizioni, valutazioni sull'applicazione dei diritti umani.
- Meccanismi politici: procedure parlamentari, monitoraggio da parte delle Ong.
- Report sui diritti umani secondo i meccanismi delle convenzioni.
- Applicazione delle raccomandazioni degli organismi internazionali in materia di diritti umani.

Perchè sia gli stati che le popolazioni siano in grado di operare per il diritto alla salute è necessario che si intervenga con processi di *capacity building*.

Nel caso del settore sanitario questo processo riguarderà dal lato dei duty – bearers: politici, manager di ospedali, professionisti del settore sanitario e altre figure collegate. Per quanto riguarda i portatori di tali diritti, l'ONU richiama all'attenzione nei confronti sia degli individui che delle comunità, con particolare riferimento ai gruppi più marginalizzati. Essenziale per la consapevolezza, conoscenza e capacità di far valere i propri diritti fondamentali l'essere in grado di avere accesso a informazioni, di organizzare e partecipare e di esercitare pressioni e richieste volte a mutamenti di politiche.⁹³

Il tema dell'*accountability* non è nuovo nelle politiche sanitarie e nella cooperazione allo sviluppo, articolandosi in *accountability* finanziaria, di performance dei servizi e politico / democratica.⁹⁴ E' centrale la rispondenza e la responsabilità dei governi e delle autorità preposte, anche a livello decentrato, rispetto a precisi obblighi relativi al conseguimento di uno standard di salute.

Tra i meccanismi indicati a partire da un approccio HRBA troviamo: procedure giudiziarie,

⁹² Cornwall A., Musembi N.C. (2004), Op. Cit.

⁹³ WHO, *A Human Rights – Based Approach to Health*, www.who.int/hhr/news/hrba_to_health2.pdf, (Settembre 2010).

⁹⁴ Potts H. (2008), *Accountability*, Op. Cit.

istituzioni dei diritti umani, commissioni ad hoc, consigli locali per la salute (eletti), audizioni pubbliche, comitati di pazienti, valutazioni di impatto etc. Anche gli spazi e i mezzi di informazione possono giocare un ruolo di rilievo.⁹⁵

A sua volta la Commissione OMS / WHO sui Determinanti Sociali della Salute⁹⁶ indica alcune buone prassi per i Governi:

- norme relative al diritto alla salute e al diritto dei cittadini ad essere informati e partecipare alla formulazione delle politiche e delle determinazioni di bilancio;
- norme che sanciscano il diritto alla partecipazione nella gestione delle strutture ospedaliere e di servizio sanitario, oltre che in iniziative che valutino la qualità degli erogatori di servizi di salute;
- norme che stabiliscano meccanismi di autoregolamentazione dei professionisti della salute e di protezione dei pazienti;
- rafforzamento dei meccanismi di *accountability* relativi a forme di discriminazione, stabilendo un sistema di difensori (ombudsman) con particolare riguardo alle discriminazioni di genere e alla salute riproduttiva.⁹⁷

L'*accountability* offre quindi ai portatori del diritto alla salute un'opportunità di interagire e verificare i programmi e le prassi in campo sanitario da parte dei governi, in una dimensione sia nazionale che internazionale, facendo leva sugli strumenti di diritto nazionale e internazionale.

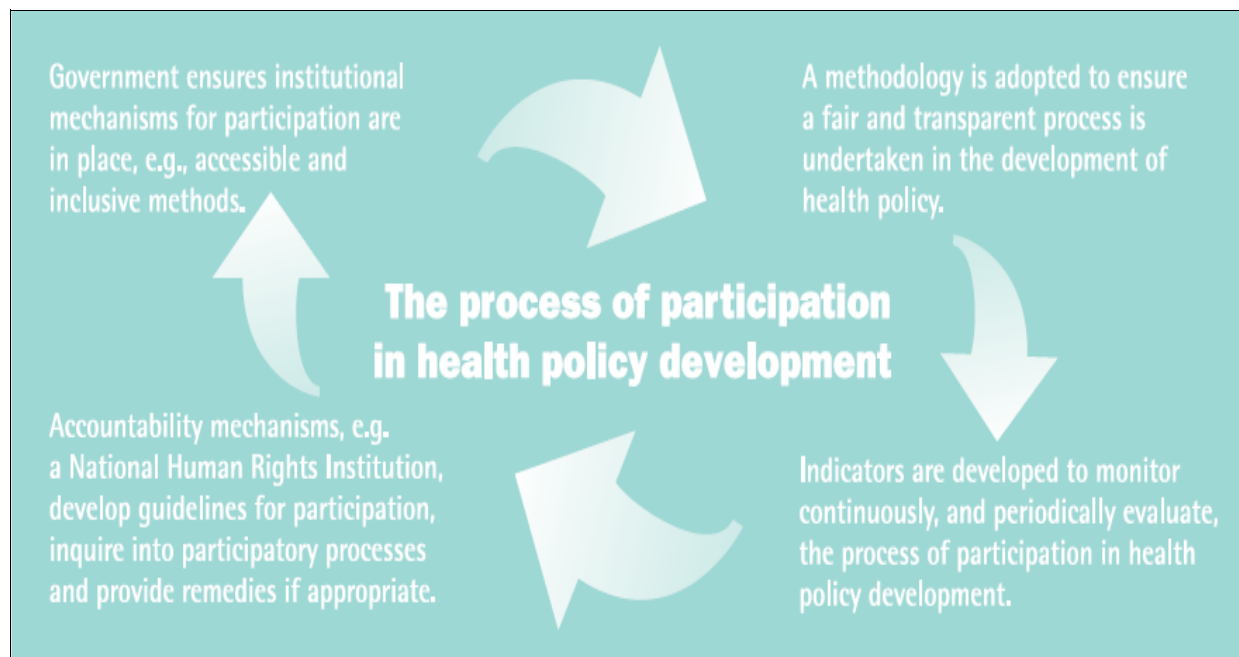
L'*accountability* è peraltro un processo che riguarda sia la prospettiva politica che aspetti di retrospettiva delle stesse: proponendo mutamenti e segnalando i potenziali miglioramenti, riproponendo ciò che ha funzionato e rimediando agli errori. Essenziale nei processi di *accountability* è la presenza di meccanismi, regole e organi dediti al continuo monitoraggio e controllo dei processi di implementazione delle politiche (Fig.1.2)

⁹⁵ Potts H. (2008), *Accountability*, Op. Cit.

⁹⁶ http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html (Ottobre 2009)

⁹⁷ WHO (2008), *Closing the Gap in a Generation*, Op. Cit.

Fig.1.2: *Accountability* e partecipazione nello sviluppo delle politiche sanitarie



Fonte: Potts H. (2008), *Participation and the right to the highest attainable standard of health*, University of Essex

Le attività di monitoraggio possono essere condotte dal Governo come pure da entità della società civile in forma collaborativa o meno. E' fondamentale l'esistenza di meccanismi di accesso al processo di *accountability*, al fine di rendere possibili ambiti di discussione e comunicazione. Parte integrante dei meccanismi collegati all'*accountability* per una piena realizzazione del diritto alla salute sono i meccanismi correttivi e di correzione ("remedies"). In tutti i passaggi è necessario che vi siano ambiti e forme di partecipazione. Anche il monitoraggio dei servizi sanitari e della implementazione del diritto alla salute è funzionale e utile ad un buon livello di *accountability*. I meccanismi di monitoraggio, raccolta di informazioni e reporting possono:

- i. fornire informazioni all'autorità di Governo sulle aree di intervento necessarie a causa di deficit nel raggiungimento dei target prefissati:
- ii. fornire informazioni ai portatori di diritti utili a questi ultimi per reclamare l'adempimento da parte del Governo di atti relativi ai diritti medesimi.

Anche per questo l'accesso e la distribuzione di informazioni sono essenziali come prodotto della attività di monitoraggio, al fine di garantire il funzionamento di meccanismi correttivi e di *accountability*, oltre che di partecipazione diretta.

Nello specifico:

a) I meccanismi di Accountability (livello nazionale)

Vengono individuati fondamentalmente cinque tipologie di meccanismi di *accountability*:

1. Giudiziario: revisione giudiziaria e giuridica degli atti e delle omissioni del Governo, indirizzi di ordine costituzionale, interpretazioni normative e contenziosi legali;

2. Quasi – giudiziario: ad esempio la presenza di istituzioni nazionali relative ai diritti umani, organismi regionali ed internazionali previsti da trattati. Le forme istituzionali nazionali a protezione dei diritti umani dovrebbero essere entità autonome seppur istituite dai governi.

3. Amministrativi:

- Specifici: un recente esempio è quello della valutazione di impatto sui diritti umani (HRIA: *Human Rights Impact Assessment*) che si pone l'obiettivo di prevedere le potenziali conseguenze sul godimento dei diritti umani da parte di determinate proposte di politiche.⁹⁸ Un'esperienza che si affianca a quella degli *Health Impact Assessment (HIA)*.

- Generali: lo sviluppo degli HIA e degli HRIA contribuiscono alla realizzazione degli *Equity-Focused Health Impact Assessment Framework (EFHIA)*⁹⁹. Tutte queste forme di valutazione hanno il fine di assicurare che i problemi e le preoccupazioni delle fasce più svantaggiate della popolazione siano inserite nei processi di produzione delle politiche e nei processi di implementazione. Gli EFHIA pongono in enfasi il diritto delle persone a partecipare alle decisioni che li toccano e nel far presente ai policy makers i meccanismi di redistribuzione e gli esiti redistributivi di una determinata politica relativamente alla salute.

4. Politici: ne sono alcuni esempi i Comitati Parlamentari, Consigli democraticamente eletti che si occupano di salute (*Health Councils*). In tali procedimenti i Comitati Parlamentari possono dare spazio ad audizioni e diventare un foro per forme di partecipazione e intervento della società civile. Gli *Health Councils*: spesso presenti in molti paesi e articolati a livello territoriale e istituzionale in modo più o meno decentrato e con meccanismi elettivi. Tra gli scopi di tali consigli vi sono l'approvazione di piani e programmi, incluso il *budget* collegato, la raccolta di denunce e segnalazioni, al fine di aumentare le opportunità, gli spazi e la forza delle istanze provenienti dalla

⁹⁸ Hunt P. (2007), *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, UN Doc. A/62/214, <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/SRRightHealthIndex.aspx> (Aprile 2010).

⁹⁹ In Simpson M., Harris S., Aldrich E.R. e William S.J. (2005), *Equity-Focused Health Impact Assessment Framework*, ACHEIA, Melbourne: "Equity-focused impact assessment uses health impact assessment methodology to produce a structured way to determine the potential differential and distributional impacts of a policy on the health of the population as well as on specific groups within that population".

società civile.

5. Sociali¹⁰⁰: vedono la partecipazione della società civile (in modo indipendente o collegata a iniziative dei governi) in attività di *budget monitoring*, audizioni e incontri. I meccanismi di *accountability* di tipo "sociale" coinvolgono i cittadini in azioni di "sorveglianza" rispetto alla condotta di Governo e governanti. Questo tipo di processi si combinano con l'utilizzo dei mezzi di comunicazione e con azioni di mobilitazione sociale diffusa anche per costituire meccanismi di bilanciamento alla condotta del Governo. Tali forme di mobilitazione possono costruire nel tempo anche modalità strutturate di monitoraggio e strumento di pressione per una adeguata rendicontazione politica e di valutazione dei programmi governativi, incluso l'uso delle risorse in relazione a obiettivi e risultati. In una casistica del genere possono rientrare le forme di *budget – tracking* attuate in Zambia dal CSPP (*Civil Society Poverty Reduction*) unitamente a esperienze di *services delivery monitoring/evaluation*.

b) Meccanismi di Accountability (livello regionale e sovranazionale)

1. Giudiziari: la Corte Africana per i Diritti Umani e dei Popoli, la Corte Europea per i Diritti Umani ed analoghe forme di intervento a livello regionale. A livello internazionale non vi sono corti di giustizia ad hoc ma possono esservi interventi più o meno diretti a cusa della Corte Penale Internazionale e della Corte Internazionale di Giustizia.
2. Quasi-giudiziari: si tratta spesso di Commissioni regionali dedicate al tema dei diritti umani. Troviamo: Commissione Africana sui Diritti Umani e dei Popoli, Comitato Europeo per i Diritti Sociali e la Commissione Inter – Americana per i Diritti umani. Tali Commissioni affrontano casi con rilevanza per quanto attiene alle politiche sanitarie. Nell'ambito delle Nazioni Unite gli strumenti di tipo quasi – giudiziario si riferiscono a quelli collegati alle convenzioni internazionali nella forma di Commissioni o Comitati collegati a specifici trattati internazionali (treaty bodies)¹⁰¹. Lo stesso Consiglio per i Diritti Umani, e in precedenza la Commissione per i Diritti Umani, si può occupare dello specifico del diritto alla salute e dare avvio a procedure

¹⁰⁰ Vi sono numerosi movimenti della società civile coinvolti nel monitoraggio e nella richiesta di trasparenza e accountability dei governi con riferimento al diritto alla salute: Treatment Action Campaign, JSA, the Right to Food Campaign, Care-Perù, Rosengrenska, La Mesa, MKSS, Participation and Practice of Rights Project. A livello regionale: Asian Human Rights Commission (AHRC) (www.ahrchk.net/index.php), International Women's Rights Action Watch — Asia Pacific (IWRAP Asia Pacific) (www.iwraw-ap.org). A livello internazionale: Global Health Watch, (www.ghwatch.org), The Peoples' Health Movement (PHM) (www.phmovement.org), International Federation of Health and Human Rights Organisations (IFHHRO) (www.ifhhro.org), Physicians for Human Rights (PHR) (<http://physiciansforhumanrights.org>), Open Society Institute (OSI) (www.soros.org), Amnesty International (www.amnesty.org), Human Rights Watch (HRW) (www.hrw.org), International Centre for the Protection of Human Rights (Interights), International Service for Human Rights (ISHR) (www.ishr.ch) e International Commission of Jurists (ICJ) (www.icj.org): (Aprile 2011). Vi sono poi programmi ad hoc e regionali o nazionali di numerose Ong internazionali (INGOs).

¹⁰¹ Un elenco esaustivo degli organismi collegati ai trattati internazionali sui diritti umani è fruibile alla pagine web: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx> (Aprile 2011).

speciali, quali ad esempio la nomina di un Relatore Speciale sul Diritto alla Salute¹⁰² e documenti specifici relativi al tema, oltre che gli strumenti di controllo e monitoraggio verso gli stati già in atto. I documenti e le decisioni dei consigli e comitati delle Nazioni Unite assumono anche un rilievo politico e possono coinvolgere la società civile in audizioni e raccolta di documentazioni (contro – relazioni).

3. Politici: in questa casistica ricadono le forme assembleari elettive o di rappresentanza di parlamenti che possono prendere in esame provvedimenti, proposte legislative, rapporti relativi al diritto alla salute, trattati internazionali a livello regionale.

c) Accountability e forme di risarcimento / correzione

Tra gli esiti di processi di monitoraggio e *accountability*, con particolare riferimento al diritto umano alla salute, vi possono essere quelli che nel diritto internazionale dei diritti umani vengono indicati come "remedies".¹⁰³ Anche il *General Comment No. 14 (2000)* di cui ho parlato in precedenza elenca una serie di "remedies" rispetto alle violazioni del diritto alla salute.

Tra le forme indicate nei documenti internazionali e nella letteratura, cito: la restituzione con il ripristino di una situazione pre-esistente alla violazione del diritto alla salute; la compensazione: in termini di valutazione del danno arrecato dalla violazione del diritto alla salute e conseguente compensazione dei danni o dalle conseguenze economiche, sociali e fisiche arretrate dall'esercizio di pratiche sanitarie; la riabilitazione: cure mediche e psico-sociali, ma anche servizi di tipo legale e sociale.

Accountability: difficoltà, ambiguità e prospettive

L'*accountability* non solo è frutto di procedimenti e meccanismi che variano da contesto a contesto, da paese a paese, ma è sottoposto, per esistere, ad alcune pre-condizioni. Inoltre è concetto strumentalizzabile e può a pieno titolo rientrare nel novero delle cosiddette "buzzword" della retorica dello sviluppo.

Tra le precondizioni per una buona *accountability* possiamo annoverare:

- Includere il concetto di "diritto alla salute" nella programmazione e nel lavoro quotidiano dei policy makers;

¹⁰² <http://www2.ohchr.org/english/issues/health/right/> : Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (Aprile 2011).

¹⁰³ United Nations General Assembly (2006), *Basic Principles and Guidelines on the Right to a Remedy and Reparation for Victims of Gross Violations of International Human Rights Law and Serious Violations of International Humanitarian Law*, UN Doc A/RES/60/147, <http://www2.ohchr.org/english/law/remedy.htm> (Febbraio 2011).

- L'inclusione del diritto alla salute nel piano nazionale per la salute del paese;
- Meccanismi istituzionali di partecipazione nelle fasi di programmazione, implementazione e revisione del piano nazionale per la salute e un accordo con la società civile a riguardo;
- La presenza di un sistema di monitoraggio e di accountability;
- La diffusione di una cultura del diritto alla salute, anche attraverso una specifica formazione dei soggetti coinvolti e preposti.

La realtà nella pratica raramente vede rafforzarsi partecipazione e *accountability*. Nelle strutture sanitarie, nella realtà sociale e politica e nelle comunità di appartenenza, spesso si riscontrano ostacoli o elementi che scoraggiano la partecipazione e la realizzazione di una reale *accountability*. Non di rado mancano meccanismi di coordinamento e controllo interni ai sistemi sanitari, gli stessi cittadini sono poco consapevoli dei loro diritti e l'emergere di realtà di mercato nel sistema sanitario aggiungono complessità alla complessità.

Non basta la definizione di meccanismi, ma una diffusione orizzontale di pratiche di *accountability* e partecipazione: l'assenza di spazi democratici, i limiti all'accesso ad informazioni, la negazione dei diritti di base, modelli di partecipazione centralizzati o definiti "*up – bottom*" costituiscono limiti oggettivi alle forme di partecipazione locale.¹⁰⁴

Nell'approcciare la complessità del concetto e della pratica di *accountability* è utile mettere in evidenza alcune ambiguità e false premesse:¹⁰⁵

1. la mancanza e le carenze nell'*accountability* non sono un problema nuovo in molti contesti, ma spesso il risultato di realtà di esclusione e corruzione di lunga durata;
2. l'*accountability* non è un problema solo dei paesi in via di sviluppo o meno sviluppati: sfide e problematiche sono simili in tutto il mondo;
3. la pratica dell'*accountability* non può prescindere dai contesti istituzionali, culturali, sociali ed economici, come pure dalle relazioni di potere: sono allora necessarie pratiche e istituzioni adatte al contesto e in grado di superare gli ostacoli politici e culturali, rispetto a partecipazione e richiesta di *accountability*.

Numerosi autori, considerando sia il concetto di *accountability* che quello di *good – governance* (spesso collegato al primo), segnalano il pericolo di un uso strumentale dei termini e la non automatica attenzione ai diritti di cittadinanza democratica. Spesso l'attenzione viene posta più su meccanismi di controllo e di lotta alla corruzione con il rischio di esaltare processi di privatizzazione ed esternalizzazione spesso poco "accountable" nei confronti dei cittadini.¹⁰⁶ Un

¹⁰⁴ Cornwall A., Lucas H., Pasteur K. (2000), "Accountability through Participation – Developing Workable Partnership Models in the Health Sector", in IDS Bulletin Vol 31 No 1, 2000.

¹⁰⁵ Newell P., Wheeler J., Dunn A., (2006), *Partnership with the Citizenship*, IDS POLICY BRIEFING ISSUE 33 NOVEMBER, www.eldis.org (Febbraio 2011).

¹⁰⁶ Cornwall A. (2007), Op. Cit.

approccio critico all'*accountability* deve considerare anche come tale pratica sia a favore delle fasce più svantaggiate della popolazione: la soluzione proposta è quella di rafforzare il concetto e il ruolo della cittadinanza non solo nei confronti dello Stato ma anche delle imprese private, che hanno certamente un ruolo nella implementazione dei diritti umani. Diviene quindi critico e necessario accrescere la capacità di esercizio della cittadinanza come base dei processi di *accountability*.¹⁰⁷

Rene Loewenson¹⁰⁸, analizzando i problemi di partecipazione e *accountability* in campo sanitario evidenzia alcune criticità:

- lo scarso margine di manovra delle autorità locali in termini di programmazione, dati i vincoli nazionali di risorse;
- mancanza di norme e misure a favore della partecipazione;
- burocratizzazione dei processi decisionali e scarso spazio a forme di sorveglianza pubblica dei problemi sanitari;
- difficoltà e carenze di comunicazione in materia di decentramento;
- organizzazione degli uffici e delle autorità pubbliche con scarsa attenzione all'*accountability* o scarsa capacità di incidere sui controlli e le responsabilità nel settore sanitario.

In conclusione le criticità che emergono rispetto al concetto di *accountability* non sono solo riferibili alla mancanza di meccanismi istituzionali, ma anche ad una attenzione alla partecipazione, all'informazione, alla formazione della cittadinanza e all'allargamento delle pratiche alle stesse organizzazioni della società civile (nazionale e internazionale) come pure al settore privato.

1.1.5 *Empowerment e Potere*

Dato che la riflessione della Commissione sui Determinanti Sociali della Salute (CSDH) ha dedicato uno specifico spazio alla riflessione relativa all'equità della redistribuzione del potere come fattore di influenza e determinazione dell'equità in salute, è opportuno dedicare uno spazio all'esplorazione del termine "potere" e a quello collegato di *empowerment* nelle dinamiche e politiche di sviluppo. La Commissione sui Determinanti Sociali della Salute (CSDH) nella sua relazione ha scelto un approccio olistico rispetto ai fattori di influenza della salute. La scarsa salute delle fasce più povere, il gradiente di salute nei differenti paesi e le marcate differenze in salute tra i paesi trovano la loro causa, sempre secondo la CSDH, nella ineguale (e iniqua) distribuzione, a livello globale e nazionale, del potere, del reddito, di beni e servizi.

La mancanza di equità nella distribuzione e gestione del potere interagisce con quattro dimensioni

¹⁰⁷ Gaventa J., (2002), Op. Cit.

¹⁰⁸ Loewenson R. (2000), Op.Cit.

(politica, economica, sociale e culturale) che costituiscono una struttura lungo la quale i gruppi sociali e gli individui sono inclusi o esclusi. La CSDH evidenzia l'importanza di un settore pubblico forte, capace e finanziato. Lo spazio di azione non è circoscritto al Governo del singolo paese ma al complessivo problema della *governance*, ovvero a questioni relative alla legittimità, agli spazi e al sostegno delle espressioni della società civile. Analogamente a livello globale è necessaria una *governance* dedicata all'implementazione del principio e delle pratiche di equità in salute.

La CSDH, a partire dalla struttura teorica del meccanismo di determinazione delle ineguaglianze¹⁰⁹, punta su un mutamento nella distribuzione del potere all'interno delle società e a livello globale. La direzione è quella del rafforzamento delle capacità di individui e gruppi nel rappresentare con forza ed efficacia i propri bisogni e necessità e, facendo questo, di lanciare una sfida di cambiamento rispetto alla distribuzione delle risorse sociali e delle condizioni di salute. Tali mutamenti possono realizzarsi a differenti livelli, dal micro (individuale, familiare o comunitario) al macro nelle sfere delle relazioni economiche, sociali, politiche e istituzionali.

Empowerment è qui inteso come un processo che passa sia attraverso la rappresentazione di istanze e la partecipazione a processi decisionali, sia attraverso forme di azione dal basso verso i livelli più alti della società e delle istituzioni (bottom – up), radicati nella società ai livelli di base. Accanto ad azioni che partono dalla società civile, sono necessari anche processi che hanno la loro origine nel Governo e nello Stato, finalizzati a garantire alcuni diritti fondamentali ed equità distributiva di beni di natura economica e sociale.¹¹⁰

Esaminare le teorie e le concezioni di "potere" ci può aiutare a comprenderne le relazioni con le ineguaglianze e le iniquità nella distribuzione delle condizioni di salute e la molteplicità delle dimensioni su cui le relazioni di potere agiscono (come osservato in precedenza: dimensione economica, sociale, politica e culturale).

Un primo concetto di potere è quello che evidenzia due dimensioni:

- *il potere di...*: che Giddens¹¹¹ individua nella capacità di un attore di intervenire in una serie di eventi per modificarne il corso.
- *il potere su...*: che caratterizza una relazione nella quale un attore o un gruppo ottiene i propri risultati strategici, determinando il comportamento di un altro attore o gruppo. Questa seconda definizione è fortemente collegata con il concetto di coercizione e dominio.

E' importante osservare come i termini di "dominio" e "oppressione" necessitano forme di violenza

¹⁰⁹ Solar O., Irwin A. (2007), Op.Cit.

¹¹⁰ WHO (2008), *Closing the Gap in a Generation*, Op. Cit.

¹¹¹ Giddens A. (1991), *Modernity and Self-Identity*, Polity Press, Cambridge.

fisica o della minaccia. Tali modalità possono assumere anche forme di tipo non esplicito o "coperto": forme di controllo dei mass-media incidono in tal senso sulla capacità di esprimere disagio o contestazione.¹¹² Alcuni autori si spingono ad evidenziare forme di "oppressione strutturale" ovvero l'insieme di svantaggi e sofferenze quotidiane di larghe fasce della popolazione causate dalle pratiche delle società di appartenenza e delle leadership.

Altri autori marcano la rilevanza del potere come forza positiva e di cambiamento, tra essi Hannah Arendt, che ne evidenzia gli aspetti di azione collettiva e non solo inter-soggettiva¹¹³.

Da questa concezione deriva che i processi di *empowerment* conducono, attraverso una fase di riflessione e crescita, ad azioni condivise.

Successivi sviluppi, dovuti anche alle teorie femministe, evidenziano quattro fondamentali tipi di potere che articolano ulteriormente lo schema precedente delle due dimensioni di potere:¹¹⁴

- Potere su (abilità di influenzare o esercitare coercizione).
- Potere di (organizzare e cambiare le gerarchie esistenti).
- Potere con (derivante dall'azione collettiva).
- Potere interiore (derivato dalla coscienza individuale).

Queste diverse concezioni possono influenzare il tipo di approccio allo sviluppo da parte di agenzie di sviluppo. Infatti un approccio basato sulla concezione del "potere su" si concentrerà sulla partecipazione dei gruppi esclusi dalle strutture politiche ed economiche. Di contro un modello basato sul "Potere di" o "Potere con" opererà maggiormente su forme di azione collettiva, cercando di creare o trasformare le strutture di condivisione del potere.¹¹⁵ Ad una azione di tipo collettivo si collega l'approccio basato sui diritti umani (HRBA) che vede nell'azione collettiva uno degli strumenti per affermare i diritti negati e maggiore equità.¹¹⁶

Gaventa¹¹⁷ cerca di esplicitare ancora di più i concetti di potere indicati sino ad ora e le relazioni che stanno alla base. Gaventa cerca di mettere in evidenza gli spazi di impegno e i livelli di potere che ne derivano o si relazionano con gli spazi e le forme di potere (Fig.1.3).

¹¹² "The power to shape people's thoughts and desires is the most effective kind of power, since it pre-empts conflict and even preempts an awareness of possible conflicts" in Quiroz S. (2006), *Empowerment: A Selected Annotated Bibliography*. Paper prepared by ODI for the SDC Poverty-Wellbeing Platform.

¹¹³ Citazione da: Wartenberg T. (1994), *Rethinking power*. Suny Press, pag. 22.

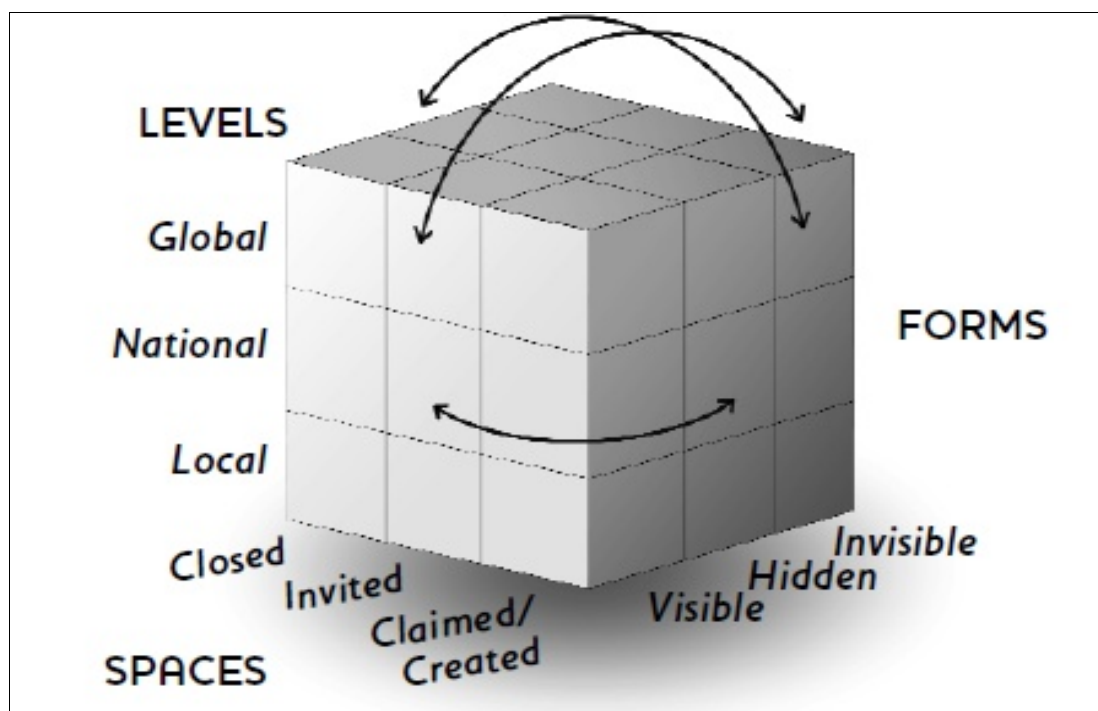
¹¹⁴ Luttrell C., Quiroz S., Scrutton C., Bird K. (2007), *Understanding and Operationalising Empowerment*, Paper prepared by the Overseas Development Institute (ODI) for the Poverty-Wellbeing Platform. 2007, www.poverty-wellbeing.net/en/Home/Empowerment/More_on_Empowerment (Gennaio 2011). www.poverty-wellbeing.net/en/Home/Empowerment/More_on_Empowerment (Gennaio 2011).

¹¹⁵ Luttrell C., Quiroz S., Scrutton C., Bird K. (2007), Op.Cit.

¹¹⁶ Solar O., Irwin A. (2007), Op. Cit.

¹¹⁷ Gaventa J. (2006), Op. Cit.

Fig.1.3: Livelli, spazi e forme del potere



Fonte: Gaventa J. (2006), "Finding the Spaces for Change: A Power Analysis", in IDS Bulletin, Volume 37 Number 6 November 2006

Ogni dimensione del modello del "cubo del potere" di Gaventa è analizzabile come separata ma anche come correlata alle altre due. A partire da questo modello, Gaventa ipotizza la definizioni di azioni e processi di trasformazione degli equilibri di potere esistenti. Nel modello del "cubo" gli spazi sono concepiti come opportunità, momenti e canali di azione dei cittadini per agire sulle politiche, sulle decisioni e sulle relazioni di potere che influenzano le loro esistenze ed interessi. Questi stessi spazi sono poi attraversati da relazioni di potere e non sono neutrali.¹¹⁸

Gli spazi di partecipazione e di esercizio del potere sono il frutto di reti di legami sociali che definiscono il campo di azione.¹¹⁹ La Libertà è, in questo schema, la capacità di interagire in questi spazi e ampliarli.

Quali spazi di partecipazione individua Gaventa, come li definisce?

Spazi chiusi: ambiti in cui le decisioni sono prese da attori in ambiti chiusi e non aperti

¹¹⁸ Cornwall A. (2002), *Making Spaces, Changing Places: Situating Participation in Development*, IDS Working Paper 170, Brighton; Cornwall A., Coehlo, V. (2006), *Spaces for Change? The Politics of Citizen Participation in New Democratic Arenas*, Zed Books, Londra; Cornwall A., Coehlo V. (2004), Op.Cit. "New Democratic Spaces?", in IDS Bulletin 35.2.

¹¹⁹ Gaventa J. (2006), Op.Cit.

all'inclusione. In questa categoria ricadono ambiti in cui si prendono decisioni relative a servizi alle persone senza che vi siano consultazioni o coinvolgimento dei beneficiari. In tal caso gli sforzi della società civile si potranno concentrare nel tentativo di aprire ad un coinvolgimento pubblico tali ambiti, come pure su azioni a favore della trasparenza e dell'*accountability*.

Spazi ad invito: ovvero spazi in cui le persone sono invitate a partecipare da varie autorità di Governo o anche entità non-governative. Tali forme possono concretizzarsi in consultazioni come pure in strutture istituzionalizzate.

Spazi creati / richiesti: sono spazi creati per le richieste degli attori dotati di meno potere o contro le strutture di potere esistenti o per creare spazi di autonomia rispetto alle strutture esistenti. Questi spazi sono il frutto di una mobilitazione popolare con riferimenti a identità o a problemi comuni, oppure possono fare riferimento a persone con idee simili che si uniscono per alcuni fini comuni. In tale tipologia di spazi ricadono sia quelli creati dai movimenti sociali, sia quelli in cui spontaneamente e naturalmente le persone possono incontrarsi per discutere e confrontarsi al di fuori degli spazi istituzionalizzati dell'arena politica.

Le tipologie di spazio di potere e le relazioni tra esse costituiscono una sfida per le strategie della società civile. Rispetto a gli spazi "chiusi", la società civile deve impegnarsi per una maggiore trasparenza e strutture maggiormente democratiche e responsabili. Negli spazi "ad invito" la strategia della società civile deve cambiare e deve acquisire competenze di negoziazione e nel contempo mantenere aperti tali spazi agli impulsi della società civile stessa. Secondo alcuni autori pertanto le organizzazioni della società civile e i movimenti devono avere la capacità di muoversi internamente ed esternamente agli spazi di partecipazione e nel contempo collegare le strategie dei vari ambiti in modo orizzontale. Le forme assunte dalle dinamiche di potere influenzano fortemente l'inclusività e la partecipazione e quindi è necessario considerare le forme di potere riscontrabili.

Le forme principali definite da Gaventa sono:

- *Potere visibile (processo decisionale osservabile)*

Include gli aspetti visibili e definibili del potere politico (le regole formali, le strutture, le autorità, le istituzioni, le procedure etc.). Le strategie collegate a tale forma visibile del potere tendono a voler rendere il processo decisionale più democratico e responsabile (*accountability*).

- *Potere nascosto (definire l'agenda politica)*

In questo caso ci si riferisce alla capacità di determinati soggetti dotati di potere, di influenzare e controllare i processi decisionali e le agende a scapito dei gruppi meno forti. L'azione di *empowerment* in questo caso si concentrerà sul rafforzamento delle organizzazioni e movimenti dei più svantaggiati al fine di esprimere una *leadership* capace di incidere sull'agenda politica e accrescere la capacità di influenzare i processi decisionali.

– *Potere invisibile (azione sui significati e su quanto è accettabile)*

Si fa riferimento¹²⁰ a quei meccanismi atti a influenzare i termini psicologici e ideologici relativi alla partecipazione, incidendo sul pensiero delle persone rispetto alla situazione e alla loro posizione nel mondo. Si può rendere accettabile la condizione di esclusione. La strategia di reazione a questa prassi di potere invisibile si indirizza alla cultura politica e sociale delle persone oltre che alla coscienza individuale; l'*empowerment* ha allora lo scopo di mutare la percezione di sé stessi e della realtà che ci circonda, elaborare future strategie di cambiamento e possibili alternative. Queste forme a loro volta incidono sul concetto e forma stessa di *empowerment*. Infatti nel considerare il problema della iniqua distribuzione delle condizioni di salute e dei determinanti della salute non è possibile accettare un modello di *empowerment* che si concentri esclusivamente sugli elementi psicologici e personali a spese di mutamenti di ordine politico che contemplino una crescita, da parte dei gruppi svantaggiati, di esercitare il controllo sui processi decisionali che possono influenzare la loro situazione di salute e benessere personale. Un *empowerment* depoliticizzato quindi è incompatibile con una elaborazione dei determinanti di salute così come proposta dalla CSDH e dalla struttura teorica alla base dei Determinanti Sociali della Salute di cui parlerò estesamente in seguito. Questa concezione "politicizzata" dell'*empowerment* richiama ancora una volta la responsabilità dell'organizzazione statale nella creazione di condizioni e spazi ove possa realizzarsi effettivamente questo processo di *empowerment* delle comunità svantaggiate. Una risposta alla depoliticizzazione del termine potere e di quello conseguente di *empowerment*, rintracciabile nell'uso di termini come *partnership* e *shared ownership* da parte di molti attori della Cooperazione Internazionale quali ad esempio la Banca Mondiale (WB) e il Fondo Monetario Internazionale (IMF), spesso trascurando gli elementi di asimmetria e ineguaglianza pre-esistenti e strutturali¹²¹.

Come accennato anche il termine *empowerment* si presta a usi strumentali, depoliticizzazione e svuotamento del significato proprio e complesso del termine. Srilatha Batliwala¹²² dimostra come un termine che aveva avuto origine nei movimenti femminili e presupponeva un'azione di trasformazione, non solo individuale, ma anche economica, culturale, sociale e politica, a partire dagli anni '90 entra nel gergo della cooperazione internazionale e degli organismi internazionali sostituendo i termini di "partecipazione popolare" e "sviluppo della donna"; tutto questo nonostante i principali sforzi tesi ad approfondire e definire il concetto di *empowerment* evidenziassero il collegamento del termine con processi socio – politici e con il concetto di potere e che il termine

¹²⁰ Gaventa J. (2006), Op. Cit.

¹²¹ Solar O., Irwin A. (2007), Op. Cit.

¹²² Batliwala S. (2007), "Taking the power out of empowerment – an experiential account, Development in Practice", Volume 17, Numbers 4–5, August 2007.

empowerment precupponeva un mutamento negli equilibri di potere (economico, politico e sociale) tra gli individui e tra i gruppi sociali. Nel caso studiato da Srilatha Batliwala l'*empowerment* da processo di mutamento degli equilibri di potere, a partire dai rapporti di genere, è divenuto sinonimo di una serie di iniziative di microfinanza concentrate solo sul rafforzamento economico e su una concezione basata sui risultati di *empowerment*, tralasciando progressivamente gli aspetti di mutamento sociale e politico proposti inizialmente, spostando progressivamente l'attenzione su altri concetti e parole chiave (come *Millennium Development Goals* - MDGs) più adatti ad un approccio basato su risultati misurabili e quantitativi, ma sempre più lontano dalle persone (in particolare donne) ai margini e sempre più nelle mani di esperti intermediari delle retoriche e delle pratiche dello sviluppo. Accanto a questo il concetto di *empowerment* si è sempre più fatto elemento dell'individuo e sempre meno fattore comunitario, venendo utilizzato progressivamente nel settore privato all'interno delle dinamiche aziendali di gestione del personale (risorse umane).

Considerando altri approcci, il tema dell'*empowerment* è stato via via collegato alla protezione e promozione dei diritti umani. Progressivamente inoltre i diritti umani sono divenuti una nuova parola chiave nella retorica e nei documenti delle agenzie internazionali per lo sviluppo; per alcuni autori hanno contribuito a neutralizzare dapprima e sostituire poi l'*empowerment* e gli elementi di lotta e cambiamento del potere. Per altri, invece, i diritti umani un HRBA porta ad occuparsi e impegnarsi delle relazioni politiche e di potere, favorendo il passaggio da "beneficiari passivi" a "cittadini attivi". Se entrambi gli approcci enfatizzano il ruolo delle persone come attori di cambiamento e non solo beneficiari, l'approccio HRBA enfatizza il rapporto tra cittadino e struttura pubblica. L'*empowerment*, collegandosi alle forme di esercizio e di struttura del potere, abbraccia una capacità di agire ampia e precede l'azione di *accountability* nei confronti dello Stato collegata alla richiesta di ottemperare e rispettare i diritti umani.¹²³

In conclusione tra le tipologie di *empowerment* principalmente emerse in questi anni nelle pratiche di cooperazione e sviluppo troviamo:

Empowerment economico: al fine di assicurare appropriate competenze, capacità, risorse ed accesso per assicurare redditi sicuri e sostenibili, oltre che mezzi di sussistenza. Per questa ragione molte organizzazioni si concentrano sull'accesso a risorse e strumenti ideonei.

Empowerment umano e sociale: l'*empowerment* è visto come un processo sociale multidimensionale che aiuti le persone ad assumere un maggiore controllo sulla propria vita. Tale modalità di *empowerment* favorisce la capacità di utilizzare il potere a favore di sé stessi, della propria comunità e della società su temi e questioni strategiche.

Empowerment politico: ci si riferisce alla capacità di analizzare, organizzare e mobilitare, avendo

¹²³ www.poverty-wellbeing.net/en/Home/Empowerment/More_on_Empowerment (Gennaio 2011).

come esito una azione collettiva per attuare un mutamento collettivo. Spesso è un discorso collegato a un approccio HRBA e quindi alla capacità dei cittadini di reclamare in modo collettivo i propri diritti.

Empowerment culturale: finalizzato a ridefinire regole e norme e pratiche culturali. Ci si riferisce in particolare alle minoranze culturali e ai loro diritti.

L'approccio dei Determinanti Sociali della Salute tende ad abbracciare e mettere in rete nello schema teorico dei Determinanti Sociali tutte queste forme di *empowerment* nei diversi livelli di azione sulle condizioni di salute e sull'equità in salute. Michael Marmot, presidente della CSDH, evidenzia come oltre alle soluzioni tecniche e mediche, per migliorare lo stato di salute è necessario operare sull'*empowerment* di individui, comunità e collettività nazionale, agendo su tre direttrici: livello materiale, livello psico-sociale e livello politico. In questo quadro l'*empowerment* partecipativo è una sorta di “obbligo etico” per i governi.¹²⁴

¹²⁴ Marmot M. (2007), Op.Cit.

1.2 Riferimento teorico utilizzato: i determinanti sociali della salute

1.2.1 Alcuni elementi da cui partire

L'agenda della politica sanitaria internazionale ha, negli anni, oscillato tra un approccio basato essenzialmente sulle tecnologie ed uno di salute pubblica, attendendo alla salute come fenomeno sociale complesso e quindi da collegare ed affrontare con una azione politica di tipo intersettoriale. Considerare la salute come un fenomeno sociale ne evidenzia gli aspetti maggiormente collegati ai temi della giustizia sociale. Di conseguenza, l'equità in salute diventa un criterio e principio guida. A sua volta questo conduce all'adozione di un approccio collegato ai diritti umani come viatico alla realizzazione dell'equità, individuando nello Stato il maggior responsabile in materia. Il legame tra i diritti umani, non solo a livello individuale, associati alle storiche lotte dei e per i soggetti più deboli, forma un quadro operativo in cui trova realizzazione il principio di equità in salute.

1.2.2 Alcuni cenni storici relativi ai Determinanti Sociali della Salute

Nel 1948 la Costituzione della OMS/WHO riconobbe chiaramente l'impatto delle condizioni sociali e politiche sulla salute e la necessità di una azione intersettoriale che coinvolgesse settori quali l'agricoltura, l'educazione, il *welfare* sociale, le condizioni di vita ed abitative.

Negli anni '50 e '60 prevalse tuttavia un approccio basato sulle tecnologie mediche e su azioni "verticali" mirate a specifiche malattie. Un approccio di tipo "sociale" fu riproposto nel 1978 con la Dichiarazione di Alma Ata sulla *Primary Health Care* e il conseguente obiettivo della salute per tutti ("Health for All"), che riaffermava la necessità di rafforzare l'equità in salute incidendo sulle condizioni sociali di partenza attraverso programmi intersettoriali.¹²⁵

I successivi anni '80 videro l'applicazione dei Piani di Aggiustamento Strutturale (SAPs) da parte delle Istituzioni Finanziarie Internazionali (IFIs) con conseguenti tagli alla spesa sociale e complessiva riduzione della capacità di azione degli stati relativamente ai determinanti sociali della salute.

Dalla fine degli anni '90 e per i primi anni del nuovo millennio, in risposta alla crescente mole di dati e ricerche¹²⁶ che evidenziavano il fallimento delle politiche sociali ed economiche rispetto alle

¹²⁵ www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (Settembre 2011).

¹²⁶ Tra queste: Whitehead M. (1990), *The concepts and principles of equality and health*, WHO Regional Office for Europe (EUR/ICP/RPD 414); Braveman P. (1998), *Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low-*

ineguaglianze in salute, numerosi paesi iniziarono a elaborare ed applicare politiche che consideravano in modo esplicito il problema dell'equità in salute e dei determinanti sociali.

Anche in aree in via di sviluppo emersero movimenti e pensieri critici che univano il tema della giustizia sociale alla salute nelle agende politiche (ad esempio il movimento della Medicina Sociale Latino Americana) richiamando l'importanza di una azione che incidesse sulle radici sociali della malattia.¹²⁷

1.2.3 I valori chiave nel quadro concettuale dei Determinanti Sociali della Salute

E' necessario prendere atto che le scelte politiche di ogni livello sono guidate da definiti e precisi valori, più o meno espliciti. Nel caso dei lavori della CSDH, il principio di equità in salute (*health equity*) è un valore esplicito alla base dell'operato della Commissione, mentre i diritti umani ne sono la base di partenza per agire in una agenda a favore dell'equità, oltre che una leva politica rilevante. La CSDH afferma a più riprese, sulla base della letteratura e delle esperienze riportate, che l'equità richiede di operare per un *empowerment* delle persone, in particolare a favore dei gruppi svantaggiati, al fine di promuovere un progressivo controllo collettivo sui fattori che incidono sulla loro salute.

A partire dal contributo teorico di Amartya Sen, numerosi autori, e la stessa CSDH, collegano il concetto di equità in salute con i concetti di *agency* e di *governance*. La salute viene concepita come un "bene speciale"¹²⁸ la cui equa distribuzione richiede una particolare attenzione da parte di chi governa. La salute viene concepita come "bene speciale" in quanto: 1. la salute contribuisce direttamente al benessere di una persona; 2. la salute mette in grado una persona di agire e di dare seguito alle capacità di "agency". Ne consegue che le diseguaglianze in salute incidono sulle capacità delle persone di agire e quindi incidono profondamente sulla libertà individuale.

Quindi da un lato la salute è prerequisito per una piena libertà e capacità di agire, e allo stesso tempo la condizione sociale, che incide sulla capacità di agire e di controllare la propria vita, è associata ad esiti nella condizione di salute, a sua volta.¹²⁹

Vi è quindi un mutuo rafforzarsi tra condizioni di salute e libertà / capacità di agire da parte delle persone. Questa considerazione è di rilievo nella formulazione di politiche.

Il sistema internazionale dei diritti umani è la struttura concettuale all'interno della quale si deve procedere verso l'equità in salute, agendo sui Determinanti Sociali della Salute. Il sistema

and middle-income countries, World Health Organization, Ginevra.

¹²⁷ Si veda: Tajer D. (2003), "Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges", *American Journal of Public Health*, 93(12), pagg. 1989-91.

¹²⁸ Anand S., Peter F., Sen A. (2001), *Public health, ethics and equity*, Oxford.

¹²⁹ Solar O., Irwin A. (2007), Op. Cit.

internazionale dei diritti umani ha la sua base nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (UDHR) del 1948. La lettura a partire dai diritti umani dello stato di salute unitamente alle teorie di Sen hanno portato alcuni autori ad affermare come sia necessario che i gruppi svantaggiati assumano un crescente controllo relativamente alla propria salute e ai fattori che la influenzano: un crescente controllo sui fattori determinanti la salute è parte della capacità dei singoli e delle comunità di decidere della propria vita.¹³⁰

1.2.4 Elementi e concetti teorici relativi alla produzione sociale della salute e della malattia

La Commissione sui Determinanti Sociali della Salute ha preso in considerazione tre principali approcci teorici rispetto alla produzione della salute e della malattia:

1. Approcci psico-sociali;
2. Produzione sociale della salute e politica economica della salute;
3. Ambiente eco – sociale.

Questi approcci usano tutti alcuni meccanismi per definire le cause delle condizioni e degli stati di salute:

1. Mobilità sociale;
2. Cause sociali;
3. Prospettive di vita.

Comune a questi approcci è l'attenzione e la rilevanza della "posizione sociale", che gioca un ruolo fondamentale nelle ineguaglianze dei determinanti sociali della salute di ogni persona o gruppo di persone. Tra le teorie maggiormente esplicative vi è quella del modello di Diderichsen¹³¹. Diderichsen descrive come alcuni elementi stratificano le condizioni di salute:

- Il contesto sociale, che include la struttura della società e le relazioni sociali, crea una stratificazione sociale e assegna ad ognuno una diversa posizione sociale;
- La stratificazione sociale genera esposizioni differenti alle condizioni dannose per la salute e un differenziale di vulnerabilità;
- La stratificazione sociale determina conseguenze differenti della malattia: diverse conseguenze economiche come pure diversi esiti per la salute in sè;

La rilevanza e il ruolo della posizione sociale nel generare ineguaglianze nello stato di salute

¹³⁰ Yamin A. E.(1996), "Defining Questions: Situating Issues of Power in the Formulation of a Right to Health under International Law", *Human Rights Quarterly*, 18 (2), pagg.398-438; Yamin A.E. (2009), "Suffering and powerlessness: the significance of promoting participation in rights-based approaches to health", *Health and Human Rights* 11, pagg. 5–22.

¹³¹ Diderichsen F., Evans T., Whitehead M. (2001), "The social basis of disparities in health" in: Evans T. et al. (2001), *Challenging inequities in health*, Oxford UP, New York.

implica che si pongano al centro altri elementi:

- il potere: considerare il potere implica andare al di là del concetto di dominio, inserendo elementi collegati alla capacità collettiva di agire e quindi agli elementi creativi del potere stesso. Vi è da considerare una domanda, da parte delle popolazioni in condizione di oppressione, di esprimere il proprio potere sociale collettivo. Allora affrontare le ineguaglianze nella distribuzione dei determinanti sociali della salute implica un processo politico che coinvolge sia le comunità e i gruppi svantaggiati che lo Stato;
- la distinzione tra cause sociali della salute e fattori sociali che ne determinano la distribuzione tra i differenti gruppi sociali. Agire sulle cause sociali non implica automaticamente incidere sulla loro distribuzione tra i gruppi sociali. La questione rilevante è se le politiche affrontano i determinanti sociali della salute o i determinanti di iniquità in salute.

1.2.5 La struttura teorica e concettuale dei Determinanti Sociali della Salute

Visti alcuni elementi delle principali teorie di determinazione della salute è necessario comprendere i meccanismi che portano alle iniquità in salute. Esistono differenti prospettive, che spesso si integrano e che spiegano le ineguaglianze in salute.

a. La prospettiva della selezione sociale

Secondo questa visione la salute determina la posizione socioeconomica e non viceversa. La salute esercita un forte effetto sull'ottenimento della posizione sociale, dando come esito un percorso di mobilità sociale lungo il quale le persone meno sane si collocano al livello basso del gradiente sociale. La mobilità sociale si riferisce al fatto che la posizione sociale di un individuo può mutare durante il ciclo della vita, sia in relazione alla propria famiglia (mobilità intergenerazionale).¹³²

b. Approcci di selezione ad opera della salute

Esistono vari approcci al tema della selezione operata dalla salute. Secondo Solar e Irwin è opportuno distinguere tra una selezione diretta in cui la malattia influenza direttamente la collocazione nella posizione socioeconomica e invece una situazione in cui la malattia ha conseguenze economiche in base anche a forme e meccanismi di copertura assicurativa e protezione

¹³² Note da 58 a 70 di Solar O., Irwin A. (2010), *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion, Paper 2 (Policy and Practice)*, World Health Organization, Ginevra.

sociale (selezione indiretta). Anche a seguito dell'analisi di altri testi¹³³ emerge la maggiore rilevanza delle forme di selezione indiretta e quindi il processo di selezione per salute contribuisce agli effetti cumulativi degli svantaggi sociali presenti lungo la vita delle persone.

c. Prospettiva delle cause sociali

Secondo questo approccio teorico, la posizione sociale determina la condizione di salute attraverso una serie di fattori intermedi.

Gli studi basati su questa prospettiva teorica hanno misurato un elevato rischio di malattia nei gruppi sociali più bassi e hanno pertanto suggerito una causa sociale, come principale chiave di lettura delle disuguaglianze socioeconomiche in salute.

Gli effetti sulla salute della posizione socioeconomica sono principalmente indiretti e agiscono attraverso alcuni specifici determinanti della salute che sono distribuiti in modo differenziato nella popolazione. Lo status socioeconomico incide sui comportamenti, le condizioni di vita ed altri fattori, e questi inducono a loro volta una elevata o più bassa incidenza di problemi di salute.

Tra i fattori socioeconomici individuati con principali elementi di influenza vi sono, come richiamato in precedenza: elementi materiali, psicosociali e comportamentali e/o biologici.

c1. Fattori materiali

I fattori materiali sono collegati alle condizioni di difficoltà economica, come pure alle condizioni, dannose per la salute, dell'ambiente circostante (ad esempio: le condizioni abitative, lavorative). Le condizioni di salute, secondo i ricercatori che evidenziano questi elementi, vengono influenzate e determinate dalle esperienze rispetto a tali condizioni materiali. Rispetto a queste condizioni di rischio, le persone dotate di maggiori risorse sociali (conoscenze, potere, denaro, prestigio) possono mettere in atto strategie difensive o protettive più efficaci rispetto a persone in condizioni di svantaggio sociale.

c2. Fattori psicosociali

Sono quei fattori che l'approccio psicosociale, citato precedentemente, mette in evidenza. Tra gli elementi di rilievo considerati vengono inseriti elementi di stress (ad esempio eventi negativi nella vita), condizioni stressanti della vita quotidiana, assenza o carenza di supporto e reti sociali. Secondo questo approccio le sole ineguaglianze socioeconomiche in salute non possono chiarire tutti gli elementi di rischio per la salute e i diversi tassi di morbilità e mortalità. Vi sono fattori

¹³³ Blane D. et al. (1994), "Social patterning of medical mortality in youth and early adulthood", in *Social Science & Medicine*, 39(3), pagg. 361-6; Blane D. Et al., (1990), "Social class differences in years of potential life lost: size, trends, and principal causes", in *British Medical Journal*, 301(6749), pagg.429-32.

comportamentali, infatti, che a partire dalla prima infanzia, influenzano il tasso di mortalità.¹³⁴

c3. Fattori comportamentali

In questa categoria ricadono comportamenti quali: il fumo, la tipologia di dieta alimentare, il consumo di alcoolici e l'esercizio fisico.

Questi tipi di comportamento possono essere iniquamente distribuiti nelle categorie socioeconomiche, anche se le evidenze di diverse ricerche mostrano come non vi siano correlazioni omogenee nei vari paesi. Quello che emerge come evidente è l'elevato tasso di consumo di alcool nei gruppi di livello socioeconomico più basso, in particolare nei paesi più ricchi.¹³⁵

Tra i fattori sociali vi è anche il sistema sanitario, che può incidere come fattore ed elemento intermedio sulle condizioni di salute e su indicatori quali mortalità e morbidità.

d. Prospettiva *Life course*

In questo approccio il tempo e il suo scorrimento hanno un ruolo nel comprendere e interpretare i legami casuali tra l'esposizione e gli esiti dei trend di malattia nella vita di un individuo, tra generazioni e nelle popolazioni.

Questo approccio di studio pone l'attenzione a come i determinanti sociali della salute operano nelle diverse fasi dello sviluppo umano (prima infanzia, infanzia, adolescenza ed età adulta) sia nell'immediato che successivamente.

Vengono prese in considerazione coorti e analizzati i processi di salute nella coorte nel tempo e rispetto a coorti precedenti e successive.

Alcuni autori¹³⁶ hanno elaborato un modello in cui vengono identificati due meccanismi principali secondo l'approccio "Life course":

- modello del "periodo critico": ovvero quando l'esposizione che agisce durante uno specifico periodo ha effetti durevoli o durante tutta l'esistenza sulla struttura o sulle funzioni degli organi, dei tessuti e del sistema fisico, che non possono modificarsi in seguito.
- Modello dell'"accumulazione del rischio": i fattori di rischio o di miglioramento per la salute vengono accumulati gradualmente lungo il corso della vita e ci sono periodi di sviluppo in cui hanno un maggiore impatto sulle successive condizioni di salute. I rischi per la salute tendono a saldarsi con elementi e fattori sociali e porteranno a maggiori rischi di malattia in

¹³⁴ Solar O., Irwin A. (2007), Op. Cit.

¹³⁵ Braveman P., *Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries*, World Health Organization, Ginevra, <http://www.gega.org.za/download/braveman.pdf> (Febbraio 2011).

¹³⁶ Si veda: Ben-Shlomo Y, Kuh D (2002), "A life course approach to chronic disease epidemiology: Conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives", in *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31, pagg.285-93.

età adulta, attraverso "catene di rischio" nel tempo, in cui esperienze avverse o protettive condurranno ad un'altra esperienza avversa o protettiva, in un meccanismo cumulativo. Questo non tocca una sola generazione ma agisce con una trasmissione biologica e sociale del rischio tra le generazioni. Questo tipo di analisi deve essere sempre contestualizzata per comprendere al meglio le dinamiche temporali delle condizioni di salute in relazione al contesto.

I concetti e gli approcci sinteticamente descritti si trovano nel modello elaborato dalla CSDH e riportato nella Fig.1.4. Lo schema mostra come i meccanismi sociali, economici e politici generino una gamma di posizioni socioeconomiche, in cui le popolazioni sono stratificate secondo il reddito, l'educazione, l'occupazione, il genere, la razza/etnia ed altri fattori. Queste posizioni socioeconomiche influenzano i determinanti dello status di salute (determinanti intermedi) e riflettono la posizione delle persone nella gerarchia sociale. A partire dal loro status sociale, le persone vivono esperienze differenti in termini di esposizione e vulnerabilità ai fattori che possono danneggiare la salute.

A sua volta, la posizione sociale di un individuo può essere influenzata da una malattia.

Il "contesto" include tutti i meccanismi sociali e politici che generano, configurano e mantengono le gerarchie sociali, quindi: il mercato del lavoro, il sistema educativo, le istituzioni politiche, i valori sociali e culturali. Di rilievo nei fattori di contesto vi è il sistema di *welfare* e le politiche distributive attuate dagli stati.

Con riferimento ai "meccanismi strutturali" si indicano quegli elementi che generano stratificazione e divisioni tra le classi sociali e che definiscono la posizione socioeconomica individuale in termini di potere e accesso alle risorse. Questi meccanismi sono insiti nelle istituzioni e nei processi del contesto politico e socioeconomico.

Principali indicatori dei fattori di stratificazione sociale sono:

- Reddito;
- Educazione;
- Occupazione;
- Classe sociale;
- Genere;
- Razza.

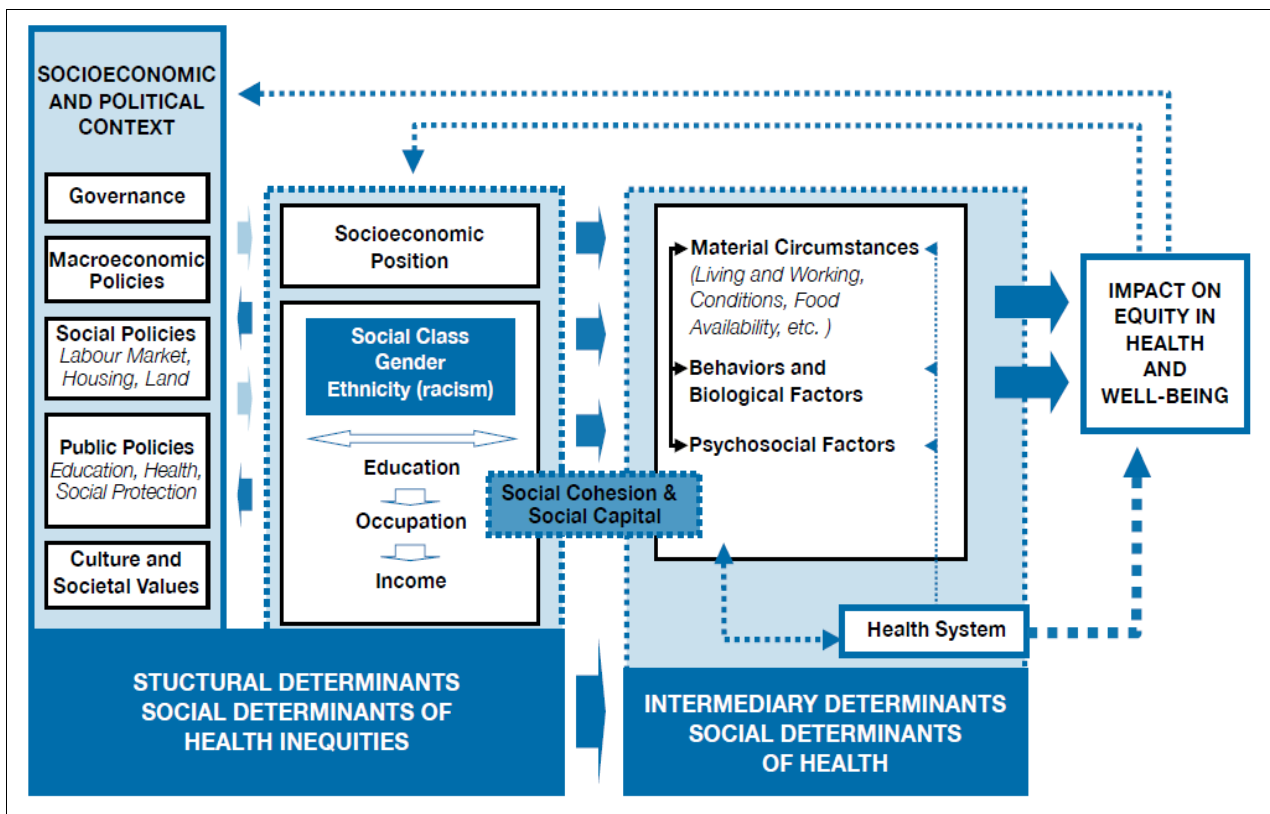
Il contesto, i meccanismi strutturali e la posizione socioeconomica che ne risulta per gli individui, costituiscono i "Determinanti Strutturali" e vengono definiti come "Determinanti Sociali delle Iniquità in Salute". I Determinanti Sociali delle Iniquità in Salute agiscono tramite i Determinanti

Intermedi ed incidono in tal modo sugli esiti della salute.

Tra i Determinanti Intermedi della Salute troviamo:

- circostanze materiali (ad esempio le condizioni abitative, habitat abitativo, potenziale di consumo e tipologia di consumo, ambiente di lavoro etc.);
- situazione psicosociale (situazioni quotidiane di stress psicologico, presenza di un supporto sociale per affrontare e gestire lo stress);
- elementi e fattori comportamentali e biologici (attività fisica, alimentazione, consumo di alcool e tabacco, fattori genetici individuali);
- il sistema sanitario.

Fig.1.4: Versione finale della struttura dei Determinanti Sociali della Salute



Fonte: Figure A. Final form of the CSDH conceptual framework, pag. 6, Fonte: Figure A. Final form of the CSDH conceptual framework, pag. 6, Solar O., Irwin A (2007 e 2010), *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health*, World Health Organization, Ginevra

1.2.6 Azioni contro le iniquità e ineguaglianze in salute

Solar e Irwin¹³⁷ individuano fondamentalmente tre approcci per agire sulle ineguaglianze e le iniquità nella distribuzione dei fattori di salute e delle condizioni di salute.

Le azioni possono basarsi su:

- Programmi mirati a favore di popolazioni in condizioni svantaggiate e di disagio;
- Programmi finalizzati a ridurre le differenze in salute tra i diversi gruppi sociali;
- Programmi che incidano sul gradiente di salute della intera popolazione.

Un approccio coerente con i determinanti sociali della salute avrà prioritariamente un *focus* sul gradiente di salute. Tuttavia le strategie basate sull'affrontare le condizioni di disagio maggiore, le forme di *gap* tra gruppi e l'approccio per gradiente, non sono tra loro mutualmente escludenti.

Gli interventi, in un quadro di politiche di sviluppo, riguarderanno prioritariamente:

- la stratificazione sociale;
- la differente vulnerabilità;
- le condizioni sociali.

Strategicamente la CSDH e i gruppi di lavoro collegati individuano alcuni elementi fondamentali: 1. strategie che tengano conto del contesto e incidano su esso; 2. azioni di tipo intersettoriale; 3. la rilevanza della partecipazione sociale e dell'*empowerment*. Gli interventi messi in atto non potranno del resto limitarsi ai determinanti intermedi ma indirizzarsi ai meccanismi sociali che sistematicamente producono una iniqua distribuzione dei determinanti della salute. Incidere sui determinanti intermedi strutturali e intermedi richiede una serie di politiche intersettoriali.

1.2.7 Primi elementi dell'analisi della Commissione per i Determinanti Sociali della Salute

Gli autori che hanno fornito alla CSDH il quadro concettuale e teorico per analizzare l'azione dei determinanti sociali e proporre politiche atte a incidere e modificare la realtà, si sono posti alcuni obiettivi di analisi:

- Identificare i determinanti sociali della salute e delle ineguaglianze in salute;
- Mostrare le relazioni tra i principali determinanti;
- Comprendere e chiarire i meccanismi tramite cui i determinanti sociali generano iniquità in salute;

¹³⁷ Solar O., Irwin A. (2007, 2010), Op. Cit.

- Fornire elementi per valutare su quali determinanti agire;
- Mappare specifici livelli di intervento e di azione politica sui Determinanti Sociali della Salute.

Hanno inoltre considerato alcuni approcci teorici:

- *Teorie del potere sociale*

Le ineguaglianze in salute derivano dai modelli di stratificazione sociale ovvero dalla sistematica e ineguale distribuzione di potere, prestigio e risorse tra i gruppi che compongono la società.

Il "potere", come fattore che influenza le gerarchie sociali, richiede una attenta analisi da parte di chi si occupa del tema dei determinanti sociali della salute.

Comprendere i processi causali sottostanti alle ineguaglianze in salute richiede una profonda comprensione di come il potere operi nelle dimensioni economica, sociale e politica.

Solar e Irvin rimarcano come un serio sforzo finalizzato alla riduzione delle ineguaglianze in salute richieda un mutamento nella distribuzione del potere nella società perchè un qualche beneficio giunga ai gruppi più svantaggiati.

Mutamenti nelle relazioni di potere possono avere luogo a vari livelli, dal livello micro (individuale, familiare, lavorativo) a quello macro, relativo alle relazioni strutturali tra le strutture sociali, mediate dalle istituzioni politiche, economiche e sociali esistenti. Le analisi delle dinamiche di potere evidenziate dagli autori indicano che modifiche a livello micro delle relazioni di potere non possono incidere sulle ineguaglianze in salute senza un parallelo mutamento strutturale / macro. Agire, pertanto, sui determinanti sociali implica un processo politico che coinvolga sia la capacità di agire delle comunità svantaggiate sia da parte dello Stato.

Le teorie relative al potere che si rifanno al *self-empowerment* di gruppi oppressi hanno una visione meno conflittuale. Si concentrano maggiormente sull'idea di gruppi svantaggiati che progressivamente acquisiscono una identità e coscienza e decidono di agire.¹³⁸

Collegato al concetto e alle forme di potere, vi è, come abbiamo visto, il concetto di *empowerment*. Dopo aver analizzato differenti approcci, la scelta degli studiosi della CSDH è stata quella di privilegiare un concetto di *empowerment* non depoliticizzato o neutrale ma che considera rilevante la crescente capacità di un gruppo di controllare i processi e i fattori che influenzano la propria salute. Questo non può che richiamare ancora una volta la responsabilità della politica e del Governo nella creazione di spazi e condizioni che consentano un reale *empowerment* delle comunità. Coerente e funzionale ad una tale azione politica e di Governo è la garanzia di una serie

¹³⁸ Luttrell C., Quiroz S., Scrutton C., Bird K. (2007), Op. Cit.

di diritti fondamentali e politiche redistributive finalizzate all'equità. Questa concezione ha costituito dal principio uno degli elementi di analisi della mia ricerca, cercando di verificare nelle posizioni sia del Governo Zambiano che dei principali donatori (CPs: *Cooperating Partners* nel linguaggio ufficiale) proposte ed azioni in tale direzione.

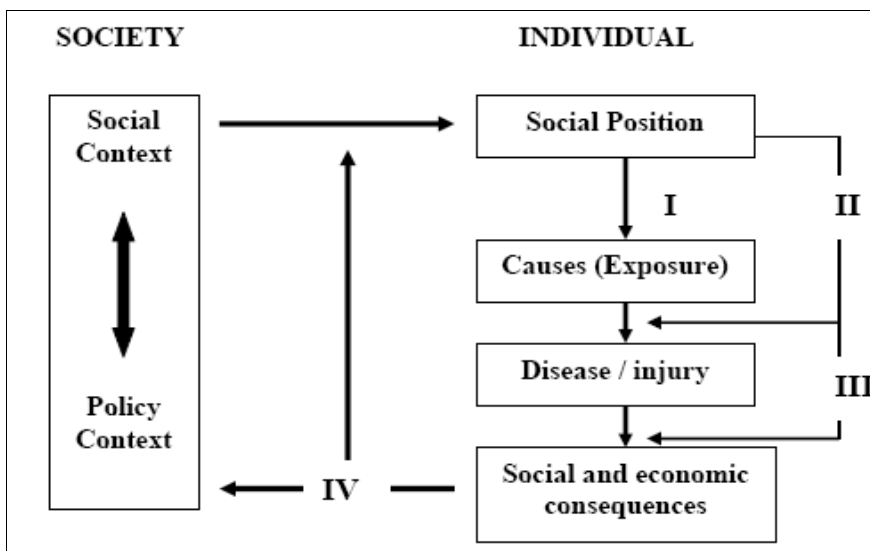
- *Modello di produzione sociale della malattia sviluppato da Diderichsen da cui sono stati tratti elementi significativi per la CSDH*

Il modello elaborato da Diderichsen e Hailqvist nel 1998 relativo alla produzione sociale della malattia, è stato successivamente adottato da Diderichsen, Evans e Whitehead¹³⁹. Partendo dall'influenza della posizione sociale sulla salute, Diderichsen progressivamente inserisce altri elementi nel modello, inserendo tra i fattori anche i meccanismi esistenti di generazione e distribuzione di risorse quali il potere, la ricchezza e i rischi e che incidono sulla stratificazione sociale¹⁴⁰. Il modello mette in evidenza l'influenza del contesto sociale nella creazione di una stratificazione della società e nel collocare i diversi individui nelle posizioni sociali. La stratificazione sociale comporta differenti forme di esposizione a condizioni dannose per la salute e una differente vulnerabilità, riferita alle diverse condizioni sociali, materiali e di condizioni di salute, di partenza. La posizione sociale del resto determina anche diverse conseguenze della malattia. La Fig.1.5 espone il modello di Diderichsen e le diverse interazioni a partire dalla posizione sociale rispetto alla malattia e alle sue conseguenze.

¹³⁹ Diderichsen F., Evans T., Whitehead M. (2001), Op.Cit.

¹⁴⁰ Diderichsen F. (2004), "*Resource allocation for Health Equity: Issues and Methods*", World Bank, Washington DC.

Fig.1.5: Modello di Diderichsen



Fonte: Diderichsen F., Evans T., Whitehead M. (2001), "The social basis of disparities in health" in: Evans T. et al. (2001), *Challenging inequities in health*, Oxford UP, New York

Il meccanismo "I" indica l'esposizione differenziale, mentre il "II" indica la vulnerabilità differenziale. Le conseguenze della malattia non dipendono solo dalla gravità della disabilità che ne consegue ma anche dalla posizione sociale dell'individuo, dall'ambiente sociale e dalle politiche sociali, derivandone un differenziale di conseguenze della malattia ("III" nella figura). Le conseguenze della malattia possono a loro volta aggravare la condizione di disagio dell'individuo e quindi sia esposizione che conseguenze della malattia.

1.2.8 Gli elementi e modelli chiave dell'analisi della CSDH

Nel lavoro di analisi e proposta della CSDH divengono quindi rilevanti alcuni elementi:

1. Il contesto socio – economico e politico
2. I Determinanti Strutturali e la posizione socioeconomica;
3. I Determinanti Intermedi.

1.2.8.1 Il contesto socio-economico e politico

Il contesto socio-economico e politico si riferisce ad un ampio spettro di fattori nella società che non possono essere misurati direttamente a livello individuale. In esso vi possiamo includere vari

aspetti strutturali, culturali, funzionali di un sistema sociale, difficilmente quantificabili, ma che esercitano una consistente influenza sulla formazione della stratificazione sociale e quindi sulle opportunità di salute degli individui. Le gerarchie e la stratificazione sociale sono generate, configurate e mantenute da precisi meccanismi sociali e politici: ad esempio il sistema educativo, le forme istituzionali, il *Welfare State*. Un filone di interesse segnalato dai ricercatori della CSDH è relativo all'impatto sulle ineguaglianze sociali e la salute, esercitato dai movimenti e partiti politici una volta al potere.

La definizione del contesto dovrebbe includere almeno:

- a. il sistema di *governance*, comprendendo i meccanismi di definizione dei bisogni, le forme di discriminazione, la partecipazione della società civile e le forme di trasparenza e *accountability* presenti nella pubblica amministrazione;
- b. le politiche macroeconomiche, fiscali, monetarie, commerciali e del lavoro;
- c. le politiche sociali e redistributive (lavoro, casa, terra, *welfare* sociale);
- d. le politiche in campo educativo, medico – sanitario, idrico;
- e. i valori sociali e culturali presenti;
- f. le condizioni epidemologiche, in particolare nel caso siano presenti epidemie quali l'HIV / AIDS che possono esercitare una forte influenza sulle strutture sociali e devono essere considerate nelle agende politiche locali e globali.

1.2.8.2 I Determinanti Strutturali e la posizione socioeconomica

Il concetto di Determinanti Sociali della Salute ha acquisito progressivamente un duplice significato, riferendosi sia ai fattori sociali influenzanti la salute che ai processi sociali che sono alla base di una iniqua distribuzione di questi fattori sociali tra i gruppi presenti nella società. Quindi un concetto riferito sia agli elementi determinanti la salute che a quelli che influiscono su una iniqua distribuzione della stessa.

Nel contesto della CSDH il termine "Determinanti Strutturali" visto in precedenza si riferisce nello specifico alle interazioni tra il contesto socioeconomico e politico, i meccanismi generanti la stratificazione sociale e la posizione socioeconomica degli individui che ne risulta. A questi ci si riferisce quanto si parla di determinanti sociali delle ineguaglianze in salute.

Ci si riferisce invece ai "Determinanti Intermedi della Salute" considerando fattori "più a valle".

Per quanto attiene alla posizione socioeconomica il presupposto è quello di considerare come in ogni società si possa riscontrare una ineguale distribuzione di risorse. Questa ineguaglianza può

essere descritta come un sistema di stratificazione sociale o gerarchia sociale.¹⁴¹ La posizione sociale è determinata anche dalla situazione occupazionale, dal livello di reddito e dal livello di formazione.

Nel dettaglio la posizione socioeconomica si concretizza in alcune variabili:

a. reddito

Il reddito è l'indicatore della situazione socioeconomica che meglio indica la componente delle risorse materiali. Il reddito è una variabile complessa che comprende a sua volta il salario, eventuali dividendi, assegni famigliari, pensioni ed altri trasferimenti in denaro. Mentre l'indicatore reddito-individuale può dare una chiave di lettura della situazione materiale, il reddito di una famiglia può aiutare a comprendere i benefici della messa in comune di beni e servizi accumulati e condivisi tra i famigliari. Il reddito può influenzare un ampio spettro di circostanze materiali con conseguenze dirette sulla salute e ha anche un effetto cumulativo lungo la vita delle persone ed è un indicatore di posizione socioeconomica che può mutare più rapidamente: influenza la salute tramite l'acquisizione di oggetti e servizi che rafforzano la condizione di salute.

I meccanismi per cui il reddito può influenzare la salute possono essere:

- l'accesso, tramite acquisto, di beni di qualità superiore (cibo, casa etc.);
- l'utilizzo di servizi, che possono migliorare direttamente la condizione di salute (come ad esempio servizi di tipo sanitario o per il tempo libero) o anche in modo indiretto (servizi educativi);
- rafforzare l'autostima e la posizione sociale;
- il livello di reddito percepito può essere influenzato dalla salute (causalità inversa).

b. educazione

L'educazione incide nella transizione dalla posizione socioeconomica "ereditata" dai genitori alla posizione dell'età adulta (propria) ed incide sulle tipologie di attività lavorativa e il reddito conseguente.

Il livello raggiunto nell'ambito dell'educazione formale, riflette spesso le risorse materiali e intellettuali della famiglia di origine. Fin dall'infanzia, il tipo di scuole frequentato influenza l'esito del percorso formativo sino all'età adulta.

Quindi l'educazione formale comprende sia l'influenza delle circostanze di vita dell'infanzia, sia le risorse di cui si è dotati in età adulta (quale ad esempio lo status lavorativo). Le conoscenze e le

¹⁴¹ Kunst A., Mackenbach J., (2000), *Measuring socioeconomic inequalities in Health*. Copenhagen, WHO Regional Office Europe.

abilità tecniche acquisite nel percorso formativo possono inoltre influenzare le funzioni cognitive della persona e rendere il soggetto maggiormente o meno ricettivo rispetto a informazioni di educazione sanitaria o rendere la persona più o meno capace di comunicare il proprio stato di salute ed accedere ai servizi sanitari. A sua volta, la condizione di salute di un bambino può incidere sulla costanza di frequenza scolastica e/o livello dei risultati scolastici e predisporre inoltre a una condizione precaria di salute in età adulta, incidendo, infine, sulle condizioni differenti di salute.

c. occupazione

L'occupazione riflette la posizione sociale e può incidere sulla salute in quanto ne possono derivare alcuni privilegi (un più semplice accesso a migliori cure, accesso a spazi educativi e abitativi migliori etc.) che sono collegati alle persone in una posizione socioeconomica più elevata. L'occupazione lavorativa ci fornisce informazioni relative alle reti sociali, allo stress lavorativo e ai processi psico-sociali che possono influire sulla salute. La tipologia ed il luogo di lavoro possono inoltre esporre le persone ad ambienti più o meno dannosi per la salute o a funzioni stressanti o rischiose.¹⁴²

d. genere

Il termine "genere" indica quelle caratteristiche di uomini e donne che sono "socialmente costruite", così come "il sesso" definisce quelle caratteristiche biologicamente determinate.

Il "genere / gender" coinvolge le convenzioni culturali, i ruoli, i comportamenti che influenzano le relazioni uomo / donna e ragazzo / ragazza. Il genere può costituire la base per la discriminazione: definibile come il processo per cui i membri di un gruppo definito, vengono trattati differentemente, spesso iniquamente, per la loro appartenenza a questo gruppo / categoria¹⁴³. Vi possono essere conseguenze di una certa visione della mascolinità a causa di comportamenti errati quali l'abuso di alcool. Ma sono le ragazze e le donne i soggetti che più spesso soffrono di tali discriminazioni di genere, in particolare per quanto riguarda l'accesso a risorse sociali, economiche e politiche. Gli effetti della discriminazione sulla salute possono essere violenti e immediati (come il "femminicidio" o lo stupro) o meno visibili: il minore o ridotto accesso alle risorse influenza la condizione di salute. Le discriminazioni di genere si riflettono non solo nell'accesso e nel reperimento di date risorse ma anche nella possibilità di usufruire di servizi educativi o poter essere impiegate in modo dignitoso e con buone remunerazioni.

Le norme e i comportamenti dettati da forme di discriminazione di genere, infine possono definire in modo differente le condizioni lavorative e quindi alimentare anche i diversi rischi legati alla

¹⁴² Vedi nota 115 in Solar O, Irwin A. (2010), Op. Cit.

¹⁴³ Krieger N. (2002), "A glossary for social epidemiology", Epidemiological Bulletin, 2002, 23(1), pagg. 7-11.

attività lavorativa stessa.¹⁴⁴

e. appartenenza etnica / razziale

Krieger¹⁴⁵ tra gli altri ne evidenzia la costruzione di categoria sociale e non la categoria biologica, di differenze e discriminazioni razziali sono la base per divisioni sociali e pratiche di tipo discriminatorio. Nelle società che vivono tali esperienze discriminatorie o ne sono strutturalmente caratterizzate, le persone che fanno parte dei gruppo esclusi o marginalizzati, vedono danneggiati vari aspetti del loro status socioeconomico. Tutto questo si riflette sulla situazione di salute personale e del gruppo. Esistono ad esempio differenti aspettative di vita tra gruppi razziali. Questi esiti in salute della discriminazione razziale si sommano e si intrecciano con altri determinanti della salute associati a posizioni sociali di svantaggio.

f. classe sociale

In questo caso la categoria "classe sociale" si riferisce al grado e livello di proprietà delle risorse produttive (fisiche, finanziarie e organizzative). La categoria della "classe sociale" può indicare come le ineguaglianze e iniquità economiche vengono generate e come incidono sullo stato di salute. La classe sociale incide sulle strategie e le forme di acquisizione di reddito da parte degli individui e quindi sullo standard e lo stile di vita delle persone. La classe sociale si definisce non solo o non tanto in termini gerarchici ma anche in termini di relazioni di / controllo sul potere. Questo tipo di analisi concentrato sulle "classi sociali" consente non solo di verificare l'effetto delle macro-strutture sui processi micro, ma anche capire come i processi micro (come quelli organizzativi) possono incidere su questioni di livello superiore.

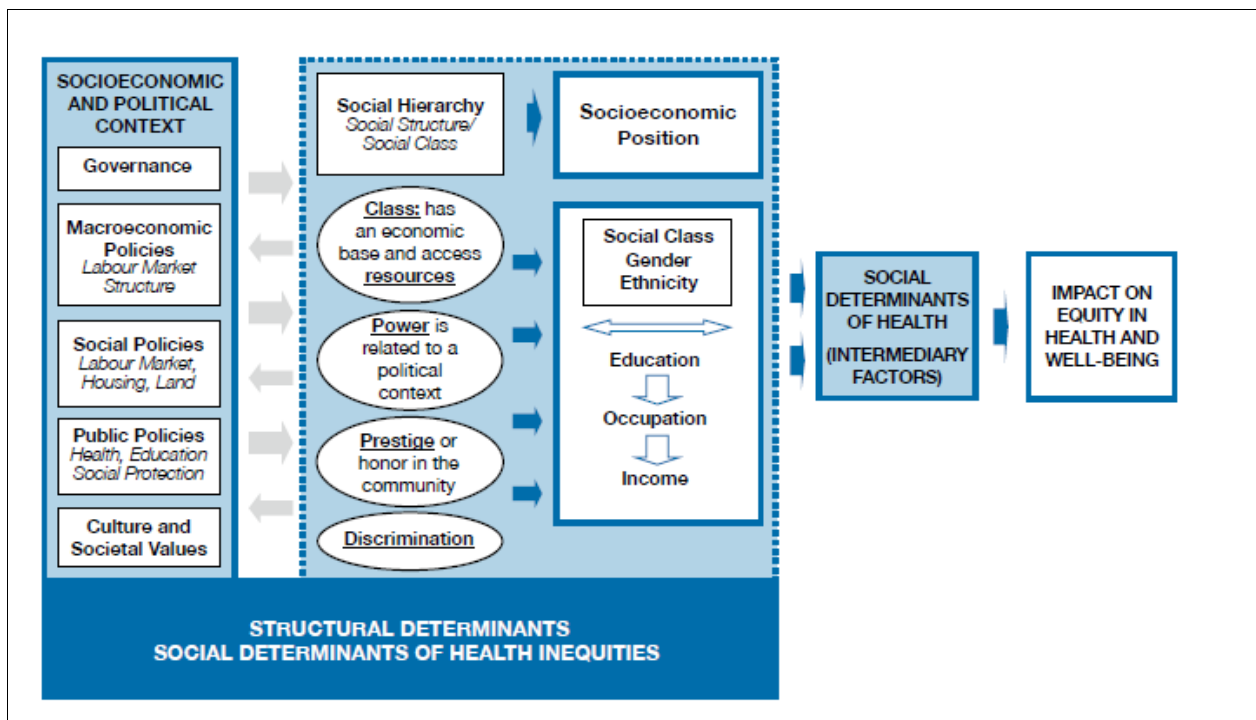
Gli autori che hanno elaborato il quadro di analisi della CSDH considerano reddito ed educazione come esiti della stratificazione, mentre l'occupazione serve come descrittore della posizione sociale. La posizione socioeconomica può essere analizzata individualmente o per aggregazioni e in diverse fasi della vita individuale. Inoltre di recente emerge l'esigenza di considerare anche il genere, l'appartenenza etnica e sessuale. I determinanti strutturali generano o rinforzano la stratificazione sociale. Questi meccanismi configurano quindi i rischi o le opportunità in salute dei gruppi sociali in base alla loro collocazione nelle gerarchie di potere, prestigio e accesso alle risorse. Il termine "determinanti strutturali" indica la causalità dei determinanti rispetto alle iniquità in salute. I meccanismi di stratificazione sociale, uniti e influenzati dalle istituzioni e dal contesto, possono essere definiti come i Determinanti Sociali delle Iniquità in Salute.

¹⁴⁴ http://www.who.int/gender/other_health/Gender_HealthandWorklast.pdf (Febbraio 2011).

¹⁴⁵ Krieger N. (2002), Op. Cit.

Il diagramma che segue sintetizza i diversi elementi che influenzano la stratificazione sociale.

Fig.1.6: Determinanti Strutturali



Fonte: Fig.2. Structural determinants: the social determinants of health inequities, pag. 35, Solar O., Irwin A (2007 e 2010), *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health*, World Health Organization, Ginevra

A sinistra possono essere osservati i principali elementi di contesto che incidono sulla salute (*governance*, politiche macroeconomiche, politiche sociali, politiche pubbliche in aree rilevanti, valori sociali e culturali e condizioni epidemiologiche). I fattori di contesto incidono sulla salute tramite la posizione socio-economica. Nella successiva area a destra, si ritrovano gli elementi della struttura gerarchica della società che definiscono appunto le relazioni tra classi sociali e la struttura della società stessa secondo la redistribuzione di potere, prestigio e risorse. Nello schema, spostandoci sempre a destra troviamo poi gli elementi della situazione socio-economica che interagiscono con i fattori della struttura sociale. Contesto, meccanismi strutturali della società e posizione socio-economica vanno a costituire i Determinanti Sociali delle Ineguaglianze in Salute che hanno come effetto una iniqua e ineguale distribuzione di salute, benessere e malattie tra i gruppi e le classi sociali. L'impatto finale sulla salute avverrà tramite i Determinanti Intermedi.

1.2.8.3 I Determinanti Intermedi

I Determinanti Strutturali operano tramite "fattori sociali intermedi" o Determinanti Sociali della Salute. Questi Determinanti Sociali delle Ineguaglianze in Salute precedono nella causalità i Determinanti Intermedi che a loro volta si collegano ad una gamma di fattori a carattere individuale, quali i comportamenti incidenti sullo stato di salute e i fattori psicosociali.

Le principali categorie di Determinanti Intermedi sono di seguito sinteticamente descritte:

a. Le circostanze materiali

Ci si riferisce in questo caso a elementi collegati con l'ambiente fisico (ambiente abitativo), al consumo potenziale (ovvero i mezzi finanziari per acquistare beni e servizi utili alla salute: cibo, vestiario), gli ambienti lavorativi e circostanti a dove si vive.

b. Circostanze Psicosociali (anche definite come Socio - Ambientali)

In questo gruppo di fattori possono essere inclusi elementi di stress psicosociale (eventi negativi nella vita, difficoltà lavorative), condizioni di stress quotidiano (come ad esempio un consistente debito) e la mancanza di un supporto sociale o una capacità di affrontare determinate difficoltà.

c. Fattori biologici e comportamentali

In questo gruppo vanno annoverati il fumo, la dieta alimentare, il consumo di alcolici e la mancanza o carenza di esercizio fisico. Questi tipi di consumo e comportamento possono incidere sullo stato di salute di una persona. Tra i fattori "biologici" vi possono essere questioni genetiche ed ereditarie come pure l'età e il sesso.

d. Il sistema sanitario

Spesso il sistema sanitario non è stato adeguatamente considerato nello studio dei determinanti della salute.

Il sistema sanitario è rilevante in particolare per quanto attiene l'accesso ai servizi sanitari dato che può determinare differenze nell'esposizione alla malattia e nella vulnerabilità complessiva delle persone e delle popolazioni: incide sull'esposizione alle malattie non solo tramite la maggiore o minore facilità ed equità di accesso ma anche nella capacità di promuovere azioni inter-settoriali a favore della salute: ad esempio operando sulle barriere geografiche di accesso. Le strutture sanitarie inoltre giocano un ruolo nel moderare gli effetti della malattia ovvero evitare che i problemi di salute si traducano automaticamente in un peggioramento della posizione socioeconomica delle persone (ad esempio adottando sistemi di contribuzione alle spese sanitarie che non si traducano in un progressivo impoverimento di chi si ammala: evitare ad esempio la "trappola della povertà"

dovuta al pagamento delle spese sanitarie). Da ultimo, ma non meno importante ed oggetto della presente dissertazione, il contributo dato dal sistema sanitario alla partecipazione sociale e al rafforzamento delle capacità ed al ruolo delle popolazioni nella definizione di politiche sanitarie finalizzate a una maggiore equità. Sarà allora necessario riflettere sulla struttura gerarchica predominante nei sistemi sanitari e al peso delle popolazioni in processo di monitoraggio, valutazione e decisione rispetto alle risorse da destinare nel sistema sanitario.

Secondo Benzeval, Judge e Whitehead¹⁴⁶ i sistemi sanitari hanno tre obblighi principali rispetto alle iniquità in salute:

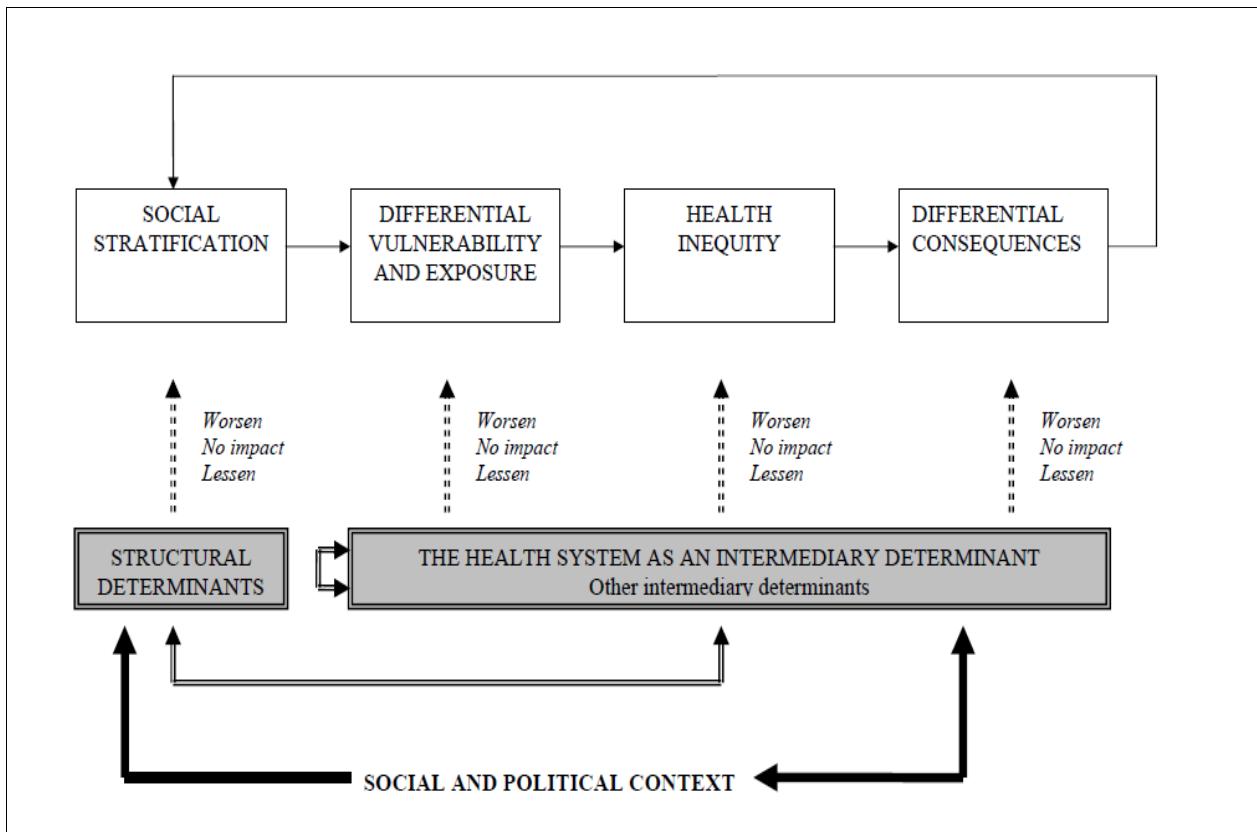
- (1) distribuire le risorse in proporzione ai bisogni relativi;
- (2) rispondere in modo appropriato alle necessità sanitarie dei diversi gruppi sociali;
- (3) guidare ed incoraggiare un approccio strategico, a livello locale e nazionale, per promuovere l'equità in salute e la giustizia sociale.

Nei lavori preparatori del report della CSDH il gruppo di lavoro dedicato ai sistemi sanitari aveva già messo in evidenza alcuni aspetti rilevanti dei sistemi sanitari rispetto ai temi dell'equità in salute e alla determinazione di equità e iniquità.

Nella Fig.1.7 la parte alta indica il circolo vizioso posto in atto dall'iniquità a partire dalla condizione socio-economica fino a conseguenze differenti della malattia che a loro volta si riflettono nella condizione e posizione socio-economica. Nella parte bassa si osserva come i Determinanti Sociali agiscono in questo meccanismo, mentre le frecce tratteggiate indicano le politiche che possono peggiorare, ignorare o attenuare le situazioni di ineguaglianza e stratificazione sociale, come pure le conseguenze e i meccanismi del circolo vizioso detto.

¹⁴⁶ Benzeval M., Judge K, Whitehead M. (1995), *Tackling inequalities in health: An agenda for action*. Londra, King's Fund in Solar e Irwin (2010), Op. Cit.

Fig.1.7: Il sistema sanitario come determinante sociale



Fonte: Figure 1: Framework demonstrating the role played by the health system as a social determinant of health, in Doherty J., Gilson L. (2006), *HEALTH SYSTEMS KNOWLEDGE NETWORK (KN) - DISCUSSION DOCUMENT No.1 - Prepared for the Health Systems Knowledge Network of the World Health Organisation's Commission on Social Determinants of Health*, Ginevra; Gilson L., Loewenson R., Doherty J., Francis V. (2007) *Challenging Inequity through Health Systems. Final Report Knowledge Network on Health Systems*, WHO Commission on the Social Determinants of Health, Ginevra

I Determinanti Intermedi influenzano il grado di vulnerabilità ed esposizione alla malattia e il sistema sanitario in particolare influenza e incide sui processi che da un dato livello di vulnerabilità / esposizione portano ad ineguaglianze e iniquità nello stato di salute sia tramite il livello di accesso che nel fornire indicazioni per comportamenti idonei a migliorare lo stato di salute o prevenire le malattie.

Vi è una influenza reciproca tra Determinanti Strutturali e Determinanti Intermedi. Ad esempio il sistema sanitario può contribuire a ridurre le forme di emarginazione ed esclusione sociale con politiche specifiche dirette a contrastare le discriminazioni. Anche tra i Determinanti Intermedi

possono osservarsi numerose interazioni e il sistema sanitario può contribuire ad influenzare le politiche relative al *welfare*, all'educazione, all'alimentazione.

Sempre con riferimento ai sistemi sanitari ed al loro ruolo nel contrastare le forme di ineguaglianza e iniquità Mackintosh afferma che: "health systems are 'a key site for contestation of existing inequality'".¹⁴⁷

Secondo Doherty ed altri¹⁴⁸, un sistema sanitario che voglia agire a favore dell'equità avrà alcune caratteristiche, già sperimentate in alcune realtà del mondo:

1. Politiche di salute che favoriscono la giustizia sociale, soprattutto quelle che tendono a invertire i processi di privatizzazione portati avanti negli anni '80 e '90 a seguito dei Programmi di Aggiustamento Strutturale (Sap), in favore del settore pubblico. Tra queste sono citate le politiche dello Sri Lanka e di Cuba, Cina, Kerala e Costa Rica. Queste hanno però preceduto i Sap e si sono anche dimostrate molto vulnerabili a cambiamenti causati sia da fattori esterni sia da politiche interne. I casi del Brasile e del Messico sono più recenti, ma proprio per questo motivo manca ancora una documentazione che ne possa confermare gli effetti sociali. La lezione che si può apprendere da questi esempi è che il processo di cambiamento è basato su valori di giustizia ed equità condivisi tra il Governo e vasti settori sociali, ai quali deve corrispondere una capacità di riorientare e riorganizzare le risorse. Questo processo va incontro a molte resistenze, sia interne (settori privilegiati della popolazione, compresi gli stessi professionisti della salute) sia esterne (l'esempio più chiaro sono gli accordi internazionali *TRIPS* e *GATT*¹⁴⁹ sottoscritti nell'ambito dell'Organizzazione mondiale per il commercio).
2. Governo del sistema sanitario inteso ad assicurare protezione sociale e copertura universale. Risultato di due spinte convergenti: una dal basso, da parte di vari tipi di rappresentanze dei cittadini, volta a far riconoscere l'accesso ai servizi sanitari e sociali come un diritto, una dall'alto mirante a rendere i servizi sanitari e sociali gratuiti al momento dell'erogazione. I meccanismi di pressione, partecipazione e rendicontazione variano ovviamente da caso a caso, e le relazioni tra il Governo e i gruppi che esercitano pressioni dal basso, allo stesso tempo strumenti del cambiamento e beneficiari dello stesso, sono soggette al variare delle relazioni sociali di potere. Gli effetti in termini di protezione sociale e copertura universale,

¹⁴⁷ Mackintosh M. (2001), "Do health care systems contribute to inequalities?" in: Leon D., Walt G. (2001), *Poverty, Inequality and Health: An international perspective*. Oxford: Oxford University Press.

¹⁴⁸ Gilson L., Loewenson R., Doherty J., Francis V. (2007), *Challenging Inequity through Health Systems. Final Report Knowledge Network on Health Systems*, WHO Commission on the Social Determinants of Health, Ginevra.

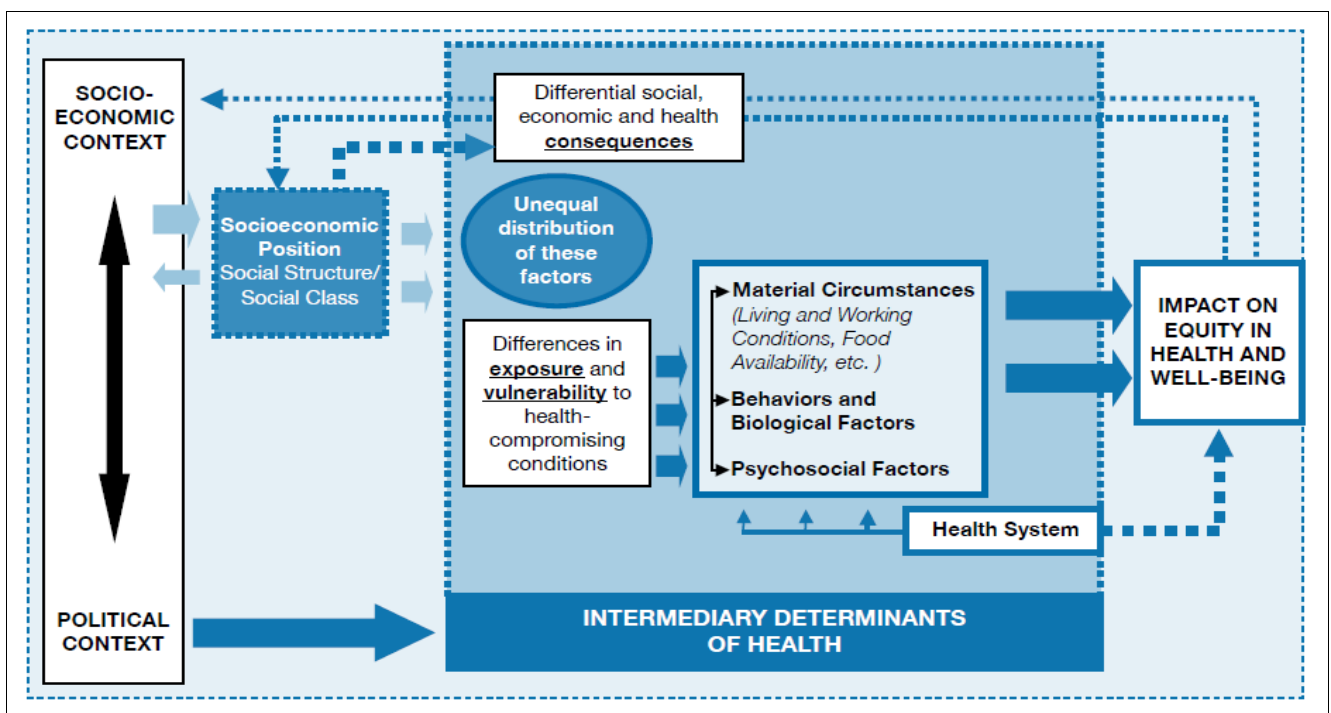
¹⁴⁹ TRIPS - Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights (Accordo sugli aspetti commerciali dei diritti di proprietà intellettuale) ; GATT - General Agreement on Tariffs and Trade (Accordo Generale sulle Tariffe ed il Commercio).

quindi, sono pure variabili nel tempo all'interno dei paesi e tra paesi.

3. Uso del sistema sanitario per far leva su altri settori sociali che si occupano di altri determinanti sociali di salute. Dalla Dichiarazione di Alma Ata sulla *Primary Health Care* (1978) alla Carta di Ottawa sulla Promozione della Salute (1986) si è assistito da un lato ad un richiamo sempre più forte all'azione intersettoriale, dall'altro ad un'assenza di politiche e di impegni concreti in questo senso. Recentemente, però, alcuni governi di paesi ricchi (Svezia, Gran Bretagna, Canada) hanno redatto politiche e piani di tipo intersettoriale e si apprestano a tradurli in pratica. Questa tendenza non è ancora emersa nei paesi a basso reddito (e nemmeno in molti paesi ricchi) dovuto, soprattutto nei paesi più poveri dell'Africa sub-Sahariana, alla debolezza dei ministeri della Salute nei confronti degli altri ministeri e alla forte competizione per le poche risorse disponibili.
4. Piani per una diversa architettura dei sistemi sanitari mirante ad assicurare protezione sociale e copertura universale. Tali piani non possono che essere basati su una visione della salute come diritto e su meccanismi di tassazione progressiva come base per redistribuire risorse. Tra i paesi a reddito medio/alto piani di questo tipo sono presenti solo in Corea del Sud, Thailandia e, in parte, Colombia. Caratteristica comune di questi piani sono vari tentativi di modificare il sistema di assicurazione sociale, proprio come è successo con la creazione dei sistemi sanitari nazionali in quei paesi ricchi che li hanno istituiti nel secolo scorso. I risultati preliminari di tali sforzi mostrano una diminuzione degli eventi catastrofici e un aumento dell'accesso a servizi essenziali, ma non si riscontra ancora una chiara tendenza alla diminuzione delle disuguaglianze. Non è ancora possibile, nonostante qualche tentativo in Ghana, andare nella stessa direzione per i paesi più poveri, a meno che non vi sia un aumento degli investimenti in salute almeno nella misura preconizzata dalla Commissione dell'Oms su Macroeconomia e Salute, aumento al momento e per i prossimi anni ritenuto da tutti come assai improbabile.
5. Rafforzamento della capacità di direzione e gestione all'interno del settore salute. L'inefficienza di molti sistemi e servizi sanitari nei paesi a basso reddito, spesso legata a una burocrazia gerarchizzata e autoritaria, potrebbe avere riflessi, oltre che sulla qualità, anche sull'equità degli stessi. Riorganizzare i servizi in base a principi di rispetto tra operatori e tra operatori e utenti, aumentando la fiducia tra gli attori e prestando la dovuta attenzione a quello che qualcuno ha definito il software di un sistema sanitario, può avere un effetto positivo. Questo è dimostrato finora su piccola scala; se sia possibile e altrettanto efficace su larga scala e su tempi lunghi è da discutere, ma non è un'eventualità da scartare.

In conclusione, sintetizzando i meccanismi dei Determinanti Intermedi a partire dalla Fig.1.8 emerge come la posizione socioeconomica influenzi la salute tramite i Determinanti Intermedi. Il modello raffigurato assume che i membri dei gruppi socioeconomici di livello più basso vivono in condizioni materiali meno favorevoli rispetto a persone su livelli più alti come gli stessi adottino comportamenti più dannosi per la salute. La ineguale (e iniqua) distribuzione dei fattori intermedi (unita a differenze nella esposizione e nella vulnerabilità a condizioni dannose per la salute ed a conseguenze ed effetti differenti della malattia nella vita delle persone) costituisce "the primary mechanism through which socioeconomic position generates health inequities".¹⁵⁰ Nella figura – modello è presente anche il "sistema sanitario" come determinante sociale nei modi che abbiamo descritto precedentemente

Fig.1.8: Determinanti intermedi



Fonte: Fig. 3 Intermediary Determinants of Health in Solar O, Irwin A. (2010), Op. Cit., pag. 41

1.2.8.4 Il ruolo della coesione sociale

Quale ruolo ha la coesione sociale nella determinazione delle ineguaglianze e della iniqua distribuzione della malattia?

La letteratura considerata nel dibattito interno alla CSDH si riferisce a tre approcci:

¹⁵⁰ Solar O., Irwin A. (2007), Op. Cit.

(a) Approccio comunitario

Il capitale sociale viene configurato come un meccanismo psicosociale in un sistema di relazioni tra salute individuale e società. In questo approccio si trovano contributi di Robert Putnam e Richard Wilkinson¹⁵¹. Le relazioni sociali influenzano lo stato di salute attraverso i meccanismi del sostegno fornito dalle relazioni stesse.

(b) Approccio del network

Attraverso le relazioni e le reti sociali (network) fluiscono ed emergono risorse. La struttura sociale, le gerarchie di potere, l'accesso alle risorse incidono sulla salute della popolazione.

In un sistema di relazioni di rete tra gli individui vengono assunte decisioni e comportamenti relativi allo stile di vita e quindi alla salute personale. Connesso a questo concetto di rete vi è quello di coesione sociale.

(c) Approccio relativo alla distribuzione delle risorse

In questo approccio si indicano la coesione sociale e il capitale sociale come conseguenti alla distribuzione delle risorse, necessaria per un mutamento sociale che realmente incida sulle ineguaglianze in salute.

La riflessione sulle relazioni sociali, la coesione sociale e la produzione / condivisione di capitale sociale non deve ridurre la responsabilità politica e operativa dello Stato e di chi governa, rispetto ai fenomeni di iniqua distribuzione della salute e dei fattori determinanti. Questo ragionamento si ricollega alle politiche di sviluppo e di *empowerment* delle comunità, che non devono mirare a ridurre le responsabilità pubbliche ma a trovare nuovi metodi e percorsi di partecipazione e di gestione delle risorse. Altri¹⁵² mettono in guardia sul meccanismo per cui un rafforzamento della società civile implichi una riduzione delle responsabilità della società politica – Stato. Consapevoli di tali rischi di "depoliticizzazione" delle ineguaglianze in salute, il concetto di coesione sociale e capitale sociale possono aiutare a comprendere meglio le relazioni di potere e la rilevanza del potere e di altri aspetti strutturali, come determinanti della salute.

Leggendo il rapporto "Closing the Gap" è evidente, a mio parere, come questo rischio di depoliticizzazione venga contenuto: lo Stato ha un ruolo fondamentale nella protezione sociale e nel garantire l'equità nell'organizzazione ed erogazione dei servizi. Il *Welfare State* si deve caratterizzare per una difesa sistematica rispetto alle condizioni di insicurezza sociale.

¹⁵¹ Citati in Solar O & Irwin A (2010), Op. Cit.

¹⁵² Muntaner C. (2004), "Social capital, social class and the slow progress of psychosocial epidemiology" in International Journal of Epidemiology, 2004, 33, pagg. 1-7; Navarro V. (2004), "Is capital the solution or the problem?" International Journal of Epidemiology, 2004, 33, pagg. 672-74.

Tornando all'attenzione alla partecipazione che dovrebbe derivare da una dinamica cooperativa tra società civile e istituzione, in cui le comunità possano influenzare le decisioni che più influenzano le loro condizioni di vita e di salute.

1.2.8.5 Sintesi dei meccanismi dei Determinanti Sociali della Salute

Abbiamo visto in Fig. 1.4 la sintesi del modello teorico adottato dalla CSDH. Possiamo notare, come in altre figure precedenti, non solo le relazioni tra determinanti strutturali, sociali ed intermedi, ma anche gli effetti di ritorno della malattia sulla posizione e status socioeconomico delle persone e sulle istituzioni sociali, economiche e politiche di malattie diffuse.

In sintesi, procedendo da sinistra a destra, il contesto sociale e politico genera posizioni sociali o classi sociali ineguali tra loro. A loro volta la posizione socioeconomica può influire su aspetti di contesto sociale e politico. Ne deriva una stratificazione dei gruppi e degli individui (Gerarchia Sociale) indicata tramite i livelli di reddito, l'educazione, lo status lavorativo, il genere, la razza, l'appartenenza etnica o religiosa. La posizione socioeconomica non si traduce direttamente in uno status relativo alla salute ma agisce tramite i determinanti intermedi che generano esperienze differenti di esposizione e conseguentemente di vulnerabilità. Il sistema sanitario può incidere sia su esposizione e vulnerabilità come pure attenuare o ampliare gli effetti di ritorno della malattia sulla posizione socioeconomica e quindi incidere su questo circolo vizioso. Il sistema sanitario può incidere sugli altri determinanti intermedi ed essere strumento per politiche relative ai determinanti sociali della salute.

Nel modello inoltre va osservato come la malattia non incide solo sulle capacità fisiche e conseguentemente sullo status socio – economico, ma può provocare anche situazioni di stigma e di emarginazione (si pensi all'HIV/AIDS). Nel modello l'insieme dei feedback della malattia sulla società è indicato come "Conseguenze Differenziali in ambito Sociale, Economico e della Salute".

L'importanza dello schema concettuale risiede nell'attenzione data ai fattori e meccanismi che determinano l'ineguale e iniqua distribuzione dei determinanti della salute e costituire in tal modo uno strumento idoneo alla determinazione di politiche adatte a ridurre ineguaglianze e meccanismi iniqui. Il definire politiche che incidono sui Determinanti Intermedi / Determinanti Sociali piuttosto che sui Determinanti delle Ineguaglianze / Determinanti Strutturali influenzerà gli obiettivi che le politiche stesse perseguono: ad esempio nel primo caso si cercherà di operare per limitare le forme di esposizione ad esempio incidendo su comportamenti individuali, nel secondo caso si definiranno gli obiettivi a seconda dell'ineguaglianza che si intende affrontare (se si vuole colmare il *gap* tra gruppi si lavorerà su alcune condizioni di vita delle fasce più povere, se invece si vuole operare sul

gradiente di salute delle diverse posizioni socioeconomiche allora si agirà su tutti i determinanti ,
migliorando le condizioni complessive della società).

1.3 *Le politiche e gli interventi*

Esistono vari approcci per la riduzione delle iniquità e ineguaglianze (come in parte abbiamo già visto precedentemente nell'affrontare i concetti di "gap", gradiente e svantaggio), riconducibili per sommi capi a tre principali ampi approcci:

- (1) Migliorare le condizioni di salute dei gruppi socioeconomici in posizioni più basse attraverso programmi mirati. Il vantaggio di questa strategia è quello di indirizzarsi ad un segmento della popolazione limitato e ben definito con vantaggi anche per il monitoraggio e la valutazione dell'esito. Sono interventi che si possono accompagnare ad altri egualmente mirati alla riduzione della povertà anche nel settore del *welfare*. D'altro canto essendo riservati a una cerchia limitata di persone potrebbero comportare problemi in termini di consenso e sostenibilità politica. Inoltre manca un'ottica di avvicinamento a condizioni migliori rispetto ad altre fasce della popolazione sia per colmare il *gap* che per agire sui diversi livelli di gradiente socioeconomico in modo articolato.
- (2) Avvicinare le (o ridurre il *gap* delle) condizioni di salute dei gruppi più poveri a quelli meglio collocati. Ad esempio si può decidere di intervenire sui differenti tassi di mortalità infantile. Politiche tese a colmare o ridurre i *gap* richiedono sia miglioramenti assoluti nei livelli di salute dei gruppi socioeconomicamente svantaggiati e tassi di miglioramento superiori a quelli di classi sociali più elevate. Caratteristico dell'azione sull'"*health-gap*" è operare su gruppi potenzialmente minoritari nella popolazione e nel contempo sottostimare gli effetti delle ineguaglianze socioeconomiche pre-esistenti. Inoltre il rischio è quello di perdere di vista i gruppi prossimi alla condizione peggiore che potrebbero a loro volta vedere peggiorata la loro condizione.
- (3) agire sull'intero gradiente sociale di salute (ovvero sull'associazione tra posizione sociale e condizione di salute della popolazione). Questo approccio implica un modello di intervento più articolato e più attento alle iniquità. Secondo un approccio basato sul gradiente di salute è inclusivo e riguarda tutta la popolazione. Non mancano sfide tecniche e politiche: i risultati possono essere di lungo termine e i programmi complessi.

Nel valutare quale strategia perpetuare è bene comprendere che i modelli non sono reciprocamente esclusivi ed è necessario valutare con attenzione il contesto di applicazione: in paesi con povertà estrema diffusa non è utile applicare un approccio basato sul *gap* o su singoli gruppi.

1.3.1 Framework teorico per analizzare le politiche

Nella letteratura analizzata e sulla base delle esperienze riviste dagli esperti collegati alla CSDH emergono alcune aree di intervento prioritarie:

- a. Riduzione delle iniquità ed ineguaglianze nella distribuzione dei fattori socioeconomici o determinanti strutturali (ad es. Reddito, educazione etc.).
- b. Intervenire sui determinanti intermedi, incidendo sulla loro distribuzione nella popolazione / gruppi socioeconomici (ad es. Riducendo il numero di fumatori nelle classi socioeconomiche più basse o migliorare le condizioni lavorative delle persone con posizioni lavorative più basse).
- c. Affrontare gli effetti di ritorno delle condizioni di salute sulla posizione socioeconomica. Si cercherà di incidere sui meccanismi che, a partire dalla malattia, possono condurre a forme di impoverimento o perdita del lavoro, ad esempio mantenendo i livelli occupazionali di persone colpite da malattie croniche o di lungo termine.
- d. Interventi operativi nella fase di malattia che offrano alle persone in condizioni di svantaggio socioeconomico interventi sanitari di cura aggiuntivi anche al fine di ridurre l'effetto di ritorno (punto c.) e le conseguenze sui determinanti strutturali (punto a.).

In ogni caso un intervento che voglia incidere sulle ineguaglianze e le iniquità nella salute dovrà intervenire sul gradiente socioeconomico ovvero affrontare le differenze strutturali e sistematiche nelle condizioni di vita dovute alla posizione socioeconomica.

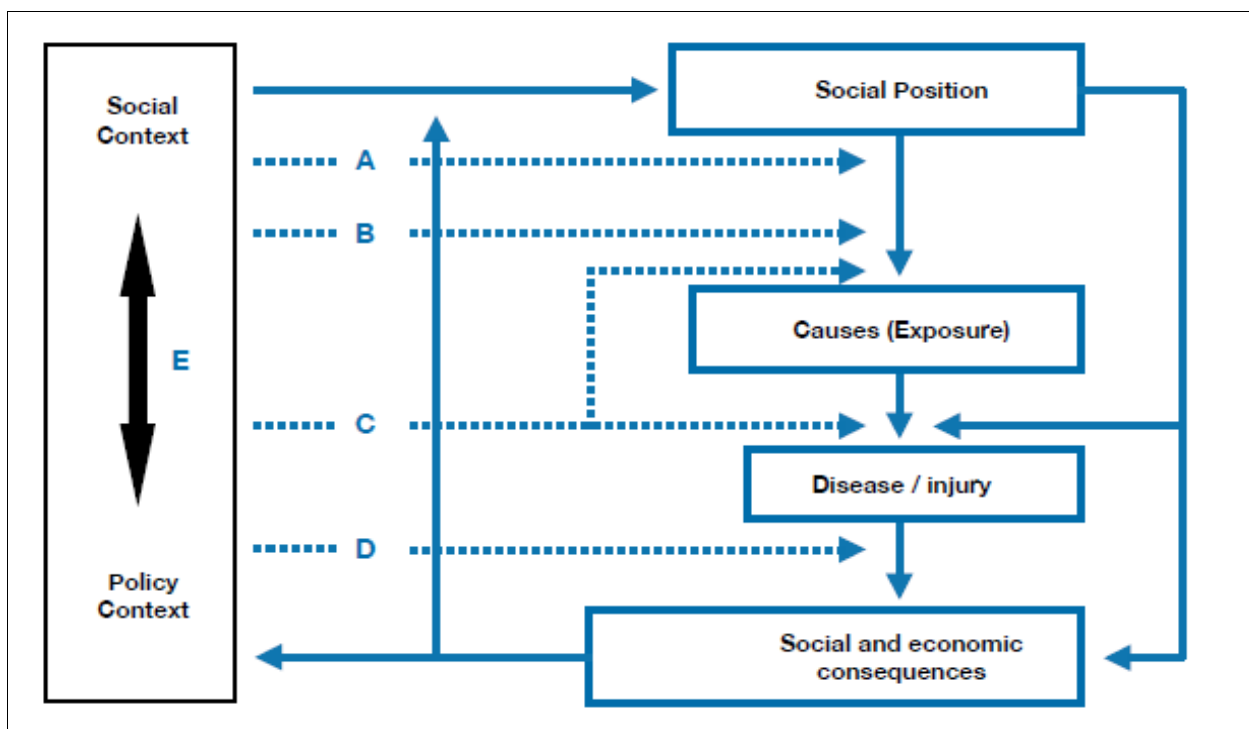
Diderichsen¹⁵³ propone uno schema di intervento per aree. Tra le aree interessate o entry point per l'azione politica:

- la stratificazione sociale;
- il differenziale di esposizione e vulnerabilità alle malattie;
- il differenziale nelle conseguenze della malattia e nelle condizioni sociali macro.

La Fig.1.5 , riproposta e dettagliata in Fig. 1.9, illustra il modello di Diderichsen (2004).

¹⁵³ Diderichsen F., Evans T., Whitehead M. (2001), Op. Cit.

Fig.1.9: Dettaglio del modello di Diderichsen



Fonte: Fig. 6 in Solar O, Irwin A. (2010), Op. Cit. pag. 53

Dalla Fig. 1.9 si possono evidenziare alcuni punti di intervento:

- intervento finalizzato alla riduzione delle asimmetrie ed iniquità in quello che è il contesto sociale e politico (in termini di potere, prestigio, reddito etc.). L'autore propone due politiche in questo ambito: da un lato la promozione di politiche che diminuiscano le disuguaglianze sociali (sul mercato del lavoro, in campo educativo e di politiche del *welfare* rivolte alle famiglie) dall'altro una valutazione di impatto delle politiche economiche e sociali per attenuarne gli effetti negativi sulla stratificazione sociale (il tutto è segnalato dalla linea A della figura);
- Diminuire il grado di esposizione a fattori dannosi per la salute (condizioni abitative, lavorative etc.): linea B.
- Ridurre il livello di vulnerabilità alle condizioni dannose per la salute. Questo sia riducendo il grado di esposizione ai fattori dannosi che migliorando le complessive condizioni socioeconomiche: linea C, divaricata nell'intervento a monte e a valle delle condizioni di esposizione a fattori dannosi per la salute.
- Intervenire tramite il determinante "sistema sanitario" per ridurre l'inequiva distribuzione delle conseguenze della malattia e prevenire un eventuale degrado della condizione

socioeconomica a causa della malattia. Ad esempio un sistema di contribuzione e finanziamento del sistema sanitario ispirato a principi di equità può svolgere un ruolo fondamentale in tal senso (evitando forme di impoverimento a causa della malattia a causa, ad esempio di *user fees* che come visto possono condurre alla *poverty trap*): linea D della figura.

- Infine politiche che agiscano per modificare le condizioni macro a livello sociale e politico. Le politiche economiche e sociali possono incidere sulla coesione sociale, sull'integrazione e sul capitale sociale delle comunità. Uno degli strumenti segnalati è quello di politiche redistributive e delle politiche sociali (linea E della figura).

1.3.2 Principali orientamenti per l'intervento

La CSDH ha accolto 3 orientamenti principali nelle sue proposte:

- una azione contestualizzata sui determinanti strutturali e intermedi;
- una azione intersettoriale;
- la rilevanza della partecipazione sociale e dell'*empowerment* delle popolazioni.

1.3.2.1 Azione contestualizzata

La CSDH non propone una ricetta valida automaticamente in tutti i contesti, ma una serie di linee di azione, da contestualizzare anche sulla base di dati raccolti localmente e approfondimenti. I meccanismi che producono la stratificazione e le disuguaglianze sociali differiscono da luogo a luogo, da contesto a contesto, pertanto "ricette" e tempi devono essere attentamente tarati e considerati, come pure le "alleanze", la disponibilità di risorse e come viene visto l'intervento dai diversi soggetti coinvolti. Inoltre si dovrà tenere conto delle condizioni globali e delle conseguenze globali di determinate scelte. Di questa complessità la CSDH tiene conto con considerazioni e proposte che dal contesto locale spaziano al contesto globale, indicando per ogni soggetto o istituzione coinvolta un percorso di azione concreta. L'indicazione di massima più rilevante da parte della CSDH è che le politiche finalizzate alla riduzione delle iniquità non devono limitarsi ai determinanti intermedi ma devono comprendere politiche specifiche indirizzate ai determinanti strutturali e quindi gli elementi sociali e politici di contesto anche a livello macro.¹⁵⁴

¹⁵⁴ In Whitehead M., Dahlgren G. (2006), *Levelling up (part 1 and 2): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, troviamo una serie di proposte concrete: "(...) Describe present and future possibilities to reduce social inequalities in income through cash benefits, taxes and subsidized public services. (...) Regulate the invisible hand of the market with a visible hand, promoting equity-oriented and labour-intensive growth strategies. A strong labour movement is important for

1.3.2.2 Azione Interstettoriale

Sulla base di studi e documenti¹⁵⁵ la CSDH segnala come una azione interstettoriale per la salute (ISA)¹⁵⁶ ovvero politiche coordinate che riguardano settori sanitari e non, possa essere una strategia chiave per incidere sui determinanti sociali (strutturali) della salute e della equa distribuzione della stessa. Varie conferenze internazionali dell'OMS/WHO (Alma Ata 1978, Ottawa 1986, Bangkok 2005) hanno riconosciuto che molti fattori incidono sulla salute e quindi sono necessarie azioni in diversi settori della società. Ma sussistono limit ad un approccio ISA: scarse capacità dello Stato anche a causa delle politiche degli anni '80 e '90; il focalizzarsi su approcci mirati alle malattie. Il rapporto della CSDH cita alcuni esempi virtuosi di politiche coerenti con un ISA (si veda in particolare il cap. 10). Vi sono paesi che hanno varato un complesso di politiche che mirano esplicitamente ad incidere sul tema dell'equità in salute: è il caso di Finalndia, Svezia e Regno Unito, uniramente ad una strategia ISA (PHAC, 2007).

1.3.2.3 Partecipazione sociale e dell'*empowerment* delle popolazioni.

A partire dalle tre principali raccomandazioni/principi di azione della CSDH, la partecipazione e l'empwerment hanno un rilievo basilare:

"In order to address health inequities, and inequitable conditions of daily living, it is necessary to address inequities – such as those between men and women – in the way society is organized. This requires a strong public sector that is committed, capable, and

promoting such policies, and it should be coupled with a broad public debate with strong links to the democratic or political decision-making process. Within this policy framework, the following special efforts should be made: • Maintain or strengthen active wage policies (...) • Introduce or maintain progressive taxation, related both to income and to different tax credits, so that differences in net income are reduced after tax. • Intensify efforts to eliminate gender differences in income (...) • Increase or maintain public financing of health, education and public transport. The distributional effects of these services are significant – in particular for health services – in universal systems financed according to ability to pay and utilized according to need".

¹⁵⁵ Ad esempio: PHAC (2007), *Crossing sectors – experiences in intersectoral action, public policy and health*, Public Health Agency of Canada, Ottawa; PHAC, WHO (2008), *Enhancing health and improving health equity through cross-sectoral action: an analysis of national case studies*, Public Health Agency of Canada, Ottawa; World Health Organization, Rockefeller Foundation (1986), *Intersectoral action for health: the way ahead. Report of the WHO/Rockefeller Foundation meeting on Intersectoral action for health*, 3-6 March 1986, Bellagio, Italia.

¹⁵⁶ ISA viene definita come: "A recognized relationship between part or parts of the health sector and part or parts of another sector, that has been formed to take action on an issue or to achieve health outcomes in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector working alone" in WHO (1997), *Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health-for-All in the Twenty-First Century. Report of an International Conference*, 20-23 April 1997, Halifax.

adequately financed. To achieve that requires more than strengthened government – it requires strengthened governance: legitimacy, space, and support for civil society, for an accountable private sector, and for people across society to agree public interests and reinvest in the value of collective action. In a globalized world, the need for governance dedicated to equity applies equally from the community level to global institutions".¹⁵⁷

Questa linea d'azione, oltre che attraversare l'intero rapporto della CSDH, trova uno spazio specifico al Capitolo 14 del rapporto, con un ampliamento della riflessione alla dimensione globale nel Capitolo 15. Volendo distinguere dei livelli di *empowerment* in campo sanitario possiamo riferirci alla seguente struttura:¹⁵⁸

- Livello del *welfare*: al fine di rendere le persone non passive rispetto al servizio erogato;
- Livello dell'accesso: al fine di operare per un equo accesso all'educazione, alla terra, al credito;
- Livello di coscientizzazione e informazione per contrastare le forme istituzionalizzate di discriminazione;
- Livello della partecipazione e della mobilitazione;
- Livello del controllo, ove agli individui venga riconosciuta la possibilità di decidere.

Come abbiamo potuto rilevare anche in precedenti paragrafi relativi all'approccio alla salute come diritto umano (HRBA), il rafforzamento e la capacitazione (*empowerment*) delle comunità è collocato con la responsabilità da parte dello Stato. L'*empowerment* ha una dimensione politica di impegno con un progressivo coinvolgimento delle comunità a cui è indirizzata l'azione di *empowerment*. Lo Stato deve creare allora le condizioni e gli spazi di partecipazione che possono rendere le comunità vulnerabili / emarginate capaci di assumere il controllo o incidere progressivamente sui determinanti strutturali che influenzano il proprio benessere.

1.3.2.4 Modello teorico di intervento delle politiche

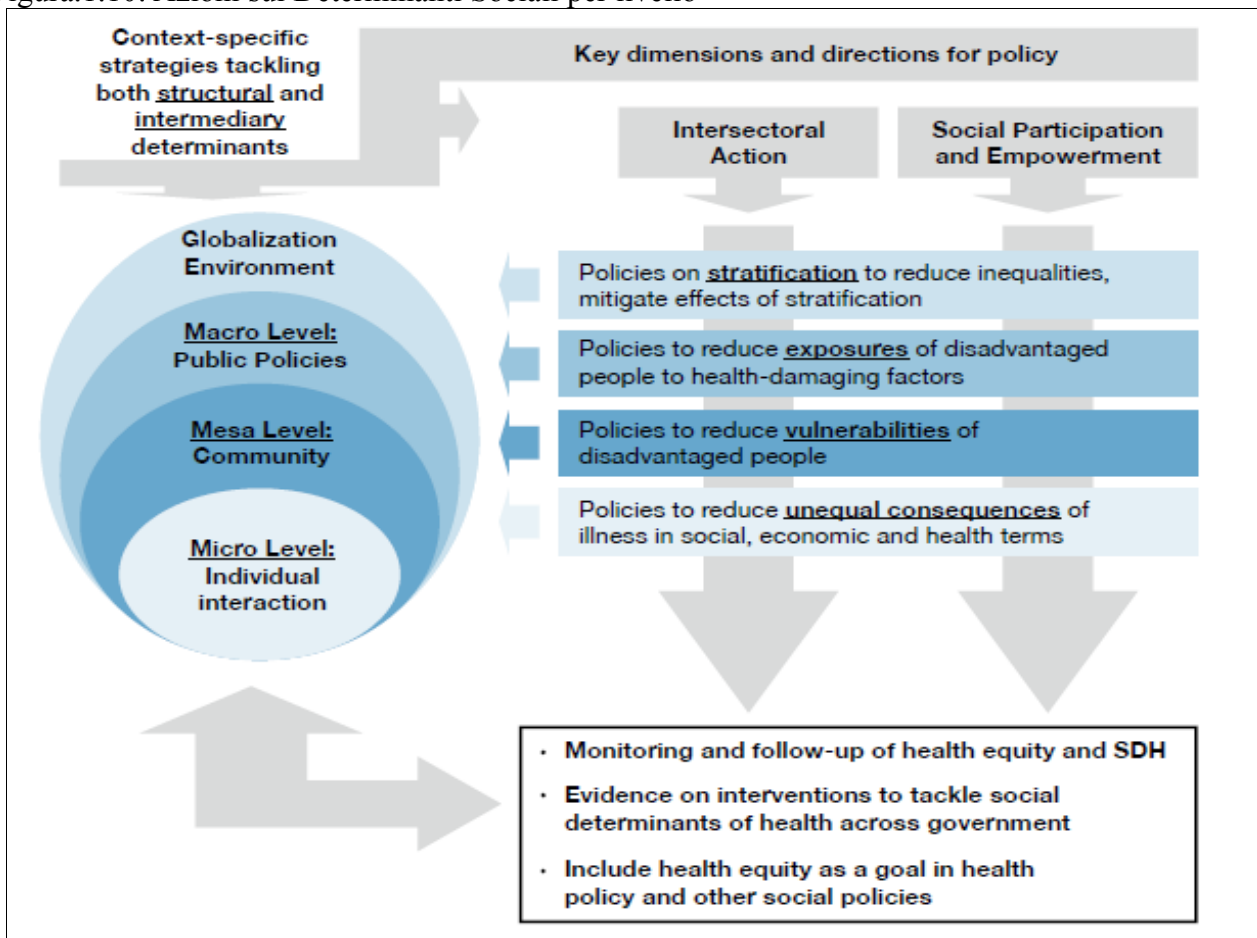
Nel quadro di azioni contestualizzate, quindi, avremo strategie intersettoriali con il coinvolgimento della popolazione maggiormente colpita dai problemi di iniquità in salute. Vi possono essere differenti punti in cui dare inizio alle politiche (si vedano le barre/aree orizzontali). Muovendo dalle

¹⁵⁷ WHO (2008), *Closing the Gap*, Op. Cit.

¹⁵⁸ Longwe S. (1991), "Gender Awareness: The Missing Element in the Third World Development Project" in: Wallace T., March C., *Changing Perceptions: Writings on Gender and Development*, Oxfam, Oxford.

aree più in basso verso l'alto ci si muove da interventi meno a più strutturali e (cerchi a sinistra) da livelli micro a meso e poi macro/globali.

Figura.1.10: Azioni sui Determinanti Sociali per livello



Fonte: Fig. 7 - Framework for tackling SDH inequities in Solar e Irwin (2010), Op. Cit.

Parte di questa struttura teorico-pratica di intervento sono altri aspetti di cui tenere conto nelle politiche e nelle azioni relative ai Determinanti Sociali della Salute (box in basso nella figura):

- monitoraggio degli effetti delle politiche rispetto ai determinanti e all'equità in salute;
- raccogliere, documentare e diffondere i risultati degli interventi;
- operare perchè l'equità in salute sia obiettivo presente nelle politiche sociali e della salute.

Il modello teorico illustrato illustra alcuni elementi:

1. Agire non solo sui Determinanti Intermedi ma anche sui Determinanti Strutturali se si vuole realmente incidere sui meccanismi di iniquità in salute e non solo su alcuni indicatori;
2. La rilevanza di un approccio ISA: i determinanti strutturali non riguardano solo le politiche sanitarie o il settore sanitario.

3. La partecipazione sociale è necessaria nella definizione e realizzazione delle politiche relative ai Determinanti Sociali. Questo non solo è un imperativo etico, ma anche l'unico modo per costituire un movimento globale che operi per l'equità in salute.

1.4 *Qualche conclusione: implicazioni per i differenti attori in gioco*

Mentre la CSDH evidenzia il ruolo centrale dello Stato e del Governo, è bene non trascurare la pluralità di attori presenti (istituzioni internazionali, società civile, governi locali, ambiti accademici e della ricerca, settore privato). Per ognuno sono possibili alcune indicazioni politiche che ritroviamo in vari punti del *report* "Closing the gap".¹⁵⁹

a. Agenzie Multilaterali

La CSDH indica la necessità di una coerenza intersettoriale, tra ideazione e realizzazione delle politiche. Molto può essere fatto:

- Adottare l'equità in salute come un obiettivo condiviso e basilare e usare un quadro di indicatori comune a livello globale per monitorarne l'andamento.
- Una coerenza nelle politiche dei prestiti e finanziamenti internazionali con politiche relative ai determinanti sociali della salute, facendone criteri per l'erogazione di crediti e aiuti.
- Migliorare la partecipazione di tutti gli stati alla *governance* globale

b. WHO

La CSDH pone l'OMS/WHO in una posizione centrale nella politica di salute globale e propone di rilanciarne ruolo e *leadership*:

- La WHO deve adottare un ruolo di accompagnamento e supporto nella formazione di competenze relative ai determinanti sociali della salute all'interno del sistema multilaterale e della agenzie *partner*. Inoltre dovrà rafforzare la capacità degli stati nella realizzazione di ISA a favore dei determinanti sociali della salute.
- Sostenere la fissazione di obiettivi e metodi di monitoraggio sia negli stati che a livello internazionale per quanto attiene l'equità in salute: sistemi di sorveglianza dell'equità in salute a livello nazionale, valutazioni di impatto sull'equità e strumenti quali il Garante di Equità (*Equity Gauge*); meeting internazionali di revisione e verifica dei risultati.

c. Governi locali e nazionali

Per affrontare con adeguate politiche la problematica dell'equità in salute e l'azione sui Determinanti Sociali della Salute, richiede un settore pubblico rafforzato e capace, che si basi sui principi di giustizia, partecipazione e ISA. E' importante quindi rafforzare le funzioni delle pubbliche

¹⁵⁹ WHO (2008), Op. Cit.

istituzioni a livello centrale e decentrato. E' necessaria una forte *leadership* del ministero della salute con l'aiuto dell'OMS/WHO.

Tra le azioni suggerite:

- Porre la questione dell'equità in salute a un livello istituzionale e di responsabilità elevato.
- Impegnarsi per un sistema sanitario progressivamente universale, promuovere l'equità di genere, migliorare le condizioni di vita nelle aree rurali e periferiche delle città e rafforzare la partecipazione alla pianificazione locale nel settore sanitario. Inoltre investire in politiche di pieno impiego e miglioramento della condizione lavorativa.
- Strutturare i finanziamenti internazionali ricevuti secondo una logica di azione collegata ai determinanti sociali. Rafforzare le entrate fiscali attraverso una tassazione progressiva. Promuovere nuove forme di finanziamento della finanza pubblica a livello regionale e internazionale.
- Porre in atto azioni volte a migliorare e realizzare forme di misurazione, valutazione e formazione nel settore sanitario: registrazione delle nascite, indicatori di performance del Governo secondo indicatori di equità, sistema nazionale di sorveglianza dell'equità in salute e formazione / informazione dei policy makers relativamente ai determinanti sociali della salute.

d. La società civile

Essere inclusi nella società gioca un ruolo di rilievo relativaente alle forme di *empowerment* materiali, psicosociali e politiche. Gli attori della società civile (sia come membri della comunità che nelle attività di *advocacy* o monitoraggio o erogazione di servizi) sono elemento di collegamento tra le politiche e la realtà. Molte azioni delle entità precedentemente citate sono anche il frutto delle pressioni e della capacità di organizzare le comunità sui temi dell'equità. La Società Civile agisce sui Determinanti Sociali della Salute in vari modi:

- Nel partecipare alla formulazione, pianificazione e programmazione delle politiche.
- Nel monitorare gli esiti e i processi, nel promuovere iniziative specifiche sui determinanti sociali.

e. Il settore privato

Il settore privato può giocare un ruolo fondamentale e non si deve pensare a una limitata importanza di questo settore dato che la Commissione ha ampiamente evidenziato il ruolo del settore pubblico. E' importante regolare il funzionamento del settore privato per evitare effetti negativi sulle condizioni di salute e sull'equità in salute. Tra le azioni che possono essere poste in atto la CSDH suggerisce:

- Rafforzare il sistema di *accountability*: riconoscendo ed essendo coerenti con gli accordi e gli standard internazionali con riferimento alle condizioni lavorative, al rispetto delle convenzioni sul

lavoro minorile e relativamente agli standard di sicurezza e salute sul posto di lavoro; il settore privato può inoltre sostenere la possibilità di partecipare a momenti formativi; inoltre nel settore privato possono essere adottati sistemi di assistenza sanitaria che possono incidere positivamente sull'equità in salute.

- Investire in ricerca per combattere malattie dimenticate o particolarmente diffuse tra le fasce più povere della popolazione e condividere le conoscenze acquisite (inclusi i brevetti) per medicine e cure salva-vita.

f. Enti di ricerca

La ricerca, secondo la CSDH, è necessaria per generare nuove conoscenze e per diffondere queste conoscenze in modo accessibile. E' necessario lo scambio continuo tra ricercatori e operatori sul campo, come pure nuove metodologie, riconoscendo il valore e la funzione delle reti e delle comunità globali. Tra le azioni suggerite dalla CSDH:

- Produrre e diffondere risultati e dati relativi ai Determinanti Sociali della Salute.
- Assicurare fondi per ricerche sui SDH.
- Sostenere osservatori e il lavoro internazionale e intersettoriale relativo a indicatori dei SDH ed interventi collegati; contrastare la "fuga dei cervelli" dai paesi più poveri e ogni forma di discriminazioni o pregiudizi di genere nei team di ricerca e nelle attività di ricerca.¹⁶⁰

Questo insieme di raccomandazioni hanno rappresentato nel lavoro di ricerca un riferimento nella costruzione delle interviste e dei dialoghi con i diversi *stakeholders* incontrati durante la ricerca di campo, di cui ho riferito nei in particolare nei capitoli 4 e 5.

¹⁶⁰ WHO (2008), *Closing the Gap in a Generation*, Op. Cit.

"Nel gergo moderno si utilizzano parole stereotipate come i bambini usano i mattoncini del Lego. Come questi, le parole vengono fatte incastrare l'un con l'altra arbitrariamente per realizzare le costruzioni più bizzarre. Non hanno contenuto ma hanno tuttavia una funzione, e, nel momento in cui vengono separate da ogni contesto, si adattano perfettamente per essere utilizzate a scopi manipolativi. A questa categoria di parole appartiene il termine "partecipazione"¹⁶¹.

"The language of development rhetoric and writing changes fast. The reality of development practice lags behind the language. In other cases words persist and prevail, whatever happens to the field of reality. Participation is one such word which is experiencing a renaissance in the 1990s"¹⁶².

¹⁶¹ Rahnama M. (2004), "Partecipazione", in Sachs W. (2004), *Dizionario dello Sviluppo*, Ed. EGA, Torino.

¹⁶² Chambers R. (2000), "Paradigm shifts and the practice of participatory research and development" in Nelson N., Wright S. (2000), *Power and Participatory Development Theory and Practice*, Chapter 3 (pagg. 30-42).

2.1 Cenni storici del concetto

2.1.1 Partecipazione

Il termine partecipazione ha un carattere attivo e uno passivo (è una azione, ma anche l'essere incluso o far parte), la componente attiva è diretta di prassi a uno scopo definito o da definirsi e di prassi sembra associata sempre a scopi positivi o moralmente elevati. Non sempre poi la partecipazione è atto spontaneo, ma a volte obbligatorio, coercitivo. Quindi molteplici interpretazioni e significati del termine e della sua pratica fin dagli albori della storia umana (giustamente Rahnema¹⁶³ ci indica la partecipazione forzata a processi quali la costruzione delle piramidi o altri processi storici).

Il termine e le pratiche riferite alla partecipazione, in generale e nel settore sanitario, hanno subito modifiche nel corso del tempo, seguendo i mutamenti nelle politiche di cooperazione e nel pensiero politico relativo al rapporto tra Stato e cittadini come pure sul concetto di Stato.

Il termine "partecipazione" appare nel gergo della cooperazione allo sviluppo verso la fine degli anni '50. Gli attivisti che si erano coinvolti nel discorso dello sviluppo e della lotta alla povertà, giunsero alla conclusione che molti dei fallimenti nelle politiche di sviluppo derivavano dall'esclusione della popolazione beneficiaria dalle fasi di definizione, formulazione e implementazione di queste politiche. Progressivamente questa critica venne accettata e fatta propria da molti organismi internazionali, anche da quelli che avevano inizialmente rifiutato il concetto e la sua pratica "sovversiva". Del resto chi aveva guidato fino a quel momento le politiche di sviluppo doveva ammettere una serie di fallimenti o risultati deludenti, dovendo aggiornare in qualche modo la "ricetta politica" dello sviluppo. Ad esempio erano stati del tutto carenti meccanismi redistributivi della ricchezza e avevano riscontrato numerosi ostacoli nella realizzazione, pertanto la partecipazione "dal basso" sembrava un elemento utile anche ai tecnocrati dello sviluppo.

Rispetto al concetto autori come Rahnema,¹⁶⁴ segnalano come emerge dall'insuccesso delle precedenti pratiche di sviluppo, mentre altri individuano elementi di continuità tra pratiche del periodo coloniale e approcci tecnocratici anche recenti.

La questione della partecipazione viene riconosciuta in modo ancora più forte negli anni '70 a partire dall'adozione dell'approccio dei bisogni umani essenziali e si iniziò a dare spazio agli apporti

¹⁶³ Rahnema M. (2004), Op. Cit.

¹⁶⁴ Rahnema M. (2004), Op. Cit., pag. 117.

di altre discipline come quelle etno – antropologiche. E' di questo periodo il testo fondamentale di Paulo Freire "La pedagogia degli oppressi". A partire dalla pedagogia di Paulo Freire e poi nella Ricerca Azione Partecipativa (PAR: Participatory Action Research) si individua nella partecipazione una via per il mutamento sociale e conseguentemente per un equo sviluppo. Spesso la spinta "rivoluzionaria" contenuta nel concetto di partecipazione, come accaduto anche per le pratiche e la concezione di *empowerment*, è stata imbrigliata e attenuata, trasformando il concetto in una tipica "buzzword" del pensiero dominante (tale operazione di manipolazione dei concetti finalizzati a legittimarsi viene evidenziata da Alejandro Pablo Leal.¹⁶⁵

La partecipazione entra nell'agenda delle organizzazioni internazionali anche per il crescente ruolo delle Ong di cooperazione e comporta il rafforzamento di capacità e forme organizzative che possono eludere il controllo statale, ribaltando quindi una logica che fino a quel momento aveva visto l'idea dello sviluppo come rafforzativo dello Stato.

Questo approccio e questi concetti furono progressivamente assunti e rielaborati dal sistema internazionale della cooperazione allo sviluppo. Alcuni autori accennano al concetto di una "neotradizione partecipativa".¹⁶⁶ Negli anni '70 nuove parole d'ordine, frutto di un approccio partecipativo, emergono: sviluppo endogeno, pianificazione a partire dai bisogni, approcci multisettoriali, progetti basati sulla comunicazione di culture e saperi. Quelli che erano i destinatari divengono gli interlocutori della cooperazione internazionale (emergono le categorie: donne, giovani, anziani, disabili, minoranze etniche etc.).

Nata dunque come pratica e concetto contrapposto alle forme egemoniche di Governo e di sviluppo, sfidando lo status quo, ha ricevuto legittimazione proprio all'interno del mondo istituzionale della cooperazione allo sviluppo entrando nella retorica delle istituzioni, non solo delle Ong. La partecipazione è stata progressivamente ridotta a elemento metodologico, perdendo gli aspetti più ideologici delle origini; tra le tecniche proposte da studiosi e praticanti dello sviluppo troviamo *Participatory Rural Appraisal* (PRA - PAR), *Participatory Learning and Action* (PLA), *Appreciative Inquiry* (AI), *Community Based Needs Assessment* (CBNA) e *Stakeholder Analysis*.

¹⁶⁵ Leal P. A. (2007), "Participation: the ascendancy of a buzzword in the neo-liberal era", in *Development in Practice*, 17: 4, pagg. 539 — 548: "The historic and systemic failure of the development industry to 'fix' chronic underdevelopment puts it in the challenging position of having both to renew and reinvent its discourse and practice enough to make people believe that a change has, in fact, taken place and to make these adjustments while maintaining intact the basic structure of the status quo on which the development industry depends (...) Development's failures were now to be explained by its top-down, blueprint mechanics, which were to be replaced by more people-friendly, bottom-up approaches that would 'put the last first', as Robert Chambers (1983) coined in his wellknown book *Rural Development: Putting the Last First*".

¹⁶⁶ Cheaveau J.P. (1994) in Tommasoli M. (2008), *Lo Sviluppo Partecipativo*, Ed. Carocci, Roma.

Leal¹⁶⁷ ricorda come un documento della Banca Mondiale (WB) del 1989 dal titolo *Sub-Saharan Africa: From Crisis to Sustainable Growth* propose la creazione di nuove forme istituzionali e il rafforzamento della società civile.

Elemento centrale delle nuove pratiche (quale ad esempio la PRA) era la creazione del "sapere popolare" (con riferimento alla funzione cognitiva e strumentale dette), ma senza considerare adeguatamente, secondo i critici di tale concetto, l'influenza della mentalità sviluppatista su tale sapere e le forme pregiudiziali e limitanti del sapere popolare tradizionale rispetto ai problemi sociali esistenti, non essendo "puri" ma contaminati da altri processi (quali ad esempio quello coloniale).

Progressivamente nel dibattito su partecipazione e sviluppo fece accenno al problema della *governance* e si utilizzò tale termine per giustificare una progressiva limitazione del ruolo dello Stato nei confronti delle dinamiche economiche, spostando le risorse dello Stato nel mercato, teoricamente accessibile a tutti: l'*empowerment* quindi non come viatico alla trasformazione dei rapporti di potere ma per partecipare alle dinamiche di mercato e prendere in qualche modo il destino individuale nelle proprie mani, liberi da uno Stato eccessivamente interventista. Se la partecipazione diviene essenzialmente una prassi tecnica, le questioni di potere e politiche divengono a loro volta meramente tecniche e ancora una volta funzionali allo status quo.

Negli anni '90 interviene sulla questione anche l'OCSE/OECD (Organizzazione per lo Sviluppo e la Cooperazione Economica / *Organisation for Economic Co-operation and Development*) con un apposito gruppo di lavoro¹⁶⁸, che ha progressivamente elaborato *report* di valutazione sulle esperienze di sviluppo partecipativo (oggi se ne trovano alcune tracce nella sezione dedicata alla *Governance* del sito dell'OCSE-DAC (*Development Cooperation Directorate*): *Governance and Development*¹⁶⁹. Il concetto di partecipazione viene affiancato e "sposato" a quello di *good governance* e diritti umani, correlati e collegati nei seguenti elementi logici¹⁷⁰:

- a) la legittimità degli stati che dipende dall'esistenza di elementi di partecipazione e dal consenso;
- b) l'*accountability*, direttamente collegata alla disponibilità di informazioni, alla libertà dei media, alla trasparenza dei meccanismi decisionali e all'esistenza di meccanismi di *accountability* da parte del Governo;

¹⁶⁷ Leal P. A. (2007), Op. Cit.

¹⁶⁸ Ad Hoc Working Group on Participatory Development and Good Governance (OECD).

¹⁶⁹ http://www.oecd.org/document/31/0,3746,en_2649_34565_46582751_1_1_1_1,00.html (Gennaio, 2011).

¹⁷⁰ OECD-DAC (1995), *Participatory Development and Good Governance – DAC Orientations on Participatory Development and Good Governance*, pagg. 5-10, OECD, Parigi; Schneider H., Libercier M.H. (1995), "Participatory Development: from Advocacy to Action", pagg. 17 – 80, OECD, Parigi.

- c) la competenza di chi governa;
- d) il rispetto per i diritti umani e lo Stato di diritto al fine di garantire diritti e sicurezza individuali e dei gruppi e fornire un ambiente favorevole per le attività economiche e sociali e incoraggiare la partecipazione individuale;
- e) migliorare la situazione delle donne, le opportunità economiche e di partecipazione;
- f) coinvolgere le comunità locali per la migliore gestione delle risorse naturali;
- g) integrare le preoccupazioni e le misure in campo ambientale alle politiche economiche e sociali.

Nel motivare un approccio partecipativo, l'OCSE / OECD – DAC segnala che la partecipazione è essenziale in quanto rafforza la società civile e l'economia, rafforzando la capacità negoziale e quindi di influenza, oltre che costituire un elemento di bilanciamento e controllo per il potere dei governi, rafforza e migliora l'efficienza, l'efficacia e la sostenibilità dei programmi di sviluppo e migliora il livello di equità.

La partecipazione quindi come processo tramite il quale gli individui giocano un ruolo attivo e determinante nella elaborazione di decisioni che devono influire sulle loro vite. Inoltre la partecipazione apporta alcuni elementi al processo di sviluppo: le conoscenze locali, la coerenza tra esiti e necessità, minor corruzione per maggiore controllo sociale, l'*ownership* (il fare proprio) del progetto di sviluppo da parte delle popolazioni. Essenziale sarà un processo di *empowerment*, che richiede una forma organizzativa o associativa democratica, che dovrà portare le persone ad un maggiore accesso e controllo / influenza relativamente alle risorse e servizi con particolare riferimento a gruppi marginali. La partecipazione si articola in livelli: livello locale (consultazione, partecipazione in erogazione di servizi, partecipazione a livello locale su iniziative locali); di gruppo e movimento / organizzazione della società civile (ovvero organizzazioni intermedie tra Stato e cittadino); politica. Parole chiave nello schema dell'OCSE/OECD¹⁷¹, oltre a *ownership* ed *empowerment*, sono *decentralization* (decentramento).

Tra le aree di intervento da privilegiare il documento del 1995 segnala:

- b) il supporto ad organismi intermedi: gruppi professionali, gruppi di donne, sindacati etc e loro presenza in organismi di consultazione e *Boards*;
- c) il supporto a organizzazioni di base (anche a livello di villaggio) considerando progetti collegati a questo livello;

¹⁷¹ OECD-DAC (1995), Op. Cit.

- d) coinvolgimento di tutti i portatori di interesse nella definizione, implementazione, verifica e valutazione dei progetti;
- e) i programmi di decentramento;
- f) sensibilizzazione delle agenzie di aiuto e governi ad approcci a favore della partecipazione.

Nel fare sintesi sulle tipologie di partecipazione emerse negli ultimi decenni mi riferisco a Vanna Ianni,¹⁷² che ne espone schematicamente alcune forme:

- ✓ partecipazione passiva: la gente riceve informazione su quanto accadrà o quanto è già accaduto. Le informazioni provengono unicamente da professionisti esterni;
- ✓ partecipazione attraverso l'apporto di informazioni;
- ✓ partecipazione attraverso la consultazione: la gente viene consultata e gli agenti esterni raccolgono i suoi punti di vista;
- ✓ partecipazione con incentivi materiali: la gente apporta risorse, ad esempio forza lavoro, in cambio di cibo, soldi o altri incentivi;
- ✓ partecipazione funzionale: la gente forma gruppi per raggiungere obiettivi predeterminati dal progetto;
- ✓ partecipazione interattiva: la gente collabora alle analisi, il che porta alla definizione di piani d'azione e alla formazione di nuovi gruppi locali o al rafforzamento di quelli esistenti;
- ✓ automobilitazione: la gente assume iniziative indipendenti da istituzioni esterne con il proposito di cambiare il sistema.

Ad una classificazione analoga ho fatto riferimento nell'Introduzione della tesi e darò successivamente ulteriore conto per quanto attiene gli studi di EQUINET e Renè Loewenson¹⁷³ nel settore sanitario.

Ad integrazione della classificazione di Vanna Ianni, ulteriori forme di partecipazione hanno cominciato ad affermarsi e fra queste: la partecipazione alla messa in opera di veri e propri sistemi di monitoraggio delle politiche nazionali e internazionali (ad esempio nel settore sanitario le forme di monitoraggio della equità delle politiche di spesa pubblica, *Equity Watch*); la sperimentazione di nuove modalità di rappresentanza e gestione delle politiche pubbliche che contribuiscono direttamente ad una ridefinizione del discorso e delle pratiche della democrazia, e di cui l'esperienza del bilancio partecipativo costituisce una delle espressioni più note. Ad essa si affiancano altre

¹⁷² "Scala di Pimbert e Pretti" in Ianni V. (2004), Op.Cit., pagg. 108 - 109; Ianni V. (2011), Op.Cit.; Ianni V. (2008), Op.Cit.

¹⁷³ Loewenson R. (2000), Op.Cit.

modalità di controllo e *accountability* partecipato quali ad esempio le forme di *budget tracking* di cui si parlerà in seguito trattando dello Zambia nello specifico.

Nel dibattito precedente e contemporaneo al lavoro della CSDH la questione relativa alla partecipazione si concentra su quali siano gli spazi e quali gli strumenti di formazione e culturali per esercitare una partecipazione coerente con il cambiamento sociale e con l'inclusione: l'esposizione che seguirà su differenti approcci teorici e alcune pratiche, cercherà di dare conto di quanto emerso e conclusivamente degli elementi di analisi e di pratiche assunti come riferimento durante il lavoro di ricerca e di analisi della realtà incontrata.

2.1.2 Partecipazione nel sistema sanitario

La conferenza internazionale di Alma Ata sul *Primary Health Care* svoltasi nel 1978 aveva confermato e riaffermato la definizione ampia di salute ovvero uno stato di completo, fisico, mentale e sociale, benessere¹⁷⁴. Si affidava inoltre allo Stato il mandato di provvedere alla salute dei propri cittadini e si segnalavano le gravi ineguaglianze in salute nel mondo. La Dichiarazione di Alma Ata promosse una concezione di *Primary Health Care* (cure primarie) che promuoveva un forte coinvolgimento e responsabilizzazione delle persone e delle comunità anche attraverso una forte e organizzata partecipazione, sviluppando a tal fine una adeguata formazione ed educazione alla partecipazione (individuando quindi un preciso percorso di *empowerment* delle comunità per la partecipazione sin dal 1978, contaminato dai percorsi del pedagogo Paul Freire e dal concetto di educazione popolare, processo orientato all'azione e al mutamento sociale).¹⁷⁵

Prima di Alma Ata si erano già manifestate alcune tendenze relative al ruolo delle comunità in salute e rispetto al tema di una partecipazione. Le forme precedenti alla nascita del concetto di *Primary Health Care* seguirono due filoni principali: 1. Iniziative comunitarie di base per lo sviluppo economico (*Community-based initiatives on economic development*); 2. Iniziative

¹⁷⁴ WHO (1978), Op. Cit.

¹⁷⁵ "VI Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process. (...) VII Primary health care: (...) 5. requires and promotes maximum community and individual self-reliance and participation in the planning, organization, operation and control of primary health care, making fullest use of local, national and other available resources; and to this end develops through appropriate education the ability of communities to participate". WHO (1978), *Declaration of Alma-Ata*, Op. Cit.

comunitarie di base per l'educazione sanitaria (*Community-based initiatives on education*).

Nel secondo filone, a partire da esperienze di educazione sanitaria, nacquero esperienze di intervento comunitario su vari aspetti della salute e di mobilitazione di risorse comunitarie, arrivando infine a partecipare ad attività di pianificazione e definizione dei servizi sanitari necessari allo sviluppo della comunità. Le iniziative realizzate dalla Cina Popolare negli anni '60 portarono all'affermarsi del concetto di *Community – based Health Care/Programmes* in cui i promotori di salute e gli operatori di salute della comunità / nella comunità svolgevano un ruolo di rilievo. Una delle pratiche di partecipazione fu la *community diagnosys* anche se da subito non mancarono problemi legati sia alla scarsa conoscenza da parte delle popolazioni, alla asimmetria di poteri, alla scarsità di risorse materiali.

Dopo Alma Ata tra le iniziative promosse dalla società civile emerge la pratica delle *Community – Based Initiative* a cura del PHM e quella del *Social Dialogue* promosso soprattutto in America Latina.¹⁷⁶ La partecipazione in salute negli ultimi trent'anni ha avuto come forze propulsive di sostegno alcuni elementi¹⁷⁷: la dottrina del consenso informato per cui le preferenze individuali devono riflettersi nelle scelte e decisioni di cura e trattamento; una domanda di maggiore responsabilità da parte dei professionisti sanitari e dei policy makers nei confronti delle comunità; la richiesta di una maggiore *accountability* per l'allocazione di risorse limitate; un crescente interesse verso il ruolo della comunità nel generare "comunità in salute" (*healthy communities*); l'idea che i programmi sanitari possano essere più efficaci se emergenti da una pratica di consenso e di decisione sulle priorità in ambito locale.

Alcuni autori, tra cui Susan Rifkin¹⁷⁸ identificano alcuni modelli di partecipazione in salute rilevati dalle esperienze successive ad Alma Ata:

- un approccio medico finalizzato al miglioramento della salute delle comunità, in cui la partecipazione si concretizza nelle attività intraprese dalla comunità / gruppo secondo le indicazioni del personale sanitario al fine di migliorare le condizioni di salute e ambientali a partire quindi da una concezione biomedica e tecnologica della salute;
- un approccio basato sui servizi di salute, a partire dalla definizione dell'OMS/WHO di salute

¹⁷⁶ Vega Romero R., Torres Tovar M. (2007), Op.Cit.

¹⁷⁷ Frankisha C.J., Kwanb B., Ratner P.A., Higginsd J.W., Larsene C. (2002), "Challenges of citizen participation in regional health authorities", in *Social Science & Medicine* 54 (2002), pagg. 1471–1480.

¹⁷⁸ Rifkin S. (1986), "Lessons from community participation in health programmes", in *Health Policy and Planning* 1986;1, pagg.240-249; si vedano anche i capitoli 1, 6, e 7 in Kahssay H.M., Oakley P. (1999), *Community Involvement in Health Development : a Review of the Concept and Practice*, Public Health in Action n. 5, World Health Organization, Ginevra; Rifkin S. (1996), "Paradigms lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes", *Acta Tropica* 1996;61, pagg. 79-92.

(concepita come un benessere fisico, sociale e mentale dell'individuo). In questo approccio la partecipazione passa attraverso un coinvolgimento della comunità / gruppo nella erogazione dei servizi sanitari, attraverso, ad esempio, i *Community Health Workers*, e, in una concezione neo-liberista, anche alle spese dei servizi.

- un approccio di sviluppo delle comunità, che definisce la salute come una condizione umana risultante da politiche di sviluppo in campo sociale, economico e politico. I membri della comunità partecipano attivamente alle decisioni volte a migliorare le condizioni sociali ed economiche che incidono sulle condizioni di salute: la salute potrà migliorare a seguito di politiche di lotta alla povertà e per un radicale mutamento del sistema di potere.¹⁷⁹

Non passò molto tempo dopo la Conferenza di Alma Ata perchè differenti approcci e tesi emergessero, limitando e contraddicendo le principali linee emerse nella Conferenza. Il punto di partenza fu la proposta della Fondazione Rockefeller per una "*Selective Primary Health Care*".¹⁸⁰ L'articolo di Walsh e Warren non è l'esercizio accademico di due ricercatori della *Rockefeller Foundation*, è l'avvio di una tendenza che si muove in direzione esattamente opposta alle linee di Alma Ata. Una tendenza che l'Unicef – pur co-promotore della Conferenza di Alma Ata – non ebbe difficoltà a far propria, lanciando nel 1982 una campagna dal titolo di "*A Children's Revolution*", in cui si teorizza la necessità di concentrarsi su quattro obiettivi specifici *cost-effective*: la reidratazione orale per combattere la diarrea, le vaccinazioni, la promozione dell'allattamento al seno, l'uso sistematico delle carte della crescita (che sostituisce nella lista delle priorità la terapia anti-malarica, ritenuta evidentemente troppo costosa). Questo approccio "selettivo" finalizzato alla massima efficienza ed efficacia, emarginò progressivamente il tema della partecipazione e costituì un funzionale "battistrada" ai successivi sviluppi nelle politiche sanitarie conformate ai dettami dei Piani di Aggiustamento Strutturale (PAS).¹⁸¹ L'approccio selettivo fu ritenuto più realistico e pragmatico e la partecipazione comunitaria progressivamente ritenuta come una forma di sostituzione del ruolo dello Stato nella erogazione dei servizi (tramite la contribuzione alle spese e conseguente introduzione di *user fees*) e per aspetti di tipo organizzativo. La partecipazione dei "clienti / beneficiari" divenne un palliativo depotenziante la capacità di resistere alle riforme imposte agli stati nel quadro dei PAS.¹⁸² Dopo l'articolo di Walsh e Warren il dibattito politico e

¹⁷⁹ Olico O. (2004), "Community Participation an abused Concept?", in *Health Policy and Development*, Vol. 2 n. 1.

¹⁸⁰ Il riferimento è a: Walsh J., Warren K. (1979), "Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries", in *New England Journal of Medicine* 1979;301, pagg. 967-974.

¹⁸¹ OISG (2006), "Da Alma Ata al Global Fund", in *Salute e Sviluppo* 3/2006, pagg. 31 – 45, Italia.

¹⁸² De Vos P., Malaise G., De Ceukelaire W., Perez D., Lefevre P., Van der Stuyft P. (2009), "Participation and empowerment in Primary Health Care: from Alma Ata to the Era of Globalization", in *Social Medicine*

scientifico si articolò tra fautori di una partecipazione funzionale al conseguimento di determinati standard ed esiti (*Target Oriented Framework*) e chi proponeva un *Empowerment Framework*. Nel 1985 a Brioni (allora Jugoslavia) si svolse un incontro promosso dall'OMS/WHO relativo al coinvolgimento delle comunità nelle politiche di sviluppo nel settore della salute. Ne derivò il concetto di *Community Involvement in Health Development* (CIH). La CIH venne concepita non come mera tecnica strumentale ma come strategia sistematica di coinvolgimento con il fine di migliorare la condizione di salute delle persone. L'incontro di Brioni indica (come sviluppo e interpretazione di Alma Ata) che la CIH non è un programma sanitario o tecnico ma un principio di sviluppo della salute. A Brioni emergono essenzialmente alcuni concetti¹⁸³:

- il coinvolgimento delle comunità nelle questioni relative alla salute è un diritto di tutti i popoli. Il coinvolgimento rafforza il senso di responsabilità ed è principio guida per lo sviluppo della salute;
- in presenza di risorse spesso scarse per la salute nei paesi in via di sviluppo, la partecipazione può assicurare la corrispondenza delle risorse ai bisogni, può contribuire con conoscenze locali, contribuisce all'ampliamento della copertura del servizio, ma non implica automaticamente un onere di costo per chi partecipa;
- contribuisce all'appropriatezza e al successo di programmi di salute.

Il concetto di partecipazione venne definito come un processo in cui le persone, individualmente o in gruppo, esercitano il loro diritto di giocare un ruolo attivo e diretto nello sviluppo di servizi sanitari appropriati, assicurando le condizioni di sostenibilità ed *empowerment* delle comunità. Direttamente collegato al concetto di CIH è quello di *District* (Distretto) come livello amministrativo ideale ove operare secondo i principi del CIH. Il livello distrettuale viene articolato in alcune componenti standard:

- strutture di servizio sanitario (ospedali, centri di salute etc.)
- strutture di management dei servizi e dello staff sanitario
- strutture di sviluppo sanitario (comitati locali, di villaggio, comitati di distretto etc.).¹⁸⁴

Negli anni '90 al concetto di CIH si è affiancato quello di *Community Action for Health* (CAH) con un maggiore coinvolgimento nelle attività da parte delle comunità. Nella CAH la comunità è *partner* in tutte le fasi del processo relativo alle cure sanitarie: identificazione dei bisogni, selezione delle

(www.socialmedicine.info) - Volume 4, Number 2, June 2009.

¹⁸³ Kahssay H.M., Oakley P. (1999), Op. Cit.

¹⁸⁴ Questa articolazione amministrativa riflette effettivamente quanto ho potuto riscontrare nella struttura gestionale e organizzativa del sistema sanitario dello Zambia.

priorità, pianificazione, programmazione, realizzazione e valutazione.¹⁸⁵

Nello studio della CIH e della CAH, Kahssay e Oakley¹⁸⁶ individuano alcune proprietà del processo di partecipazione nello sviluppo della salute: il primato della persona, le conoscenze e capacità delle persone come elemento che contribuisce allo sviluppo della salute, l'assenza di discriminazioni di genere nella partecipazione, l'autonomia rispetto al personale sanitario e la presenza di azioni locali. Parallelamente a queste tendenze gli anni '90 videro rafforzarsi la posizione (opposta) delle Istituzioni Finanziarie Internazionali. Il "World Development Report 1993: Investing in health" segna questo passaggio:¹⁸⁷ l'*empowerment*, proposto come il lato umano dei PAS, viene inteso come progressiva riduzione del ruolo dello Stato rispetto alla società civile intesa come operatori privati del settore sanitario, mentre la partecipazione assume sempre più i lineamenti del pagamento e del contributo alle spese sanitarie, innestando meccanismi di impoverimento.¹⁸⁸

Anche il concetto di capitale sociale viene utilizzato come anello di congiunzione tra la crescita economica e la democratizzazione e come prerequisito dell'*empowerment*. Alcuni autori segnalano come il ricorso al concetto di Social Capital, rappresenti per la Banca Mondiale /WB uno strategema per "depoliticizzare" lo sviluppo e i temi collegati, evitando di affrontare i problemi di potere e di contesto, e ricercando una coesione sociale funzionale alle politiche di libero mercato.

Gli anni '80 segnano quindi l'era del "projects with people"¹⁸⁹, portando alla creazione di numerose istituzioni locali: comitati di settore, comitati di villaggio per lo sviluppo, che a lungo andare da meri recipienti dell'aiuto internazionale, divennero coloro che dovevano realizzare lo sviluppo facendosene carico in termini di costo in modo più rilevante, realizzando così la partecipazione allo sviluppo; spesso alcune forme ricalcavano le esperienze di indirect rule esercitate dai governi coloniali. Negli anni '90 gli organismi della società civile, categoria generica e ampia che può comprendere lo stesso settore privato *for-profit*, vengono visti come la realtà più vicina ai più poveri, e divengono veicolo di erogazione di servizi, sostituendo in parte lo Stato e divenendo parte di un contesto che riconfigura il settore pubblico e i servizi.

Nel "World Development report 2000/2001: Attacking Poverty" della Banca Mondiale, qualcosa

¹⁸⁵ La portata conflittuale dell'approccio CAH implica che si ponga attenzione su alcuni aspetti: la condivisione di propositi tra comunità e settore formale; la condivisione di informazioni e conoscenze; la condivisione di finalità e obiettivi; la formazione; la presenza di un sostegno politico alla CAH; la genuinità dell'impegno dello staff sanitario nel coinvolgere le persone; la consapevolezza dei componenti della comunità dei problemi sanitari. Il contributo della CAH si misurerà in termini di: aumento del livello di partecipazione; miglioramento dell'*accountability*; formazione, educazione e attenzione delle comunità rispetto ai problemi di salute; rafforzamento delle azioni a livello locale per lo sviluppo sanitario.

¹⁸⁶ Kahssay H.M., Oakley P. (1999), Op. Cit.

¹⁸⁷ World Bank (1993), *World Development Report: Investing in health*, Washington DC.

¹⁸⁸ Whitehead M., Dahlgren G., Evans T. (2001), Op. Cit.

¹⁸⁹ Oakley P. (1991), *Projects with people: the practice of participation in rural development*, ILO, Ginevra.

inizia a cambiare ed *empowerment* e partecipazione vengono posti in risalto come uno dei viatici per la riduzione della povertà dilagante. Una definizione ancora lontana da quella di Wallerstein:¹⁹⁰

“a social action process by which individuals, communities, and organizations gain mastery over their lives in the context of changing their social and political environment to improve equity and quality of life”.

Angelo Stefanini¹⁹¹ evidenzia come la visione predominante di capitale sociale è quella che sottolinea l’impegno civile come l’appartenenza a organizzazioni non governative o norme di reciprocità e fiducia tra i membri di una comunità. Questo approccio spesso favorisce una concezione minimalista del ruolo dello Stato e la *self-reliance*. L’enfasi è sulle organizzazioni civiche, il terzo settore, le istituzioni *non profit* e le Ong, minimizzando il ruolo dell’intervento governativo (il *Welfare State*). In questa prospettiva il capitale sociale viene a porsi come un’alternativa allo Stato sociale e alla funzione ri-distributiva su ampia scala dei governi.

L’esito è un modello di determinanti sociali che escludono l’analisi delle disuguaglianze strutturali presenti nella società (classi, genere, relazioni razziali) in favore di una visione orizzontale delle relazioni sociali basata sulle disuguaglianze distributive del reddito e l’*empowerment* esclusivamente individuale e comportamentale, nonostante possa avere impatti benefici sulla salute, non è sufficiente per raggiungere l’equità.

La fine degli anni '90 vide anche emergere con forza il concetto di cittadinanza e di *good governance* nel quadro di politiche di decentramento con un ruolo attivo dei cittadini con meccanismi di rappresentanza e partecipazione che si aggiungevano alle strutture precedentemente istituite; inoltre l’approccio basato sui diritti umani unitamente al dibattito sullo sviluppo, contribuirono a rivedere il concetto di partecipazione, facendone a sua volta un diritto essenziale per reclamare gli altri diritti. La convergenza tra il concetto di cittadinanza e quello di *governance* hanno portato alla elaborazione di concetti quali *citizenship participation*, *participatory governance* o *participatory citizenship*.

Gaventa¹⁹² segnala come nel campo delle politiche dello sviluppo, nel nome del concetto di partecipazione, si siano aperti spazi per i cittadini, ma come sia necessario approfondire tali spazi e

¹⁹⁰ Wallerstein N. (1992), "Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs", in *American Journal of Health Promotion* 1992;6:197–205.

¹⁹¹ Stefanini A. (2003), "Coesione Sociale e Salute", in *Salute e Sviluppo* 3/2003, Italia.

¹⁹² Gaventa J., (2002), Op.Cit.

il concetto di cittadinanza che questi spazi di partecipazione intendono. Nel pensiero liberale ad esempio è centrale l'idea di un individuo che agisce reazionalmente per i propri interessi, mentre il ruolo dello Stato è quello di proteggere i cittadini nell'esercizio dei loro diritti. La partecipazione di questa tipologia di cittadino si esprime principalmente nel voto, nella formazione di entità associative e nell'esercizio della libertà di parola. I fautori di una visione comunitaria dell'individuo e della partecipazione rilevano, di contro, come l'identità individuale sia il frutto delle interazioni comunitarie, per cui è rilevante l'appartenenza comunitaria e una cittadinanza socialmente impegnata. Chi propone una visione della cittadinanza repubblicana evidenzia invece le identità politiche, non solo quelle comunitarie, di un cittadino comunque attivo spinto da un senso di appartenenza civico e non solo comunitario, realizzando la partecipazione non solo nel voto ma anche nell'intervento attivo in azioni deliberative. Altri autori cercano di trovare un equilibrio nuovo tra il pensiero liberale concentrato sui diritti individuali, l'eguaglianza e chi si focalizza sull'appartenenza civica e comunitaria: la cittadinanza viene allora vista come qualcosa di praticato piuttosto che dato per scontato. Lister¹⁹³ evidenzia come essere un cittadino in senso legale e sociologico significhi utilizzare e godere dei diritti di cittadinanza necessari per agire e per una partecipazione sociale e politica. Utilizzare quindi a pieno il potenziale di uno status. Quindi è necessaria una visione inclusiva della cittadinanza per una vera partecipazione e pratica democratica. Un cittadino che agisce e incide e non solo utilizza e sceglie¹⁹⁴. La cittadinanza diviene quindi un diritto da acquisire ed esercitare progressivamente e viatico alla realizzazione e pieno godimento di altri diritti, non solo quelli civili e politici ma anche quelli sociali, economici e culturali. Del resto la Dichiarazione delle Nazioni Unite per il Diritto allo Sviluppo riconosceva fin dalle prime righe come

"(...) development is a comprehensive economic, social, cultural and political process, which aims at the constant improvement of the well-being of the entire population and of all individuals on the basis of their active, free and meaningful participation in development (...)"¹⁹⁵

¹⁹³ Lister R. (1998), "Citizen in Action: Citizenship and community development in Northern Ireland Context", in *Community Development Journal* 33(3): pagg. 226-235; Lister R. (2002), "A Politics of recognition and respect: Involving people with experience in poverty in decision making that affects their lives", in *Social Policy and Society* 1, pagg. 37 – 46.

¹⁹⁴ Cornwall A., Gaventa, J. (2000), "From Users and Choosers to Makers and Shapers: Re-positioning participation in social policy", in *IDS Bulletin* (31): 4, Brighton.

¹⁹⁵ UN General Assembly (1986), *Declaration on the Right to Development*, A/RES/41/128, 4 December 1986, 97th plenary meeting, New York.

Indicazioni che vanno a contrastare l'uso strumentale e meramente tecnico della partecipazione.

Nell'Africa Sub-Sahariana l'approccio di Alma Ata trovò consenso, ma, in una fase di crisi finanziaria e di applicazione dei PAS, fu coinvolto in una serie di riforme che in parte ne modificarono o stravolsero il senso. La stessa organizzazione per Distretti Sanitari (*District Health System* – DHS) e le politiche di decentramento potevano essere intese e applicate in modo differente, con differenti gradi di responsabilità e autorità trasferiti in ambito decentrato. Le politiche di decentramento hanno portato a nuove forme di strutturalismo, con spazi reali di partecipazione ridotti.¹⁹⁶ Lo schema organizzativo e applicativo del PHC in Africa Sub-Sahariana si rifletteva spesso come in Fig. 2.1.

Fig.2.1: Forme e livelli di *governance* della sanità

Level	Governance	Technical/professional
Community	Village, neighbourhood committees	Community health workers
Facility	Clinic, dispensary or community health centre committee	Sister or doctor in charge of facility
District	Hospital boards District health board (DHB) or council or assembly	Hospital management teams District management teams
National	Central Board of Health (CBoH)	Directors of health

Fonte: Baez C., Barron P. (2006), *Community voice and role in District health systems in east and southern Africa: A literature review*, EQUINET Discussion Paper n. 39, Harare

Gli anni a cavallo del nuovo millennio videro, in un'ottica verticale e settoriale, affermarsi le *partnership* globali tra pubblico e privato promotrici di azioni globali settoriali, spesso concentrate sui singoli temi o emergenze sanitarie: *European Partnership Project on Tobacco Dependence*, *Global Alliance for TB Drug Development*, *Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis*, *Global Alliance to Eliminate Leprosy*, *Global Alliance for Vaccines and Immunization*, *Global Elimination of Blinding Trachoma*, *Global Fire Fighting Partnership*, *Global Partnerships for Healthy Aging*, *Global Polio Eradication Initiative*, *Global School Health Initiative*, *Multilateral Initiative on Malaria*, *Medicines for Malaria Venture*, *Partnership for Parasite Control*, *Roll Back Malaria*, *Stop TB*, *UNAIDS/Industry Drug Access Initiative*.¹⁹⁷

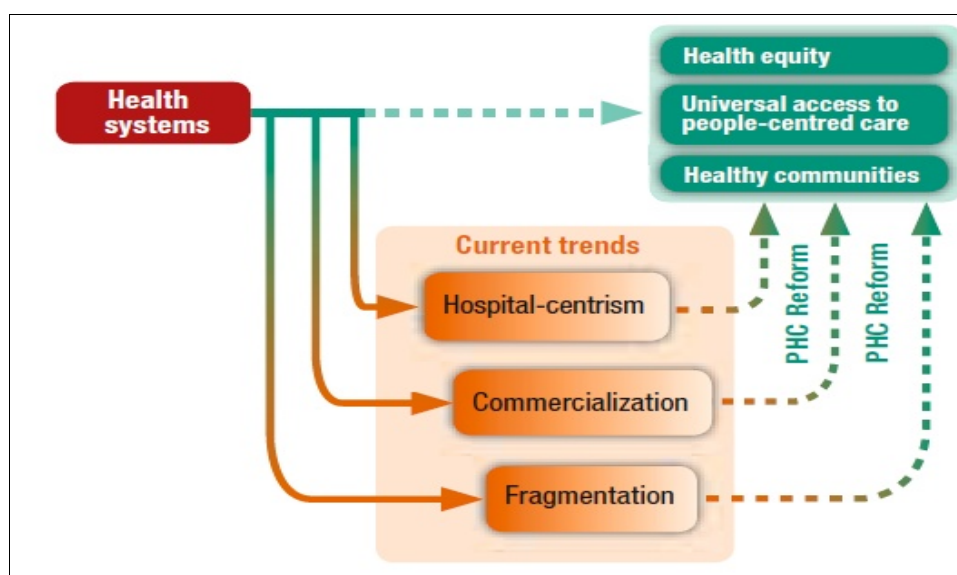
¹⁹⁶ Baez C., Barron P. (2006), "Community voice and role in district health care systems in east and southern Africa: a literature review", EQUINET, in Discussion paper n.39, <http://www.EQUINETafrica.org/bibl/docs/DIS39GOVbaez.pdf> (Maggio 2009).

¹⁹⁷ Stefanini A. (2006), "Da Alma Ata al global Fund" , in *Salute e Sviluppo* 3/2006, Italia.

Tra i problemi di queste nuove *Partnership* Pubblico – Privato (PPP): l'essere al di fuori della *governance* dell'Assemblea OMS/WHO e rispondere ampiamente ai loro donatori. Inoltre la possibilità e potere di scegliere quali interventi sanitari finanziare (soprattutto controllo delle malattie infettive), quali strategie adottare (prevalentemente programmi verticali) e quali paesi debbano ricevere appoggio, queste iniziative hanno contribuito progressivamente ad indebolire e non rafforzare le strutture sanitarie di base e la capacità di *governance* sia delle Nazioni Unite (si legga OMS/WHO) e dei singoli governi, nonché delle comunità toccate. La tendenza di queste *partnership* globali è inoltre quella di concentrare i loro sforzi nell'ottenere risultati rapidi piuttosto che costruire un sistema sanitario ampio e robusto per venire incontro ai bisogni della popolazione. I paesi poveri inoltre non hanno le risorse per coordinare tutte queste frammentarie iniziative e numerosi autori discutono la reale capacità di partecipazione delle comunità se non di organismi della società civile, spesso creati ad hoc e con numerosi problemi di *accountability* interna ed esterna.

Nel Rapporto 2008 dell'OMS/WHO¹⁹⁸ viene schematicamente proposta la deviazione dal "sentiero" della PHC avvenuta a seguito di tali iniziative (Fig. 2.2)

Fig.2.2: Deviazione dal percorso PHC



Fonte: Figure 1.10 How health systems are diverted from PHC core values, WHO (2008), *World Health Report 2008*, World Health Organization, Ginevra

¹⁹⁸ WHO (2008), *World Health Report 2008*, Op. Cit..

Sempre in questo rapporto si sintetizzano le differenze tra un approccio convenzionale, uno verticale basato sul controllo delle malattie ed uno ispirato al PHC e con una centralità delle persone. Le differenze si riflettono anche nel ruolo attribuito alla partecipazione ed alle comunità, facendo sintesi dei passaggi storici avvenuti e accavalatasi (Fig.2.3).¹⁹⁹

Fig.2.3: Approcci alla cura e alla malattia

Conventional ambulatory medical care in clinics or outpatient departments	Disease control programmes	People-centred primary care
Focus on illness and cure	Focus on priority diseases	Focus on health needs
Relationship limited to the moment of consultation	Relationship limited to programme implementation	Enduring personal relationship
Episodic curative care	Programme-defined disease control interventions	Comprehensive, continuous and person-centred care
Responsibility limited to effective and safe advice to the patient at the moment of consultation	Responsibility for disease-control targets among the target population	Responsibility for the health of all in the community along the life cycle; responsibility for tackling determinants of ill-health
Users are consumers of the care they purchase	Population groups are targets of disease-control interventions	People are partners in managing their own health and that of their community

Fonte: Table 3.1 Aspects of care that distinguish conventional health care from people-centred primary care, in WHO, (2008), *World Health Report 2008*, Op. Cit.

Nel quadro del dibattito politico – istituzionale e scientifico, nella linea di rafforzare un approccio PHC, unitamente al lavoro della CSDH, in seno alle Nazioni Unite emerge negli anni recenti un rinnovato interesse per il diritto umano alla salute e si registra l'istituzione di uno *Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health* e documenti quali il *World Health Report* del 2008²⁰⁰ in cui si propone una partecipazione istituzionalizzata della società civile nel dialogo politico e nei meccanismi di *accountability*, nel quadro di riforme sanitarie che rafforzino il sistema sanitario e rilancino un approccio PHC. Anche numerose deliberazioni assunte dalla Assemblea Generale dell'OMS/WHA (in particolare la 62^a nel 2009 e la 63^a del 2010) rilanciano il ruolo della partecipazione da parte

¹⁹⁹ Maciocco G. (2009), "Assistenza Sanitaria di Base. Ora Più che Mai", in *Salute e Sviluppo* n. 3 del 2009, Italia.

²⁰⁰ WHO (2008), *World Health Report*, Op. Cit.

delle comunità e popolazioni nel determinare le politiche sanitarie oltre che monitorare la situazione sanitaria.

La stessa Banca Mondiale dedica ora ampio spazio al ruolo delle comunità nel guidare lo sviluppo con un approccio *Community Driven Development* (CDD) in cui la partecipazione è centrale. Nell'approccio CDD le comunità, secondo le indicazioni del modello, devono guidare il processo di sviluppo, in quanto solo le comunità conoscono al meglio le loro situazioni. Quindi il processo di partecipazione offre alle comunità l'occasione di analizzare e discutere, identificando necessità e piani di azione. La partecipazione è nel CDD uno spazio ove può emergere l'eterogeneità della comunità.²⁰¹

Il riferimento a *empowerment* e partecipazione, per quanto esplicito e tecnicamente declinato, appare sempre più vicino ad una attenzione a meccanismi di inclusione più che di reale mutamento degli equilibri di potere presenti. La partecipazione continua ad essere al centro della riflessione dell'OMS/WHO e di numerose organizzazioni non governative in occasione della Conferenza di Rio sui Determinanti Sociali della Salute dell'Ottobre 2011. Il tema della partecipazione risulta tra i cinque filoni di discussione per individuare pratiche politiche a favore dell'equità nel quadro delle azioni sui determinanti sociali della salute.²⁰²

²⁰¹ Fonte: <http://go.worldbank.org/24K8IHVVS0> , (Settembre 2011).

²⁰² WHO (2011), *Closing the gap: Policy into Practice*, Op. Cit.

2.2 *Approcci teorici, modelli e definizioni*

Empowerment e *Participation* non sono termini nuovi nella retorica della cooperazione internazionale allo sviluppo e possono costituire delle vere e proprie *buzzwords*²⁰³, per cui si rende necessario analizzare le differenti sfaccettature di tali termini, precisando quale concezione costituirà termine di riferimento nella ricerca. Termini come *empowerment* e partecipazione, ma anche *governance*, *ownership* etc etc fanno oramai parte di un gergo diffuso e sono utilizzate in modo anche molto diverso, spesso svuotate del loro significato originario, originale e innovativo, venendo progressivamente metabolizzate e strumentalizzate. Ripetere questa sorta di altolà spesso serve, a chi si avvicina alla ricerca di campo, a smitizzare i termini o a proiettare nella realtà aspettative e modelli precostituiti, esperienza che io stesso ho potuto riscontrare in mè stesso e nei miei interlocutori.

Majid Rahnema²⁰⁴ ci mette in guardia, segnalando come "partecipazione" sia una di quelle parole stereotipate e parte di un gergo che seono state progressivamente svuotate di significato ma hanno una funzione. Scollegate dal contesto, sono ideali per finalità manipolative e strumentali. La partecipazione è spesso associata a fini morali o desiderabili e quindi connotata positivamente, spesso a una azione libera e spontanea. Purtroppo la realtà è spesso ben diversa e non mancano forme guidate o coercitive di partecipazione. Rahnema distingue tra una partecipazione spontanea e una teleguidata o manipolata da terzi e indica alcune ragioni per cui il concetto di partecipazione ha avuto un così ampio successo:

- non è più percepito come un termine minaccioso: partecipazione diviene strumento per ottenere in modo efficiente e meno oneroso dei risultati. Il processo è progressivamente sotto controllo e quindi meno imprevedibile e più gestibile anche in termini di consenso;
- è divenuto uno slogan affascinante e attraente. Laddove il Governo e le autorità hanno raggiunto un buon livello di controllo dei meccanismi di partecipazione, il suo utilizzo ostentato porta a vantaggi politici e di consenso. Quindi può fornire l'illusione rassicurante di essere ascoltati e lo strumento per gestire forme di conflitto causate da politiche di sviluppo;
- è economicamente attraente: la partecipazione diviene corollario di politiche di

²⁰³ Cornwall A., Brock K. (2005), "What do buzzwords do for development policy? a critical look at 'participation', 'empowerment' and 'poverty reduction'", in *Third World Quarterly*, 26: 7, pagg. 1043 — 1060.

²⁰⁴ Rahnema M. (2004), Op. Cit.

privatizzazione. Privatizzazione e partecipazione sembrano accompagnarsi e contribuire a rendere meno indigeste le conseguenze per le fasce più povere della popolazione;

- buon espediente per raccogliere fondi: a partire dal successo delle Ong, anche organismi governativi ed intergovernativi hanno inserito meccanismi e contenuti di partecipazione, dato che contribuiscono al successo nella raccolta ed ottenimento di finanziamenti, essendo considerato elemento di efficacia ed efficienza;
- un ampliamento del concetto di partecipazione può favorire il ruolo dei privati nelle dinamiche di sviluppo: la partecipazione può essere utilizzata per delegittimare le entità pubbliche e rafforzare il ruolo dei privati, non solo delle Ong senza fini di lucro, ma anche di imprese private.

Quale ruolo e che significato assume allora la partecipazione e come rafforzarne le capacità (*empowerment*)? Per difendersi dalla manipolazione del concetto e della pratica di partecipazione si precisa ulteriormente la definizione del concetto di partecipazione, proponendo l'attributo "popolare".²⁰⁵ In tal modo si riafferma l'obiettivo del controllo delle risorse e dei processi di sviluppo da parte di chi ne è escluso. La partecipazione serve a riaffermare il "people's power" utile ad affermare i propri diritti e interessi di esclusi. Secondo le intenzioni dei suoi promotori la partecipazione popolare dovrebbe rafforzare e migliorare alcune funzioni:

- cognitiva: sostituire le basi cognitive del discorso dominante dello sviluppo (basato sulle percezioni dei paesi sviluppati) con la cultura delle popolazioni e delle tecniche proprie, facendo emergere una nuova visione dello sviluppo e della conoscenza;
- sociale: dare nuova vita al discorso dello sviluppo come risposta alla povertà e ai bisogni primari di ogni essere vivente;
- strumentale: dare nuovi strumenti di lettura e risposta rispetto al fallimento delle precedenti esperienze di sviluppo;
- politica: dare una nuova legittimazione alle politiche di sviluppo e rafforzare le capacità dei più poveri e senza voce, inoltre il rafforzamento della funzione politica tramite la partecipazione potrebbe favorire un ponte di dialogo tra l'establishment e le popolazioni.

I processi di formazione, educazione e di stimolo alla partecipazione che ricadono nel concetto di *empowerment*, divengono funzionali al funzionamento della partecipazione e della legittimazione di un nuovo discorso sullo sviluppo. Ma se *empowerment* ci deve essere, questo implica la

²⁰⁵ Rahnema M. (2004), Op. Cit.

considerazione che qualcuno giudichi un soggetto o un gruppo come privo di potere o ritenga necessario l'*empowerment*, e quindi il rischio, di nuovo, di imporre un ben definito discorso dello sviluppo e delle forme di potere. Spesso la realtà non è composta da soggetti privi di alcun potere o non tutti sono nella medesima situazione e pertanto è necessario ampliare l'analisi e la conoscenza della realtà. Il rischio è quello di proporre un concetto di potere funzionale alle pratiche e alle gerarchie esistenti e stravolgere le elaborazioni autonome e le esperienze spontanee.

Riflettendo criticamente, Gaventa²⁰⁶ evidenzia come i cosiddetti "agenti di cambiamento" che facilitano e promuovono la partecipazione, come pure le Ong, proponano di fatto programmi analoghi alle entità intergovernative o governative e nuovi legami di dipendenza, seppure in un quadro probabilmente più efficiente delle forme precedenti. Le domande che ci si deve porre a fronte di proposte di partecipazione o forme di sviluppo partecipato o ricerca partecipata, sono quindi relative a un reale mutamento del paradigma di sviluppo, al superamento dei meccanismi di dominazione, manipolazione e gestione del potere esistenti e infine al raggiungimento di nuove forme di conoscenza e azione. Parallelamente si è assistito all'emergere, a volte in modo strumentale e a volte in modo reale, di temi e pratiche legati alla democratizzazione dei processi decisionali, al decentramento e alla devoluzione dei poteri oltre che alla formazione di una società civile organizzata (sebbene non sempre autonoma dai circuiti di Governo e del potere tradizionale). Il flusso di informazioni e l'uso dei mezzi di comunicazione, unitamente al messaggio dei diritti umani, hanno fornito uno stimolo per la partecipazione. Si assiste alla mobilitazione delle comunità e dei singoli beneficiari o utenti dei servizi, interessati a migliorare lo status dei servizi e le capacità individuali o collettive di dare risposte ai bisogni emergenti. In quest'ottica la mobilitazione delle comunità / gruppi si definisce come un processo attraverso cui l'azione è iniziata dalla comunità stessa o da altri soggetti e pianificata, condotta e valutata da comunità o individui o gruppi o organizzazioni su base partecipativa. In quest'ottica divengono rilevanti l'informazione e l'insieme delle relazioni nei e tra i gruppi.²⁰⁷

Non vi è quindi un consenso unanime tra studiosi e autori sul valore della partecipazione, in particolare dei più svantaggiati, nel miglioramento delle condizioni di vita delle comunità. Nonostante questa assenza di unanime valutazione, la partecipazione comunitaria è stata progressivamente adottata da molti attori dello sviluppo come una delle chiavi di volta (seppur con interpretazioni e modalità differenti, attribuzioni di significato differenti, come visto).

²⁰⁶ Gaventa J., (2002), Op. Cit.

²⁰⁷ Howard-Grabman L. (2000), "Bridging the Gap between Communities and Service Providers - Developing Accountability through Community Mobilisation Approaches", in IDS Bulletin Vol 31 N. 1.

A conclusione di questo paragrafo e prima di illustrare alcune concezioni teoriche di particolare rilievo per la tesi, ricordiamo che, a partire dalla Conferenza di Alma Ata, la partecipazione ricopre un ruolo rilevante nel quadro di approcci PHC e non solo. Tra le premesse dell'approccio PHC alla partecipazione vi sono la convinzione che la partecipazione sia viatico per una maggiore e migliore utilizzazione dei servizi sanitari, alla cui programmazione e sviluppo partecipano le persone per cui il servizio dovrebbe essere erogato, che la partecipazione potrebbe favorire la disponibilità di risorse umane ed economiche aggiuntive. Inoltre si presuppone che l'intervento medico da solo non basta a migliorare le condizioni di salute e che esista la possibilità di un proficuo scambio di conoscenze tra operatori sanitari e popolazione. Infine le persone, soprattutto le più povere e vulnerabili, devono essere garantite nel loro diritto di esprimersi e incidere su politiche che li riguardano da vicino per garantire la possibilità di un coinvolgimento e responsabilizzazione delle persone nei progetti e servizi promossi.

Questi punti indicano anche livelli differenti di coinvolgimento e rilevanza delle popolazioni coinvolte. Possiamo avere forme di consultazione e contribuzione volontaria che non incidono in modo rilevante sui processi fino a una partecipazione più attiva tesa a influenzare processi ed esiti. In questo quadro, l'*empowerment* dovrebbe permettere alla comunità di essere attiva nei processi decisionali, quindi formata, informata, coinvolta. A tal proposito, Rifkin²⁰⁸ evidenzia la dimensione conflittuale e di potere insita nel tema e nella pratica di partecipazione che potrebbe portare ad un rafforzamento di alcune posizioni di potere (ad esempio degli esperti o operatori) rispetto alla popolazione e non quindi l'auspicata condivisione di potere e risorse.

2.2.1 Teoria degli Spazi di partecipazione

Cornwall²⁰⁹ osserva le riforme istituzionali che hanno caratterizzato la fine degli anni '90 e l'inizio del nuovo millennio e nota come progressivamente si siano affermate forme nuove di partecipazione politica che hanno affiancato quelle tradizionali, spesso in contenitori istituzionali assai variegati (strutture coloniali riformate o nuove forme istituzionali e di *governance*) o, secondo le parole dell'autore, "ibridi". Secondo Cornwall inoltre la globalizzazione ha portato a spazi complessi ed articolati negli e tra gli stati, per quanto attiene la partecipazione, in cui si cimentano donatori, agenzie di sviluppo, banche, imprese e cittadini "locali" e "globali". Tutti questi spazi

²⁰⁸ Rifkin S. (1996), Op.Cit.

²⁰⁹ Cornwall A. (2002), *Making Spaces*, Op.Cit.; Cornwall A., Coehlo, V. (2006), Op.Cit.; Cornwall A., Coehlo V. (2004), Op.Cit.

potranno essere luoghi di collaborazione ma anche di contestazione e conflitto, ma, in ogni caso, potenziali crogiuoli di nuove politiche.

Il termine "partecipazione" è evocativo di immagini con persone che si riuniscono e decidono insieme, spesso richiamando una immagine o concezione spaziale: creare spazio per, dare uno spazio a idee differenti tra loro, occupare spazi prima inaccessibili o negati etc.

Partendo da questa concezione spaziale della partecipazione, possiamo vedere l'*empowerment* come l'uscire da ambiti angusti e isolati verso orizzonti di impegno più ampi, con una crescita in termini di fiducia, capacità e benessere. L'*empowerment* consente quindi di creare, occupare, esigere e rivalorizzare spazi di impegno e partecipazione.

Gli spazi che si sono creati progressivamente si trovano sia dentro che oltre le categorie di "Stato" e "società civile" e spesso hanno nell'equità un fine condiviso, superando la concezione della partecipazione come strumento o forma efficiente di coinvolgimento della comunità, affermatosi negli anni '80 e '90 e hanno come finalità il recupero della capacità di incidere nei processi decisionali. Nuove forme istituzionali, anche grazie a processi di devoluzione dei poteri dello Stato, consentono quindi nuove possibilità per esprimersi e per assumere responsabilità. Tratto comune dei nuovi spazi è la convinzione secondo cui questi ambiti partecipativi che aprono canali di comunicazione e negoziazione tra Stato e cittadini, serviranno a rafforzare la democrazia, a creare nuove forme di cittadinanza e migliorare sensibilmente efficacia ed equità delle politiche pubbliche. Il coinvolgimento di cittadini, messi in grado di partecipare attivamente, migliorerà quindi la qualità della definizione e della realizzazione delle politiche e dei programmi pubblici, funzionali all'inclusione delle fasce marginalizzate, chiudendo quindi un cerchio logico tra partecipazione e inclusione. Purtroppo la realtà empirica dimostra come questi passaggi non siano affatto scontati e come non vi siano automatismi rispetto alla partecipazione una volta creati spazi e forniti strumenti alle persone.

Ma questi spazi come si creano? Come si originano? Chi entra e come? Come si interagisce con essi? Chi li regola? Nel problematizzare la creazione e la gestione di questi spazi è utile considerare anche le dinamiche della società civile e delle sue forme organizzate a cui si attribuiscono spesso, in modo scontato, proprietà democratiche, non considerando la complessità della società civile e delle organizzazioni presenti, portatrici di concetti diversi e lontani di partecipazione. Sarà necessario quindi analizzare e comprendere come e quali organizzazioni della società civile, effettivamente promuovono una partecipazione inclusiva. Lo spazio e le forme di partecipazione quindi come esito

di dinamiche negoziali tra Stato, società civile e altri attori.²¹⁰ La creazione degli spazi, secondo Lefebvre²¹¹ è frutto di azioni pregresse e permette lo svolgimento di altre, bloccandone anche alcune. Nella costruzione degli spazi assumono rilievo le relazioni di potere e forza, di cui si deve essere consapevoli per dare senso alla partecipazione.

Un altro elemento che contribuisce a definire la forma e lo spazio di partecipazione è la definizione dei partecipanti: "beneficiari", "clienti", "utenti" o "cittadini". Il ruolo attribuito influenzerà la percezione o l'attribuzione delle capacità dei partecipanti nel partecipare, decidere, proporre come pure nel ruolo e potere di coloro che regolano il meccanismo di partecipazione. Può esservi anche un interesse di soggetti con maggior potere a definire spazi di partecipazione al fine di renderne altri illegittimi e non mutare le relazioni di potere esistenti, pur avviando meccanismi di partecipazione. Diviene importante quindi posizionare coloro che istituiscono e definiscono gli spazi di partecipazione, dato che medesime tecniche di creazione dello spazio possono essere usate da soggetti differenti (una Ong o una Banca Internazionale). I dati che emergono, le analisi e i piani di azione che risultano da un medesimo spazio, possono dirci cose diverse a seconda del soggetto istitutore dello spazio medesimo. Spesso anche organismi creati dalla società civile divengono strumenti di mantenimento dello status quo pur in meccanismi di coinvolgimento (spesso a tale proposito si citano i processi di consultazione e partecipazione attivati e collegati ai PRSP: *Poverty Reduction Strategy Papers*). Inoltre anche nei meccanismi *community – based* possono esistere dei *gatekeepers* che potranno mantenere o riprodurre meccanismi di marginalizzazione, a scapito anche di gruppi minoritari organizzatisi per affermare i propri diritti. Esistono poi casi di organizzazione dello spazio sociale di partecipazione che non sono coerenti con le forme organizzative delle comunità o di come queste definiscono normalmente i propri interessi comuni.

Nel fare sintesi delle tipologie di spazio partecipativo, Cornwall²¹² utilizza una classificazione per *cluster* degli spazi di partecipazione.

- Ambiti in cui le persone, in qualità di utenti, cittadini, beneficiari, sono "invitati" in appositi ambiti partecipativi da una gamma di autorità, governi, Ong, agenzie internazionali. Ci si riferisce ad ambiti istituzionali che servono come *trait d'union* tra popolazione e Stato. In questi ambiti i cittadini entrano a far parte dei meccanismi di *governance*. In questo ruolo di mediazione tra la popolazione e lo Stato, questi organismi possono da un lato rafforzare il ruolo dello Stato ma anche i meccanismi di *accountability* nei confronti dei cittadini. Sono

²¹⁰ Coehlo V. (2004), Op.Cit.

²¹¹ Lefebvre H. (1991), *The production of space*, Ed. Verso, Londra citato in Tommasoli (2008).

²¹² Cornwall A. (2002), *Making Spaces*, Op. it.

spazi spesso rigidamente definiti nei limiti operativi e nelle forme di partecipazione (non è detto poi che tutti i cittadini possano partecipare, innescando quindi ulteriori meccanismi di delega). Spesso la funzione legittimante di politiche, assunta da tali spazi/organismi limita le forme e i contenuti del dibattito. Il rischio è quello di ambiti operanti ai margini di decisioni già definite.

- Spazi partecipativi che risultano da una "mobilitazione popolare" o dall'incontro di interessi di gruppi o persone per finalità comuni. Questi spazi possono essere sia una opportunità per gli esclusi, ma anche un ambito tramite il quale chi detiene potere intende difendere le proprie posizioni. La differenza rispetto alla prima tipologia è che chi crea lo spazio è chi vi partecipa e non vi è un soggetto esterno creatore dello spazio medesimo. Questa seconda tipologia di spazi viene definita "*transient*" e finalizzata più a discutere e assumere posizioni rispetto a politiche o erogazione di servizi, che a prendere decisioni esecutive. Da queste forme più spontanee possono derivare forme più strutturate in cui si possono strutturare i processi partecipativi, ed è questa una sfida per tutte queste forme di partecipazione. L'aspetto concreto di queste esperienze è la creazione di ambiti ulteriori e alternativi rispetto a quelli definiti e istituzionalizzati; una possibile debolezza si ritrova nel loro essere transienti e variare nel tempo e nello spazio, liminali, rischiando di non incidere e lasciare immutata la realtà.
- Relazioni tra cittadini e Stato, ovvero con / nello Stato, oppure fuori da / senza / in assenza dello Stato o nei confronti dello stesso. Le prime, dal potenziale trasformativo elevato ma anche potenzialmente conservatrici dello status quo, possono avere forme di lunga durata, semi – istituzionalizzate, a partire dalle quali i cittadini cercano di influenzare le politiche pubbliche tramite la mobilitazione, l'*advocacy*, la sperimentazione di forme alternative o anche tramite la fornitura di servizi. In queste forme possono ricadere le espressioni della società civile, nella sua variegata e variabile definizione, gli ambiti frutto delle politiche di decentramento e le varie forme di associazione promosse dai cittadini. Nelle seconde tipologie di relazione vi sono i movimenti, collocati al di fuori delle relazioni esistenti tra istituzione e cittadino, flessibili, spontanei e difficilmente cooptabili e istituzionalizzabili. In essi si ritrova lo spazio per le istanze e le proteste delle popolazioni, l'organizzazione di campagne, al di fuori dei canali istituzionali o delle forme organizzate della società civile.

Esistono, secondo Cornwall²¹³ interessanti intersezioni tra queste tipologie di spazi partecipativi. A livello locale ad esempio avremo sia nuove nuove strutture create dalle politiche di decentramento, forme organizzate di partecipazione istituite da programmi di sviluppo e le forme istituzionali pre-esistenti. Sarà necessario comprendere come le nuove forme di partecipazione (comitati o forme decentrate) non replicheranno i meccanismi di esclusione e marginalizzazione pre-esistenti.

Cornwall pone alcune questioni analitiche essenziali, a mio parere, per comprendere i livelli di partecipazione e gli spazi esistenti o nuovi. Ho selezionato e riporto quelli che ho maggiormente utilizzato nei dialoghi e come guida nell'interpretare quanto osservato e rilevato:

- I nuovi spazi sono stati creati per dare ascolto a chi era escluso? O si perpetuano i meccanismi di potere ed esclusione pre-esistenti?
- Quali strategie adottano i gruppi meno dotati di potere e come la struttura partecipativa contribuisce a questo sforzo per avere accesso a spazi di partecipazione in modo incisivo?
- Come si svolge la partecipazione e la deliberazione?
- C'è una reale costruzione di consenso?
- Chi è legittimato e da chi?
- Gli spazi creati sono finalizzati al mantenimento dello status quo o sono reali occasioni di impegno e di godimento dei propri diritti oltre che occasioni per apprendere pratiche e abilità da replicare in altri ambiti?

Vi è infine un concetto che Cornwall mutua da altri autori²¹⁴: "*sites of resistance*". Sono ambiti di azione collettiva, di costruzione comune di senso e consenso per intervenire in altri ambiti di partecipazione, forme di resistenza all'interno di altri spazi strutturati. Al di là di queste forme di resistenza resta la necessità di intervenire in spazi deliberativi ove sono più manifeste le asimmetrie di conoscenza, potere, competenza anche in merito alle "regole del gioco" e alla capacità di esprimere una posizione e ottenere ascolto.

Seguendo il ragionamento secondo cui la partecipazione democratica si sviluppa secondo tre direttrici o dimensioni (1. aumento delle persone capaci di partecipare alle decisioni; 2. aumento dei temi e questioni sottoposte agli ambiti partecipati; 3. il livello di controllo effettivamente esercitato dai partecipanti), Cornwall e Coelho²¹⁵ segnalano l'importanza della terza dimensione, per la quale è necessario che via sia consapevolezza del proprio status di cittadino o si consideri che il processo di

²¹³ Cornwall A. (2002), *Making Spaces*, Op. it.

²¹⁴ Kohn M., (2000), *Language, Power and Persuasion: Toward a Critique of Deliberative Democracy*, Ed. Constellations, Vol. 7 n.3, pagg. 408-29.

²¹⁵ Cornwall A., Coelho V. (2004), Op.Cit.

partecipazione accrescerà tale consapevolezza; vi sia un ruolo chiaro per chi partecipa; siano chiare le motivazioni di chi partecipa ed infine la partecipazione porti ad esiti decisionali. Pertanto saranno necessarie strategie e tattiche per mettere in grado (*empowerment*) i soggetti più deboli e marginali di entrare in queste "arene" e affermare la propria presenza e partecipazione (tra le tattiche: l'educazione popolare, acquisire tecniche, godere di informazioni relative a diritti e politiche che riguardano direttamente, utilizzare nuove forme di rappresentazione e comunicazione del pensiero e delle idee - teatro popolare e teatro dell'oppresso) e considerare le identità e le capacità di agire e il loro mutare a seconda degli spazi che si aprono o in cui è possibile intervenire, al fine di creare le condizioni per la migliore partecipazione dei soggetti più deboli e marginali.

In conclusione Cornwall propone non tanto o solo di moltiplicare gli spazi, ma di rendere informati e capaci i soggetti più marginali, analizzare con chiarezza identità, dinamiche, natura degli spazi e del potere in essi, agendo in tale senso in tutte le tipologie di ambito partecipativo, fino a rendere capaci i soggetti più marginali o deboli di utilizzare non solo le "armi dei deboli" ma anche le "armi dei forti" negli ambiti di rilevante capacità deliberativa.

2.2.2 *Empowered Participatory Governance*

L'emergere di nuove forme di partecipazione e il rilancio del concetto è al centro delle analisi e del modello di partecipazione proposto da Fung e Wright²¹⁶. Questi autori propongono il concetto di "*Empowered Participatory Governance*" a indicare le forme di partecipazione emerse a cavallo tra la fine degli anni '90 e il nuovo millennio. A partire dal fatto che lo Stato ha assunto compiti sempre più complessi e quindi la forma della democrazia liberale (democrazia rappresentativa e amministrazione dello Stato) non è del tutto adeguata, la democrazia assume i caratteri della competizione elettorale territorialmente definita per la *leadership* politica e per la guida del potere legislativo ed esecutivo. In tale modo non sembra più efficace nel garantire il coinvolgimento attivo dei cittadini e l'equa redistribuzione delle risorse nella società. Come proposta rispetto alla struttura di *governance* dello Stato gli autori propongono tre principi sperimentali per quella che definiscono la *Empowered Participatory Governance* (EPG):

- un *focus* su problemi tangibili e specifici;
- il coinvolgimento di persone comuni che siano toccate da questi problemi;
- attuare forme deliberative per sviluppare percorsi di soluzione dei problemi.

²¹⁶ Fung A., Wright E.O. (2003), *Thinking about Empowered Participatory Governance*, in *The Real Utopias Project: Deepening Democracy - Institutional Innovations in Empowered Participatory Governance*, Verso Books.

A livello istituzionale le proposte coerenti con questo modello sono:

- forme di devoluzione (devolution) a livello locale per le decisioni, al fine di rafforzare le capacità delle entità locali: questo in quanto il modello EPG ha come riferimento concreto problemi concreti e collocati geograficamente;
- la definizione chiara di livelli di responsabilità, di forme di distribuzione delle risorse e di canali di comunicazione tra unità locali e centrali: le unità locali non operano in modo completamente autonomo e atomizzato, ma devono esistere forme di connessione e *accountability* tra livelli di *governance*;
- dare vita a forme istituzionali che sostengano la scelta del decentramento: indirizzare le risorse e il potere dello Stato a favore di forme popolari di partecipazione e decisione al fine di rendere queste pratiche durevoli e accessibili.

Queste proposte di modifica istituzionale si pongono il fine di riforme ampie dello Stato e tentano di modificare le procedure decisionali esistenti e non solo incidere occasionalmente nei processi decisionali.

Rispetto al problema dell'equità il modello EPG propone tre percorsi:

- L'azione pubblica derivante dalle azioni e dalle forme istituzionali deve beneficiare coloro che in genere ne sono esclusi;
- Inclusione di soggetti svantaggiati nei processi di decisione pubblica.
- La creazione di un ampio consenso in ambito deliberativo guidato dal criterio dell'equità nelle decisioni e non da criteri economici o di potere o di peso numerico.

Gli autori infine identificano tra i rischi del modello EPG²¹⁷ la vulnerabilità del processo democratico in seno agli ambiti deliberativi, rispetto a fazioni o gruppi organizzati e dotati di potere (attori esterni e gli ambiti istituzionali possono imporre limiti ai processi deliberativi e alle decisioni che ne risultano o usare strumentalmente gli ambiti deliberativi; è possibile il rischio di favorire le rendite di posizione o i soggetti meglio informati), il rischio di balcanizzazione nei processi devolutivi, livelli insostenibili o irrealistici di partecipazione e impegno delle persone. Inoltre gli autori segnalano come il modello EPG non sia universalmente utilizzabile in ogni contesto.²¹⁸

²¹⁷ Fung A., Wright E.O. (2003), *Thinking about Empowered Participatory Governance*, Op. Cit.

²¹⁸ "In a variety of institutional settings, however, empowered participatory governance may not be helpful. It is not a universal reform strategy. In many areas of public life, conventional systems of guardianship, delegation, and political representation work well enough, or could be improved so as to be optimal. To take one small example, injecting more parental power and participation in already well functioning wealthy suburban school systems might lead to conflict and wasted energy that serves neither parents, students, nor educators in the long term. EPG would also be inappropriate where current institutions perform unsatisfactorily, but where direct participation would add

L'approccio EPG punta indubbiamente sulla combinazione di forme di devoluzione del potere e progressiva inclusione. Si tratta della definizione di uno spazio di partecipazione chiaramente definito e di un percorso che faciliti l'accesso a questo spazio. Quali siano i limiti frequenti di processi di devoluzione e decentramento privi di adeguati strumenti e percorsi lo dimostrerà la riflessione e l'analisi relativa al decentramento zambiano, che ha giocato e gioca un ruolo sul livello e forme di partecipazione delle comunità anche nel settore sanitario (successivi Cap. 3 e 5).

2.2.3 Partecipazione e diritti umani (*Human Rights Based Approach*)

Tra gli approcci emergenti o ri-emergenti, a cavallo tra gli anni '90 e il nuovo millennio troviamo l'approccio basato sui diritti umani. Questo approccio enfatizza invece obblighi e responsabilità (anche dello Stato) e riapre alla possibilità di analisi approfondite sui meccanismi di potere e di esclusione, considerando l'esclusione come negazione di diritti e legittimando quindi le rivendicazioni che ne conseguono. Questo faciliterà il passaggio da una concezione di "utilizzatori / consumatori" ad una di in cui le persone / cittadini sono capaci o capaci a reclamare i propri diritti e l'erogazione di servizi, oltre che la possibilità di partecipare alla definizione di questi. Nell'assumere un approccio basato sui diritti umani (di cui abbiamo parlato anche in capitoli precedenti), la DFID britannica assume che lo sviluppo implica un processo di lotta politica relativa alle priorità e all'accesso alle risorse. L'approccio basato sui diritti umani rivela questa competizione e legittima gli sforzi degli esclusi di rafforzare la propria voce nei processi politici.²¹⁹

Per quanto attiene il diritto alla salute, l'accesso ai servizi sanitari è essenziale per la piena realizzazione del diritto ad un elevato standard di salute.²²⁰ E' fondamentale che oltre ad elementi strutturali, il sistema sanitario non sia discriminatorio ed aperto alla partecipazione: servono meccanismi e percorsi di partecipazione alle attività di programmazione e pianificazione, implementazione e monitoraggio, stabiliti dallo Stato. In questo quadro la partecipazione è una

little to problem-solving efforts. Sometimes, public policy might be naturally centralized, and so not admit of broad participation. At other times, policy areas may be so technically complex that they preclude constructive lay engagement." in Fung A., Wright E.O. (2003), *Thinking about Empowered Participatory Governance*, Op. Cit., pag. 39.

²¹⁹ DFID, 2000, *Human Rights for Poor People*, Londra.

²²⁰ Il forte legame tra il diritto alla salute e la partecipazione è affermato in numerosi documenti dell'OMS/WHO e delle Nazioni Unite: WHO (1948), *Constitution of the World Health Organization*, 7 April 1948 (<http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/>); WHO (1978), *Declaration of Alma-Ata*, Op. Cit. (www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf); WHO (1986), *Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion*, Ottawa, 21 November 1986, WHO/HPR/HEP/95; WHO (1997), *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century, Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era — Leading Health Promotion into the 21st Century*, Jakarta, 21-25 July 1997.

questione che coinvolge altri diritti umani quali la libertà di espressione, il diritto all'informazione, il diritto di riunione e di associazione.

La partecipazione implica alcuni benefici sia pratici che etici.²²¹ in termini pratici/strumentali, la partecipazione può contribuire ad assicurare sostenibilità ed efficacia degli interventi, consentendo di raccogliere consenso e sostegno alle iniziative di politica sanitaria; la partecipazione consente la comprensione della complessità dei problemi sanitari da parte dei partecipanti che potranno avere una visione più chiara dei problemi, delle soluzioni e degli interessi e valori presenti, espressi da individui e gruppi diversi tra loro, contribuendo a un processo partecipativo non manipolato o conflittuale tra interessi particolari.

Da un punto di vista etico, la partecipazione colloca al centro della scena del sistema sanitario il benessere degli individui, delle comunità e delle popolazioni.

Ma in pratica come si deve strutturare un processo partecipativo che si ispiri ai diritti umani? Vengono indicate quattro fasi principali²²²:

- La manifestazione delle preferenze. Le persone dovrebbero essere capaci / messe in grado di esprimere gli obiettivi per loro essenziali ovvero incidere sulla definizione della agenda delle azioni e dei temi in discussione.
- La scelta politica. E' la fase di formulazione delle politiche e di allocazione delle risorse. Una fase in cui si manifestano i conflitti tra interessi e gruppi. La partecipazione ampia ed estesa di tutti i soggetti coinvolti influenzerà l'andamento e la soluzione del conflitto sulle risorse. L'attenzione di un approccio basato sui diritti umani sarà prioritariamente volta a costruire una formula di partecipazione che consenta ai più poveri di non essere esclusi dai benefici della distribuzione delle risorse e dalla formulazione delle politiche. Sarà importante la partecipazione nella fase di indicazione delle priorità e nella scelta tra opzioni che dovranno essere comunicate con chiarezza e trasparenza.
- Messa in opera e realizzazione delle politiche. Anche in questo caso si dovrà contemplare una modalità di partecipazione, che non significa automaticamente la messa in atto di contribuzioni economiche da parte delle persone.
- Monitoraggio e valutazione. Le persone su cui ricadono gli effetti delle politiche devono poter partecipare alle fasi di monitoraggio e valutazione, anche collaborando nel definire

²²¹ Potts H. (2008), *Participation and the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, Human Rights Centre of University of Essex, UK.

²²² United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) (2006), *Principles and Guidelines for a Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies*, Ginevra; vi si indicano quattro fasi di partecipazione. Il riferimento è in particolare alla Guideline 5: Participation, pagg. 14 – 16.

indicatori e parametri.

Nelle fasi, lo sviluppo di attività educative, di informazione e consultazione non sono attività di partecipazione anche se possono dare un contributo.

Quali sono le caratteristiche che deve avere il processo di partecipazione secondo un approccio HRB (*Human Rights Based*) o HRBA?²²³

- **Equità:** tutti i soggetti interessati devono avere eguali opportunità di prendere parte al processo. Momenti rilevanti per garantire l'equità nella partecipazione sono: la definizione dell'agenda; le regole di svolgimento del processo partecipativo e la gestione / moderazione dei comportamenti degli individui e della discussione; le regole relative al processo decisionale (definire con chiarezza da chi, quando e con quali criteri, vengono prese le decisioni finali, in particolare in caso di disaccordo); eventuale presenza di un facilitatore neutrale; dando ad ognuno la possibilità di intervenire nella discussione e nel processo.
- **Trasparenza:** le informazioni devono essere chiaramente comprensibili dai partecipanti. La partecipazione informata esiste se le informazioni per definire le politiche sono trasparenti e comprensibili. La trasparenza riguarda l'assicurare che venga presa la miglior decisione possibile data l'informazione a disposizione. L'informazione deve essere pertanto chiara, disponibile, accessibile e comprensibile.
- **Accountability:** tramite meccanismi o forme istituzionali deputate tramite le quali lo Stato renda conto di come ha garantito la partecipazione.
- **Accessibilità:** i luoghi di partecipazione devono essere accessibili fisicamente, come pure tenere conto della necessità di sostenere lo sforzo partecipativo in termini economici.
- **Rappresentatività:** nel processo partecipativo possono prevedersi elementi di rappresentanza, dato che non è sempre possibile per tutti partecipare ad ogni fase e momento.

Quali devono essere i meccanismi? Nel dettaglio vengono indicati alcuni esempi di strumenti o forme istituzionali che possono dare spazio e stimolo alla partecipazione.²²⁴

1. Conferenze territoriali e nazionali per la redazione del piano di salute.
2. Forum permanenti o temporanei.
3. Comitati Locali o Gruppi, ad esempio i *Village Health Teams* o forme analoghe (i *Neighbourhood Health Committes* in Zambia).
4. *Focus groups* o interviste. Il TARSC - Training and Research Support Centre (Harare) – ne ha fatto uso nel quadro del progetto "Auntie Stella" relativo alla salute sessuale e

²²³ Potts H. (2008), *Participation*, Op. Cit.

²²⁴ Potts H. (2008), *Participation*, Op. Cit.

riproduttiva tra i giovani dello Harare (<http://www.auntiestella.org/>)²²⁵.

5. Forme di giuria popolare o gruppi di programma
6. Incontri pubblici.
7. Forme di partecipazione alla redazione e monitoraggi dei bilanci.
8. Elezione di comitati e rappresentanze locali.

Con un approccio HRBA lo stesso concetto di *empowerment* viene ampliato: nella costruzione di capacità per esercitare dei diritti o la partecipazione, fino alla creazione di meccanismi di *accountability* e all'azione delle persone tesa a chiedere conto allo Stato delle proprie responsabilità in merito alla realizzazione dei diritti umani (diritto alla salute).²²⁶

Volendo trarre alcune conclusioni e considerando il contributo dato dall'approccio partecipativo di Alma Ata, da quello dell'*empowerment* e da quello HRBA, è essenziale che nel promuovere le forme di partecipazione si considerino pertanto:

- l'analisi delle classi sociali presenti: in quanto le comunità e le società non sono entità omogenee e del resto le relazioni di potere sono influenzate dalla posizione socioeconomica (come abbiamo potuto osservare anche nella teorizzazione dei determinanti sociali della salute) e dagli interessi economici di individui e gruppi.
- L'analisi delle relazioni di potere e del significato del potere. Non è possibile importare politiche di *empowerment* non considerando il potere e i conflitti attorno ad esso.
- L'analisi del ruolo dello Stato: una corretta impostazione di politiche di *empowerment* e partecipazione deve tenere conto non solo delle relazioni nella comunità o a livello individuale ma anche a livello sociale e statale. Un approccio HRBA fornisce tale prospettiva attribuendo allo Stato precisi compiti.
- Un'organizzazione delle classi sociali e dei gruppi ai margini: una adeguata pressione popolare organizzata può svolgere un ruolo essenziale nell'assicurare politiche governative che affrontino le iniquità in salute e assicurino il diritto alla salute.

²²⁵ (Settembre 2011).

²²⁶ De Vos P., De Ceukelaire W., Malaise G., Pérez D., Lefèvre P., Patrick Van der Stuyft P. (2010), "Health through people's empowerment: a rights-based approach to participation", in *Health and Human Rights*, volume 11, no. 1, www.hhrjournal.org; Luttrell C., Quiroz S., Scrutton C., Bird K. (2007), *Understanding and Operationalising empowerment*, Paper prepared by the Overseas Development Institute (ODI) for the Poverty-Wellbeing Platform, http://www.poverty-wellbeing.net/en/Home/empowerment/More_on_empowerment (Agosto 2011); Turiano L., Smith L. (2008), "The catalytic synergy of health and human rights: The People's Health Movement and the Right to Health and Health Care Campaign", in *Health and Human Rights: An International Journal* 10/1 (2008), p. 143.

Se guardiamo a forme organizzate e istituzionalizzate di tutela del diritto umano alla salute, lo *Special Rapporteur* per il Diritto alla Salute (*Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*) Paul Hunt indica il ruolo centrale delle organizzazioni non governative nazionali e internazionali nella tutela e promozione del diritto alla salute.²²⁷ A più riprese i diversi *Special Rapporteur* hanno segnalato la rilevanza della partecipazione nel quadro di un HRBA, sulla stessa linea la Commissione sui Determinanti Sociali (CSDH).²²⁸

²²⁷ Hunt P., (2007), Op.Cit., pag. 2, Ginevra: "The report urges established human rights non-governmental organizations to work on health and human rights issues, such as maternal mortality, just as vigorously as they already campaign on disappearances, torture and prisoners of conscience"; pag. 6: "B. Civil society, health and human rights (...) 12. Since 2000, one of the most striking developments has been in civil society. Non-governmental organizations working in low- and middle-income countries have always had a clearer appreciation of health and human rights issues than their counterparts working in high-income countries. In some countries, the Special Rapporteur has been deeply impressed by civil society's commitment to, and familiarity with, the right to health (...) 13. The increased commitment of civil society organizations to economic, social and cultural rights, including the right to health, has extended beyond the national level to international NGOs"; pag. 7: "17. In conclusion, space constraints permit only this brief, incomplete sketch of some recent developments concerning civil society, health and human rights. The civil society component of the health and human rights movement is much more dynamic today than it was only a few years ago. Although more dynamic than before, civil society's recognition of health issues as human rights issues remains uneven: strong in some countries, tenuous in others, and non-existent in many. There is an increasing recognition of the role of the right to health within the health and human rights movement. Nonetheless, civil society within the health and human rights movement could and should be doing much more, a crucial point that this section returns to shortly".

²²⁸ WHO (2008), *Closing the Gap in a Generation*, Op. Cit., pag. 205: "Action Area 2: Enable civil society to organize and act in a manner that promotes and realizes the political and social rights affecting health equity".

2.3 Interpretare il ruolo della società civile e del decentramento

Nell'affrontare il tema della partecipazione molti autori si sono cimentati con la definizione delle caratteristiche e del ruolo della società civile, vista come la protagonista principale, lo spazio primario di partecipazione esterno allo Stato. Ne darò conto brevemente, dato che il dibattito è molto ampio ed articolato, considerando comunque essenziale comprendere il concetto di società civile, soprattutto in una ricerca che si muove ai confini tra le autorità nazionali, sovranazionali, locali e le realtà di società civile. E' importante affrontare e approfondire l'evoluzione e l'uso di questa figura concettuale anche in considerazione della frequente presenza in documenti internazionali e programmi di finanziamento nel quadro delle politiche di sviluppo. Il riferimento è limitato alle politiche di cooperazione internazionale pur in presenza di un dibattito molto più ampio sul concetto e ruolo della società civile nell'ambito delle politiche e delle dinamiche sociali.

Tra gli autori che si sono cimentati nella analisi del ruolo e della definizione di società civile nell'ambito della cooperazione internazionale Vanna Ianni²²⁹ segnala come la riscoperta del concetto di società civile si accompagni con processi di profonda ridefinizione del rapporto tra Stato e società, a livello trasversale nelle nazioni. Ripercorrendo a ritroso la storia fino al XVIII la società civile non ha una sua precisa identificazione e viene spesso identificata con la società politica e solo con Immanuel Kant si inizia a teorizzare una separazione e attribuire un ruolo alla società civile come ambito di dibattito. Nel definire la società civile e i suoi confini Hegel la circoscrive con la sfera, distinta dalla famiglia, dei bisogni ma anche delle associazioni volontarie mentre lo Stato armonizza e regola antagonismi e conflitti che emergono. In Marx nella società civile sono compresi gli elementi del mercato e della produzione e gli antagonismi troveranno soluzione in un processo di trasformazione che supererà le distinzioni con lo Stato. Altri autori (Tocqueville) si interrogano sui legami e valori e regole che caratterizzano la società civile e i meccanismi di integrazione. In Tocqueville l'analisi differenzia le associazioni politiche dalle associazioni civili e ne rende evidente la stretta interazione. Gramsci, seppur in una visione marxiana, separa società civile e mercato e colloca la prima in uno spazio intermedio tra Stato e mercato, ove sono importanti i meccanismi di articolazione interna della società civile, gli antagonismi sociali e politici. La costruzione di una nuova concezione del mondo è quindi per Gramsci, insieme all'organizzazione, la base di un progetto politico capace di trasformare le relazioni di forza

²²⁹ Ianni V. (2004), Op.Cit., pagg. 108 - 109; Ianni V. (2011), Op. Cit. ; Ianni V. (2008),Op.Cit.

esistenti, le diversità della società civile come fondamento di una diversità delle strategie del mutamento sociale ,danno alla sua ricerca un particolare spessore culturale e politico. Gramsci tornerà punto di riferimento obbligato quando, negli ultimi decenni del secolo XX, la società civile torna ad occupare un posto rilevante nella riflessione e nelle pratiche impegnate nel cambiamento sociale.²³⁰

La lettura che si farà del testo gramsciano nell'Europa Orientale sarà prevalentemente diretto ad accentuare la contrapposizione esterna tra società civile e Stato, a domandare il rispetto dei diritti umani, l'apertura democratica, la costruzione di una società di mercato, e meno attenta, a considerare le linee di divisione interne alla società civile, a comprendere come operare per una diversa integrazione sociale non dettata dal solo mercato. Negli anni '90 il concetto verrà visto come l'ambito di sviluppo delle istanze di cambiamento e nel contempo luogo di sintesi tra democrazia liberale e democrazia partecipativa, liberalismo dei diritti umani e visione comunitarista, sostenitori del liberismo e sostenitori del *Welfare State*. Alla fine del XX° secolo la società civile diviene globale e globalizzata ed è attore nei processi politici ed economici al di là dei confini dello Stato ridisegnando quindi definizione e ruolo della società civile.²³¹

Ianni²³² propone una griglia utile per ordinare le connotazioni assunte dal concetto basata sulla distinzione tra: a) uso analitico che lo utilizza come strumento di analisi di come una determinata società funziona e di come si differenzia dalle altre; b) uso normativo, con un modello di organizzazione sociale ideale, caratterizzato da una razionalità specifica, fonte di solidarietà e di cooperazione, con caratteristiche molte volte utopiche. Trasversale ad entrambi risulta, un'ulteriore distinzione, quella tra concezione attoriale e concezione relazionale, dove la prima concepisce la società civile come insieme di organizzazioni più o meno formali, con diversità di interessi e di missioni, e la seconda, invece, come "spazio" o "arena" di interazioni anche conflittuali.

Sommariamente, durante gli anni '80 la definizione della società civile avviene in termini di "negazione" ovvero di autonomia e separazione dallo Stato e dal mercato, mentre negli anni '90 iniziano ad emergere disanime critiche delle dinamiche interne alla società civile con attenzione a pluralismo, conflittualità e dinamiche di potere. Tra i concetti emergenti quello della dimensione "civica" a partire dalle ricerche di Robert Putnam.²³³ Il prepotente emergere negli anni '90 di

²³⁰ Ianni V. (2004), Op. Cit.

²³¹ Ianni V. (2008), Op. Cit., segnala come negli anni '80 e '90 diverse analisi e concezioni della società civile danno una immagine della complessità del concetto e della sua realtà fattuale. Secondo Bobbio (Bobbio Norberto, *Stato, governo, società*, Torino, Einaudi, 1985), la complessità si trova iscritta nella stessa filologia del termine "società civile", in cui "civile" rimanda a *civitas* ma anche a *civilitas*, assumendo nel primo caso il significato di società "politica" e nel secondo quella di società "civilizzata".

²³² Ianni V. (2004), Op. Cit.

²³³ Si veda: Putnam Robert, *La tradizione civica nelle regioni italiane*, Mondadori, Milano.

elementi di particolarismo e fondamentalismo, conflitti civili ed etnici hanno legittimato riflessioni e dubbi sulle differenze che attraversano la società civile, cogliendone le contraddizioni, la non linearità, il carattere potenzialmente non democratico:²³⁴ la diversità di approcci e classificazioni suggerisce di considerare, per definire e delimitare la società civile, le sue caratteristiche e dinamiche. La densità associativa in sé quindi non è garanzia di una società civile articolata e in grado di integrare e far partecipare. La presenza, ad esempio in Zambia, di Ong create da singoli politici o collegate strettamente al Governo ne sono esempio pratico chiaro.

Ianni individua nelle lotte contro i regimi autoritari in America Latina e nell'Est Europeo un incipit a questo processo di progressiva rilevanza della società civile in epoca recente. Nell'Est Europa è prevalsa una concezione di separazione dallo Stato, e la società civile come concetto ha acquistato una connotazione ideale e politica "society centred". Inoltre emerge il concetto / soggetto di "società civile globale", sganciando il concetto di società civile dalla stretta relazione con il concetto di Stato, assumendo rilevanza il contesto operativo, le logiche di azione e le reti. L'uscita dall'autoritarismo e la transizione democratica non costituiscono gli unici processi da cui rinasce il concetto di società civile. Anche nelle società post-industriali non mancano esempi e sollecitazioni: l'allentamento dei vincoli comunitari e la nascita di nuove forme di aggregazione, la crisi del pensiero socialista ed insieme del *Welfare State*, i limiti che sia Stato che mercato mostrano in quanto regolatori dell'ordine e dell'integrazione sociale, l'emergenza di nuovi movimenti e la disarticolazione crescente che la globalizzazione introduce nei rapporti tra economia, società e politica.

Progressivamente, secondo Ianni²³⁵, i soggetti della cooperazione internazionale incorporano il concetto di "società civile" nelle pratiche di intervento, anche per identificare nuovi interlocutori e nuove strategie di azione, o legittimare tali strategie. Spesso il rapporto tra organismi di cooperazione internazionale e società civile ha visto nelle Organizzazioni Non Governative, locali e non, mediatori prescelti, con il rischio o la realtà di trascurare le complessità sottostanti e altri meccanismi di partecipazione, e di questa considerazione ho voluto tenere conto nel rapportarmi con la realtà dello Zambia e le attitudini dei principali donatori e Ong internazionali che ho potuto conoscere.

John Beauclerk²³⁶ dell'International Ngo Training and Research Centre di Oxford analizza alcuni elementi dell'azione della società civile. L'autore parte dalla constatazione di un'esplosione nell'uso

²³⁴ Ianni V. (2004), Op. Cit, pagg. 23 – 26.

²³⁵ Ianni V. (2004 e 2008), Op. Cit.

²³⁶ Beauclerk J. (2011), "A framework for understanding civil society in action", in *Development in Practice*, 21:6, 870-879.

del concetto di "società civile" negli ultimi trenta anni nella realtà degli aiuti internazionali. In quella che viene definita oramai come "industria dell'aiuto", prevalgono organizzazioni non governative globalizzate a scapito di organizzazioni locali. Mi permetto di aggiungere che questo è confermato dalle dinamiche relative all'ottenimento tramite call for proposals di finanziamenti europei nel campo della cooperazione allo sviluppo per quanto mi è stato possibile osservare: organizzazioni non governative internazionali fungono da collettori di finanziamenti per progetti gestiti poi direttamente da organizzazioni locali, non sufficientemente riconosciute o capaci nell'ottenimento di tali finanziamenti. Beauclerk²³⁷ concepisce la società civile come un insieme variegato di associazioni di cittadini di varie forme e dimensioni, che non ricadono nella categoria delle famiglie, nè dello Stato, nè del settore privato. La società civile è pensata come lo spazio o arena collocata tra lo Stato e il mercato.

Tornando a Beauclerk, l'autore individua cinque importanti funzioni o potenzialità della società civile:

- contribuisce a creare la base sociale per la democrazia: tramite la partecipazione e la conseguente creazione di forme organizzate, di reti, con sistemi e norme definite;
- promuove forme di *accountability* anche a livello micro e non solo macro – politico: a partire da forme di monitoraggio e tutela dei diritti a livello micro o grupale è possibile costruire la consapevolezza che chi governa è responsabile verso i propri cittadini;
- può contribuire a costruire legami di fiducia e reti sociali, ovvero contribuire alla formazione del capitale sociale;
- crea e promuove alternative allo status quo, tramite azioni collettive: la società civile è luogo di creazione e competizione tra idee che possono essere assunte dallo Stato o supportate dalla società civile perchè diventino politiche;
- sostiene concretamente i diritti di cittadinanza e il concetto stesso di cittadinanza (promozione e tutela dei diritti umani).

In questo quadro la cooperazione internazionale, secondo Beauclerk dovrebbe agire perchè esista una società civile autonoma che adempia queste cinque funzioni con efficacia ed impegno.

Chandoke²³⁸ rileva infatti come il concetto di "società civile" sia particolarmente attraente per molti attori politici con agende assai diverse tra loro; l'autrice riconosce due elementi di rilievo della società civile: la capacità di essere portatrice di una domanda di diritti politici e civili, e un distacco dalla terminologia rivoluzionaria classica. Quindi la società civile si caratterizza per l'affermare un

²³⁷ Beauclerk J. (2011), Op. Cit.

²³⁸ Chandoke N. (2007), "Civil Society", in *Development in Practice*, 17: 4, pagg. 607 — 614.

diritto a partecipare politicamente in termini nuovi, definiti dagli individui.

La società civile ha avuto un rapido successo nella retorica della cooperazione internazionale grazie ad alcuni fattori: la connessione diretta e automatica con la democrazia e le forme democratiche; la crisi di rappresentanza di partiti politici e sindacati; l'idea che lo Stato dovesse fare più di un passo indietro, forgiata dal *post-Washington Consensus*; la società civile come un punto di equilibrio tra lo Stato e l'atomizzazione della vita individuale.

Tra le evidenze di questi passaggi storici: la creazione e moltiplicazione di Organizzazioni Non Governative; il fatto che lo sviluppo diviene anch'esso terreno conteso non solo tra società civile e Stato, ma, all'interno della società civile, tra Ong, progressivamente professionalizzate e istituzionalizzate, con il rischio / scelta consapevole di perdere il legame con la società civile e con le aspirazioni di chi si intende rappresentare o sostenere. Nell'analizzare lo sviluppo e la storia delle Ong in Palestina, Islah Jad ²³⁹ evidenzia alcune categorie di Ong: alcune nate in concomitanza e funzionalmente ai piani di aggiustamento strutturale e alle politiche neo-liberali e funzionali ai finanziamenti di queste politiche e in competizione con i movimenti sociali per assicurarsi la fedeltà di leader locali e comunità, altre sono create in funzione dell'idea di creare e rafforzare la società civile, con la progressiva "ngo – izzazione" dei movimenti e della azione sociale.²⁴⁰

Le diverse definizioni di società civile, CSO e ONG comportano in alcuni contesti, come quello africano (dove la strutturazione della società civile è spesso debole) la difficoltà di distinguere i confini tra ONG e Stato, o tra ONG e organizzazioni nate esclusivamente con la funzione di captare fondi internazionali, sussistendo al riguardo ampie zone di sovrapposizione e confusione. In altri casi, come in quello dei paesi dell'Est Europa, la presenza di organizzazioni impegnate in attività illegali, porta degli autori a coniare il termine di MONGOs, "Mafia operated NGOs", per segnalare la presenza di ONG che operano come vere e proprie organizzazioni mafiose.²⁴¹

Restando sul tema delle ONG come soggetto prediletto delle agenzie di cooperazione all'interno della società civile, Korten²⁴² ne analizza le tipologie evidenziate nella storia recente:

- impegnate essenzialmente in attività di aiuto umanitario, da dopo la seconda guerra mondiale;

²³⁹ Jad I. (2007), "NGOs: between buzzwords and social movements", in *Development in Practice*, 17: 4, pagg. 622 – 629.

²⁴⁰ Jad I. (2007), Op. Cit.: si vedano in particolare i paragrafi "The creation of a new Palestinian 'civil society'", "The NGOisation of the national agenda" e "The new professionals".

²⁴¹ Ianni V. (2004), Op. Cit.

²⁴² Citato in Ianni (2004): Korten D. C. (1987), "Third Generation NGO Strategies: a Key to People-Centred Development", in *World Development*, 1987, 15, Supplemento, (145-159) ; Korten D. C. (1990), *Ngo Strategic Networks: Community Projects to Global Transformation*, IISD o <http://www.gdrc.org/ngo/stratnet.html> (Ottobre 2011).

- concentranti l'attenzione sulle comunità e sull'acquisizione da parte delle di strumenti in grado di assicurare la propria autonomia;
- attente a unire agli interventi di piccola scala iniziative di maggiore impatto, con il proposito di dare risposta non solo alle necessità immediate ma anche ai problemi strutturali dello sviluppo;
- attive nella realizzazione di strategie collegate ad un movimento globale a favore del cambiamento, e caratterizzate da un approccio multi-attoriale;
- attente ad elementi quali *advocacy* e *accountability*.

L'attenzione alle Ong e alla società civile come *partner* strategico per lo sviluppo è messo in evidenza anche dall'OECD/OCSE (che del resto ha anche creato un *Advisory Group on Civil Society and Aid Effectiveness definition of CSOs*)²⁴³

Interessante notare come dalla definizione di società civile, articolata e complessa, si passa progressivamente nella letteratura ad una definizione tramite "organizzazioni della società civile". Per l'OECD / OCSE la società civile quindi è fondamentale organizzata in *Civil Society Organization (CSO)*. A queste CSO vengono assegnati compiti precisi:²⁴⁴

"Civil society organisations (CSOs) have two significant roles in development, as change agents, and as donors of aid, channels for aid and recipients of aid. As change agents and development actors CSOs are fundamental to the vibrancy of democratic rule and good governance".

Di simile avviso appare il ruolo assegnato da EU e Unione Africana (AU) alla società civile, sempre considerata come aggregazione organizzata in *Civil Society Organizations (CSOs)*.²⁴⁵

"Civil society has: a crucial role to play in empowering and representing the poor in policy formulation at a local and national level; a role to play in improving state services through monitoring,

²⁴³ Hedman J., Mc Donnell I. (2011), *How DAC Members work with Civil Society Organisations*, OECD, Parigi: "(...) all non-market and non-state organisations outside of the family in which people organise themselves to pursue shared interests in the public domain. They cover a wide range of organisations that include membership-based CSOs, cause-based CSOs and service-oriented CSOs".

²⁴⁴ Hedman J., Mc Donnell I. (2011), Op. Cit.

²⁴⁵ <http://www.africa-eu-partnership.org/partners/civil-society> (Novembre 2011).

demanding transparency and *accountability*, and ensuring inclusive access to services; a voice for communities and to help ensure that they, as well as governments, are accountable".

Sempre in ambito di organizzazioni internazionali, un recente documento del Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo (UNDP) definisce la società civile come un'arena di azioni collettive volontarie a partire da interessi, propositi e valori condivisi. Centrale quindi il concetto di "arena" inteso come spazio di confronto e dibattito. La società civile è definita da quelle entità formali e informali che si collocano tra Stato e mercato e non sono riconoscibili come famiglie.²⁴⁶

Il successo per una *governance* e uno sviluppo partecipati, richiedono secondo l'UNDP uno Stato robusto e una società civile attiva con buoni livelli di impegno civile. Una cittadinanza attiva è parte, secondo UNDP del capitale sociale di un paese ed è essenziale per una crescita che sia inclusiva e per garantire il principio dell'*ownership*. Centrale nella società civile è il "*civic engagement*" (impegno civile, coinvolgimento civile) definito come:

"actions freely undertaken by citizens on an individual or collective basis to identify and address matters of public concern".²⁴⁷

Ritorna il tema delle condizioni / spazi creati dallo Stato per facilitare la partecipazione e per questo UNDP identifica alcuni passaggi strategici.²⁴⁸

"1. Invest in civil society and civic engagement (...) 2. Promote citizen action for participatory democracy and development (...) 3. Strengthen civic engagement for multilateralism and human development".

Rispetto ai processi di democratizzazione Fioramonti²⁴⁹ evidenzia una prevalente valutazione positiva del ruolo della società civile che può aggregare interessi, promuovere collaborazione e tolleranza, diffondere informazioni e incentivare la partecipazione. Nel dare inizio a fasi di transizione come pure nel consolidare le democrazie, la società civile diviene elemento di rilievo e

²⁴⁶ UNDP (2009), *Voice and Accountability for Human Development - A UNDP Global Strategy to strengthen Civil Society and Civic Engagement*, UNDP, New York .

²⁴⁷ UNDP (2009), Op. Cit., Pag. 8.

²⁴⁸ UNDP (2009), Op. Cit., Pag. 4.

²⁴⁹ Fioramonti L. (2010), *European Union Democracy Aid – Supporting Civil Society in Post – Apartheid South Africa*, Routledge, Londra e New York.

forza antitetica rispetto a tendenze anti-democratiche.

Tra i ruoli positivi nel consolidamento dei processi democratici da parte della società civile, Fioramonti cita:

- promozione della partecipazione e quindi dell'*accountability* verticale al di là delle scadenze elettorali;
- creazione di canali di aggregazione degli interessi presenti nella società anche al fine di mitigare le polarizzazioni politiche;
- la promozione di spazi di cittadinanza che rafforzano le strutture costituzionali e istituzionali (in questo caso vi potrebbe essere anche il rischio di non delegittimare eventuali degenerazioni autoritarie seppur nel quadro istituzionale di partenza);
- chiave di lettura dell'andamento democratico complessivo della nazione;
- potenziale risposta a quello che abbiamo indicato come "Decentralized Dispostism" (Mamdani, 1996) e promuovere quindi una transizione dal clientelismo locale alla piena fruizione della cittadinanza;
- svolgere funzioni operative di supporto alla democrazia quali il monitoraggio elettorale.²⁵⁰

Con uno sguardo operativo sembrano emergere in sintesi due linee di pensiero relativamente alla società civile: un approccio tende a vedere la società civile come insieme di entità organizzate e quindi come CSOs e ONG e quindi la società civile come realtà organizzata pur sempre collocata tra Stato e individui (includendo a volte il mercato ed escludendolo in altre forme operative), un altro approccio è più funzionale e definisce la società civile più come un'arena da cui si entra e si esce a seconda del ruolo assunto da individui e forme organizzate rispetto a un compito civico / di pubblico interesse o collettivo (e non sempre le due cose coincidono).

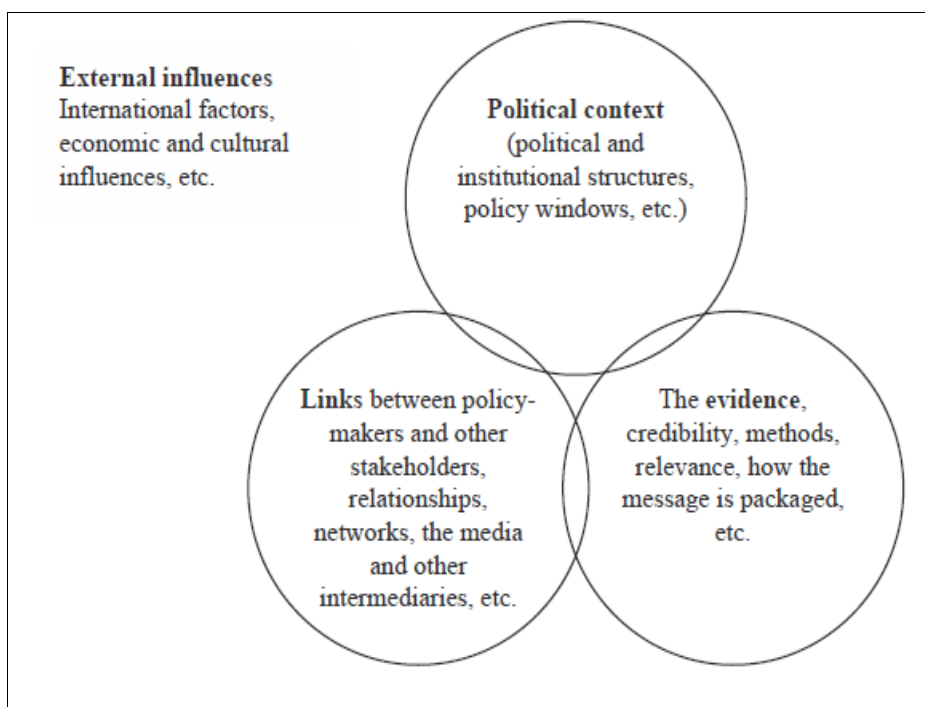
Nel valutare le condizioni della società civile il *CIVICUS Civil Society Index* (CSI) adotta un modello articolato in 74 indicatori, raggruppati in 25 sotto-dimensioni, raggruppate a loro volta in 4 dimensioni principali: Struttura, Ambiente, Valori e Impatto: queste costituiscono quello che viene chiamato un "Civil Society Diamond".²⁵¹

L'analisi dell'Impatto sulla politica può essere analizzato tramite un ulteriore schema logico, in Fig.2.4.

²⁵⁰ Fioramonti L. (2010), Op. Cit., pag. 16.

²⁵¹ Fioramonti L., Finn Heinrich V. (2007), *How Civil Society Influences Policy: A Comparative Analysis of the CIVICUS Civil Society Index in Post-Communist Europe*, Research and Policy in Development (RAPID) e Overseas Development Institute (ODI).

Fig.2.4: Influenza politica delle CSO's



Fonte: Fig. 3.1, Fioramonti L., Finn Heinrich V. (2007), *How Civil Society Influences Policy: A Comparative Analysis of the CIVICUS Civil Society Index in Post-Communist Europe*, Research and Policy in Development (RAPID) e Overseas Development Institute (ODI)

Tra società civile e realtà politico – istituzionale si realizzeranno forme di dialogo istituzionale ma anche collegamenti di tipo informale. Anche in virtù di questi elementi di sintesi molti autori nell'affrontare definizione, ruolo e analisi della società civile mettono in guardia da modelli precostituiti e ritengono un errore considerare la società civile solo per le virtù enunciate nella sua funzione e ruolo e non considerare i funzionamenti e le dinamiche di questa. La società civile potrebbe essere considerata come un'entità in fieri dove gli individui e i gruppi possono dare realizzazione al proprio impegno, alle proprie critiche e alla propria affermazione. In questo quadro i movimenti sociali ampliano la sfera di azione della società civile tramite le lotte e le richieste che possono avanzare. Osservando la complessità della società civile ci potremo trovare di fronte ad asimmetrie tra gruppi in termini di potere materiale, politico, simbolico e sociale. Nella società civile qualcuno troverà spazio, o gli verrà comunque assegnato, ed altri no, a volte continuando a segnare una separazione ed esclusione tra fasce sociali, area urbana e area rurale. Questo potrà

comportare conflittualità e tensione,²⁵² poiché la società civile è un ambito conteso in cui le aspirazioni di realizzare una società (civile) democratica si concretizzano in progetti e idee di società civile dei propri partecipanti.

La società civile quindi come attore di cambiamento ma anche spazio ed esito del cambiamento sociale e delle dinamiche di sviluppo (quindi sia *partner* che *target* che esito delle politiche di cooperazione internazionale).

Resta allora valido in conclusione il suggerimento di una analisi contestualizzata della società civile, facendo un uso flessibile del concetto, adattandolo e cercando di comprendere le "zone grigie" spesso presenti (quali le entità informali) e delle relazioni interne a questa e tra questa e Stato e organizzazioni internazionali.

Decentramento

Un altro concetto che emerge prepotentemente nella retorica e nei documenti dei donatori ed entità intergovernative internazionali, come una delle panacee per lo sviluppo e la buona *governance*, è: decentramento. Inteso come processo che tende a un riordinamento verticale e orizzontale degli assetti statali ed è finalizzato a trasferire funzioni e risorse dal centro verso gli spazi locali, a riorganizzare ruoli e responsabilità sul territorio.

Il decentramento assume importanza soprattutto per i paesi in via di sviluppo, dove la sopravvivenza dell'autoritarismo si esprime con un forte centralismo che si traduce in elevate spese militari, ridotti stanziamenti per l'area sociale e un uso dell'aiuto internazionale che si concentra su opere infrastrutturali (un fenomeno che è osservabile ancor oggi nell'azione politica di cooperazione della Cina in Africa anche per quello che ho potuto osservare in Zambia). Il decentramento, data la varietà e ambiguità delle sue forme, non costituisce di per sé una garanzia, né al nord né tanto meno al sud, di una riduzione delle disparità sociali e territoriali, che possono anzi tendere ad aumentare se non è accompagnato dall'adozione di misure compensative per le zone più svantaggiate, di standard minimi nazionali che non permettano agli squilibri territoriali di superare una soglia determinata, dal trasferimento effettivo di risorse e funzioni, da una partecipazione più ampia ai momenti decisionali. Il decentramento, da distinguersi rispetto a un mero processo di deconcentrazione²⁵³, dunque come dimensione potenzialmente conflittuale che può vedere tra i suoi

²⁵² Chandhoke N. (2007), Op.Cit.

²⁵³ In Ianni V. (2008), Op. Cit., vengono distinte diverse forme di decentramento e deconcentrazione / decentramento amministrativo:

– *Deconcentrazione o decentramento amministrativo* Trasferisce poteri, competenze e risorse a

protagonisti anche la società civile. Parallelamente ai processi di decentramento la complessiva crisi dello Stato centralistico unitamente al processo di interconnessione proprio della globalizzazione portano alla nascita di una società civile globale articolata in reti. Le ONG agiscono anche in senso transnazionale secondo alcune modalità codificate quali la comunicazione transfrontaliera, una organizzazione globale, su temi transnazionali e sulla base di principi sovranazionali (un neo – universalismo) che nella visione di alcuni autori costituisce una globalizzazione dal basso.²⁵⁴

Decentramento e reti globali portano a nuove forme di cooperazione allo sviluppo, anche a partire dalle relazioni tra CSO del nord e sud del pianeta (intese come relazioni tra paesi donatori e riceventi) oltre che nelle relazioni sud – sud: il co-sviluppo e la cooperazione decentrata.

Per co-sviluppo si intende quella ricerca difficile e problematica di rendere compatibili interessi ed obiettivi del Nord e del Sud e ,all'interno dell'uno e dell'altro, dei molteplici attori impegnati nei

funzionari locali dello Stato centrale, non alterando in tal modo la catena decisionale che rimane rigorosamente verticale.

- *Decentramento politico* Trasferisce poteri, competenze e risorse ad autorità locali rappresentative, responsabili di fronte alla popolazione. All'interno del decentramento politico va distinto il decentramento democratico, caratterizzato da nuove e più ampie forme di partecipazione della cittadinanza alla vita pubblica e alle decisioni collettive.
- *Decentramento fiscale* Trasferisce risorse o potere di stabilire e riscuotere imposte, dal centro verso livelli locali di governo; rappresenta una componente sia della deconcentrazione sia del decentramento politico.
- *Privatizzazione* Trasferisce in modo definitivo competenze e risorse ad attori non statali, individuali o associati, profit e no profit.

Tra i principi del decentramento si annotano inoltre: *Sussidiarietà orizzontale* Introduce nei rapporti tra il governo, nei suoi diversi livelli, e gli attori sociali un'importante discontinuità, segnando il passaggio di questi ultimi dal ruolo di recettori passivi di determinate prestazioni a quello di soggetti attivi, in grado di interagire con l'amministrazione. *Sussidiarietà verticale* Regola i rapporti tra i diversi livelli di governo, stabilendo che la cura degli interessi debba essere rimessa, di norma e di preferenza, alla entità più piccola, perché più vicina a colui che è portatore dell'interesse considerato. Rovescia, in tal modo, il rapporto tradizionalmente esistente tra i poteri statali: riservando al centro un ruolo sussidiario, da esercitare solo nel caso in cui i livelli inferiori non siano in grado di espletare una determinata funzione.

Secondo Luciano Carrino - Carrino L. (2005), *Perle e pirati – Critica della cooperazione allo sviluppo e nuovo multilateralismo*, Ed. Erikson, Trento - Il decentramento è "democratico" e non solo "funzionale" (deconcentrazione) quando trasferisce realmente poteri e risorse a livello di comunità locale e non serve solo ad un più efficiente controllo centrale dei processi.

In Bergh S. (2004), "Democratic decentralisation and local participation: a review of recent research, in *Development in Practice*", 14:6, pagg. 780-790, troviamo poi un'ulteriore declinazione del concetto di decentramento suddiviso in Deconcentrazione, Delega (Delegation) e Devoluzione: "Deconcentration is the process by which the central government disperses responsibilities for certain services to its regional branch offices without involving any transfer of authority to lower levels of government (...) Delegation refers to a situation in which the central government transfers responsibility for decision making and administration of public functions to local governments or to semi-autonomous organisations that are not wholly controlled by the central government but are ultimately accountable to it. Devolution occurs when the central government transfers authority for decision making, financial allocations, and management to quasi-autonomous units of local government".

²⁵⁴ Ianni V. (2008), Op. Cit.

processi di sviluppo. Assume lo sviluppo come questione globale ed è promotore di una logica d'azione a somma positiva, basata su relazioni di reciprocità e corresponsabilità. L'attenzione crescente verso la produzione e l'accesso ai beni pubblici globali è elemento complementare. Il cosviluppo presuppone un incontro, una dinamica di partenariato e un dialogo tra culture, idee e attori diversi che riconoscono l'interesse comune per una questione di sviluppo locale ma rilevante per tutti gli attori e le comunità coinvolte, un sodalizio paritario per una soluzione comune.²⁵⁵ Per cooperazione decentrata possiamo intendere, in accordo con la Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo del Ministero Affari Esteri Italiano²⁵⁶, l'azione di cooperazione realizzata dalle Regioni e dagli Enti Locali nell'ambito di relazioni di partenariato territoriale con istituzioni locali (per quantopossibile omologhe) dei paesi con i quali si coopera. Tali azioni sono finalizzate a stabilire e consolidare lo sviluppo reciproco equo e sostenibile. Per la loro realizzazione ci si avvale della partecipazione attiva degli attori pubblici e privati nei rispettivi territori.

La nascita della cooperazione decentrata esprime ovunque, a metà degli anni '90, la ricerca di una logica d'azione pluriattoriale che tende a collocarsi al di là delle distinzioni e contrapposizioni che tradizionalmente hanno segnato e indebolito la cooperazione allo sviluppo:

- governativo/non governativo (il dialogo e la concertazione pubblico-privato costituiscono uno dei suoi principali assi strategici);
- orizzontale/verticale (poiché alle relazioni tra attori pubblici e privati di uno stesso livello amministrativo intreccia quelle tra attori collocati su livelli diversi);
- locale/nazionale/internazionale: il radicamento nel territorio non nega ma ricerca il collegamento con altri territori e con le politiche nazionali e internazionali.

²⁵⁵ Ianni V. (2008), Op. Cit.

²⁵⁶ Si veda MAE/DGCS (2000), *Linee guida sulla cooperazione decentrata*, Roma. Inoltre nel 2008 la Commissione Europea ha prodotto un documento a riguardo (EU Commission (2008), *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament and the European Economic and Social Committee and Committee of the Regions and Local Authorities*, COM(2008) 626 final, Bruxelles) in cui tra l'altro si afferma: "Decentralised cooperation designates all forms of development cooperation put in place by a local authority or by a non-state actor, both north and south. The European Union supports actions and initiatives from sustainable development enterprises with the particular aim of promoting: a more participatory development policy, responding to the needs and initiatives of populations in developing countries; a contribution to diversification and reinforcement of civil society and basic democratisation in these countries; the mobilisation of European decentralised cooperation actors and of developing countries in favour of these goals." Il documento di riflessione proposto dagli esperti nominati dalla Commissione Europea evidenzia l'importanza della dimensione territoriale, della governance democratica locale e dei processi di decentramento, per lo sviluppo locale. E, di conseguenza, pone le autorità locali tra i soggetti rilevanti per la cooperazione e per il raggiungimento degli obiettivi del millennio per la lotta alla povertà. La Commissione riconosce l'emersione della cooperazione decentrata e il suo valore aggiunto, che comprende la capacità di mobilitare e catalizzare diversi attori per lavorare assieme generando approcci collaborativi, e sottolinea come i partenariati multi-attoriali siano particolarmente significativi. La Commissione propone la creazione di un dialogo strutturato con le autorità locali sulla politica di sviluppo, sotto l'egida del Comitato delle Regioni, con assemblee annue e relazioni con le diverse associazioni di autonomie locali su temi specifici.

La cooperazione decentrata viene vista come elemento di un nuovo multilateralismo²⁵⁷ che consenta alle comunità locali e agli attori sociali del nord e sud del mondo di essere attivi, unitamente ai governi e alle istituzioni internazionali, per uno sviluppo globale. Carrino²⁵⁸ vede la cooperazione decentrata come un sistema organizzato di partenariati territoriali di sviluppo umano tra comunità locali del sud e del nord" che fa lavorare insieme gli attori in modo coordinato a livello locale ma anche con collegamenti nazionali e internazionali.

Sviluppo partecipativo

Collegato al tema del decentramento quello dello sviluppo partecipativo e del ruolo delle comunità nello sviluppo, fortemente connesso con quello delle politiche di sviluppo sanitario.

Tommasoli²⁵⁹ nell'approcciare il tema dello sviluppo partecipativo segnala da subito come il parlare di partecipazione e sviluppo partecipativo sia un implicito riconoscimento che in tale settore mancano due elementi del cambiamento sociale: il controllo reciproco rispetto al potere e la creazione collettiva di senso. Lo stesso concetto di "sviluppo partecipativo" che ha progressivamente preso piede come parola d'ordine segnala come per anni gli interventi di cooperazione non abbiano considerato questo aspetto o non lo abbiano esplicitato o abbiano dato per scontato l'adesione degli attori sociali al processo. La partecipazione può a sua volta diventare una chiave di lettura delle politiche di cooperazione nella storia, analizzando le modalità di intervento e cercando di individuare elementi di decentramento e coinvolgimento. Essendo stata integrata progressivamente nella retorica delle organizzazioni internazionali di cooperazione, e non solo, la partecipazione può assumere un carattere elusivo e ambiguo: segnalare un processo per cui si mette a disposizione dell'informazione su un piano o progetto; segnalare alcune attività correlate a un piano di sviluppo; iniziative che partono dalla popolazione al di là di progetti previsti. L'emergere di approcci di pianificazione contrastanti (*top – down vs. bottom – up*) è esplicitativa di un dibattito ancora esistente, ma anche del riconoscimento di una struttura gerarchica dell'atto di pianificazione anche tra chi propende per approcci più flessibili e partecipati.²⁶⁰ L'innovazione nell'approccio bottom-up è l'attribuzione di uno status di soggetto attivo a chi prima era solo beneficiario/destinatario; ma questa considerazione si inquadra in uno schema gerarchico non discontinuo con modelli precedenti top – down: non si osserva un mutamento nella concezione del

²⁵⁷ Carrino L. (2005), Op.Cit., pag. 69 – 71.

²⁵⁸ Carrino L. (2005), Op. Cit., pagg. 244 – 245.

²⁵⁹ Tommasoli M. (2008), Op.Cit.

²⁶⁰ Rahnema M. (2004), Op. Cit.

luogo decisionale finale.

Gli approcci più critici si concentrano su una pianificazione che si colloca in basso, utilizzando saperi e conoscenze locali. Anche i tempi di pianificazione cambiano e divengono più lunghi per la crescita e diversità dei flussi di informazione nella pianificazione: un processo più complesso e articolato. Nelle riflessioni sulla partecipazione si segnala come uno dei paradossi sia che non si può pensare a un beneficiario in assenza di beneficio e che comunque per partecipare allo sviluppo che lo riguarda e lo tocca, un individuo o gruppo, devono essere categorizzati e riconosciuti come partecipanti al processo di sviluppo e di pianificazione dello stesso. Questa analisi è ricollegabile a quanto detto con riferimento agli spazi di partecipazione e alla loro creazione e regolazione e quindi alle dinamiche di potere che vi possiamo riscontrare.

Nel concepire un processo che non parte dalla pianificazione ma realmente "dal basso", sarebbe necessario che, al fine di essere realmente artefici del proprio sviluppo, prima si acquisisse una cosicenza delle proprie condizioni attraverso una comprensione e lettura dei bisogni da parte di chi è chiamato poi a partecipare. Resta il problema di chi organizza questa lettura partecipata dei bisogni: un esperto? Vi è quindi comunque una mediazione svolta da un sapere scientifico esterno. Anche la struttura e il ciclo di progettazione divengono momenti critici e conflittuali.²⁶¹

Tra gli elementi che hanno caratterizzato questa new-age della partecipazione vi è il ruolo degli antropologi dello sviluppo.²⁶² Tra i temi trattati dagli antropologi quello dei saperi locali (e qui di ricorda il rilievo dato a questo elemento anche nel documento OCSE /OECD – DAC del 1995) ed il ruolo quindi delle comunità locali e delle istituzioni locali nei processi di sviluppo. Su questa scia Robert Chambers²⁶³ proporrà di mettere al centro del processo di sviluppo (e di decisione) i più poveri emarginati a causa: di una minor accessibilità, di una tendenza a progettare ove già si sono avuti programmi di sviluppo, della mediazione di altri soggetti, per questioni di tempi e stagionalità della programmazione, di etichetta diplomatica e per la visione parziale ed eccessivamente specializzata degli operatori. Questo comporta una carenza di informazioni o vizi di informazione. Emergono allora metodologie di raccolte dei dati quali la *Rapid Rural Appraisal* (RRA). Le numerose critiche alla RRA portarono ad approcci più partecipativi (*Participatory Rural Appraisal* – PRA), cercando di spostare il processo di pianificazione all'interno della comunità / gruppo e facilitando, non estraendo, la generazione di informazioni e decisioni condivise. Se da un lato si osserva un mutamento dei processi decisionali e di raccolta ed elaborazione delle informazioni,

²⁶¹ Citati da Tommasoli (2008), Op. Cit., pag. 109.

²⁶² Tommasoli (2008), Op. Cit.

²⁶³ Riferimento a: Chambers R. (1983), *Rural Development: Putting the Last First*, Longman, Londra.

nonchè del ruolo degli esperti / cooperanti, si legittima ancora il ruolo degli esperti come facilitatori o sollecitatori o guide del processo di partecipazione, quindi un nuovo sapere tecnico che si relaziona con il sapere locale e ne diviene corollario necessario nella pianificazione. Si crea il paradosso di una partecipazione che ha bisogno di qualcuno che ne configuri e faciliti la realizzazione, altrimenti impossibile (e qui si rimanda nuovamente ai concetti di spazio partecipativo creato, conteso etc etc annotati già). Nel rapporto con la popolazione emergono due approcci, anche di ricerca antropologica: l'uno che vede nel contatto con la popolazione e il sapere locale la fonte delle soluzioni e l'altro che rileva i limiti alla partecipazione e quindi la necessità di un intervento esterno per sbloccare le condizioni e capacità di partecipazione popolare. Queste esperienze, così come il fatto che la partecipazione abbia giustificato anche fenomeni autoritari e criminali nella storia quando la partecipazione è stata indotta a progetti di natura ideologica (si pensi alla Germania nazista o alla Cambogia di Pol Pot), inducono Rahnema²⁶⁴ a una riflessione o dilemma: nessuna forma di interazione o partecipazione sociale può caricarsi di significato ed essere liberatoria sino a che i singoli individui coinvolti non agiscono come esseri umani liberi ed equanimi; ed il fatto che tutte le società sino ad oggi hanno sviluppato credenze largamente condivise (religioni, ideologie, tradizioni, etc.) le quali a loro volta aiutano ad originare persone non – libere e parziali.

Tra le possibili risposte Rahnema individua: nuove forme di animazione della partecipazione (meno leaderistiche e più attente e in ascolto) e l'organizzazione della partecipazione considerando la libertà interiore delle persone nel partecipare, per evitare manipolazioni e schemi pre-ordinati, recuperando in parte lo schema proposto da Freire rispetto alla coscientizzazione. Nel proporre una linea di comportamenti e concezione del comportamento umano che resista alla assimilazione pianificata e al rischio di essere privati dei progetti e delle idee di mutamento, sempre Rahnema si interroga su e ripropone azioni qualitative quali l'attenzione, la sensibilità la bontà, la com-passione, il saper ascoltare, l'apprendere anche per far fiorire le altrui potenzialità, dando vita a un mutamento che è frutto di molteplici mutamenti personali.

²⁶⁴ Rahnema M. (2004), Op. Cit.

2.4 *Modelli di analisi, ricerca, studi e teorizzazioni di partecipazione in salute*

Il tema della partecipazione, delle relazioni tra operatori e persone / comunità e della *governance* in relazione al tema dell'equità e di un rafforzamento dei sistemi sanitari, secondo approcci basati sul *Primary Health Care*, è stato al centro di numerose analisi, studi di caso e formulazione di strutture teoriche di analisi. Se ne darà conto con particolare attenzione a strumenti di analisi e interpretazione di cui si è fatto utilizzo nel corso della ricerca di campo e nell'analisi della documentazione ufficiale e ufficiosa raccolta.

Il pensiero relativo alla partecipazione nel campo sanitario si intreccia con tutta la riflessione sul concetto e le forme di partecipazione che abbiamo analizzato ed esposto precedentemente. Nel campo sanitario un passaggio storico è segnato, come già visto, dalla Conferenza di Alma Ata del 1978. A partire da Alma Ata, si osservano alcuni passaggi teorici e pratici nel settore sanitario con riferimento al ruolo delle popolazioni coinvolte ed alle pratiche partecipatorie di sviluppo nel settore sanitario:

1. emerge fortemente il concetto (recuperato anche nella relazione della CSDH del 2008 sui SDH) di potere (già visto in precedenza nelle teorie di Gaventa e altri autori). Se le relazioni di potere sono rilevanti anche nel settore sanitario allora l'*empowerment*, nella sua concezione non edulcorata, implica che la salute è una questione politica e al centro di conflitti. L'*empowerment* collegato a definiti diritti da affermare, implica la sfida a egemonie predefinite e quindi il mutamento degli equilibri di potere.²⁶⁵ La questione sarà la buona gestione dei conflitti che ne conseguono, e la partecipazione è utile e alla base di soluzioni che non trascurino il cambiamento rispetto alla situazione di partenza.
2. L'azione locale per la partecipazione non può essere rieolutiva in sè stessa ma deve affiancarsi ad una coerente azione dello Stato e anche ad una azione a livello globale. In quest'ottica si deve operare sul concetto di *empowerment*.
3. È necessario considerare la complessità e pluralità presente nelle comunità in cui si dovrebbero sviluppare i processi di partecipazione nella salute. Inoltre esisteranno esperienze differenti di malattia e cura anche secondo l'appartenenza sociale, culturale, economica.

Nell'analizzare i pro e i contro della partecipazione nel settore sanitario e nelle politiche della salute, la letteratura ci presenta vari pro e contro. Considerando le argomentazioni a favore possiamo

²⁶⁵ De Vos P., Malaise G., De Ceukelaire W., Perez D., Lefevre P., Van der Stuyft P. (2009), Op. Cit.

riferirci a uno schema di classificazione in ragioni teoriche, pratiche e politiche²⁶⁶:

- teoriche: una maggiore corrispondenza tra bisogni e servizi, il diritto delle persone a partecipare alla pianificazione di servizi che li riguardano, dare un senso di appartenenza alle persone rispetto ai servizi;
- pratiche: la possibilità di mobilitare risorse comunitarie inutilizzate; beneficiare di una serie di apporti alle decisioni o proposte di soluzioni; decisioni costi-efficaci; un'erogazione dei servizi più efficace ed efficiente;
- politiche: la perdita di una fiducia illimitata nella legittimità e superiorità delle conoscenze tecniche e professionali; la partecipazione come mezzo per acquisire un supporto ampio della popolazione e il coinvolgimento di volontari; crescita di consapevolezza e conoscenza dei problemi sanitari e dei servizi erogati da parte dei cittadini.

A partire anche da queste considerazioni di tendenze complessive diversi studi hanno cercato di individuare, analizzare e valutare il ruolo delle forme della società civile nella partecipazione nelle politiche del settore sanitario.

Kuruvilla²⁶⁷ cerca elaborare un modello di attività di partecipazione collegato al tema della ricerca, articolato come segue:

- Partecipazione in attività di ricerca:
 - ricerche condotte dalla società civile e dalle stesse comunità, quali ad esempio i racconti fotografici come indagine e punto di partenza per discussioni e conoscenza di fenomeni, oltre che fonte di informazione per i decisori e livelli politici;
 - comunità coinvolte in attività di ricerca condotte da altri soggetti.
- Uso delle informazioni frutto della partecipazione per incidere sulle politiche:
 - processi di *empowerment* sociale e attivismo: esperienze in America Latina fanno riferimento a forme di "diagnosi comunitaria" per risalire alle cause prime delle condizioni di salute, individuando tutti i determinanti prossimi e strutturali. Ne segue l'azione indirizzata a mutare le condizioni negative di base e prossime. Elemento necessario è l'azione a livello comunitario²⁶⁸;
 - nel negoziato politico e nelle politiche di sviluppo sanitario;

²⁶⁶ Frankisha C.J., Kwanb B., Ratner P.A., Higgins J.W., Larsene C. (2002), Op.Cit.

²⁶⁷ Kuruvilla S. (2005), *CSO Participation in Health, Research and Policy: A review of models, mechanisms and measures*, Working Paper 251, Overseas Development Institute, Londra.

²⁶⁸ Esempio è l'esperienza in Messico in Werner, D. (2002) *Communication as if people mattered: adapting health promotion and social action to the global imbalances of the 21st century*, People's Health Assembly Background Paper 5, Bangalore: People's Health Movement.

- nella creazione di un'alfabetizzazione relativa alla salute, utile per una partecipazione effettiva e informata;
- attraverso i mass – media e le nuove forme di comunicazione elettronica;
- Partecipazione attiva ai processi politici e decisionali²⁶⁹:
 - Secondo modelli di ricerca sociale:
 - *Social Research Model*: mira a esplicitare le idee del pubblico in un processo rappresentativo per informare i decisori politici: ne derivano forme di partecipazione in attività di ricerca.
 - *Deliberative Democracy Participation Model*: le organizzazioni della società civile usano una *advocacy* basata su evidenze al fine di influenzare i programmi di ricerca in campo sanitario; influenzare la politica; catalizzare mutamenti nei comportamenti.
 - *Localised Model*: considera le relazioni tra le istituzioni, gli esperti e la società civile, considerandone la natura contestuale, complessa e mutevole.
 - Secondo la formazione di reti: le organizzazioni della società civile e i differenti attori (stakeholder)²⁷⁰, in relazione a specifiche questioni possono inoltre dare vita a forme di rete (network): forma attraverso cui spesso le CSOs cercano di influenzare la politica. I network possono essere di varie tipologie/ forme: Enclave, Gerarchici, Individualistici.²⁷¹
 - Secondo alcune modalità prevalentemente utilizzate: *advisory committees*, gruppi di *advocacy* e di interesse, tribunali del cittadino, metodi di ricerca partecipatori e *community-based*, conferenze con metodo del consenso, votazioni con valore deliberativo, *focus groups*, azioni di raccolta fondi o finanziamento comunitario, iniziative con ampio coinvolgimento delle persone, *lobbying*, processo normativo frutto

²⁶⁹ Anche a partire dal testo: Irwin A. (2001), "Constructing the scientific citizen: science and democracy in the biosciences", in *Public Understanding of Science* 10, pagg.1–18.

²⁷⁰ "A stakeholder group can be defined as a group of people or institutions that are affected by a specific problem, have a common interest on a particular issue, or could influence a proposed policy in a similar way (...) Stakeholders can be categorised on at least three levels, according to: • Affiliations with policy and civil society institutions; • Potential roles in relation to the issue being considered, e.g. researchers; policy analysts; public officials; politicians; advocates; opposition; communicators and media; implementers; potential beneficiaries; and those potentially at risk; • Specific positions taken in relation to a particular topic or problem". in Kuruvilla S. (2005), Op.Cit.

²⁷¹ "**Enclave networks** operate through cohesive forces connecting members by shared values, trust and commitment to certain goals. (...) These networks have great value for mobilising support and creating 'bottom-up' legitimacy, but can be unstable owing to lack of resources and institutional support. **Hierarchical networks** have organisational structure and are coordinated by steering groups or other authoritative bodies. (...) **Individualistic networks** are driven by single individuals or organisations that develop affiliations in relation to a particular task, e.g. through procurement of services". Goodwin N., Perri G., Peck E., Freeman T., Posaner R. (2004), *Managing across diverse networks: lessons from other sectors, Summary Report to the NHS Service Development and Organisation programme within the NHS R&D Programme*, Health Services Management Centre, University of Birmingham citato da Kuruvilla S. (2005), Op.Cit.

di negoziati, audizioni e consultazioni pubbliche, raccolta di opinioni, referendum, presenza di rappresentanti in ambiti di *governance*, *workshop*, *workshop politici e scientifici*,

- Secondo alcuni parametri: valutazione dei bisogni, *leadership*, organizzazioni coinvolte, risorse mobilitate, gestione della partecipazione.

Queste riflessioni riprendono in buona parte l'elaborazione teorica e di definizione avviata sin dagli anni '80 in seno all'OMS/WHO relativamente alle formule viste del CIH e CAH che potremmo definire "*empowerment – oriented*" riprendendo una distinzione operata da Rifkin²⁷². Kahssay e Oakley²⁷³ inseriscono inoltre il fattore culturale come elemento da considerare nelle modellizzazioni delle forme di partecipazione e l'importanza di definire forme, caratteristiche e tratti del concetto di comunità prima di ogni processo di partecipazione. Nei modelli teorici e pratici del CIH e della CHA sono presenti alcuni elementi – guida per le pratiche di partecipazine in sanità:

- la partecipazione è un processo continuo in cui è difficile stabilire criteri quantitativi e misurabili fissi;
- la presenza di diversi gruppi socio-economici nella comunità partecipante;
- l'abbandono di modelli pre-costituiti nell'approciare forme di partecipazione dal basso;
- un'idea di sviluppo basata sull'autosufficienza e non sulla dipendenza;
- i processi devono essere sotto il controllo delle persone su cui ricadono gli effetti;
- l'importanza dell'apprendimento da parte del gruppo comunitario partecipante.²⁷⁴

Nel filone dei modelli democratico – partecipativi si inserisce l'approccio *Community Health Governance*²⁷⁵. Secondo questo approccio un'ampia collaborazione partecipativa conduce a una risoluzione dei problemi e miglioramento della salute della comunità. Al fine di rafforzare le competenze nel risolvere i problemi sanitari, le comunità attraverso processi collaborativi possono ottenere dei primi esiti (*empowerment* a livello individuale, accorciare i legami sociali, sinergia). Il modello (illustrato in Fig.2.5)²⁷⁶ richiede che i primi esiti siano tutti e tre necessari sia per un beneficio diretto sulla salute che per rafforzare la capacità di risolvere i problemi collegati. Il modello richiede determinate caratteristiche di *leadership* e di gestione del processo. La scelta di

²⁷² Rifkin S. (1996), Op.Cit.

²⁷³ Kahssay H.M., Oakley P. (1999), Op.Cit.

²⁷⁴ Kahssay H.M., Oakley P. (1999), Op. Cit.

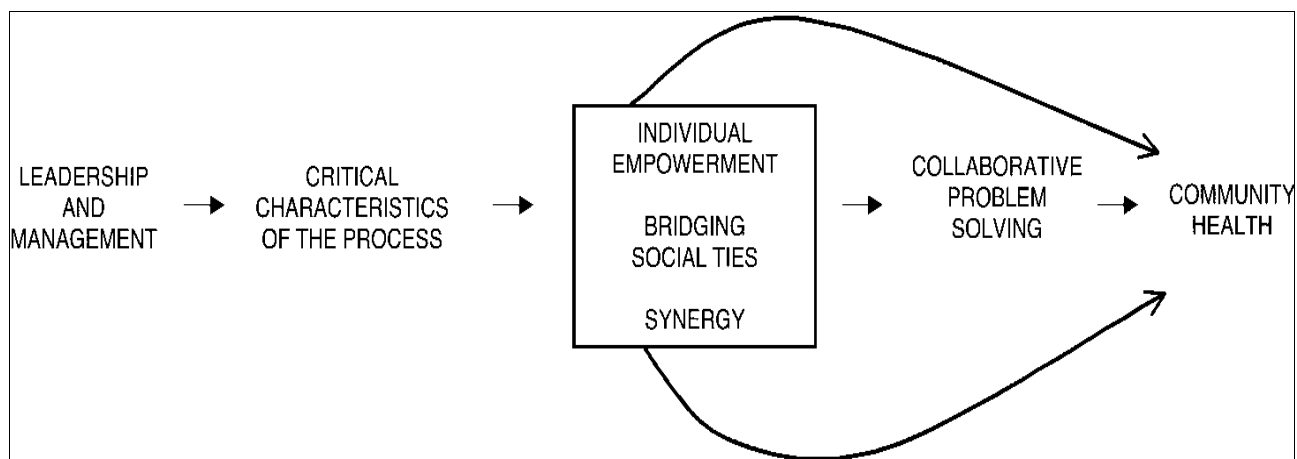
²⁷⁵ Lasker R.D., Weiss E.S. (2003), "Broadening Participation in Community Problem Solving: a Multidisciplinary Model to Support Collaborative Practice and Research", in *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 80, No. 1, March 2003.

²⁷⁶ Lasker R.D., Weiss E.S. (2003), Op. Cit.

una dinamica collaborativa nel processo di partecipazione legato ai temi della salute trova giustificazione nella premessa della complessità dei problemi collegati alla salute, per cui solo un'ampia collaborazione consente alle comunità di comprendere e intervenire, consentendo interventi più olistici e complessi. Altro concetto teorico parte del modello è la "competenza della comunità" ovvero la capacità di una comunità di reagire ed affrontare (identificando problemi e bisogni; costruendo consenso su fini e mezzi; operando in modo cooperativo) i problemi della vita collettiva.

Un aspetto critico del modello è l'abilità ed atteggiamento delle persone nell'operare insieme, come pure le competenze relative al *problem – solving*. Per questo è rilevante la presenza degli elementi / esiti preliminari. L'*empowerment* individuale contribuirà al coinvolgimento diretto e attivo degli individui, l'accorciare i legami sociali implicherà la costruzione di legami di fiducia e di aiuto reciproco, le sinergie saranno il frutto di una combinazione di conoscenze, abilità e risorse apportate dai diversi individui nel processo partecipativo – collaborativo.

Fig. 2.5: Sviluppo della *Community Health Governance*



Fonte: Lasker R.D., Weiss E.S. (2003), "Broadening Participation in Community Problem Solving: a Multidisciplinary Model to Support Collaborative Practice and Research", in *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 80, No. 1, March 2003)

Interno e collegato al tema della collaborazione tra soggetti nel quadro della partecipazione nella *governance* e *problem – solving* relativa alla salute, vi è l'aspetto delle relazioni e rapporti tra operatori sanitari e comunità. In un modello teorico che considera la questione del potere (aspetto di cui abbiamo già accennato precedentemente nella parte dedicata ad un'analisi generale del tema

partecipazione ed *empowerment*) la gestione delle risorse e la partecipazione in essa sono fondamentali per raggiungere obiettivi quali l'equità (concetto ripreso anche dalla CSDH)²⁷⁷. Ma la questione è come il potere è distribuito o reclamato e quindi quali siano i contesti, le condizioni, i processi e le forme istituzionali creano *empowerment* individuale e comunitario o al contrario forme di *dis-empowerment*. Le diverse forme e dimensioni della partecipazione definiranno il livello di accesso al controllo delle risorse (e quindi una forma di potere) da parte dei partecipanti (Fig.2.6). Il riferimento alle dinamiche di potere è coerente con l'osservazione di crescenti elementi di tensione relativi alla redistribuzione delle scarse risorse nel settore sanitario.²⁷⁸ Loewenson²⁷⁹ prende in considerazione i fattori che influenzano la partecipazione e mettono in grado le persone di influenzare l'elaborazione e l'attuazione delle politiche della salute:

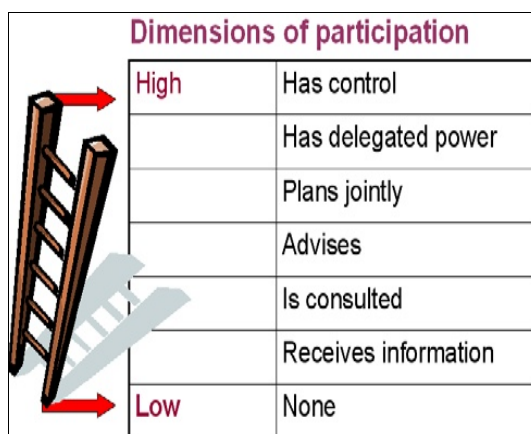
- le reti sociali: la presenza di reti sociali anche micro, il non essere isolati è un fattore rilevante anche rispetto al permanere di una condizione di salute;
- il livello di partecipazione nel sistema sanitario: la partecipazione nel sistema sanitario in modo trasversale contribuisce all'equità verticale in quanto promuove conoscenze relative alla salute, comportamenti salubri, l'inserimento delle richieste della comunità nei programmi di salute e aumenta il grado di responsabilizzazione del sistema sanitario verso le comunità marginali o più povere;
- meccanismi di *accountability* e informazione.

²⁷⁷ TARSC (2009), *Participatory methods for people centred Health Systems, Regional Review Workshop Report; TARSC with IHI*, EQUINET, Harare.

²⁷⁸ Loewenson R. (2000), Op.Cit.

²⁷⁹ Loewenson R. (2000), Op. Cit.

Fig.2.6: Dimensioni della partecipazione e livello di controllo da parte delle comunità partecipanti



Fonte: Loewenson R. (2009), *Learning from participatory work on participation and power*, in EQUINET (2009), *Regional review workshop on participatory approaches for people centred Health systems*, September 2009, Uganda

Altieri²⁸⁰ a sua volta distingue tra quattro dimensioni della partecipazione nelle politiche socio – sanitarie: un livello individuale (micro) tra utente e operatore in cui un utente attivo e con una certa autonomia si pone in relazione con l'operatore curante sulla base del consenso informato e della fiducia relazionale; un livello relazionale – reticolare in cui vengono coinvolte le reti sociali all'interno di una relazione di trattamento; un livello politico (macro) in cui avremo forme di ascolto (individuale e/o collettivo – consultazione), forme di coinvolgimento attivo e partecipazione organizzata nel processo decisionale e di allocazione delle risorse al fine di influenzarlo²⁸¹; un livello globale che ha il suo inizio nella presa di coscienza che la salute individuale dipende da fattori globali (ambientali ed economici) travalicanti i confini comunitari e nazionali e che richiede una partecipazione che vada oltre quella di livello politico macro, per cui si agisce localmente ma con ottica globale. Valutare i meccanismi e le tipologie di partecipazione richiede analisi e ricerche della forza e debolezza dei meccanismi; dell'appropriatezza dei meccanismi rispetto agli obiettivi dati; degli assunti sottostanti alle forme di partecipazione e degli elementi di costo – efficacia.

Loewenson²⁸² invita a considerare nell'analisi della partecipazione alcuni elementi: il grado di genuinità e volontarietà della *partnership* partecipativa; i soggetti coinvolti; l'azione/ruolo svolta nel

²⁸⁰ Altieri L. (2009), *Valutazione e partecipazione. Per una metodologia interattiva e negoziale*, FrancoAngeli, Milano

²⁸¹ In questo contesto di partecipazione politica l'ascolto è inteso come "incremento delle conoscenze e delle informazioni nella direzione basso – alto" (Altieri, (2009), Op. Cit., pag. 115). Mentre il coinvolgimento fa riferimento fa riferimento al processo per cui si viene riconosciuti e legittimati nel manifestare disagio e potenzialità.

²⁸² Loewenson R. (2000), Op. Cit.

meccanismo partecipativo: contributo, controllo, responsabilità e beneficio; i valori, gli obiettivi, i piani, le risorse e le azioni. Inoltre nel definire il ruolo nel processo partecipatorio rispetto al sistema sanitario indica alcuni processi, necessarie competenze o capacità personali ed organizzative e i relativi ruoli:

- Scambio di informazioni:
 - Accesso all'informazione;
 - Lettura e scrittura;
 - Capacità di ottenere e diffondere l'informazione;
 - Democrazia interna e comunicazione con i membri;
- Definizione degli standard e regolamentazione
 - Legittimità;
 - Essere in grado di organizzare interessi e mandati differenti nel quadro di un processo di negoziazione relativo a standard e diritti;
- Intervento sanitario ed erogazione del servizio
 - Capacità tecniche e manageriali;
 - Risorse umane e finanziarie;
 - Efficienza, *accountability* finanziaria;
 - Capacità di ottenere e incorporare informazioni da parte degli utenti;
 - Saper fare rete e coordinarsi con altri erogatori di servizi sanitari;
- *Audit* e monitoraggio:
 - Accesso all'informazione;
 - Capacità di ottenere, organizzare e collezionare informazioni rilevanti;
 - Analisi e diffusione di informazioni;
- Gestione delle risorse (acquisizione, gestione, allocazione)
 - Capacità di raccogliere contributi, di negoziare con i fornitori, di assicurare efficienza, qualità, equità e *accountability*;

Vi sono poi una serie di ruoli partecipatori in vari processi relativi alla salute e al sistema sanitario, che vanno dalla promozione della salute fino alla collaborazione in termini di definizione delle priorità, allocazione delle risorse e monitoraggio complessivo di processi ed erogazioni. Nel caso della promozione della salute, della prevenzione e della cura, tra i ruoli partecipatori avremo: la promozione del *Primary Health Care* e dell'attenzione alla salute, il coordinamento dei fornitori di

servizi di salute su obiettivi di salute condivisi, l'identificazione e attivazione degli input provenienti dalla comunità, la sorveglianza della gestione dei programmi.²⁸³

Altri processi e relativi ambiti con ruoli aperti alla partecipazione possono essere:

Raccolta e scambio di informazioni:

- Raccolta e organizzazione delle informazioni provenienti dalla comunità a favore del Governo locale e del sistema sanitario.
- *Report* a favore delle comunità e dei vari attori relativamente alle politiche e ai programmi.
- Rilevare e riportare specifici problemi sanitari.

La definizione di priorità politiche e definizione degli standard:

- Accertare i bisogni di salute e sviluppo della salute.
- Proporre, rivedere e monitorare gli obiettivi e le strategie politiche.
- Identificare e comunicare le priorità del sistema sanitario pubblico, i target e gli standard.
- Verificare l'impatto sull'equità delle strategie e politiche adottate.

La gestione delle risorse:

- Accrescere le risorse a disposizione del settore sanitario;
- Individuare meccanismi contributivi e di esenzione per le famiglie.
- Reperire risorse aggiuntive o alternative a quelle pubbliche su programmi condivisi a livello comunitario.
- Negoziare e proporre forme di incentivazione e sussidi.
- Bandi per erogatori di servizi in specifiche aree di lavoro.

L'allocazione delle risorse:

- Predisporre piani sanitari e bilanci.
- Gestire le risorse in relazione ai piani e ai programmi.
- Monitoraggio delle spese in relazione a quanto concordato in termini di allocazione.
- Monitorare le risorse in relazione agli obiettivi.
- Assicurare che i privati rispettino i termini contrattuali e gli standard.
- Negoziare accordi e codici di condotta con il personale sanitario.
- Assicurare forme di *audit* indipendenti.

Il monitoraggio della qualità delle cure e dei servizi:

- Revisione delle prestazioni a fronte dei piani e degli standard prefissati.

²⁸³ Loewenson R. (2000), Op. Cit.

- Monitoraggio della qualità delle cure erogate.
- Verificare ed elaborare raccomandazioni basate su input dei beneficiari.
- Dare vita a momenti di dibattito pubblico sul sistema sanitario e le sue prestazioni.

Altri autori suggeriscono una lista di funzioni – modello per i comitati ove si svolge la partecipazione locale nel settore sanitario:²⁸⁴

- *Governance*: finalizzata a rafforzare l'*accountability* verso la comunità;
- Co – gestione di risorse e servizi;
- Creazione e reperimento di risorse;
- Allargamento: inteso come facilitare l'accesso ai servizi e i comportamenti salutari;
- *Advocacy*;
- Intelligence: intesa come la trasmissione di informazioni dalla comunità ai servizi sanitari;
- Livellamento sociale: inteso come l'azione di mitigazione delle ineguaglianze sociali e l'*empowerment* degli stratimarginalizzati di comunità / società.

Il livello di incidenza della partecipazione varierà a seconda del ruolo assegnato alla partecipazione stessa, variando da un ruolo nel controllo fino all'assenza di ruolo e quindi a una posizione passiva (Fig.2 dell'Introduzione di questa tesi).

Quindi per ottenere equità è necessario incorporare in ogni formulazione teorica relativa al ruolo delle persone nel sistema sanitario e di cura il potere e le capacità delle persone e dei principali portatori di interesse. Per fare questo è essenziale una analisi della società e delle dinamiche di potere, come abbiamo avuto modo di segnalare precedentemente.

Gli schemi precedentemente illustrati sui livelli di partecipazione e le competenze vanno verificati nella pratica dando seguito ad alcuni quesiti chiave utili a valutare livello, grado, intensità, forme e incidenza della partecipazione in un'ottica di equità in termini di condizioni di salute, considerando la rilevanza dei legami sociali e della capacità di fare rete, come fattore di rilievo.²⁸⁵ Quanto i meccanismi di partecipazione rafforzano le reti sociali e riducono l'esclusione sociale, in particolare dei più a rischio ed emarginati? Quanto i meccanismi di partecipazione integrano i piani sanitari in termini di dati e priorità? Quanto la partecipazione migliora i la performance dei servizi? Le

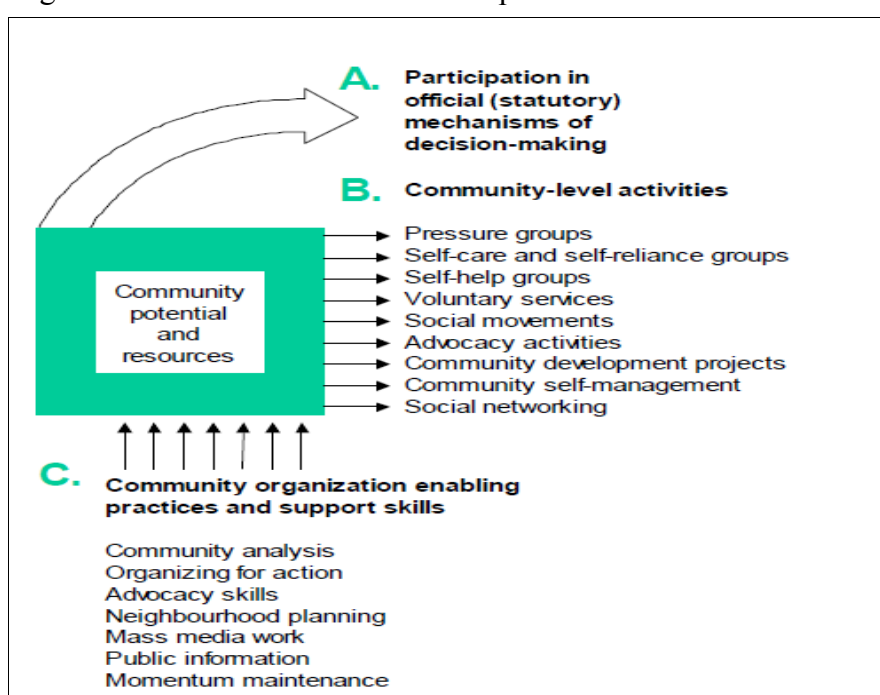
²⁸⁴ McCoy D., Hall J., Ridge M. (2011), "A Systematic Review of the Literature for Evidence on Health Facility Committees in Low – and Middle – Income Countries", in *Health Policy and Planning* 2011;1–18, Oxford University Press.

²⁸⁵ EQUINET, TARSC, CHESSORE (2002), *Impacts of Participation and Governance on Equity in Health Systems*, EQUINET – TARSC, Harare.

strutture partecipatorie rappresentano gli interessi delle comunità? Le strutture partecipatorie incidono sui meccanismi allocativi e redistributivi? Quanto i meccanismi partecipatori migliorano l'equità nella redistribuzione di risorse e servizi? E in termini di performance?

A questi schemi e domande ho fatto spesso riferimento nella mia ricerca di campo, cercando di cogliere dagli interlocutori informazioni e indicazioni utili a comprendere ruolo, peso e direzione dei meccanismi partecipatori, individuando negli schemi teorici proposti da Loewenson e da EQUINET e TARSC strumenti utili per la pratica di ricerca quotidiana nel campo della partecipazione nel settore sanitario. Alcuni modelli elaborati in seno all'OMS/WHO ci forniscono alcune indicazioni e modellizzazioni²⁸⁶ schematizzate in Fig. 2.7.

Fig.2.7: Ambiti organizzativi e azione delle comunità per la salute



Fonte: "Fig. 2. Categories and types of community action for health" in WHO (1999) *Community participation in local health and sustainable development: a working document on approaches and techniques*, European Sustainable Development and Health Series: 4, Ginevra

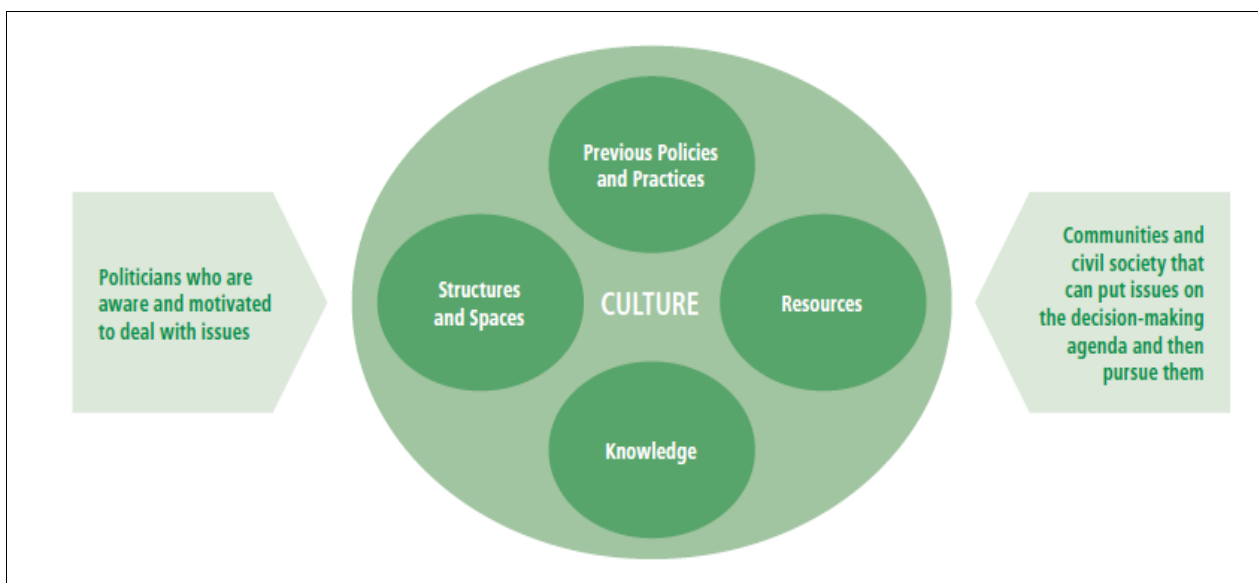
Nel documento "Closing the Gap" a cura della CSDH il tema del potere e degli squilibri nella sua distribuzione (nelle sue forme e dimensioni: politica, economica, sociale e culturale) è centrale per interpretare il ruolo dei meccanismi, forme e modi della partecipazione. La negazione della

²⁸⁶ WHO (1999), *Community participation in local health and sustainable development: a working document on approaches and techniques*, European Sustainable Development and Health Series: 4, Ginevra.

possibilità di partecipare può produrre meccanismi di *dis-empowerment* e conflitti. Quindi la partecipazione in salute come parte di un meccanismo inclusivo tendente a ridurre le forme di ineguaglianza e iniquità complessive. A tal fine è necessario intervenire sul sistema politico e legale, in quanto la partecipazione viene inquadrata nella complessiva azione a favore dei diritti umani e dell'equa redistribuzione delle risorse.

Nel recente documento preparatorio della Conferenza Mondiale sui Determinanti Sociali della Salute di Rio de Janeiro²⁸⁷, la partecipazione viene concepita in stretto collegamento con la *governance* e l'istituzionalizzazione di forme partecipatorie che partono anche dai movimenti sociali al fine di garantire la sostenibilità politica delle decisioni. Vengono precisati i contorni degli elementi utili e funzionali ad un contesto di partecipazione (Fig.2.8)

Fig.2.8: Elementi funzionali e utili alla partecipazione



Fonte: Fig. 3. in WHO (2011), *Closing the gap: policy into practice on social determinants of health*, World Health Organization, Ginevra, pag. 18

La cultura della partecipazione viene creata dall'agire sia della società civile che da parte della realtà politica e si articola in quattro elementi: le strutture e gli spazi, le conoscenze, le risorse e le esperienze pregresse. Su queste quattro dimensioni propone di incidere il documento preparatorio alla conferenza di Rio de Janeiro. Goetz e Gaventa²⁸⁸ partono dal presupposto che è necessario

²⁸⁷ WHO (2011), Op. Cit.

²⁸⁸ Goetz A.M., Gaventa J. (2001), *Bringing Citizen Voice and Client Focus into Service Delivery*, IDS Working Paper 138, Londra.

analizzare in parallelo i processi di riforma dei servizi pubblici (tra cui quello sanitario) e le iniziative dei cittadini per dare voce a bisogni, critiche, domande nel quadro di uno scenario mutato nei rapporti tra cittadini e Stato e nei meccanismi e concezioni di partecipazione che vanno oltre la democrazia rappresentativa. Centrali nel modello teorico di Goetz e Gaventa²⁸⁹ sono la *responsiveness* delle agenzie pubbliche (ovvero quanto queste si dimostrano ricettive rispetto ai *feed back* dei cittadini, producendo mutamenti nella struttura, nella cultura e nella struttura dei servizi) e *accountability* orizzontale (meccanismi interni allo Stato in termini politici, fiscali, amministrativi, normativi).

Il settore pubblico si rapporterà con i cittadini con intensità differente a seconda che scelga una modalità di consultazione o di presenza o di vera e propria influenza della cittadinanza. Il grado di influenza dei cittadini e le forme di risposta dello Stato nel settore dei servizi (anche sanitari) dipende sia dalle modalità viste precedentemente che da altri fattori quali:

1. il potere sociale, culturale ed economico del gruppo di cittadini;
2. la natura del sistema politico e la forma di competizione politica;
3. la forma del potere dello Stato e della sua organizzazione amministrativa.

Altri autori,²⁹⁰ considerando la complessità delle comunità, il fatto che l'espressione della comunità assume differenti forme e riflette livelli differenziati di controllo sui processi decisionali e ponendo in relazione l'autorità della comunità con i diversi livelli amministrativi del sistema sanitario in relazione alla partecipazione, ritengono necessario considerare anche la rilevanza delle reazioni degli operatori e responsabili del settore sanitario. Per questo sono di rilievo:

- la partecipazione a livello comunitario;
- la partecipazione a livello di distretto;
- l'analisi di fattori che inibiscono o rafforzano la partecipazione a livello distrettuale;
- le forme di rappresentazione degli interessi della comunità a livello nazionale.

Esistono in letteratura svariati studi di caso che, in particolare dopo la Conferenza di Alma Ata, hanno analizzato forme di partecipazione nel settore sanitario.

Le esperienze prese in considerazione concentrano la propria attenzione sui legami tra partecipazione e potere, partecipazione e mutamento, partecipazione ed equità, partecipazione ed

²⁸⁹ Goetz A.M., Gaventa J. (2001), Op. Cit.

²⁹⁰ Báez C., Barron P. (2006), *Community Voice and Role in District Health Systems in Africa – Literature Review*, EQUINET DISCUSSION PAPER 39, Harare.

empowerment dei partecipanti e meccanismi di *accountability* e trasparenza, riprendendo i contributi precedentemente illustrati relativi a una idea di sviluppo democratica o "critica", fino al concetto di "resistenza" espresso dagli autori del *People Health Movement*.²⁹¹

In uno studio del 2010 promosso dall'OMS/WHO per verificare e analizzare buone prassi in merito all'approccio teorico dei SDH, alcuni casi si riferiscono con particolare attenzione alle strutture decentrate di partecipazione ed ad un forte richiamo dei principi del PHC²⁹². Il primo caso si riferisce al movimento Gerbangmas in Indonesia nel quadro di una complessiva politica di decentramento nel paese. Il movimento Gerbangmas con una azione intersettoriale ha agito sull'*empowerment* delle comunità rafforzando e potenziando il ruolo degli *Health Post*. L'Indonesia aveva lanciato un piano di decentramento a partire dal 2011 offrendo ai governi di distretto e municipali la possibilità di intervenire sul sistema di *welfare*. Nel distretto di Lumajang in East Java è stato sperimentato un *empowerment* comunitario chiamato Gerbangmas, ovvero "Gerakan Membangun Masyarakat Sehat" che significa movimento per uno sviluppo in salute della comunità. Gli *Health Posts* costituirono il punto di primo intervento e inizio del processo di *empowerment*, divenendo: (i) centro di educazione comunitaria, (ii) centro per l'*empowerment* (iii) centro di servizi per la comunità. Il Gerbangmas ha fatto uso di alcuni strumenti di partecipazione quali: l'identificare il problema, il dialogo comunitario per definire un piano di azione, l'esecuzione dei programmi comunitari e monitoraggio e valutazione. Tutto questo a livello di *Health Posts*. La supervisione del piano di azione comunitario fu supportata da una serie di operatori volontari insieme a un comitato di gestione. A livello di Distretto si svolgeva invece una programmazione multisettoriale (che ritroveremo nei documenti più recenti di programmazione sanitaria dello Zambia). Il modello di intervento venne progressivamente assunto dal Governo locale come prassi, al di là della presenza di un determinato movimento non governativo. Questo esempio viene inquadrato come forma di processo incrementale attraverso forme di *advocacy* e negoziato progressivo con il progressivo coinvolgimento sia delle comunità che delle forme ufficiali di Governo locale. Elementi partecipatori di questo modello di *empowerment* teso a incidere sull'insieme dei determinanti sociali furono la programmazione orizzontale e non verticale e la gestione dei programmi da parte delle comunità con un supporto tecnico da parte dei vari settori coinvolti.

Altro caso – esempio quello dei Comitati Amministrativi Locali per la Salute (CLAS) in Perù. Nel

²⁹¹ AA.VV. (2008), "Post-script: Resistance", in PHM (2008), *Global Health Watch 2*, People Health Movement, Londra.

²⁹² Blas E., Sommerfeld J., Sivasankara Kurup A. (2010), *Social determinants approaches to public health: from concept to practice*, Department of Ethics, Equity, Trade, and Human Rights Health (ETH), WHO, Ginevra .

quadro di un sistema sanitario con molti soggetti erogatori (sistema di sicurezza sociale, forze armate, servizi privati, sistema di PHC pubblico) vi era una consistente percentuale di popolazione che non aveva accesso a servizi di salute (circa il 20%). La partecipazione è formalmente riconosciuta nel quadro dei CLAS (entità non – profit) che implementano le politiche di salute sulla base di piani locali e fondi ministeriali. La forma giuridica del CLAS è quella di ente non-profit con una assemblea composta da due rappresentanti per ogni comunità dell'area di azione, un rappresentante per ogni organizzazione di base e un rappresentante per ogni centro di salute, la municipalità e il Governo regionale. L'assemblea nomina a sua volta una direzione. I rapporti tra CLAS, municipalità e Governo avvengono tramite un Direttorato Regionale tramite un accordo di gestione. Lo strumento di azione è il Piano di Salute Locale che raccoglie i bisogni delle comunità del territorio. Il CLAS a partire da un principio di inclusione e servizio per i soggetti non toccati da altre forme di servizio sanitario è divenuto progressivamente una forma organizzativa complessa, istituzionalizzandosi progressivamente.

Passando dalla visione della partecipazione nel quadro di azioni intersettoriali a forte integrazione progressiva al tema dell'*accountability* troviamo altre esperienze e buone prassi. Come visto in precedenza nel contributo secondo un approccio basato sui diritti umani, l'*accountability* è una delle vie percorse per rafforzare le forme di partecipazione e la rispondenza delle politiche alle reali esigenze delle comunità interessate, non per nulla Loewenson²⁹³ collega *accountability* ed equità e si chiede come rafforzare questo meccanismo unitamente alla partecipazione. Tra i casi presi in considerazione ve ne sono di varie regioni, tutti ispirati al valore del monitoraggio nell'avanzamento del diritto alla salute e dell'equità in salute²⁹⁴.

In Guatemala il *Centre for the Study of Equity and Governance in Health* (CEGSS) opera su vari piani:

- a. le relazioni di potere esistenti tra operatori sanitari e comunità: coinvolgendo gli operatori sanitari di comunità nelle attività con le comunità da cui spesso essi provengono, al fine di migliorare la comunicazione e il livello di fiducia;
- b. utilizzo di metodologie partecipatorie per quanto attiene il monitoraggio;
- c. rilievo di ricerca ai risultati delle attività di monitoraggio partecipato.

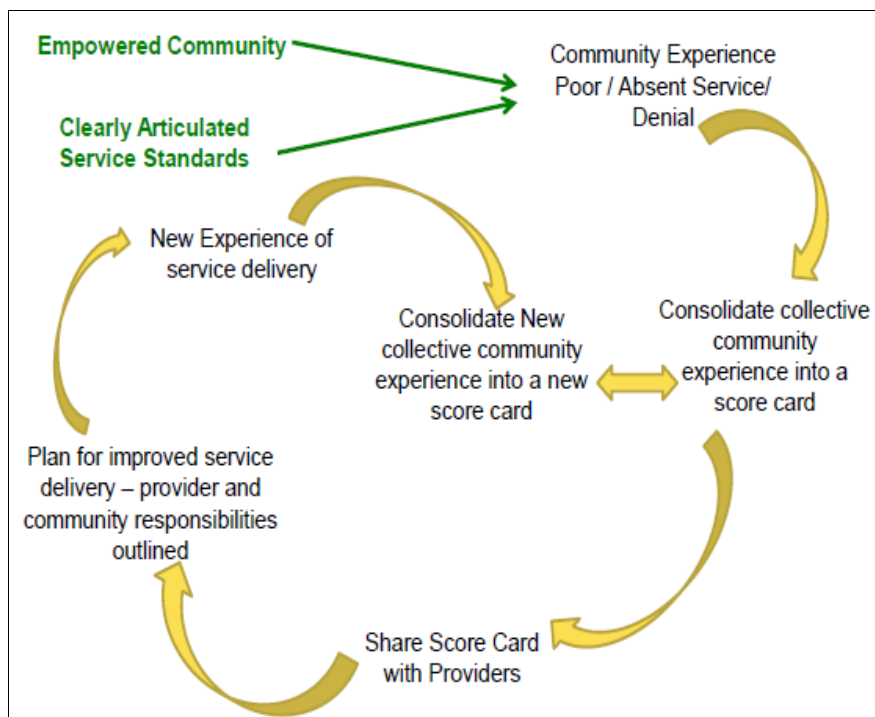
In India il monitoraggio da parte delle comunità ha avuto un forte sviluppo a partire dal 2005, anno in cui il nuovo Governo lanciò la *National Rural Health Mission* (NRHM) al fine di migliorare i

²⁹³ Loewenson R. (2000), Op. Cit.

²⁹⁴ Accountability and Monitoring in Health Initiative, Open Society Foundations (2011), *Detailed report of the proceedings from the Practitioners Convening on Community Monitoring for Accountability in Health*, Johannesburg.

servizi sanitari a livello rurale. Parte del piano fù il varo di un sistema di *Community Based Monitoring and Planning*: attraverso una azione facilitatrice di organizzazioni della società civile i membri delle comunità rurali venivano infatti coinvolti in periodiche raccolte di informazioni su servizi sanitari (dando vita a *score cards report*), in momenti di dialogo con operatori sanitari, in audizioni pubbliche sui servizi sanitari, e su problemi a livello locale, regionale e nazionale. Parallelamente il Governo aveva stabilito dei parametri e delle linee guida per i servizi stabilendo dei requisiti minimi per i servizi. La struttura dei meccanismi di monitoraggio e partecipazione risultante sono illustrati nella Fig.2.9. Gli obiettivi del programma CBM India erano quelli di raccogliere informazioni, monitorare il funzionamento dei servizi sanitari a vari livelli, identificando carenze e limiti, ma anche di rendere le organizzazioni di base e le comunità *partners* del processo di pianificazione. Presupposti essenziali una comunità resa capace di intervenire e precisi standard e linee guida per i servizi da erogare e tramite il meccanismo delle *Score Cards* procedere a valutazione e riprogrammazione per migliorare la situazione e i servizi. Al fine di dare effettività ai piani di monitoraggio sono stati elaborati manuali di monitoraggio per i quadri delle strutture sanitarie e campagne di informazione e sensibilizzazione a favore della popolazione. Parte del processo erano anche le strutture già esistenti come i Comitati di Villaggio per la Salute i Centri di Prima Cura fino a organismi di più elevato livello gerarchico – territoriale. Ritroveremo lo schema delle *Score Cards* in alcune prassi condotte dal *Civil Society Poverty Reduction* dello Zambia.

Fig.2.9: Monitoraggio e *Accountability* nel modello CBM - India



Fonte: Fig. 1 CBM Conceptual Framework India in *Accountability and Monitoring in Health Initiative*, Open Society Foundations (2011), *Detailed report of the proceedings from the Practitioners Convening on Community Monitoring for Accountability in Health*, Johannesburg, South Africa, Luglio 2011

Nell'affrontare e contrastare corruzione e limiti imposti da soggetti interni all'organizzazione statale sono stati rilevanti gli interventi della società civile tra cui la componente indiana del *People Health Movement* (PHM). La storia e le pratiche del PHM costituiscono a loro volta un interessante esempio di intervento a favore della partecipazione e dell'equità in salute.

La storia del PHM ha inizio nel Dicembre del 2000, quando si svolse a Savar (Bangladesh) la prima *People Health Assembly*, preceduta da incontri e seminari regionali. Dopo giorni di discussione nacque la "People Health Chart" (Carta dei Popoli per la Salute)²⁹⁵. Tra i punti salienti l'indicazione che le popolazioni siano le principali protagoniste della salute. Inoltre nel preambolo si trovano principi quali: la salute è una questione politica, economica e sociale e prima di tutto un diritto umano fondamentale; essa è determinata in primo luogo dall'ambiente fisico, sociale, economico e politico (concetti che ritroviamo nella struttura teorica e applicativa dei SDH con riferimento ai *gap* e alle disuguaglianze in salute).

²⁹⁵ <http://www.phmovement.org/en> (Aprile 2010).

La Carta inoltre incoraggia i popoli a sviluppare soluzioni proprie e a chiedere conto alle autorità locali, ai governi nazionali e alle organizzazioni e imprese internazionali. Per il PHM la partecipazione dei popoli e delle loro organizzazioni è essenziale per la formulazione, implementazione e valutazione di tutte le politiche e i programmi sanitarie e sociali, inoltre nel capitolo intitolato "A people – centred health sector" individua tra gli obiettivi da perseguire la promozione, il sostegno e l'impegno in azioni che rafforzino il potere e controllo delle popolazioni nei processi decisionali relativi alla salute a tutti i livelli, per fare questo è necessaria una partecipazione popolare capace di influenzare e controllare i processi di sviluppo, per questo vengono individuate alcune proposte di azione presenti nell'ultima parte della Carta²⁹⁶.

Dall'assemblea nacque il *People Health Movement* che parteciperà in seguito ai Forum Mondiali (Porto Alegre e altri) e che ha promosso campagne per il rilancio della PHC in sede OMS/WHO. PHM si è impegnato anche contro la guerra e le spese militari. La visione del PHM basata appunto sui principi di Alma Ata e per il PHC comprensivo di servizi curativi, preventivi e riabilitativi, include anche questioni quali la promozione della salute attraverso la fornitura di cibo, acqua potabile, igiene ambientale e altri servizi e beni sociali (casa, lavoro etc.).²⁹⁷

Tra gli esempi di azione partecipata del PHM possiamo indicare²⁹⁸ quello in India. In India il 'Jan Swasthya Abhiyan' (JSA o PHM India) lanciò nel 2003 la campagna per il Diritto alla Salute e lanciò una consultazione pubblica con rappresentanti da tutta l'India dove furono esaminati i casi di violazione di diritto alla salute di cui fu interessato anche la Commissione Nazionale per i Diritti Umani. In seguito furono avviati anche 'Jan Sunwais' tribunali popolari della salute) dove le persone potevano raccontare e denunciare le violazioni subito rispetto al diritto alla salute. Queste forme di audizione pubblica esercitarono forti pressioni sul sistema sanitario e sulla sua *accountability*. Analoghe audizioni furono organizzate in tutte le regioni indiane con il sostegno della Commissione Nazionale per i Diritti Umani. Tutto questo culminò con una Audizione Nazionale Pubblica sul Diritto alla Salute alla presenza del Ministro della Salute ed alti funzionari di molti stati indiani. Al termine fu redatto un piano di lavoro sul diritto alla salute sottoscritto dal JSA e dalla Commissione Nazionale per i Diritti Umani. Il dibattito proseguì anche prima delle elezioni e nel 2005 il nuovo Governo promosse la *National Rural Health Mission* (NRHM), come rinnovato impegno per la promozione della salute e il rafforzamento del sistema sanitario con uno

²⁹⁶ PHM (2000), *People's Charter for Health*, Savar, Bangladesh, <http://www.phmovement.org/files/phm-pch-english.pdf> (Aprile 2010).

²⁹⁷ Correggia M. (2006), "La salute è movimento" in Osservatorio Italiano Salute Globale (2006) *Rapporto 2004 – Salute e Globalizzazione*, Feltrinelli, Milano.

²⁹⁸ AA.VV. (2008), "Post-script: Resistance", in PHM (2008), Op. Cit.

spazio per *health workers* e decentramento delle decisioni di pianificazione. Per limitare gli elementi di privatizzazione e le distorsioni del NRHM il JSA lanciò la 'People's Rural Health Watch' in alcuni stati, coinvolgendo le comunità in un monitoraggio attivo sulla qualità delle cure e per elaborare proposte di miglioramento. Nel processo di revisione del NRHM il JSA propose il varo di Piani di Salute Popolari con un maggiore controllo da parte delle comunità nella pianificazione dei servizi. La campagna lanciata dal JSA ha avuto sviluppo in altri paesi del mondo attraverso la rete del PHM.

In El Salvador, nel 2010, il PHM è stato tra i promotori del primo Forum Nazionale sulla Salute dal titolo "Costruire la partecipazione Sociale in Salute" come parte della politica sanitaria 2009 – 2014 del Governo di El Salvador. Il Forum è articolato in strutture regionali. Tra gli obiettivi del Forum quello di promuovere la partecipazione territoriale in audizioni pubbliche e forme di partecipazione tematica e settoriale.

In Sud Africa il PHM si è attivamente impegnato sul tema dell'HIV/AIDS e il ruolo delle comunità oltre che nella campagna sul Diritto alla Salute. Tra le finalità della campagna rendere capaci le persone di intervenire nello sviluppo e realizzazione delle politiche sanitarie oltre che creare reti e piattaforme della società civile e degli operatori sanitari. Tra le attività: audizioni e testimonianze, indagini sulle condizioni lavorative dei sanitari, educazione e informazione.

In Zimbabwe il PHM ha promosso il *Community Working Group on Health* e rilanciato con un documento del 2008²⁹⁹ la PHC e una ristrutturazione della *governance* per favorire la partecipazione attraverso i *Public Health Advisory Boards*, *Hospital Advisory Boards* e gli *Health Centres Committees*. Il PHM è inoltre promotore della *International People's Health University* (IPHU) finalizzata a rafforzare i movimenti popolari per la salute coinvolgendo in particolare persone ed organizzazioni dei paesi in via di sviluppo. IPHU promuove corsi brevi in molte aree del mondo, offre materiali di approfondimento e sostiene processi di ricerca sui problemi di accesso alle cure sanitarie e sulle lotte delle popolazioni per la salute. Tra i progetti di IPHU: l'azione delle comunità per la salute, la salute come diritto umano, la riforma delle proprietà intellettuali, il rilancio della PHC.

Ho cercato di esporre esempi che dessero un'immagine della complessità della partecipazione nelle attività e nelle istituzioni sanitarie e nelle politiche per la salute. La visione della partecipazione che traspare dai diversi esempi e indicazioni di funzione delle comunità ben sintetizza il dibattito intorno alla partecipazione come fine o come mezzo, piani che spesso si intrecciano e si

²⁹⁹<http://www.phmovement.org/en/node/607> (Settembre 2011).

sovrappongono nelle esperienze, come pure l'attenzione a temi quali mutamento sociale (incidenza sui determinanti sociali e sull'equità) e capacità e potere (di qui l'attenzione all'*empowerment* e alle forme di intervento nei processi di pianificazione e decisione). Come ben sintetizza il *People Health Movement* nella sua Carta dei Popoli per la Salute: "*Health for all means that powerful interests have to be challenged, that globalisation has to be opposed, and that political and economic priorities have to be drastically changed*".

In conclusione i diversi modelli teorici e le proposte di analisi anche critica della partecipazione in salute qui esposti delineano quindi livelli, gradi, modi e forme differenti di partecipazione nel settore sanitario, considerando un insieme di fattori esogeni ed endogeni alle comunità partecipanti e alla società civile in generale. Da Alma Ata in poi le riflessioni ruotano di fatto su alcuni aspetti chiave della *Community Participation in Health*:

1. la tipologia di partecipazione (abbiamo annotato varie forme nei passaggi precedenti: passiva, manipolativa, incentivata, funzionale, interattiva, autonoma / spontanea);
2. livello di formalizzazione;
3. intesa come fine o come mezzo (e quindi dotata anche di diversi livelli di *empowerment* e di emancipazione delle popolazioni);
4. frutto di una concezione basata sui diritti piuttosto che sul concetto di consumo;
5. dinamiche e spazi di azione;
6. mutamenti nelle strutture di potere pre-esistenti;
7. benefici della partecipazione e quindi la riflessione su efficienza, efficacia ed equità;
8. *accountability*;
9. forme di delega e decentramento.

Il tema della partecipazione in salute si inserisce a pieno titolo anche nella riflessione sull'*accountability* dello Stato e della qualità della democrazia che vede crescere l'attenzione sia alle nuove "arene" partecipatorie sia a come queste si sviluppano e come i cittadini e le comunità vi accedono e vi operano. Ulteriori dettagli e precisazioni potranno derivare dalle esperienze maturate in questi anni, soprattutto dopo la Conferenza di Alma Ata del 1978 e dagli studi tesi a rafforzare la partecipazione nel campo sanitario.

2.5 *Problemi e ostacoli rispetto alla partecipazione*

Analizzando alcune esperienze di partecipazione nel settore sanitario negli anni '90 Khassay e Oakley³⁰⁰ annotano alcuni mutamenti quali: una diffusa consapevolezza del ruolo delle comunità e del diritto a partecipare, la crescente sperimentazione di metodi e forme facenti riferimento al CIH e alla CAH, una diffusa conoscenza dei temi relativi alla salute e allo sviluppo sanitario (l'entrata nel gergo di termini quali *empowerment*, potere, equità e solidarietà). Khassay e Oakley³⁰¹ concentrano la loro attenzione analitica, rispetto ai fattori limitanti la partecipazione, a elementi organizzativi e strutturali e ai comportamenti dei componenti dell'organizzazione.

Mc Coy e Ridge³⁰² mettono in evidenza invece, con riferimento all'efficace funzionamento degli *Health Centres* o *Facilities*, i limiti dei comitati partecipati (*Health Centre Committee* o *Facility Committee* etc.), considerando le caratteristiche delle strutture sanitarie, degli organi di partecipazione, della comunità, del contesto e della società. Anche Báez e Carron³⁰³ condividono alcune delle criticità segnalate da McCoy et al., concentrandosi sul livello distrettuale più che di *health facilities/centres*.

Nell'evidenziare l'aspetto del coinvolgimento e dell'allargamento degli spazi democratici Cornwall, e Coelho³⁰⁴ segnalano la rilevanza non solo del *design* degli spazi e delle istituzioni della partecipazione ma anche meccanismi di educazione popolare, formazione, sensibilizzazione, volti ad accrescere il senso di cittadinanza, inoltre saranno rilevanti staff motivate e un complesso di movimenti attivi nella società civile. Ancora si ritrova una attenzione alle aree dell'ambiente sociale, istituzionale e comunitario come luoghi critici per la partecipazione nella sanità. L'analisi dei gruppi e degli esperti dell'area Sub-Sahariana suggerisce di concentrare l'attenzione sulla criticità dei rapporti di potere:³⁰⁵

Le esperienze concentrate sul legame tra partecipazione e ruolo delle comunità nel monitoraggio attivo in sanità per virtuosi processi di *accountability* evidenziano altri aspetti critici rispetto a quanto detto, più collegati a questioni relative alla trasparenza e ai comportamenti dei diversi

³⁰⁰ Kahssay H.M., Oakley P. (1999), Op. Cit.

³⁰¹ Kahssay H.M., Oakley P. (1999), Op. Cit.

³⁰² McCoy D., Hall J., Ridge M. (2011), "A Systematic Review of the Literature for Evidence on Health Facility Committees in Low – and Middle – Income Countries", Op. Cit.

³⁰³ Báez C., Barron P. (2006), Op.Cit.

³⁰⁴ Cornwall A., Coelho V. (2004), Op. Cit.

³⁰⁵ TARSC (2009), Op.Cit.

operatori del settore sanitario siano essi entità pubbliche o private.³⁰⁶

Nella disanima del modello di *Community Involvement in Health* e *Community Action in Health* si traggono alcune riflessioni dai casi studio e dalle esperienze post – Alma Ata. Il concetto di CIH è stato l'oggetto di interpretazioni a volte molto differenti e la difficoltà di attribuire un significato univoco può, a livello di distretto sanitario o centro sanitario, causare debolezza nei processi di partecipazione: se prevale una concezione legata alla condivisione dei costi del servizio rischia di indebolirsi la partecipazione intesa come trasferimento di potere e controllo alle comunità. Inoltre permangono molte resistenze e opposizioni tra il personale sanitario e del management oltre che un deficit di accesso ai servizi che mina in partenza la relazione tra erogatore del servizio e comunità. Anche Loewenson³⁰⁷ sottolinea come l'atteggiamento, la preparazione e l'orientamento del personale sanitario siano elementi critici rispetto alla realizzazione della partecipazione e come ancora la presenza o meno di ambiti stabili di programmazione possa favorire un "momentum" di incontro con la comunità. Pertanto i meccanismi di partecipazione e di *governance* e decentramento costituiscono per Loewenson gli aspetti rilevanti per la realizzazione di dinamiche partecipatorie che incidano realmente sulle problematiche di equità in salute. Nel discorso del *networking* e delle dinamiche di decentramento entrano anche le criticità e le problematiche legate alle aree rurali e al pieno esercizio della cittadinanza a fronte di dinamiche di potere escludenti e dominanti, che nell'insieme delle relazioni di potere tra comunità e strutture di Governo o élite dominanti costituiscono una specificità di cui tenere conto nelle analisi della partecipazione nell'Africa rurale. In Tab. 2.1 sono sintetizzate alcune delle criticità emerse dalle diverse analisi: la condivisione delle informazioni, i meccanismi di legittimazione, le forme e gli spazi della partecipazione, l'organizzazione dello Stato e del sistema sanitario, i comportamenti organizzativi e individuali, la formazione e la cultura propensa alla partecipazione, la presenza di una politica inclusiva, la trasparenza, *l'accountability*, la disponibilità di risorse e la sostenibilità della partecipazione sono tra gli elementi critici che possono incidere sulla reale presenza ed efficacia/efficienza della partecipazione. Ho inteso evidenziare (*corsivo*) gli aspetti che ho maggiormente considerato nel lavoro di ricerca e nella stesura della tesi.

³⁰⁶ Health Initiative, Open Society Foundations (2011), Op. Cit.

³⁰⁷ Loewenson R. (2000), Op. Cit.

Tab. 2.1 Fattori critici che possono limitare la partecipazione

Khassay e Oakley ³⁰⁸	Báez e Carron ³⁰⁹ Mc Coy e Ridge ³¹⁰	TARSC (2009) ³¹¹	Approccio collegato ad <i>accountability</i> , trasparenza, monitoraggio ³¹²
<p>L'informazione e il trasferimento di conoscenze dal personale sanitario alla popolazione.</p> <p><i>Il contesto politico nazionale.</i></p> <p><i>La presenza di minime infrastrutture sanitarie nel livello distrettuale.</i></p> <p>La densità della popolazione (grado di dispersione sul territorio).</p> <p>L'atteggiamento dello staff sanitario, anche come frutto di percorsi di formazione e training specifici, come pure delle condizioni di lavoro.</p> <p><i>La presenza, forma,</i></p>	<p>L' influenza sul <i>budget</i> o sulla gestione della clinica e la disponibilità diretta di risorse da parte dei comitati.</p> <p>La conoscenza dell'esistenza e ruolo di organismi aperti alla partecipazione.</p> <p>L'esistenza di percorsi di formazione rivolti ai membri della comunità interessata anche in merito a conoscenze tecniche.</p> <p><i>La chiarezza di ruoli e mandati e il grado di potere e di incidenza nei processi decisionali.</i>³¹³</p> <p>I conflitti con il personale sanitario ma anche interni</p>	<p><i>Quanto la partecipazione favorisce un reale empowerment ovvero la capacità delle comunità di fare proprie e guidare le azioni.</i></p> <p><i>Quanto la partecipazione è realmente al centro del funzionamento del sistema, ovvero l'atteggiamento delle strutture istituzionali.</i></p> <p><i>Quanto spazio è concesso alle comunità nei processi.</i></p> <p><i>I meccanismi di dialogo.</i></p> <p><i>Quanto l'equità è presente come valore guida nella partecipazione.</i></p>	<p>La sostenibilità dei processi di monitoraggio e <i>accountability</i> sia per quanto attiene l'impegno della comunità che quello degli organi pubblici preposti.</p> <p><i>I fenomeni di corruzione e la resistenza delle burocrazie sanitarie.</i></p> <p><i>I fenomeni di centralizzazione.</i></p> <p>La produzione di prove tangibili di miglioramento per le popolazioni e la diffusione di informazioni.</p> <p>L'azione di imprese farmaceutiche e settore privato.</p>

³⁰⁸ Kahssay H.M., Oakley P. (1999), Op. Cit.

³⁰⁹ Báez C., Barron P. (2006), Op.Cit.

³¹⁰ McCoy D., Hall J., Ridge M. (2011), Op.Cit.

³¹¹ TARSC (2009), Op.Cit.

³¹² Health Initiative, Open Society Foundations (2011), Op. Cit. ; Potts H. (2008), *Participation*, Op. Cit.

³¹³ Glatstein – Young G., Londra L. (2010), "Community Health Committees as a vehicle for participation in advancing the right to health", in *Critical Health Perspectives*, Publication of the People's Health Movement South Africa, September 2010 Volume 2. Issue 1.

Khassay e Oakley	Báez e Carron Mc Coy e Ridge	TARSC (2009)	Approccio collegato ad <i>accountability</i> , trasparenza, monitoraggio
<p><i>pratiche di organizzazioni della società civile.</i></p> <p>La presenza di <i>Health Workers</i> e ruolo loro assegnato.</p> <p>La presenza di meccanismi di monitoraggio e valutazione della partecipazione e del coinvolgimento delle comunità.</p>	<p>alla comunità stessa in cui si hanno differenti interessi rispetto alla salute³¹⁴.</p> <p><i>La composizione e numerosità dei comitati e la rappresentatività dei componenti con riferimento alla presenza di genere e ai metodi di elezione / nomina.</i></p> <p>La presenza di interventi che facilitano la staff sanitaria e i membri della comunità nel raggiungere accordi operativi.</p> <p><i>La presenza di strutture di governance locale che promuovono la partecipazione oltre che condurre le proprie attività amministrative e l'atteggiamento delle autorità a livello distrettuale e governativo.</i></p> <p><i>La struttura politico –</i></p>	<p>La presenza di metodologie di partecipazione (ad esempio PRA etc.).</p>	<p>Il livello di organizzazione della comunità e delle organizzazioni della società civile.</p> <p>La credibilità dei policy maker quando propongono la partecipazione.</p> <p>Le competenze e le informazioni necessarie.</p> <p>Le forme e la tradizione di partecipazione pre-esistente.</p> <p>L'accettazione di un metodo negoziale.</p> <p>Le forme di restituzione alla collettività rispetto ai dati raccolti, alle indicazioni assunte etc.</p> <p>La possibilità di valutazione sia dei servizi che dei processi di partecipazione.³¹⁶</p>

³¹⁴ Frankisha C.J., Kwanb B., Ratner P.A., Higgins J.W., Larsene C. (2002), Op.Cit.

Khassay e Oakley	Báez e Carron Mc Coy e Ridge	TARSC (2009)	Approccio collegato ad <i>accountability</i> , trasparenza, monitoraggio
	<p><i>normativa rispetto alla partecipazione e al funzionamento dei comitati.</i></p> <p>La presenza di meccanismi di verifica e <i>audit</i> sul funzionamento e i ruoli del comitato.</p> <p><i>Un decentramento attuato senza precisare dovutamente ruoli e funzioni delle strutture locali di governance;</i>³¹⁵</p> <p><i>Il coinvolgimento dei gruppi vulnerabili e marginali;</i></p> <p>Le strategie di comunicazione.</p> <p>I meccanismi di <i>accountability</i> tra il livello distrettuale e i comitati partecipati.</p>		

³¹⁵ Golooba-Mutebi F. (2005), "When Popular Participation Won't Improve Service Provision: Primary Health Care in Uganda", in *Development Policy Review*, 2005, 23 (2): 165-182, segnala come il collasso delle forniture pubbliche di servizi sia il frutto anche di una debolezza regolatoria rispetto alla quale la partecipazione può solo marginalmente supplire (con molte difficoltà se questa partecipazione non ha alle spalle una adeguata preparazione e alfabetizzazione dei processi e dei problemi).

³¹⁶ Altieri L. (2009), Op. Cit.

Khassay e Oakley	Báez e Carron Mc Coy e Ridge	TARSC (2009)	Approccio collegato ad <i>accountability</i> , trasparenza, monitoraggio
	<p><i>Il concetto di democrazia partecipativa è ancora relativamente nuovo e si tende a limitarla alle forme rappresentative esistenti.</i></p>		

2.6 Proposte e prospettive della partecipazione in salute

Considerando quanto detto, sia nei capitoli dedicati al tema della partecipazione nelle sue varie concezioni (e con le indicazioni di prassi e strumenti collegati), cercherò di esporre le principali proposte emerse dalla letteratura e dai documenti ufficiali in merito alla strutturazione di forme, modalità e organizzazione della partecipazione. E' una sorta di elenco di buone prassi e proposte politiche utili per la ricerca di campo e l'analisi dei documenti al fine di comprendere le riflessioni e le prospettive della partecipazione nel settore sanitario.

Sempre nel quadro dei lavori della CSDH troviamo alcune proposte di prassi concreta:

- "• Local assessment of needs;
- Representation of local people within planning and management arrangements;
- Design of specific initiatives with target groups to ensure that they are acceptable (i.e. culturally and educationally appropriate), and that they work through settings that are accessible and appropriate;
- Training and support for volunteers, peer educators and local networks;
- Visibility of political support and commitment;
- Re-orientation of resource allocation to enable systematic investment in community-based programmes;
- Policy development and implementation that brings about wider changes in organizational priorities and policies, driven by community-based approaches
- Increased flexibility of organizations, so supporting increased delegation and a more responsive approach".³¹⁷

Kahssay e Oakley³¹⁸ propongono alcune pratiche strategiche in merito ai principi e pratiche del CIH e CAH:

³¹⁷ WHO (2007). Op. Cit.; anche come: MEKN (2007), Op.Cit.

³¹⁸ Kahssay H.M., Oakley P. (1999), Op. Cit.

- sviluppare una *leadership* comunitaria;
- rafforzare i meccanismi di impegno e coinvolgimento delle persone anche a partire dalle abilità e conoscenze delle persone;
- dare vita a forme di network tra ufficiali del Governo, Ong, referenti distrettuali per rafforzare e sostenere i meccanismi e le forme di partecipazione;
- creare una "massa critica" capace di influenzare l'opinione generale.

Secondo gli autori del *Global Health Watch 2*³¹⁹ il livello Distrettuale offre in qualche modo il livello ideale per garantire l'integrazione di politiche, programmi e priorità rispetto sia alle indicazioni centrali che ai bisogni e caratteristiche delle comunità che per garantire il coinvolgimento della popolazione. Questa tesi è suffragata da alcuni degli autori esaminati sino ad ora, mentre altri prediligono, con analoghe motivazioni, gli *health centres / facilities*. E' importante quindi che le popolazioni operino perchè le strutture decentrate distrettuali non vengano indebolite dalle politiche economiche e dalle riforme di settore.

Per Báez e Barron³²⁰ è fondamentale che nei piani di decentramento venga riconosciuto il ruolo delle comunità e della loro partecipazione negli *Health Facilities / Centres*. Infatti i comitati di questo livello organizzativo potranno riportare al Distretto elementi, informazioni, bisogni, valutazioni utili alla pianificazione e alla redistribuzione delle risorse. Inoltre sarà necessario un processo di *empowerment* tecnico e di conoscenze specifiche rispetto ai partecipanti ai comitati.

Tra le buone prassi a livello distrettuale da implementare:

- pianificazione partecipata con una specifica attenzione ai gruppi vulnerabili;
- sviluppo delle capacità e conoscenze di operatori e comunità;

Altrettanto rilevante la presenza di forme centrali di partecipazione della società civile nella valutazione ed elaborazione delle politiche sanitarie con una visione specifica rispetto ai problemi di equità (ad esempio tramite i *Central Health Boards* o similari).

Cornwall, Pasteur L., Pasteur K.³²¹ insistono sull'importanza di meccanismi di *accountability* nel quadro di un processo di devolution a favore di un livello distrettuale: nel quadro di un processo di *empowerment* delle comunità per quanto riguarda l'esercizio dei propri diritti e la conoscenza dei meccanismi, è importante comprendere che l'*accountability* non dovrebbe solo comportare un miglioramento in termini di efficacia ma anche aprire spazi di partecipazione e coinvolgimento da

³¹⁹ PHM (2008), Op. Cit.

³²⁰ Baez C., Barron P. (2006), Op.Cit., <http://www.EQUINETafrica.org/bibl/docs/DIS39GOVbaez.pdf> (Maggio 2009).

³²¹ Cornwall A., Pasteur L., Pasteur K. (2000), Op.Cit.

parte della comunità rispetto ai servizi di cui è utilizzatrice / beneficiaria nel quadro di una reale devoluzione di poteri a favore di strutture democratiche di partecipazione sui temi dello sviluppo e della sanità. E' importante inoltre lo sviluppo di *partnership* con le comunità che sviluppino un senso di "co-ownership" anche tra gli utilizzatori dei servizi sanitari.

Ulteriori proposte si riferiscono al:

1. Raccordo tra forme di partecipazione, *partnership* e *accountability*.
2. Rafforzare il controllo della comunità.
3. Superare limiti politici, istituzionali, culturali e ambientali alla partecipazione.
4. Migliorare le condizioni di trasparenza.³²²

De Vos P., De Ceukelaire W., Malaise G., Pérez D., Lefèvre P., Patrick Van der Stuyft P.³²³ seguendo un approccio basato sui diritti umani e la centralità dell'*empowerment*, propongono di affrontare tre temi chiave con altrettante proposte di prassi nella partecipazione nel settore sanitario:

1. questioni legate alle classi socio – economiche: inserire il tema delle differenze sociali nei for a di discussione e includere l'analisi di classe nel quadro delle indagini e delle discussioni;
2. questioni legate al tema del potere: nel costruire pratiche di *empowerment* partire da una analisi delle dinamiche di potere;
3. questioni relative al ruolo dello Stato: inserendo il discorso del rispetto del diritto alla salute unitamente al diritto alla partecipazione con un orizzonte ampio anche al di là della comunità di appartenenza.

Da quanto riferito nell'HRBA riprendo in particolare la proposta di adottare degli indicatori utili a valutare alcuni aspetti della partecipazione nel settore sanitario per il rispetto del diritto alla salute:

- indicatori strutturali relativi agli aspetti normativi, organizzativi e istituzionali;
- indicatori di processo relativi al metodo di partecipazione e al livello di inclusività nel definire l'agenda, nell'incidere sulle norme, sui processi di facilitazione e mediazione, nella discussione, nel garantire trasparenza;
- indicatori di risultato: relativamente alla valutazione del metodo più appropriato utilizzato, all'effettiva adozione di strumenti di partecipazione da parte dello Stato.

Labonte e Williams³²⁴ in uno studio su gruppi di donne e partecipazione, propongono di incidere sui diversi livelli in cui il potere si manifesta e quindi sviluppare un processo di *empowerment* a più

³²² Cornwall A., Pasteur L., Pasteur K. (2000), Op. Cit.

³²³ De Vos P., Malaise G., De Ceukelaire W., Perez D., Lefevre P., Van der Stuyft P. (2009), Op.Cit.

³²⁴ Williams L., Labonte R. (2003), "Changing health determinants through community action power participation and policy", in Promotion and Education; 2003; 10, 2.

livelli: a livello individuale incidendo sulla visione di sé e sulle prospettive di intervento nella comunità, di gruppo (“power with”) aumentando le capacità di azione di un gruppo nella comunità e di relazione con altri gruppi, infine a livello istituzionale (“power over”).

Sempre da autori collegati a EQUINET³²⁵ derivano alcune indicazioni:

- rafforzare il ruolo di strutture quali gli *Health Centres Committee*;
- ampio coinvolgimento delle comunità e degli operatori sanitari da subito nelle prime fasi dei processi;
- operare per un mutamento di atteggiamento per far fronte a dinamiche di potere negative tra comunità e operatori sanitari e per contribuire a una elaborazione condivisa dei bisogni e delle priorità;
- procedere a forme di alfabetizzazione dei temi della salute;
- nei processi di pianificazione dare voce alle comunità e agli operatori sanitari locali;
- porre in atto e prevedere definiti meccanismi di dialogo;
- favorire le forme di coordinamento e la chiarezza nei ruoli dei diversi livelli di Governo della salute;
- sostenere forme di rete e alleanza tra i gruppi marginali e marginalizzati sia attraverso forme di ricerca partecipata che tramite progetti di fondi sociali comunitari;
- porre al centro di ogni riflessione e decisione il valore dell'equità;
- usare metodi partecipativi per raccogliere ed elaborare le informazioni e i dati;
- rafforzare tutti i livelli di partecipazione nel settore sanitario;
- rafforzare lo scambio di informazioni tra comunità e sistema sanitario e includere le informazioni delle comunità locali nella programmazione;
- accrescere la trasparenza del sistema sanitario rispetto all'uso delle informazioni raccolte;
- collegare le forme di partecipazione ad un potere decisionale relativamente alle risorse;
- adottare strumenti di rilevazione e valutazione che rendano i servizi sanitari più responsabili e rispondenti rispetto alle esigenze e diritti di individui e comunità.

Il contesto in cui la partecipazione prende avvio è essenziale quindi per incentivare e facilitare i processi di partecipazione, e condizione essenziale è che i governi attuino precise politiche di rafforzamento dei sistemi sanitari e di riconoscimento delle posizioni esistenti nella società civile: dando disponibilità a comprendere le diverse prospettive; fornendo infrastrutture e formazione

³²⁵ Mubyazi G., Hutton G. (2003), *Understanding mechanisms for integrating community priorities in health planning, resource allocation and service delivery*, EQUINET Discussion Paper n. 13, Harare.

adeguata, come pure definendo i ruoli con precisione; ponendosi obiettivi di politica pubblica che si pongano l'obiettivo dell'equità. Inoltre è fondamentale per questi autori operare per rafforzare le autorità regionali nel settore sanitario: rafforzando il settore della salute comunitaria, i network comunitari e i meccanismi di controllo comunitario.³²⁶

Concentrando l'attenzione sulle esperienze di monitoraggio e partecipazione per l'*accountability*, emergono alcuni nodi e alcune proposte collegate³²⁷:

- A. le questioni di giustizia sociale, diritti umani, cambiamento sociale: le comunità e il loro ruolo non si devono limitare al monitoraggio ma ampliarsi a tutti i temi sulla base di un approccio basato sui diritti; sono necessari la creazione di spazi di dialogo e incontro tra Governo e i principali portatori di interesse; deve essere presente il coinvolgimento delle comunità nell'analisi delle informazioni e dei dati³²⁸; necessario porre in atto meccanismi inclusivi in tutti i passaggi e processi;
- B. mobilitazione, *empowerment* e presa di coscienza della comunità: analizzando e valutando puntualmente le forme di partecipazione, affrontando le questioni della sicurezza personale, dei conflitti e culturali; usando appropriati metodi di comunicazione con e da parte della comunità nei diversi processi di monitoraggio;
- C. mutamento delle relazioni di potere: stabilire alleanze con persone interne al sistema statale, uso strategico delle informazioni e dell'informazione, contatto con enti e istituzioni preposte ad esempio alla tutela dei diritti umani.

In conclusione:³²⁹

- Il tema della partecipazione nel settore sanitario non è più un fatto nuovo (numerosi documenti e dichiarazioni lo dimostrano³³⁰) e il lavoro della CSDH e di molte Ong ne rilancia la validità teorica e pratica.
- E' essenziale che oltre al contesto e all'atteggiamento istituzionale vi sia una crescente

³²⁶ Frankisha C.J., Kwanb B., Ratner P.A., Higgins J.W., Larsene C. (2002), Op. Cit.

³²⁷ Health Initiative, Open Society Foundations (2011), Op. Cit.

³²⁸ Presente anche in Howard-Grabman L. (2000), "Bridging the Gap between Communities and Service Providers - Developing Accountability through Community Mobilisation Approaches", in IDS Bulletin Vol 31, n.1, allorchè si propone la creazione di un sistema di sorveglianza epidemiologica a livello comunitario.

³²⁹ Quanto ad altre proposte su modelli organizzativi della partecipazione rimando al testo: Fung A., Wright E.O. (2003), Op. Cit.

³³⁰ WHO (1946), *Constitution of the World Health Organization*, Ginevra; WHO (1978), *Declaration of Alma-Ata*, Op. Cit.; WHO (1986), *Ottawa Charter for Health Promotion*, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986, WHO/HPR/HEP/95; WHO (1997), *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*, Fourth International Conference on Health Promotion: *New Players for a New Era — Leading Health Promotion into the 21st Century*, Jakarta, 21-25 July 1997.

consapevolezza dei propri diritti e doveri nella salute e nelle sue politiche, condizioni essenziali perchè vi sia una partecipazione in grado di influire sui processi decisionali.³³¹

- La partecipazione non è un processo automatico, è necessario che i processi di partecipazione tengano conto delle legittime aspirazioni delle popolazioni e si pongano l'obiettivo di rispondervi a partire dalle capacità e dalle condizioni che le comunità vivono.

332

- L'*empowerment* partecipativo deve considerare tutti gli attori che agiscono a livello comunitario, inclusi gli operatori sanitari, e operare per una stretta collaborazione e dialogo tra tutti i soggetti interessati a partire dal riconoscimento della salute e dell'equità come essenziali per il complessivo benessere sociale della popolazione.
- Senza *empowerment* partecipativo e reale partecipazione che incida sui meccanismi e sulle politiche, sfidando le asimmetrie e iniquità in salute, l'equità resta una chimera.³³³
- La Dichiarazione di Cuenca³³⁴ adottata alla seconda assemblea del *People Health Movement* (PHM) ribadisce che le migliori prospettive per l'equità in salute si realizzano quando comunità capaci e attive si alleano con lo Stato in azioni contro interessi politici ed economici che possono indebolire o indeboliscono il settore sanitario pubblico. Di conseguenza, come affermato sempre dal PHM a Dhaka nel 2000: "...is vital in ensuring people's power and control in policy development".³³⁵
- Tra le modalità di coinvolgimento della società civile possono annoverarsi: l'informazione obiettiva ed equilibrata, la consultazione al fine di ottenere *feed back* da parte dei soggetti coinvolti e suggerimenti, il coinvolgimento diretto con la garanzia dei pubblici interessi, la collaborazione, l'*empowerment* al fine di assicurare una capacità di controllo dei processi da parte dei gruppi e delle comunità coinvolti.
- E' comunque essenziale che strutture e risorse siano orientate / devolute alla partecipazione: questo significa investire tempo e denaro per ascoltare, informare, raccogliere dati, valutare e modificare alla luce dei processi di partecipazione.
- E' essenziale il rilancio , aggiornandolo alla luce degli esiti della CSDH, del modello della *Primary Health Care*, in stretta connessione con processi di ricerca e analisi che forniscano,

³³¹ Cornwall A., Pasteur L., Pasteur K. (2000), Op.Cit.

³³² Schuftan C. (1983), "De-Westernizing Health Planning and Health Care Delivery: A Political Perspective", in *Third World Medicine and Social Change*, Cap. 3, University Press of America, New York.

³³³ WHO - CS (2007), *Civil society report. Final report of the Civil Society work stream of the Commission on Social Determinants of Health*, Ginevra.

³³⁴ Peoples Health Movement (2005), *Cuenca Declaration*, Cuenca.

³³⁵ Peoples Health Movement (2000), *The People's Charter for Health*. Dhaka.

sempre con una metodologia partecipativa, dati e conoscenze per il miglioramento dei servizi sanitari.

- Non è possibile nell'elaborazione delle politiche e nell'attuazione della partecipazione, trascurare l'esigenza di punti di riferimento etici (equità) connessi al sistema dei fondamentali diritti dell'uomo (e quindi un riferimento agli approcci HRBA).

Cap. 3 La politica e il sistema sanitario in Zambia

In questo capitolo si intende esporre sinteticamente i principali passaggi storici delle politiche sanitarie in Zambia con riferimento alle politiche di sviluppo complessive del paese per introdurci, nel capitolo successivo, ai più recenti passaggi inquadrati nelle politiche di *Budget Support* e *Sector Wide Approaches* (SWAPs) in campo sanitario.

Le riforme del sistema sanitario, parallelamente alle politiche economiche, costituiranno elemento di sfondo del capitolo, teso a delineare, nel quadro delle politiche di sviluppo, quanto accaduto nel settore sanitario. Parte del dibattito sulle prospettive delle politiche sanitarie è la questione emersa nel 2010, e proseguita nel 2011, delle "mobile clinics" che ha causato non poche tensioni tra il Governo e i donatori tradizionali partecipanti allo SWAp del settore sanitario. Altro elemento di rilievo negli ultimi anni è il caso di corruzione o distorsione di fondi avvenuto al Ministero della Salute dello Zambia (MoH) e che ha causato una sospensione di parte degli aiuti per il settore sanitario da parte di alcuni donatori: la situazione sembrava rientrata verso la fine del 2010 ma restavano forti tensioni per quanto accaduto e una forte richiesta di chiarezza e meccanismi di *accountability* e controllo da parte dei donatori nei confronti del Ministero della Salute. Quest'ultimo episodio è interessante anche perchè avviene nel quadro delle nuove politiche di *Sector* o *Budget Support* che dovevano garantire maggiore efficienza, controllo ed efficacia nell'utilizzo dei fondi erogati.

In premessa è importante comprendere che quanto accaduto al/nel sistema sanitario zambiano ha certamente ragioni interne ma anche uno stretto collegamento con le dinamiche nelle politiche di salute globale e di sviluppo avvenute a partire dagli anni '70. Tra i passaggi rilevanti vi è nel 1978 la Conferenza di Alma Ata, che come già detto, segna un passaggio fondamentale nelle politiche sanitarie pubbliche di tutto il mondo. La dichiarazione fu firmata dalla stragrande maggioranza dei paesi presenti ad Alma Ata³³⁶ che partendo dal riconoscimento delle profonde diseguaglianze in salute tra e nei paesi ribadiva la salute come diritto umano, l'obiettivo di un livello accettabile di salute per tutti entro il 2000, la stretta cooperazione tra i paesi e la scelta dell'approccio *Primary Health Care* (PHC) accettabile e sostenibile in termini pratici, scientifici e sociali.

Nella dichiarazione di Alma Ata sono contenuti molti dei principi e delle proposte articolate e dispiegate successivamente dalla CSDH quali l'attenzione ai fattori economici e di potere, il

³³⁶ http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf ; http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/ (Aprile 2010); WHO (1978), *Declaration of Alma-Ata*, Op. Cit.

rafforzamento dei sistemi sanitari di base. Il progressivo affermarsi dei principi del *Washington Consensus* a partire dagli anni '80 e il forte intervento anche nel settore sanitario degli Istituti Finanziari Internazionali quali Fondo Monetario Internazionale e Banca Mondiale, cambiarono le priorità di riferimento anche a fronte di paesi fortemente indebitati e con scarse risorse per i servizi sanitari. Si passò progressivamente a un approccio selettivo, non orientato alla salute ma alla malattia, inserendo la salute nelle dinamiche di mercato e promuovendo, a scapito del rafforzamento della medicina e della salute di base e comunitaria, programmi verticali per malattia. La pubblicazione nel 1987 del rapporto della Banca Mondiale³³⁷ indica le nuove prassi che devono essere seguite: *user fees*, sistemi privati di assicurazione sanitaria, forme di apertura al mercato e decentramento (collegato alla pratica dell'*user fees* come base di raccolta di risorse per le strutture e le cure decentrate). La pratica di una PHC selettiva, quale ad esempio il varo di pacchetti minimi di cura (in Zambia sotto il termine di *Basic Health Care Package - BHCP / Basic Health Programme*) segna l'abbandono dell'approccio olistico della PHC.³³⁸ Questo tipo di approcci influenzò fortemente anche le politiche dell'OMS/WHO che aprì ai fondi globali internazionali secondo una *partnership* pubblico – privato (ad esempio come nel caso del *Global Fund Against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria – GFATM*) e a una logica e approccio economico alla salute, sempre meno diritto, sempre più elemento funzionale alla crescita economica e alla lotta alla povertà (mi riferisco al rapporto dell'OMS/WHO del)³³⁹. La crisi dei Piani di Aggiustamento Strutturale, il varo dei *Poverty Reduction Strategy Paper* (PRSP) con maggiore sensibilità ai temi sociali e alla povertà, il mutamento di equilibri interni all'OMS/WHO, il contributo scientifico e di ricerca di persone come Margareth Whitehead³⁴⁰, l'azione di reti globali e di alcuni paesi (Brasile, Sud Africa, Cuba etc.) congiuntamente al fallimento della pratica degli *user fees* (causa di quella che è stata chiamata la "*Poverty trap*") e all'inefficienza nell'uso e distribuzione dei medicinali che si è manifestata unitamente al collasso delle strutture sanitarie pubbliche e al peggioramento delle condizioni di salute della maggioranza della popolazione, portò a una nuova lettura della PHC e delle cause di disegualianze in salute che troviamo nei lavori della CSDH precedentemente esposti.

³³⁷ World Bank (1987), *Financing Health Care an Agenda for Reform*, Washington.

³³⁸ Maciocco G. (2004), "La salute come merce: da Alma Ata all'epidemia globale delle riforme sanitarie", in AA.VV. (2004) *Salute e Globalizzazione*, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Ed. Feltrinelli, Italia; Missoni E., Pacileo G. (2008), "A trent'anni da Alma Ata: l'evoluzione delle politiche globali in sanità", in AA.VV. (2008), *Terzo Rapporto - Salute Globale e Aiuti allo Sviluppo. Diritti Ideologie, Inganni*, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Edizioni ETS, Pisa.

³³⁹ WHO (2001), Op.Cit.

³⁴⁰ Whitehead M. (1992), Op.Cit.; Whitehead M., Dahlgren G., Evans T. (2001), Op. Cit.

Analizzare quanto accaduto in Zambia, una sorta di laboratorio anche a causa del forte indebitamento e della applicazioni di varie politiche economiche e riforme fortemente "etero – dirette", è la premessa per comprendere meglio anche le proposte e il dibattito attorno all'*empowerment* partecipativo.

3.1 *Dallo Stato sviluppatista al post – Washington Consensus*

Le prime politiche sanitarie risalgono all'epoca coloniale come è possibile dedurre dall'archivio di norme in materia sanitaria presso l'Archivio Nazionale dello Zambia a Lusaka. Ma in ogni caso le pratiche di biomedicina sviluppate dal Governo coloniale britannico erano più tese a garantire la salute dei coloni e dei membri dell'amministrazione coloniale o funzionale all'attività lavorativa delle popolazioni locali, soprattutto in area urbana, pur in un regime di erogazione dei servizi sanitari secondo l'appartenenza razziale (bianchi, indiani, zambiani e africani). Lo scopo del sistema coloniale dei servizi sanitari era prima di tutto erogare e garantire le cure alle popolazioni dei coloni e dei funzionari coloniali e in seconda battuta creare delle "buffer zones" rispetto alle malattie erogando cure ai lavoratori zambiani nelle aree urbane e minerarie, sia per tutelare la salute dei bianchi che per migliorare efficienza e produttività lavorativa degli zambiani. Eredità di queste politiche, in parte replicate dai governi dello Zambia indipendente, è la concentrazione di servizi sanitari ed ospedali nelle aree urbane e minerarie, oltre che per lungo tempo una sorta di tutela sanitaria separata per i minatori del Copperbelt garantita dalle miniere.

Le missioni religiose, giunte con le prime missioni di esplorazione in Zambia, d'altro canto svolsero un ruolo rilevante nel promuovere le prime strutture di bio-medicina in area rurale con l'apertura di dispensari e centri medici o ospedali missionari, una struttura tutt'oggi presente e inquadrata nelle attività sanitarie della Chiesa Cattolica (Segretariato per la Salute della Conferenza Episcopale – ZEC) e del CHAZ (*Churches Health Association of Zambia*) tra i principali fornitori di servizi sanitari privati in Zambia convenzionati con il Ministero della Salute zambiano (MoH).

Tutto questo comportò che all'indipendenza dello Zambia, salvo alcune aree urbane, la situazione dei servizi e delle strutture sanitarie era largamente deficitaria e l'inequità del sistema assai profonda soprattutto tra aree urbane e aree rurali.³⁴¹

I governi successivi all'indipendenza cercarono da subito di modificare i valori – guida e la filosofia di impostazione del sistema sanitario secondo i principi umanistici proposti dal Presidente Kenneth Kaunda. L'idea guida dei primi piani nazionali (*National Health Strategic Plan*, NHSP) era quella

³⁴¹ Macwan'gi M., Ngwengwe A. (2004), Op.Cit.; Mwansa L. K. (1989), "Rural-Urban Health Care Service Imbalances in Zambia — Forces and Outcomes", in *Journal of Social Development in Africa*, pagg. 69-83, troviamo quanto segue: "(...) essential objective of colonial health policy was to provide a safer environment for the Europeans, to maintain a healthy labour force engaged in industrial and commercial activities, and for conversion of the natives to Christianity in the colonial territories. In other words, health care was provided only in so far as it could yield economic or other special advantages for the colonialists, international capitalists and religious bodies. Furthermore, available evidence shows that health care provision according to colonial policies and practices was strictly colour-segregated".

di migliorare e ampliare i servizi sanitari a disposizione della popolazione su tutto il territorio della Repubblica dello Zambia e fornire servizi efficienti per tutti gli zambiani.

Per questa ragione tra il 1964 ed il 1975 il Governo dello Zambia investì fortemente nella costruzione degli ospedali provinciali e degli *Health Centres* (HC) in area rurale (Tab. 3.1)³⁴²

Tab. 3.1: Servizi sanitari in Zambia (1964 – 1978)

	1964	1978
<i>Ospedali</i>	48	82
<i>Health Centres</i>	306	676

Fonte: MoH (1991) *Country Health Profile*, Lusaka

La spesa sanitaria crebbe a circa 12 USD pro-capita ma restò un divario ampio tra i servizi disponibili in area urbana e area rurale e le strutture ospedaliere, prevalentemente situate in area urbana assorbivano larga parte dei bilanci del Ministero della Salute, nonostante larga parte della popolazione vivesse in area rurale.³⁴³ Inoltre nonostante gli sforzi del Governo per migliorare le condizioni in area rurale restava complesso se non impossibile accedere ai servizi sanitari, spesso distanti. Nel 1977 quasi la metà della popolazione zambiana viveva a oltre 30 Km dal più vicino ospedale, mentre circa un terzo viveva a oltre 12 Km dal più vicino *Health Centres*: tali percentuali crescevano se si consideravano le regioni più rurali, non situate vicino alle principali arterie di trasporto né a centri urbani di rilievo. Le distanze dai centri non sono un fatto meramente statistico ma incidono e incidono sull'accesso effettivo ai servizi sanitari, dato che le condizioni delle strade non sono ottimali né percorribili spesso con un normale mezzo soprattutto nella stagione delle piogge. Nel 1980 solo il 21 % dei mezzi del Ministero della Salute era in grado di essere utilizzato essendo la maggior parte dei mezzi in manutenzione,³⁴⁴ con conseguenti difficoltà o impossibilità di accedere ai servizi sanitari o trasporto dei malati su biciclette o carretti (questa situazione è ancora presente ad esempio nelle aree rurali del Copperbelt attorno a Ndola, come ho avuto modo di constatare personalmente).

Analoghe asimmetrie tra area rurale e urbana si potevano riscontrare alla fine degli anni '70 anche per quanto atteneva la presenza di personale medico e sanitario. L'avvio di ulteriori investimenti nel settore sanitario sull'onda della dichiarazione di Alma Ata e con l'intento di accrescere l'equità del

³⁴² Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (1991), *Country Health Profile*, Lusaka.

³⁴³ Mwansa L. K. (1989), Op.Cit.

³⁴⁴ Mwansa L. K. (1989), Op. Cit.

sistema sanitario in particolare in area rurale, si scontrò con la crisi finanziaria della fine degli anni '70, il crollo del prezzo del rame e con un crescente indebitamento dello Stato, non più in grado di sostenere le spese per migliorare la struttura sanitaria del paese. Lo scoppio della pandemia dell'HIV / AIDS con elevati tassi di sieropositività e mortalità in Zambia portò il sistema a una situazione vicina al collasso e l'inserimento della pratica degli *user fees* anche in area rurale rese ancora meno accessibili le cure per larga parte della popolazione. Tra il 1980 e il 1999 l'aspettativa di vita è passata da 59 a 37 anni; il calo nella mortalità infantile beneficiato dagli investimenti degli anni '60 e '70 si è progressivamente fermato negli anni '90; si è registrato un aumento, anche collegato all'HIV/AIDS dei casi di Tubercolosi.

Altri dati³⁴⁵ tratteggiano un paese in una situazione critica ancora negli anni '90, anche rispetto ai paesi limitrofi (Tab. 3.2)

Tab. 3.2: Indicatori sanitari area sub-sahariana 1994

	Mortalità infantile ogni 1000 nati	Aspettativa di vita	Tasso di mortalità delle madri per parto (ogni 100.000)	Popolazione con accesso ad acqua potabile (dato %)
Zambia	109	45	940	27
Harare	70	49	570	77
Namibia	63	59	370	57
Botswana	55	52	280	93
Area Sub Sahariana	97	53	971	51

Fonte: <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do> (Febbraio – Dicembre 2011); Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (1998), *National Health Accounts 1995 – 1998*, Lusaka; Central Statistical Office (1992), *Demographic and Health Survey*, Lusaka

A confermare il permanere di diseguaglianze tra aree rurali e aree urbane ancora nel 1992, alla fine del Governo a partito unico del Presidente Kaunda e dopo un decennio di forte crisi economica e aggravamento della situazione di debito, è la Fig. 3.1³⁴⁶.

E' emblematico l'andamento dell'aspettativa di vita in Zambia ove, a partire dagli anni '80 e fino agli inizi del XXI secolo si osserva un calo progressivo dell'aspettativa di vita, causato sia dalla pandemia dell'HIV/AIDS che dal collasso del sistema sanitario, unito alle conseguenze delle

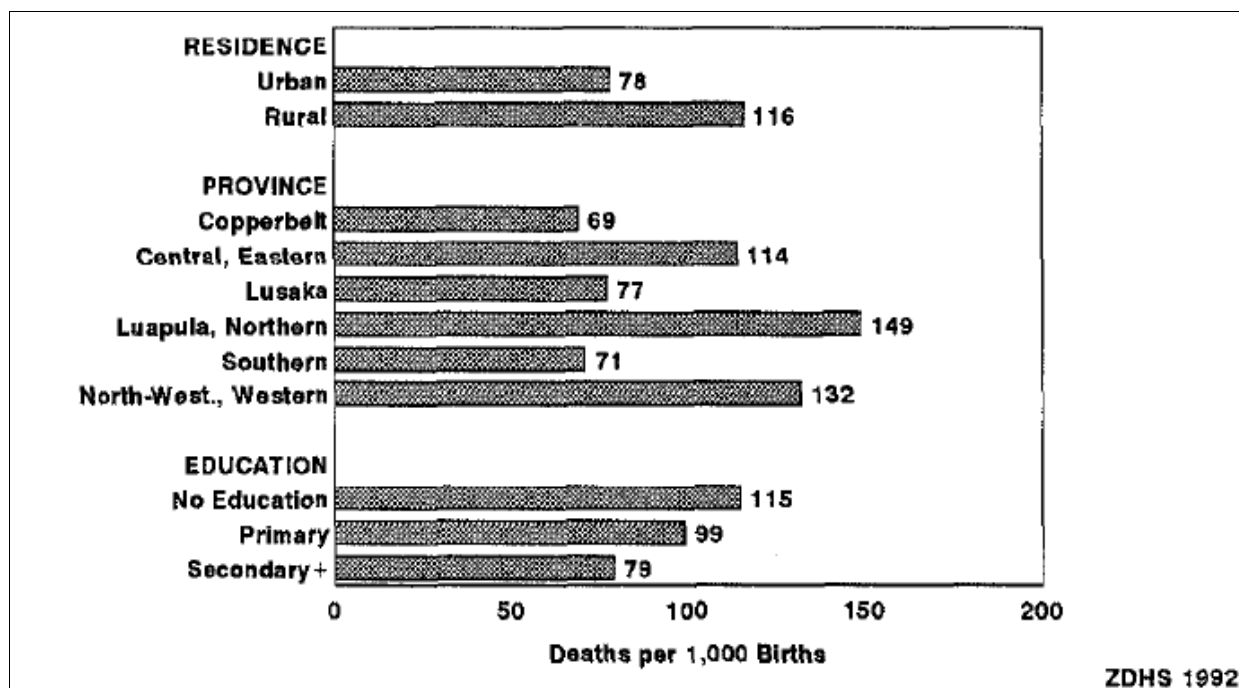
³⁴⁵ Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (1998), *National Health Accounts 1995 – 1998*, Lusaka; Central Statistical Office (1992), *Zambia Demographic and Health Survey*, Lusaka.

³⁴⁶ Central Statistical Office (1992), Op. Cit.

Politiche di Aggiustamento Strutturale (PAS/SAP) e al forte indebitamento (degli andamenti del debito e degli aiuti allo sviluppo parleremo nel successivo capitolo 4 in modo esteso) oltre che all'impoverimento crescente della popolazione (circa il 73% della popolazione nel 1998 era considerato povero a fronte di un dato pari al 69% nel 1996, mentre il tasso di popolazione in condizioni di povertà estrema raggiungeva il dato del 58% della popolazione, il 71% in area rurale).

347

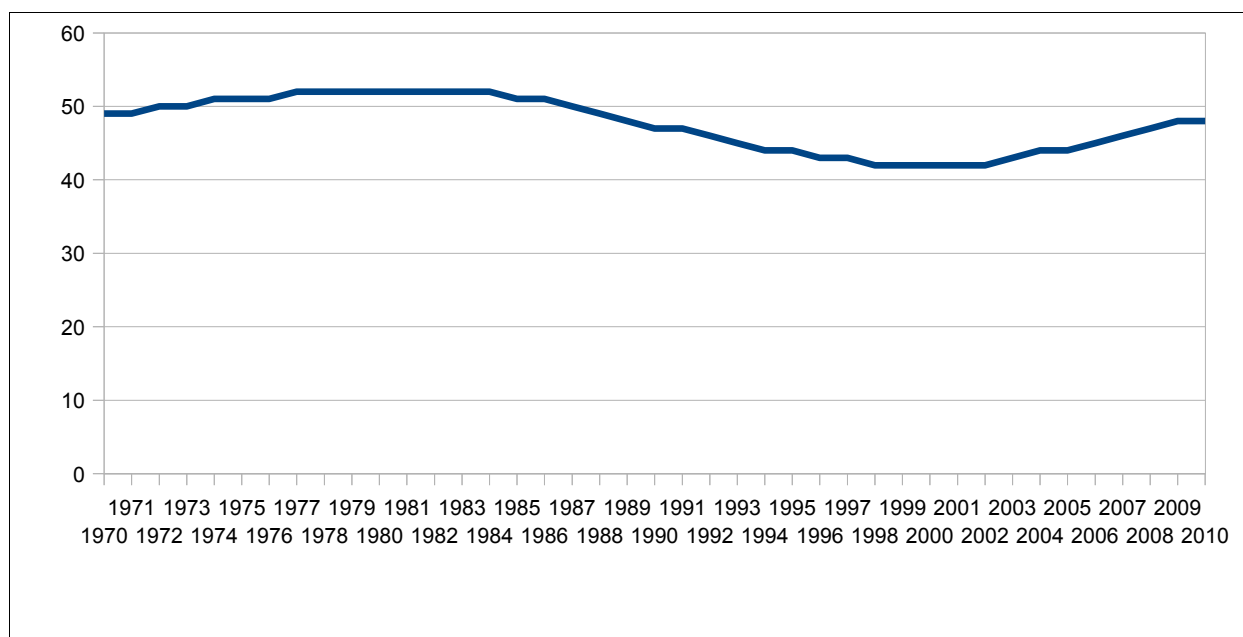
Fig. 3.1: Tasso di mortalità infantile in Zambia nel 1992 per aree e condizione educativa



Fonte: Central Statistical Office (1992), Op. Cit.

³⁴⁷ Saasa O., Carlsson J. (2002), Op. Cit.

Fig. 3.2: Andamento dell'aspettativa di vita alla nascita in Zambia



Fonte: <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do> (Dicembre 2011)

Il *Demographic and Health Survey* del 2007³⁴⁸ ci fornisce un interessante quadro dell'andamento della mortalità infantile, uno degli indicatori principe per verificare le condizioni di salute della popolazione unitamente all'aspettativa di vita (Fig. 3.3). Il periodo tra il 1987 e il 1996 vede un aumento di tutti gli indicatori di mortalità infantile, andamento invertito solo a partire dalla fine degli anni '90.

Fig. 3.3: Andamento della mortalità infantile tra il 1987 e il 2007

Survey	Approximate calendar period	Neonatal mortality (NN)	Postneonatal mortality (PNN) ¹	Infant mortality (${}_1q_0$)	Child mortality (${}_4q_1$)	Under-five mortality (${}_5q_0$)
ZDHS 2007	2003-2007	34	36	70	52	119
ZDHS 2001-2002	1997-2001	37	58	95	81	168
ZDHS 1996	1992-1996	35	74	109	98	197
ZDHS 1992	1987-1991	43	65	107	94	191

Fonte: Central Statistical Office (2007), *Zambia Demographic and Health Survey*, Lusaka

³⁴⁸ Central Statistical Office (2007), *Zambia Demographic and Health Survey*, Lusaka.

Proprio gli anni '90 sono caratterizzati dal varo di una riforma sanitaria nel pieno dell'applicazione delle ricette del Fondo Monetario Internazionale tese a liberalizzare le imprese pubbliche, a limitare la spesa pubblica e a uscire dalla povertà tramite una forte crescita economica. Quali le linee guida della riforma degli anni '90?

Il documento che indica le priorità e le linee del processo di riforma in ambito sanitario³⁴⁹ prende le mosse da una conferenza nazionale sempre del 1991 volta ad analizzare la situazione della salute in Zambia, valutare le risorse e gli obiettivi, indirizzare la nuova politica sanitaria dello Zambia anche sulla base del manifesto elettorale del *Multiparty Movement for Democracy* (MMD) al Governo proprio dal 1991. Obiettivo finale individuare le strategie e obiettivi per rendere il sistema sanitario più efficiente ed efficace e garantire la qualità del servizio.

Nelle parole introduttive del Ministro della Salute un solenne impegno per snellire l'apparato amministrativo e per il coinvolgimento della popolazione (con tutta l'ambiguità di questo concetto, utilizzabile anche per giustificare gli *user fees*) in un ottica in cui si apre all'iniziativa privata anche nel settore sanitario in coerenza con i dettami di liberalizzare e rendere flessibile i settori di intervento statale propri dei Piani di Aggiustamento Strutturale di quegli anni.

Nel proporre la "vision" della riforma si propone un sistema sanitario che:³⁵⁰

- garantisca un sistema sanitario che garantisca cure accessibili e costo – efficaci, quanto più vicine alle famiglie;
- garantisca una migliore gestione dei servizi;
- adotti il modello del *Primary Health Care* (secondo un approccio che consideri alcuni determinanti della salute tra cui i fattori socio - politici).

Con conseguenti obiettivi:

1. equità nelle cure;
2. aumento dell'aspettativa di vita;
3. incoraggiamento di stili di vita salubri;
4. ambiente favorevole alla salute delle persone e delle comunità;
5. servizi di qualità;
6. promozione della salute pubblica.

Quanto agli strumenti di finanziamento, troviamo le tipiche proposte contenute nei PAS: *user fees*, assicurazioni sanitarie, investimenti dei privati, forme di finanziamento comunitario anche promuovendo attività reddituali al fine di finanziare le spese sanitarie comunitarie.

³⁴⁹ Ministry of Health Republic of Zambia (1991), *National Health Policies and Strategies – Health Reforms*, Lusaka

³⁵⁰ Ministry of Health Republic of Zambia (1991), Op. Cit.

A questo si affianca una struttura di comitati e *boards* fino al centro di salute comunitaria che dovrebbe realizzare il decentramento finanziario e operativo della riforma (sul territorio il ruolo di coordinamento e gestione viene affidato ai *District Health Management Team – DHMT*)³⁵¹ che dovranno garantire un *Basic Health Programme*, e questo implica un'interpretazione della PHC "selettiva", come abbiamo già accennato in fase introduttiva di capitolo.

Altro passaggio è dedicato alla privatizzazione degli enti parastatali del settore sanitario e alla progressiva apertura al ruolo di provider privati di cure sanitarie a mercato e vengono inoltre definiti una serie di parametri minimi per garantire il modello di PHC, pagato largamente dalle comunità tramite *user fees* etc.

A proposito degli *user fees* la previsione di escludere le aree rurali dal pagamento degli *user fees* nell'accesso agli *Health Centres* riconosce da un lato l'asimmetria esistente, ma al contempo la previsione di un pagamento di un *progressive bypass fee* nel caso ci si rechi direttamente alla struttura ospedaliera senza passare dall'*Health Centres* (HC), appare sanzionatoria nei confronti proprio di quelle popolazioni in area rurale in cui lo scarso sviluppo degli HC, i problemi di fornitura dei medicinali e la presenza di personale erano e restano problemi drammatici, creando una sorta di doppia trappola di povertà per le aree rurali. Del resto quanto dichiarato in merito alla situazione di finanziamento dimostra il rischio di una riforma con un bilancio ridotto (fortemente calato negli anni '80) e con risorse da recuperare, a fronte di un bilancio con spese rilevanti per quanto riguarda gli ospedali e le strutture distrettuali (inclusi gli ospedali di distretto).³⁵²

E' in ogni caso da riportare l'ampio spazio (l'intero Capitolo 3) dedicato all'organizzazione del sistema sanitario secondo lo schema del PHC, precisando però da subito che:

"However, enthusiasm and haste often went ahead of coordinated planning and management. The desire for measurable inputs and outcomes has led to an emphasis on selective Primary Health Care rather than support for the

³⁵¹ A questi viene assegnato il seguente compito: "The present District Health Management Teams (DHMT) will be integrated with the District Health Boards (DHB). The experience gained in DHMTs shall be utilized by the newly constituted DHBs. The DHBs shall be subordinate to the entire district management body. The DHBs are to establish Area Boards of Health which will function as the eyes and ears of the DHBs within the communities. The key role of government will be to ensure that each DHB effectively and efficiently provides a definite package of basic service health programmes". Ministry of Health Republic of Zambia (1991), Op. Cit.

³⁵² "The financing of the entire Health system will be subject to early scrutiny and radical overhaul. The figures which are available show that 31% of Health Resources are available from donor Agencies and 69% from taxation. The Government will need to consider a range of options to raise additional revenues in order to secure the long terms goals of the reforms", Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (1991), Op. Cit.

gradual build up of comprehensive Primary Health Care" (...). The definition of PHC in Zambia is action-oriented, focused on promotive, preventive, curative and rehabilitative efforts within and outside the health sector. In a Zambian context Primary Health Care would not merely mean 'accessibility to health services' but peoples' participation in improving their quality of life and gaining power to master their affairs for health improvements".³⁵³

Ne segue una serie di obiettivi profondamente coerenti con il documento di Alma Ata e una forte attenzione al tema del decentramento responsabilizzando i DHMT e *District Health Boards* unitamente alle comunità. Il piano finanziario di implementazione della riforma tra il 1992 e il 1995 prevedeva circa 223 milioni di dollari di spese di cui 91 assicurati dallo Stato e il resto ancora da recuperare/cercare. Quanto alla distribuzione delle risorse circa 97 milioni erano programmati a favore delle strutture ospedaliere (tra strutture provinciali e distrettuali) con un investimento per il programma di base e le strutture comunitarie di circa 45 milioni di cui il 50% per il personale sanitario in area rurale e 15 milioni dedicati alla riabilitazione degli *Health Centres* (circa 900 in tutto il paese, di cui 800 governativi, per un investimento triennale di 16.000 dollari per HC).³⁵⁴

Al di là del tema del decentramento e della partecipazione che tratterò successivamente, alcuni studi condotti sul processo di riforma³⁵⁵ ne evidenziano limiti e criticità evidenti all'inizio del XXI secolo:

- un'evidente effetto negativo sul ricorso a *Health Centres* e ospedali a causa degli *user fees* con ampio ricorso all'auto-medicazione;
- evidenti carenze di medicinali agli *Health Centres*;
- spesa non sufficiente per il PHC a fronte di un dichiarato obiettivo politico favorevole a questo modello: nel periodo 1995 – 1998 solo 4,5 dollari erano dedicati pro-capite per

³⁵³ Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (1991), Op. Cit.

³⁵⁴ Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (1991), Op. Cit.

³⁵⁵ AA.VV. (2000), *The Decentralization of the Health System in Zambia, Major Applied Research 6*, Technical Paper No. 2, Bethesda; Nanda P. (1999), "Global Agendas: Health sector reforms and reproductive health rights in Zambia", in *Development* 42(4), pagg. 59-63; Van der Geest S. (2000), "User fees and drugs: what did the health reforms in Zambia achieve?", in *Health Policy and Planning*, 15(1), pagg. 59-65; Blas E., Limbambala M. (2001), "The Challenge of Hospitals in Health Sector Reform: the Case of Zambia", in *Health Policy and Planning*, 16 (suppl. 2), pagg. 29-43; Blas E., Limbambala M. (2001), "User-payment, decentralization and health service utilization in Zambia", in *Health Policy and Planning*, 16 (suppl. 2), pagg. 19-28; Chitah M. B. (2001), *An Exploratory Investigation Into the Association of Health Expenditures With Health Indicators in Zambia and the Implications for a Resource Constrained Health System*, Harvard School of Public Health, Harvard; Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (1998), *National Health Accounts 1995 – 1998*, Lusaka.

questo tipo di approccio a fronte di un bisogno minimo di 12 dollari;³⁵⁶

- il persistere di problemi nel garantire adeguato personale negli HC con il persistere di asimmetrie tra aree rurali e urbane;
- la crescita di ricoveri pur a fronte di un calo delle persone che si rivolgono a HC e ospedali, segnale di una situazione sanitaria complessa con alcuni indicatori di salute in peggioramento (mortalità infantile e aspettativa di vita);
- la scelta di rivolgersi direttamente agli ospedali date le carenze degli HC;
- dati contrastanti sulle vaccinazioni;
- un processo di decentramento stentoreo e limitato nelle risorse finanziarie;
- scarsa formazione del personale soprattutto a livello di HC;
- creazione di una situazione di dipendenza da donatori internazionali nel finanziamento del sistema sanitario.

Nanda³⁵⁷, e in maniera analoga il filmato di Stekelenburg e Peeperkorn³⁵⁸ pongono interrogativi sulla reale sostenibilità e attuabilità del processo di riforma a fronte di carenze finanziarie evidenti e di volontà politiche poco chiare e conflittuali nonché carenze strutturali e l'impossibilità di larga parte della popolazione di far fronte alle spese sanitarie (*user fees*).

³⁵⁶ Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (1998), Op. Cit.

³⁵⁷ Nanda P. (1999), Op. Cit.

³⁵⁸ Stekelenburg R., Peeperkorn R. (2004), *Health Reforms at Work: Experiences with the Sector Wide Approach in Zambia*, with financial support from the Ministry of Foreign Affairs of the Netherlands, Amsterdam.

3.2 *Indirizzi di sviluppo recenti e politiche del settore sanitario*

La drammaticità della situazione del paese tra gli anni '90 e l'inizio del decennio successivo è ben esposta da una vasta letteratura e documentazione³⁵⁹. Cheelo, Ndulo e Odergaard³⁶⁰ segnalano come nonostante la riforma sanitaria e i successivi *National Health Strategic Plan* (NHSP) la povertà abbia continuato a determinare le condizioni di salute e come queste non abbiano fatto altro che aggravare le condizioni di povertà. Nonostante l'attenzione nei PRSP a temi quali HIV, Malaria, politiche di igiene e sanità e il parallelo sforzo finanziario del MoH rispetto al miglioramento delle strutture sanitarie di base e alle politiche a favore del personale sanitario in area rurale, questi interventi non si sono tradotti in miglioramenti delle condizioni di salute, questo non perchè fosse / sia impossibile incidere su tali indicatori ma perchè gli input principali per il BHCP (risorse umane, medicinali e attrezzature, logistica) erano insufficienti.

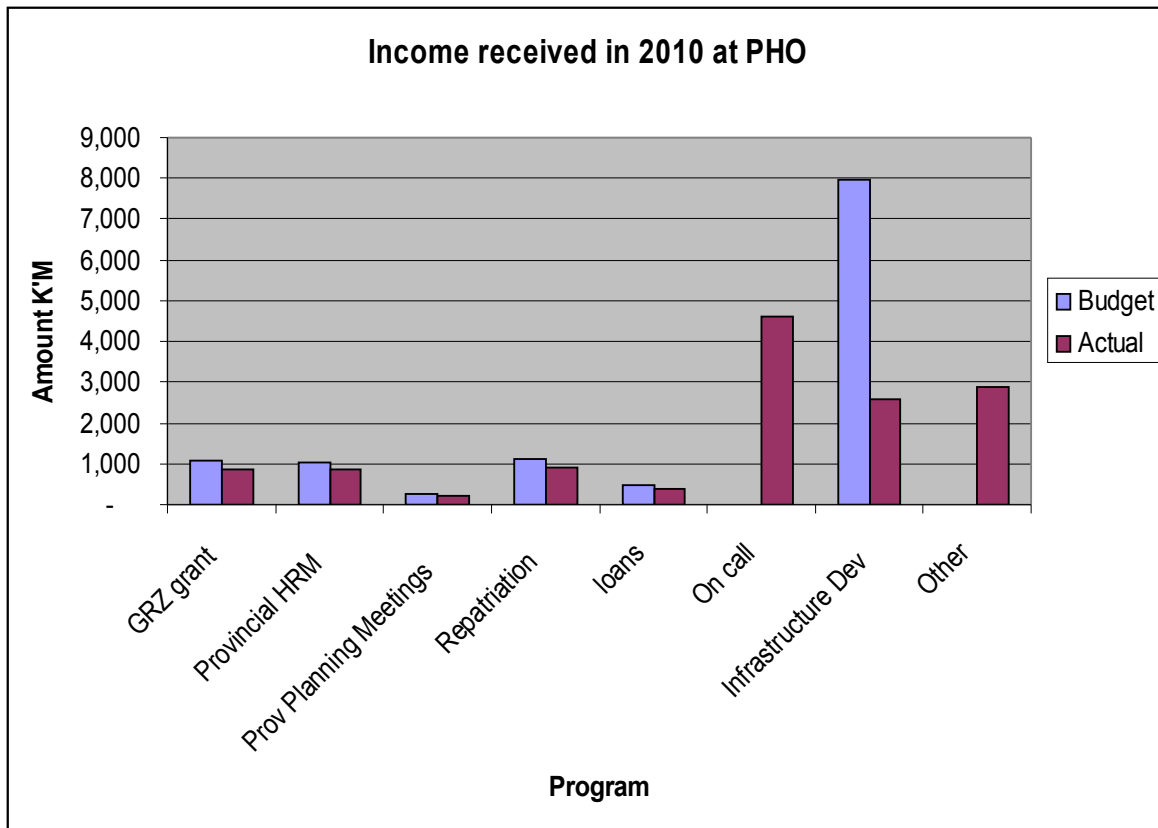
Inoltre quasi a un decennio dal varo della riforma permanevano nel paese asimmetrie nella distribuzione dei servizi sanitari e problemi nell'allocazione ai / nei distretti delle risorse e una strutturale carenza di fondi rispetto agli effettivi bisogni (tra 20 e 25 USD, ben al di sotto della soglia di 34 USD necessari per garantire almeno il BHCP) come esemplifica la situazione nel Copperbelt in Fig. 3.4.³⁶¹

³⁵⁹ Seshamani V., Mkiwisa C.N. (2002), *Zambia's Health Reforms Selected Papers 1995 – 2000*, Department of Economics University of Zambia, Swedish Institute for Health Economics, Lund; Cheelo C., Ndulo M., Odergaard K. (2006), *Policy Lessons and Emerging Challenges in the Zambian Health Sector*; Department of Economics University of Zambia, Swedish Institute for Health Economics, Lund; JCTR (2005), *Parallel Report - Submitted at the occasion of the 34th session of the United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2005) by Civil Society Organizations working in Zambia, in cooperation with Misereor Germany and with the support of FIAN International, both NGO's in consultative status at the ECOSOC*, Ginevra; Seshamani V., Mkiwisa C.N. (2003), *Is there Health Equity in Zambia? A Case Study*, Lusaka; WHO Zambia (2002), *WHO Country Cooperation Strategy, 2002-2005 Zambia*, Brazzaville.

³⁶⁰ Cheelo C., Ndulo M., Odergaard K. (2006), Op. Cit.

³⁶¹ Provincial Health Office (2010), *Annual Report 2010*, Ndola.

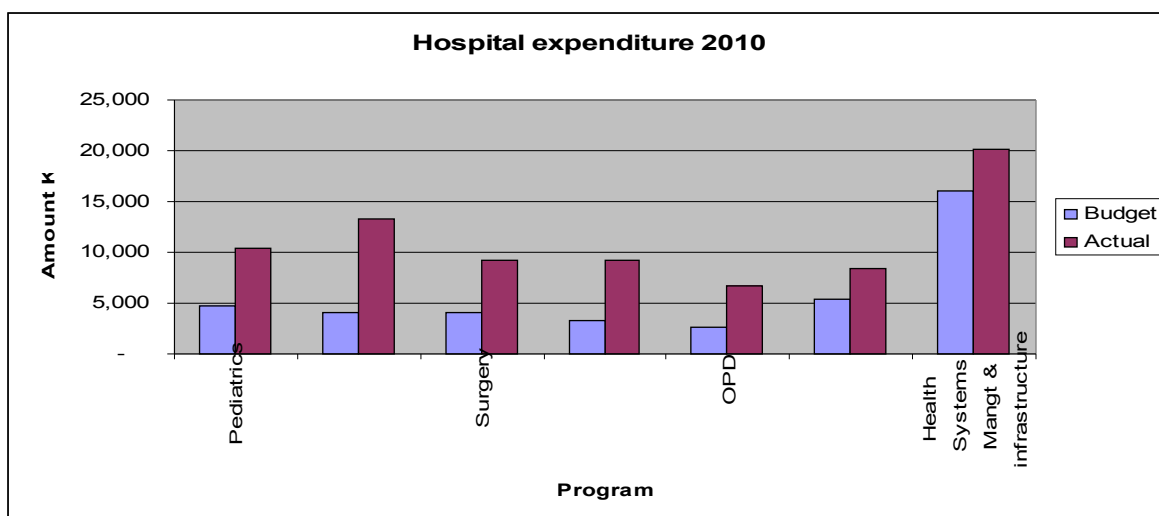
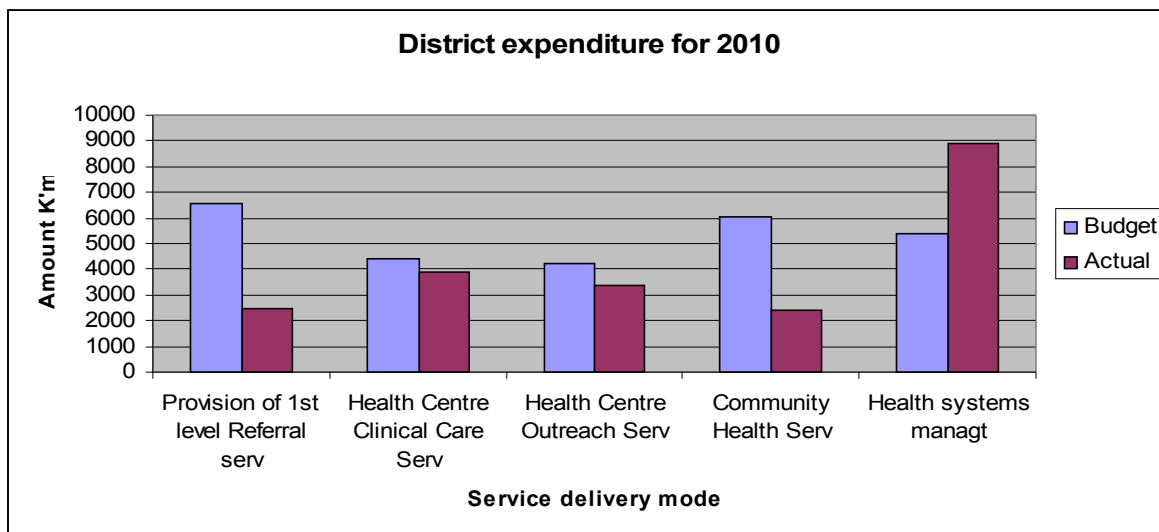
Fig. 3.4: Entrate del *Provincial Health Office Copperbelt* nel 2010



Fonte: Provincial Health Office (2010), *Annual Report 2010*, Ndola

Mentre Fig. 3.5 A e B mostrano le tendenze alla spesa per settore e per il livello ospedaliero, mostrando il peso delle spese per le strutture ospedaliere.

Fig. 3.5 A e B: Spese dei Distretti del Copperbelt nel 2010

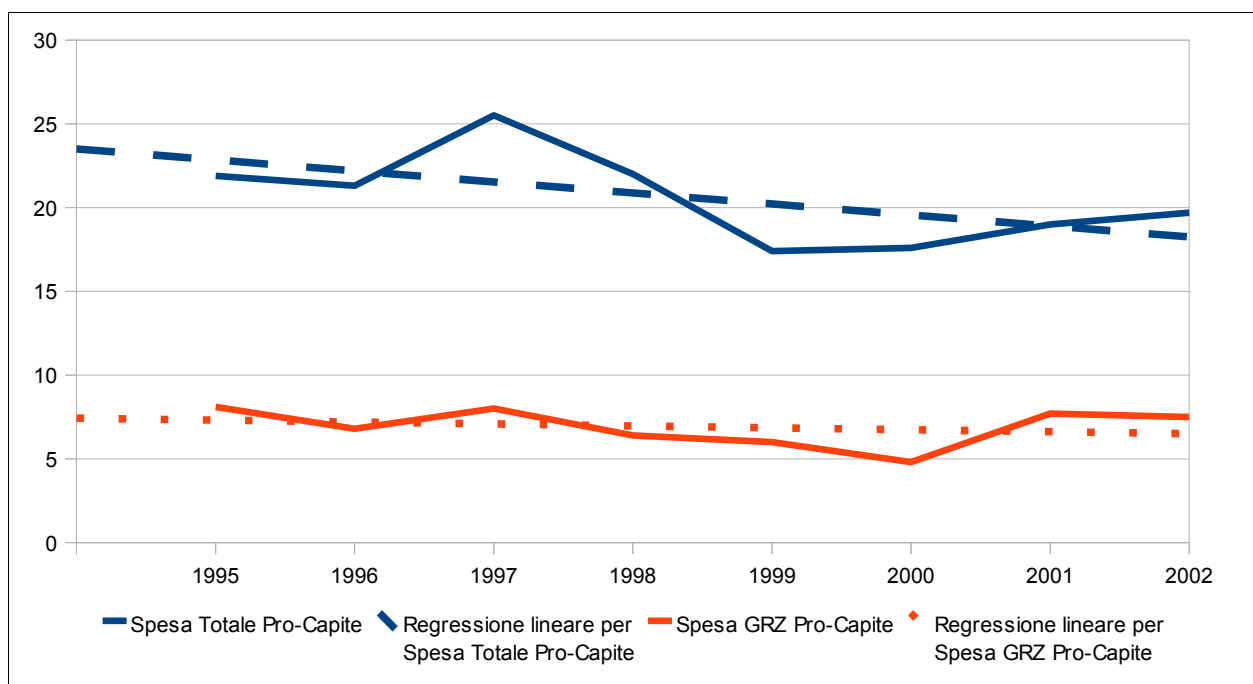


Fonte: Provincial Health Office (2010), *Annual Report 2010*, Ndola

Tra il 1995 e il 1992 la spesa in termini reali (al netto dell'inflazione) per la salute è rimasta sostanzialmente invariata e la percentuale del bilancio statale dedicata alla sanità si è collocata al di sotto dal target stabilito ad Abuja e Maputo dai Ministri della Salute africani (il 6% a fronte di un target del 15%), pur in un recupero di spesa pro-capite da parte del GRZ, seppur molto discontinua e fortemente influenzata dagli andamenti degli aiuti internazionali che verso la fine

degli anni '90 hanno registrato un congelamento collegati a fattori politici interni allo Zambia (elezioni politiche e presidenziali e tentativi di riforma costituzionale a favore di un terzo mandato del Presidente Chiluba, casi di corruzione e mancato utilizzo di fondi per il settore sanitario). Il peso della spesa sanitaria sul Prodotto Interno Lordo dopo un lieve incremento tra il 1997 e il 1998 è di nuovo diminuita segnalando un calo nel 2002 rispetto al 1995. L'andamento della spesa pro-capite per la salute è evidente in Fig. 3.6 anche in termini tendenza lineare.

Fig. 3.6: Spesa totale pro-capite per la salute e spesa pro-capite del GRZ per la salute-sanità



Fonte: Elaborazione dati da Seshamani V., Mkiwisa C.N. (2002), *Zambia's Health Reforms Selected Papers 1995 – 2000*, Department of Economics University of Zambia, Swedish Institute for Health Economics, Lund; Cheelo C., Ndulo M., Odergaard K. (2006), *Policy Lessons and Emerging Challenges in the Zambian Health Sector*, Department of Economics University of Zambia, Swedish Institute for Health Economics, Lund.

Altro dato rilevante è l'aumento delle spese da parte delle famiglie sul totale delle spese sanitarie del paese, infatti si passa da 178 milioni di Kwacha (KW)³⁶² del 1999 a oltre 300 milioni nel 2002 prioritariamente indirizzate al settore privato, agli *user fees* e alla medicina tradizionale,

³⁶² Moneta nazionale dello Zambia. In base ai recenti tassi di cambio (http://uif.bancaditalia.it/UICFEWebroot/cambiUltimiDisp_fw.do?type=14&lingua=it), Aprile 2012), 1 Euro corrisponde a circa 6400 Kwacha, 1 USD a circa 5196 Kwacha.

compensate solo parzialmente dall'aumento degli aiuti internazionali, mentre diminuisce il peso percentuale del contributo da parte delle imprese (in particolare quelle del settore minerario che sino alle privatizzazioni finanziavano larga parte delle spese degli ospedali collegati alle miniere)³⁶³. Infine è opportuno rilevare il forte investimento nelle strutture del PHC coerentemente con il disegno di riforma, anche se l'analisi dei dati rileva un forte e crescente esborso per il personale a scapito di altri elementi del PHC, esborso che non ha purtroppo evitato i problemi di disforme distribuzione del personale tra aree rurali e urbane e il crescente fenomeno di "brain drain" del personale sanitario zambiano: nel 2000 in Zambia operavano 400 medici a fronte di 1600 del 1997 e l'OMS/WHO segnalava il più alto livello di "brain drain" nel settore sanitario dell'intera Africa.³⁶⁴ Il *Jesuit Centre for Theological Reflection* (JCTR) segnalava altresì alle Nazioni Unite³⁶⁵ la situazione dei Diritti Sociali, Economici e Culturali evidenziando un alto tasso di infezione da HIV/AIDS, un tasso di mortalità infantile ancora elevato e in decrescita lenta, una mancanza di accesso ai servizi sanitari per il 25% della popolazione, un permanere di asimmetrie nelle condizioni di salute tra aree rurali e urbane (dimostrato da un tasso di mortalità infantile di 103 per mille in area rurale a fronte di 77 in area urbana; il basso tasso di utilizzo dei servizi in area urbana, 50%, a fronte di un mancato utilizzo in aree come Lusaka, 1%), la sostituzione di 300 medici zambiani con medici stranieri nel 2000 a seguito di uno sciopero, una forbice ampia tra quanto stanziato e quanto effettivamente erogato da parte del MoH, una carenza strutturale degli HC soprattutto in area rurale. Complessivamente il *report* delle Ong alle Nazioni Unite³⁶⁶ denunciava il mancato rispetto dei diritti umani, tra cui il diritto alla salute, a causa dell'applicazione delle riforme economiche e sociali imposte dai piani economici indotti dalle Istituzioni Finanziarie Internazionali. Il giudizio sui PRSP è altrettanto duro:

"There is a huge policy disjuncture between the aspirations of the poor and what is prescribed in the PRSP. While the poor seek a basic rights solution that expresses their aspirations based on their problems, the PRSP typically addresses free market outcomes, which exacerbate

³⁶³ Il problema degli effetti delle privatizzazioni sulle condizioni socio – economiche e sanitarie in aree minerarie è ben esposto da due fonti curate entrambe dal Prof. John Lungu dell'Università del Copperbelt: Lungu J., Fraser A. (2006), Op. Cit.; Lungu J. (2008), Op. Cit.

³⁶⁴ WHO Zambia (2002), Op. Cit.

³⁶⁵ JCTR (2003 e 2005), Op. Cit.

³⁶⁶ JCTR (2005), Op. Cit., pag. 48.

poverty".³⁶⁷

L'iniquità in salute in Zambia è ampiamente documentata agli inizi del XXI secolo nell'analisi di distretti urbani e rurali, evidenziando sacche di vulnerabilità e carenze strutturali che inficiano la presenza di HC e la loro effettiva utilizzabilità.³⁶⁸

Il filmato di di Stekelenburg R. e Peeperkorn R.³⁶⁹ mostra evidenze analoghe e io stesso nelle opportunità di visita a HC peri-urbani e rurali ho potuto notare ancora nel 2010 le carenze strutturali e di risorse di queste strutture, che riguardano anche le strutture ospedaliere provinciali e distrettuali.

A fronte di questo scenario quali le strategie del primo decennio del XXI secolo? Alcuni esiti e proposte per il futuro?³⁷⁰ WHO/OMS Zambia³⁷¹ indica la sfida di una effettiva garanzia nei servizi e la realizzazione degli obiettivi delle riforme come prioritari. L'UE/EU indica l'importanza di garantire il BHCP e affrontare la pandemia dell'HIV/AIDS come prioritari³⁷².

Il MoH e il GRZ sia attraverso i NDP (dapprima PRSP) che i NHSP (2001 – 2005, 2006 – 2010) oltre che piani specifici per quanto atteneva le risorse umane, hanno cercato di rispondere alle criticità che emergevano, nel quadro di una riorganizzazione degli aiuti internazionali (si veda il successivo Cap. 4) che della struttura del sistema sanitario (Cap. 5). Nel PRSP (2002 – 2004)³⁷³, che ha preceduto il passaggio ai *National Development Plan - NDP (Fifth NDP e Sixth NDP)*, pur sempre in un ottica di lotta alla povertà tramite la crescita economica e vedendo lo stato di salute non come nella dichiarazione di Alma Ata (un diritto fondamentale e un complessivo stato della persona) ma come un fattore che incide sugli "assets" delle persone rispetto alla condizione di povertà,³⁷⁴ vengono ammessi gli errori e limiti della riforma e dei piani sanitari degli anni '90 come pure la critica condizione della salute della popolazione e gli effetti negativi degli *user fees*

³⁶⁷ JCTR (2005), Op. Cit., pag. 48.

³⁶⁸ Seshamani V., Mkiwisa C.N. (2002), Op.Cit.

³⁶⁹ Stekelenburg R., Peeperkorn R. (2004), Op. Cit.

³⁷⁰ WHO Zambia (2009), Op. Cit.; European Community, Government of Zambia (2001), *Country Strategy Paper and Indicative Programme for the period 2001 – 2007*, EuropeAid, Bruxelles; European Community, Government of Zambia (2008), *Country Strategy Paper and National Indicative Programme for the period 2008 – 2013*, EuropeAid, Bruxelles; Central Statistical Office Zambia – CSO (2007), *Zambia Demographic and Health Survey*, Lusaka.

³⁷¹ WHO Zambia (2002), Op. Cit.

³⁷² European Community, Government of Zambia (2001), Op. Cit.

³⁷³ Ministry of Finance and National Planning MoFNP (2002), *Poverty Reduction Strategy Paper Zambia 2002 – 2005*, Lusaka.

³⁷⁴ Ministry of Finance and National Planning MoFNP (2002), Op. Cit., pag. 82: "Health allows poor people to work. A sick, weak, and disabled body is a liability both to the persons affected and to those who must support them. Thus, if health is an asset and ill health a liability, protecting and promoting health care is central to the entire process of poverty reduction and human development".

sull'accesso ai servizi.

Per risollevare le sorti del sistema sanitario e della salute delle popolazioni zambiane vengono proposte:

- ✓ l'estensione delle forme di esenzione degli *user fees*, che seppur criticati non vengono completamente aboliti;
- ✓ forme di sussidio per le fasce più povere rispetto ai costi delle cure sanitarie;
- ✓ in presenza di carenze del personale investire nel ruolo delle comunità tramite il *Community Health Innovation Fund*, per migliorare soprattutto le condizioni igienico sanitarie delle comunità;
- ✓ continuare a finanziare il BHCP;
- ✓ rivedere l'allocazione di risorse finanziarie e umane a favore delle aree meno servite;
- ✓ rivedere il sistema di acquisto governativo di medicinali e altri beni e servizi;
- ✓ intervenire su alcune emergenze sanitarie (HIV/AIDS, Malaria etc.);
- ✓ affrontare la carenza di strutture e risorse umane garantendo il funzionamento delle strutture (adeguatamente equipaggiate) e le modalità di gestione e organizzazione.

La previsione per il periodo 2002 – 2004 del PRSP fu di investire oltre 200 milioni di dollari nel settore sanitario per una quota pari al 16.7% degli stanziamenti del piano. Obiettivo definito dal PRSP nel settore sanitario: Migliorare la condizione di salute di tutti gli zambiani, in particolare dei più poveri.³⁷⁵

Il parallelo lavoro della società civile coordinata dal JCTR e dal *Civil Society Poverty Reduction* (CSPR), organismi che avremo modo di conoscere meglio (Cap. 5), portò ad una serie di proposte³⁷⁶ tra cui l'abolizione degli *user fees*, un'allocazione del bilancio del MoH a favore delle strutture di base, lo sviluppo in aree rurali di *Health Posts* accanto agli *Health Centres* per aumentare accessibilità e raggiungibilità, la revisione dei criteri di allocazione delle risorse e un forte contrasto alla corruzione, l'utilizzo di risorse derivanti dalla remissione del debito e dagli introiti fiscali del settore minerario per le politiche sociali e sanitarie. Un'ottica più incentrata sullo sviluppo di tutti i servizi di base, in una visione complessiva della povertà come negazione di diritti umani e di incapacità di poter partecipare alla vita sociale del paese, non solo a quella economica.

La situazione relativa alla distribuzione di servizi e risorse in Zambia è ben evidente dalla figure che seguono (Fig. 3.7 A, B, C).³⁷⁷ Se è vero che le aree meglio servite sono quelle maggiormente popolate è altrettanto vero che i servizi restano fundamentalmente dislocati nelle principali aree

³⁷⁵ Ministry of Finance and National Planning MoFNP (2002), Op. Cit.

³⁷⁶ CSPR (2001), *A PRSP for Zambia – a Civil Society Perspective*, Lusaka.

³⁷⁷ WHO, MoH – GRZ (2006), *Service Availability Mapping – SAM*, Ginevra.

urbane, lungo le principali arterie di trasporto e nelle aree di maggiore interesse economico e politico (miniere, aree a forte impatto turistico, centri amministrativi).

Fig. 3.7 A: Servizi sanitari con disponibilità di energia elettrica

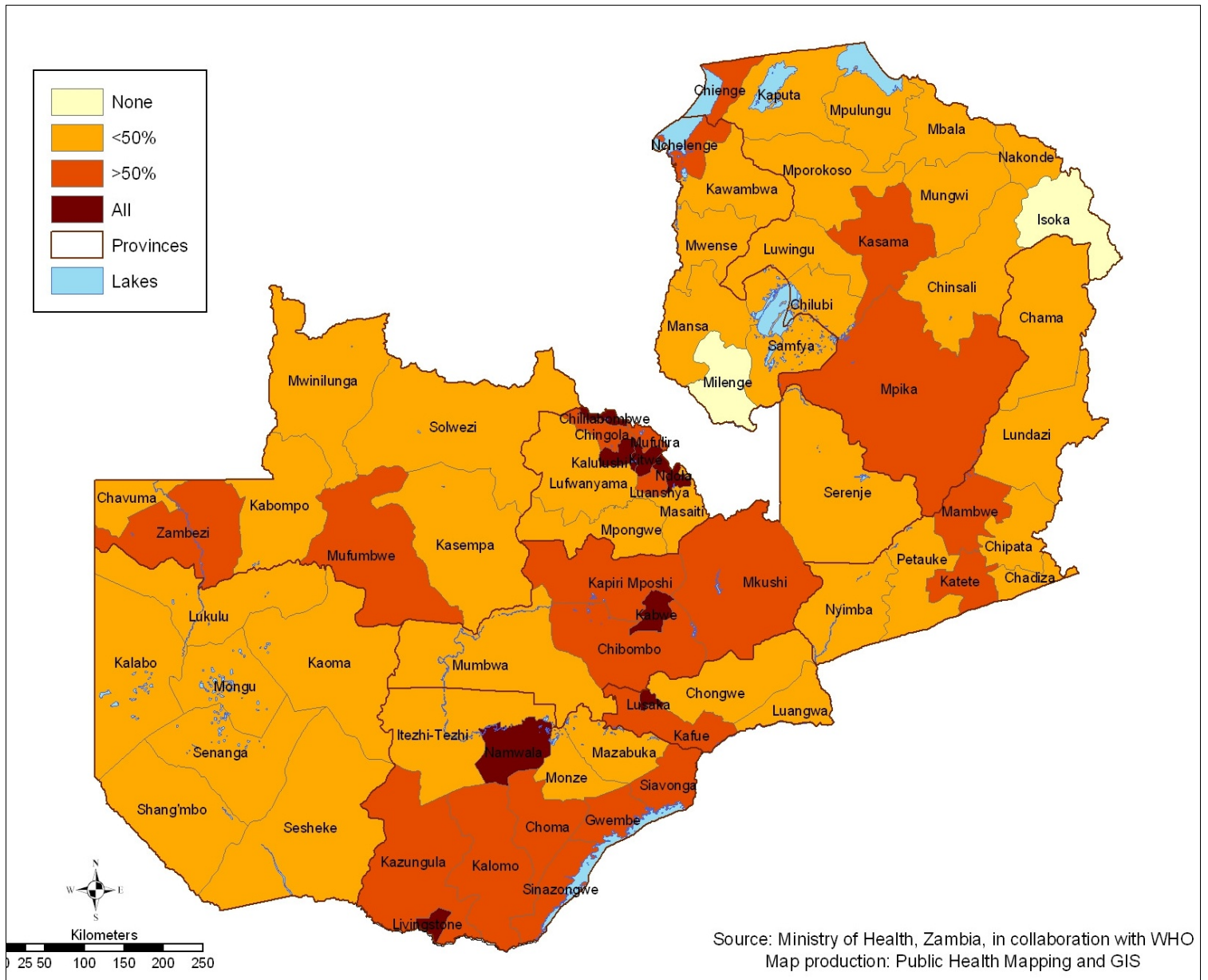


Fig. 3.7 B: Infermiere ogni 100.000 abitanti per Distretto

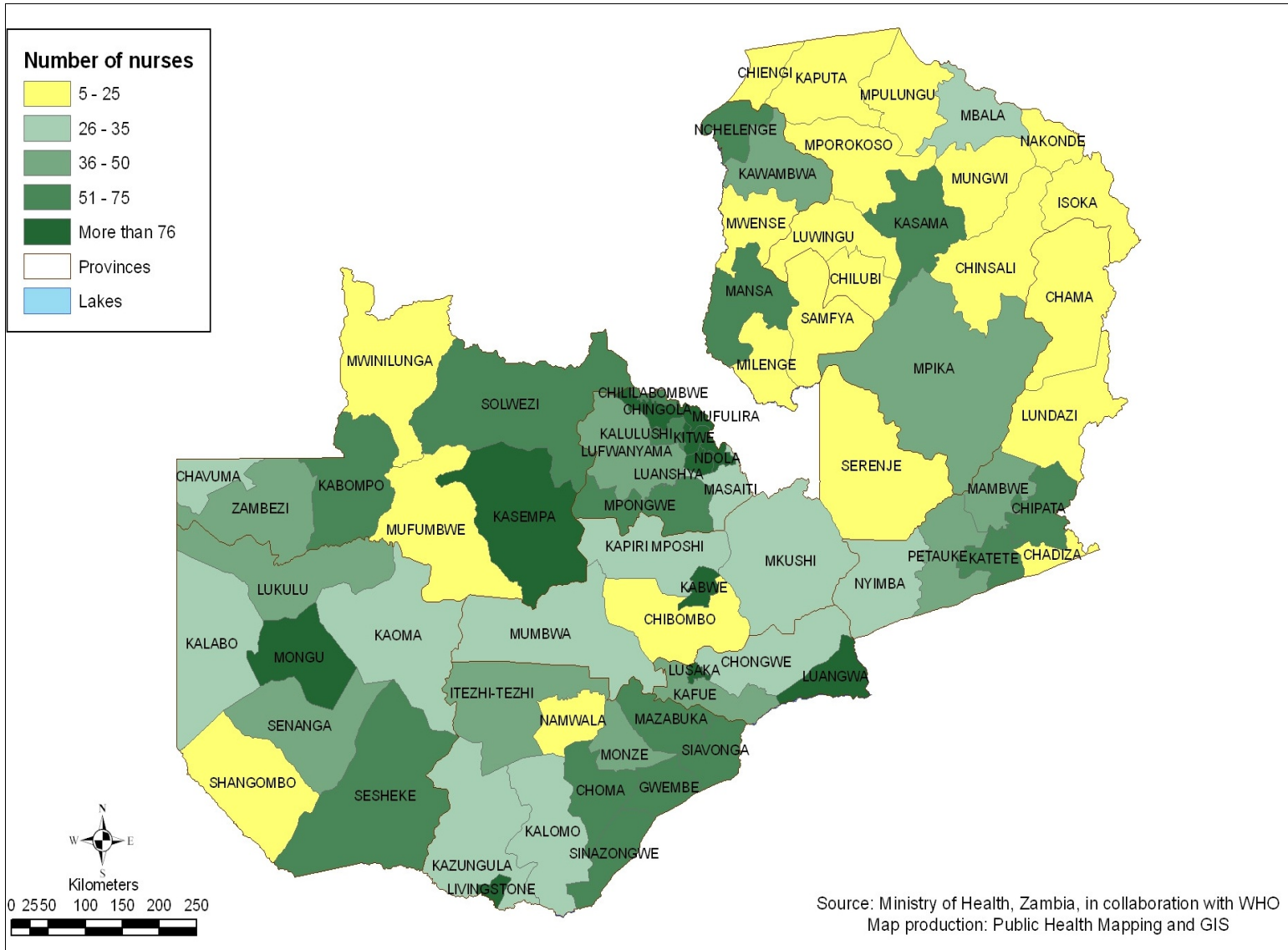
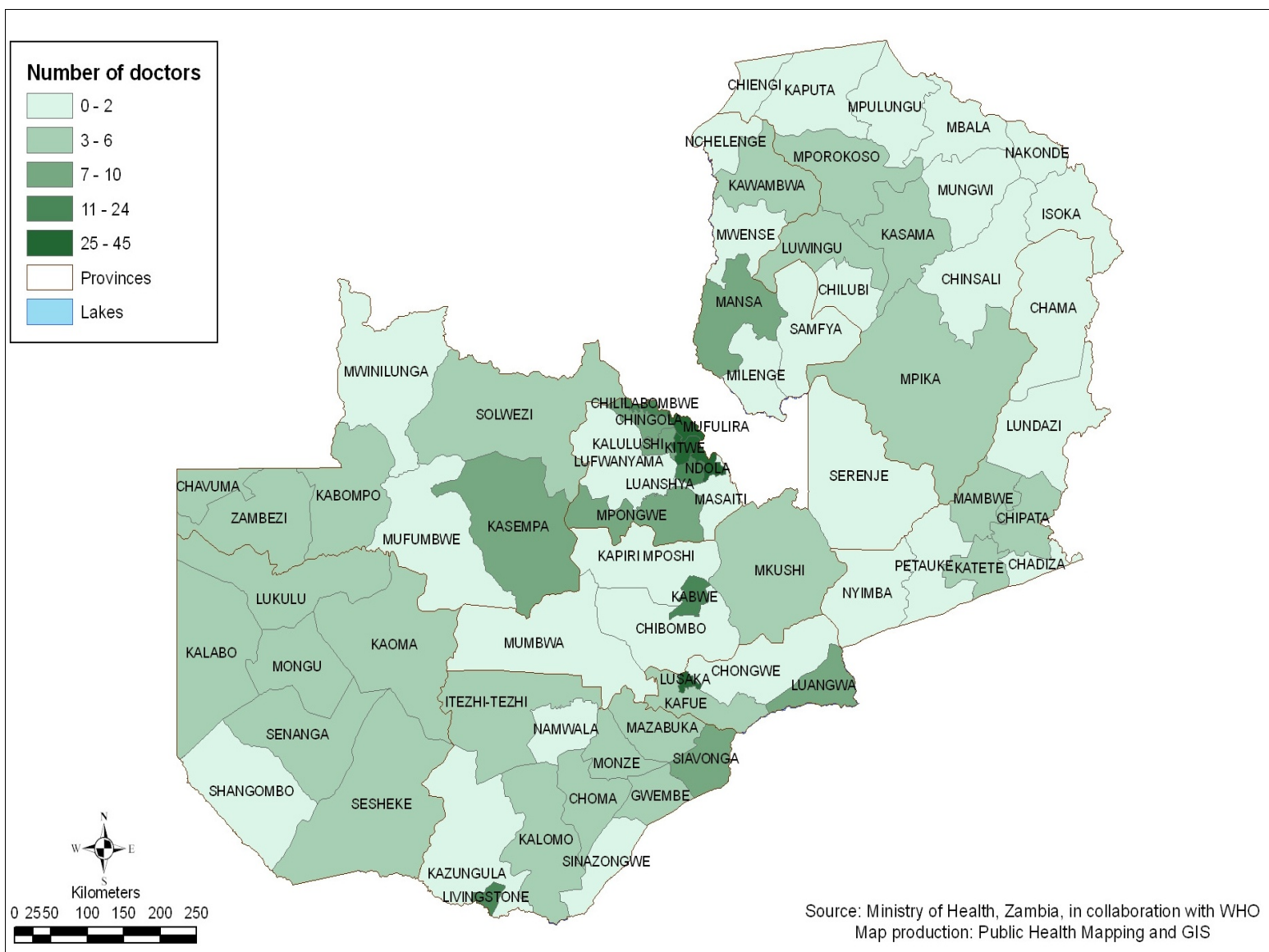


Fig. 3.7 C: Dottori ogni 100.000 abitanti per Distretto



Fonte: WHO, MoH – GRZ (2006), *Service Availability Mapping – SAM*, Ginevra

Nel NHSP 2006 – 2010³⁷⁸ il tema centrale è quello del raggiungimento dei MDGs (Millennium Development Goals) frutto della "United Nations Millennium Declaration" del 2000³⁷⁹. L'ideazione

³⁷⁸ Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2005), *National Health Strategic Plan 2006 – 2010, Towards Attainment of the Millennium Development Goals and National Health Priorities*, Lusaka.

³⁷⁹ UN General Assembly - UNGA (2000), *United Nations Millennium Declaration*, New York, <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm> (Febbraio 2012).

e il varo del NHSP 2006 – 2010 avviene in una situazione di forte diffusione dell'HIV/AIDS nel paese, l'avvio di ulteriori riforme (2005) nel settore sanitario (con la cancellazione dei *Boards* a tutti i livelli, Cap. 5, e il varo di un piano di decentramento³⁸⁰), carenze finanziarie e strutturali dei servizi sanitari. Il piano precedente pare aver sortito alcuni effetti positivi relativamente all'accesso ai servizi di base, ma resta forte l'impatto delle malattie sulla popolazione, *in primis* l'HIV/AIDS e le malattie ad esso connesse. Pur in presenza di un andamento positivo dell'economia (anche per la ripresa del valore del Rame sui mercati internazionali) e della riduzione del debito grazie alle politiche di aiuto internazionale, resta difficile, secondo il MoH il raggiungimento dei target di Abuja e Maputo ovvero il 15% del bilancio dello Stato devoluto al settore sanitario.

Rispetto al passato il NHSP³⁸¹ sottolinea l'importanza dell'equità di accesso per garantire lo sviluppo non solo economico ma anche sociale ed umano delle persone (e qui si registra almeno nelle dichiarazioni un passaggio a una visione differente rispetto a quella dei PAS e dei PRSP e del rapporto OMS/WHO dedicato ai collegamenti tra salute e sviluppo macroeconomico). Infatti i principi guida non sono più solo l'efficienza di costo ma anche l'*accountability*, l'equità e il decentramento, nell'ottica del raggiungimento dei MDGs, nuova "bussola" di riferimento per le politiche di sviluppo e la loro retorica ufficiale.

L'intervento per il periodo 2006 – 2010 si articola quindi in 12 priorità nazionali suddivise in 3 aree tematiche (Tab. 3.3)

³⁸⁰ E' possibile visionare le forme organizzative del MoH zambiano e del sistema sanitario al link: http://www.aho.afro.who.int/profiles/index.php/Zambia:Organizational_chart_of_the_ministry_of_health (Luglio 2011).

³⁸¹ Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2005), *National Health Strategic Plan 2006 – 2010*, Op. Cit.

Tab. 3.3 Le 12 priorità del NHSP 2006 – 2010

	Intervention/ System	Objective/Main Targets
A.	Human Resource Crisis	
1.	Human Resources:	To provide a well motivated, committed and skilled professional workforce who will deliver cost effective quality health care services as close to the family as possible.
B.	Public Health Priorities	
2.	Integrated Child Health and Nutrition:	To reduce Under-5 MR by 20%, from the current level of 168 per 1,000 live births to 134 by 2010, and significantly improve nutrition.
3.	Integrated Reproductive Health:	To increase access to integrated reproductive health and family planning services that reduce the Maternal Mortality Ratio (MMR) by one quarter, from 729 per 100,000 live births to 547 by 2010.
4.	HIV/AIDS, STIs and Blood Safety:	To halt and begin to reverse the spread of HIV/AIDS and STIs by increasing access to quality HIV/AIDS, STI and blood safety interventions.
4.	Tuberculosis (TB):	To halt and begin to reverse the spread of TB through effective interventions.
5.	Malaria:	To halt and reverse the incidence of malaria by 75% and mortality due to malaria in children under five by 20%.
6.	Epidemics Control and Public Health Surveillance	To significantly improve public health surveillance and control of epidemics, so as to reduce morbidity and mortality associated with epidemics.
7.	Environmental Health and Food Safety:	To promote and improve hygiene and universal access to safe and adequate water, food safety and acceptable sanitation, with the aim of reducing the incidence of water and food borne diseases.
C	Support Systems Priorities	
9.	Essential Drugs and Medical Supplies:	To ensure availability of adequate, quality, efficacious, safe and affordable essential drugs and medical supplies at all levels, through effective procurement management and cooperation with pharmaceutical companies.
10.	Infrastructure and Equipment:	To significantly improve on the availability, distribution and condition of essential infrastructure and equipment so as to improve equity of access to essential health services.
11.	Systems Strengthening: (M&E, HMIS, FAMS, Procurement and R&D)	To strengthen existing operational systems, financing mechanisms and governance arrangements for efficient and effective delivery of health services.
12.	Health Systems Governance: (Governance and Health Care Financing)	To provide a comprehensive policy and legal framework and systems for effective coordination, implementation and monitoring of health services.

Fonte: Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2005), *National Health Strategic Plan 2006 – 2010*, Op. Cit.

Il NHSP 2006 – 2010³⁸² precisa ulteriormente la struttura dei servizi del sistema sanitario:

- *Health Posts*: per una popolazione di 500 famiglie (3500 persone) in area rurale e per 1000 famiglie (7000 persone) in area urbana ad almeno in un raggio di 5 Km in aree meno densamente popolate (rurali). L'obiettivo del NHSP è di avere almeno 3000 HP a fronte di circa 20 attivi nel 2006;
- *Health Centres*: per una popolazione tra 30.000 e 50.000 persone, mentre i *Rural Health Centres* (RHC) devono servire un'area nel raggio di 29 Km o una popolazione di 10.000 persone. Il target del NHSP è di 1385 a partire da una situazione di 1210, di cui 973 in area rurale;
- *1st Level Referral Hospitals*: situati nei Distretti (72). Devono servire una popolazione tra 80.000 e 200.000 persone con servizi medici, chirurgici, ostetrici e diagnostici anche a supporto degli HC e *Rural HC*.
- *General Hospitals*: Ospedali di 2° livello, situati per *Province* per servire tra le 200.000 e le 800.000 persone con servizi di medicina interna, chirurgia, medicina interna, pediatria, ostetricia, ginecologia, psichiatria, odontoiatria, terapia intensiva. Inoltre fungono da ambito di riferimento per le strutture di 1° livello. Nel 2006 tali strutture erano 19 in tutto il paese, con le *Province* Southern e Copperbelt dotate di 5 e 3 ospedali di tale categoria. Il NHSP prevedeva una razionalizzazione e più equa distribuzione di tali ospedali;
- *Central Hospitals*: per una popolazione di oltre 800.000 persone, dotati di specializzazioni mediche. Nel 2006 erano 5 in tutto il paese di cui 3 nel Copperbelt e questo dato indica chiaramente l'asimmetria nella distribuzione dei servizi a cui il NHSP intendeva porre rimedio.

Una struttura che contempla quindi gli *Health Posts*, ma la cui realizzazione è ben lungi dall'essere ottenuta con conseguenti carenze in molte aree del paese, dovute anche a una distribuzione disomogenea degli ospedali di 2° e 3° livello.

Tra i punti prioritari abbiamo visto il tema delle risorse umane e delle strutture. Il NHSP³⁸³ riporta dati drammatici con un deficit di medici di circa 1600 unità e di 10.000 unità per quanto attiene le infermiere, di 3300 ostetriche e di 2800 *clinical officer*, figure essenziali negli HP e negli HC.

Questo dato comportava nel 2006 un rapporto tra 1 unità di queste figure e la popolazione pari a (Tab. 3.4).

³⁸² Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2005), *National Health Strategic Plan 2006 – 2010*, Op. Cit.

³⁸³ Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2005), *National Health Strategic Plan 2006 – 2010*, Op. Cit.

Tab. 3.4 Rapporto operatori sanitari / popolazione e target raccomandato a livello internazionale

	Rapporto 2006	Rapporto raccomandato da WHO
Medico	17589	4940
Infermiera	1864	679
Ostetrica	4999	2029
<i>Clinical Officer</i>	9787	2841

Fonte: Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2005), *National Health Strategic Plan 2006 – 2010*, Op. Cit.

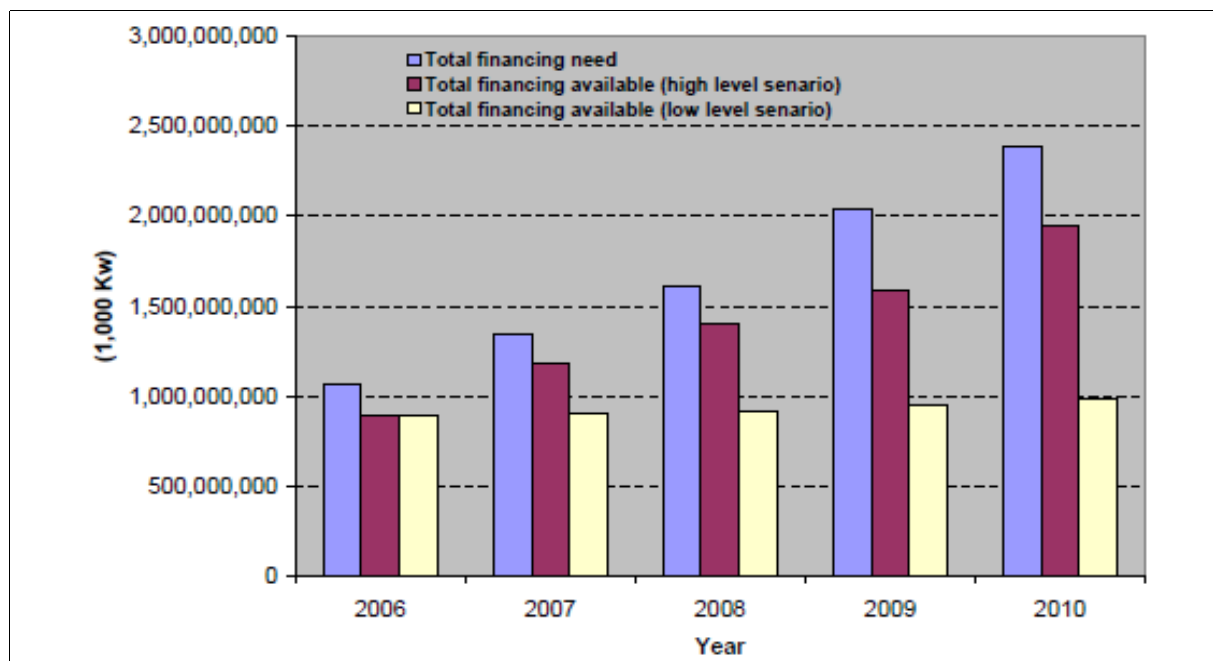
Nel 2006 il deficit di personale sanitario ammontava in Zambia a oltre 26000 unità, soprattutto a causa dei mancati investimenti in formazione e per il fenomeno già citato del *brain drain*. Uno degli elementi di continuità con l'approccio a una PHC selettiva è segnato dalla continuazione del programma del BHCP, indicato come continuità nell'approccio PHC nel sistema zambiano. Maggiormente dettagliato appare il programma a favore della complessiva sorveglianza sanitaria e della salute pubblica e ambientale oltre che dell'educazione sanitaria con un forte coinvolgimento di tutti i settori della società. Un'ottica questa più coerente con l'approccio PHC e fortemente indotta dalla necessità di ridurre la pressione sulle strutture sanitarie attraverso un'accentuazione dei percorsi di prevenzione e comportamenti individuali virtuosi (in particolare per quanto attiene l'HIV/AIDS).³⁸⁴ Infine per quanto riguarda le infrastrutture sanitarie il NHSP 2006 – 2010, si propone di costruire nuovi ospedali di 1° livello (dato che ben 19 Distretti ne sono privi) oltre che la realizzazione di *Health Posts* ed *Health Centres* secondo piani definiti secondo un piano di sviluppo delle infrastrutture concordato anche con i donatori. Una politica quindi tesa a rafforzare le strutture distrettuali unitamente a quelle di livello più basso, ancora coerente, nella teoria, con il PHC e strutture / servizi sempre più prossimi alle famiglie e comunità. Complessivamente il NHSP 2006 – 2010 appare molto articolato inserendo nuovi temi quali la *governance*, la ricerca, la salute pubblica, in passato meno evidenti.

Il vero limite del piano, oltre che verificare l'enorme costo del BHCP, è la forbice tra risorse disponibili e necessarie nel paese (Fig. 3.8). Il MoH è stato costretto ad ammettere l'assoluta necessità di aiuti internazionali, unitamente a una migliore performance del proprio sistema di gestione e al pagamento dei servizi di qualità più elevata a carico dei cittadini. Si deve tenere conto

³⁸⁴ A tal proposito ho assistito in alcune occasioni a forme di training delle comunità presso gli HC e gli HP per quanto atteneva molte questioni di salute pubblica e questo tema è stato segnalato come centrale nel ruolo dei *Neighbourhood Health Committees* (NHC).

che una delle decisioni fondamentali relative al NHSP fu la rimozione degli *user fees*, inizialmente in area rurale e successivamente in area urbana a partire dal 2006 pur mantenendo meccanismi sanzionatori nel caso di accesso diretto agli ospedali senza una visita presso gli HC e gli HP.

Fig. 3.8: Divario tra risorse necessarie per il NHSP e risorse disponibili



Fonte: Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2005), *National Health Strategic Plan 2006 – 2010*, Op. Cit.

Il NHSP 2006 – 2010 segna quindi alcune discontinuità rispetto ai precedenti NHSP e recepisce alcune delle osservazioni della società civile, anche grazie a meccanismi di consultazione avviati nel quadro delle politiche SWAp fortemente richiesti dai donatori e dalla società civile stessa (per maggiori dettagli Cap. 4 e Cap. 5).

Nel NHSP 2011 – 2015,³⁸⁵ in fase di elaborazione durante la mia presenza in Zambia, viene ribadito l'obiettivo dei MDGs aggiungendo il fattore ambientale e vengono registrati alcuni miglioramenti negli indicatori della salute: riduzione della mortalità materna da 729/100.000 parti a 591, tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni di età da 168/1000 nati a 119/1000, e tasso di mortalità infantile da 95/1000 a 70/1000 mentre la mortalità neonatale è passata da 37/1000 a 34/1000, oltre che una riduzione di incidenza dell'HIV nella fascia di popolazione 15 – 49 anni. Restano i problemi di

³⁸⁵ Ministry of Health Republic of Zambia – MoH (2011), *National Health Strategic Plan 2011 – 2015, Towards Attainment of the Millenium Development Goals and National Health Priorities in a clean, caring, ando competent Envirnoment*, Lusaka.

asimmetria tra aree rurali e urbane (anche in termini di distribuzione della ricchezza come da Tab.3.5) endemici di carenza infrastrutturale, logistica, di risorse finanziarie e umane e, autocritica forte, nel sistema di *governance* (ricordiamo che durante il precedente NHSP si erano verificati i casi di distrazione dei fondi e corruzione che avevano causato il congelamento degli aiuti internazionali).

Tab. 3.5: Stato di povertà in Zambia (% della popolazione)

	ALL ZAMBIA		RURAL		URBAN	
	OVERALL	EXTREME	OVERALL	EXTREME	OVERALL	EXTREME
1991	69.7	58.2	88.0	80.6	48.6	32.3
1993	73.3	60.6	92.2	83.5	44.9	24.4
1996	69.2	53.2	82.8	68.4	46.0	27.3
1998	72.9	57.9	83.1	70.9	56.0	36.2
2004	68.0	53.0	78.0	53.0	53.0	34.0
2006	64.0	51.0	80.0	67.0	34.0	20.0

Fonte: Muchimba C.B. (2011), *The Zambia Mining Industry – A Status Report Ten Years After Privatization*, Friedrich Ebert Stiftung Zambia, Lusaka

Parte del nuovo approccio è un'ampia parte dedicata ai determinanti della salute secondo un approccio analogo a quello della CSDH anche se considerando solo alcuni aspetti (ambiente socio – economico, ambientale e comportamentale) ma tralasciando il tema della redistribuzione del potere (affidata al tema del decentramento) e del rafforzamento del sistema sanitario nel complesso (trattato a parte). Se si guarda alle priorità si osservano alcuni cambiamenti sostanziali quali ad esempio l'accento sul rafforzamento del sistema sanitario con la PHC al centro, l'attenzione all'accesso ai servizi e il tema della salute collegata a condizioni ambientali e nutrizionali, il tema dell'*accountability*, che nella *governance* ha affiancato il mero tema del monitoraggio (Tab. 3.6)

Tab. 3.6: Priorità del NHSP 2011 - 2015

	Priority Intervention/System	Objective/Main Targets
<i>A. Service Delivery - Public Health System</i>		
1	Primary Health Care	To provide cost-effective, quality and gender sensitive primary health care services to all as defined in the Basic Health Care Package.
2	To provide cost-effective, quality and gender sensitive primary health care services to all as defined in the Basic Health Care Package.	To reduce U5MR from 119 per 1,000 live births in 2007 to 119 by 2015.
		To increase access to integrated reproductive health and family planning services and thereby, reduce Maternal Mortality Ratio (MMR) from 591 per 100,000 live births in 2007 to 159 by 2020.
		To mainstream the provision of comprehensive adolescent friendly health services at all levels, so as to reduce their vulnerability.
3	Communicable diseases, particularly malaria, HIV and AIDS, STIs, TB and Neglected Tropical Diseases (NTDs).	To halt and reduce the incidence of malaria from 252 per 1000 population in 2010, to 75 by 2015, by targeting appropriate packages of interventions based on the identified malaria epidemiological zones.
		To halt and begin to reduce the spread of HIV/AIDS and STIs by increasing access to quality HIV/AIDS, STI and blood safety interventions.
		To halt and begin to reduce the spread of TB through effective interventions.
4	Non-Communicable Diseases (NCDs).	To significantly strengthen national response to NCDs and consistently reduce the prevalence of these diseases
5	Epidemics control and public health surveillance.	To significantly improve public health surveillance and control of epidemics, so as to reduce morbidity and mortality associated with epidemics.
6	Environmental health and food safety.	To promote and improve hygiene and universal access to safe and adequate water, food safety and acceptable sanitation, with the aim of reducing the incidence of water and food borne diseases.
7	Hospital referral services	To increase access to and quality of advanced referral medical care services, including mobile outreach services, in order to ensure efficient and effective continuity of care.
<i>B. Support Systems Priorities</i>		
8	Human Resources for Health (HRH).	To ensure equitable distribution of adequate, well motivated, committed and skilled professional workforce who will deliver cost effective quality health care services as close to the family as possible.
9	Essential Pharmaceuticals and Medical Supplies:	To ensure availability of adequate, quality, efficacious, safe and affordable essential drugs and medical supplies at all levels, through effective procurement management and cooperation with pharmaceutical companies.
10	Infrastructure and Equipment:	To improve on the availability, distribution and condition of essential infrastructure and equipment, in order to improve equity of access to essential health services.
11	Health information:	To strengthen the integration and performance of health information

	Priority Intervention/System	Objective/Main Targets
	(HMIS, FAMS, Procurement and R&D)	systems and research, in order to provide for relevant, accurate and timely health information for evidence-based decision making.
12	Leadership and governance: (Governance and Health Care Financing)	To strengthen leadership and governance systems, in order to ensure highest standards of transparency and accountability at all levels.

Fonte: Ministry of Health Republic of Zambia – MoH (2011), *National Health Strategic Plan 2011 – 2015, Towards Attainment of the Millenium Development Goals and National Health Priorities in a clean, caring, ando competent Envirnoement*, Lusaka

Quanto alle risorse necessarie nel NHSP vengono formulati almeno tre scenari che prevedono tutti un *gap* di risorse e quindi il ricorso ad aiuti internazionali³⁸⁶ con un forte ruolo dei fondi globali. Quest'ultimo aspetto, quello finanziario, trattato meno estesamente che nel precedente NHSP evidenzia una debolezza e il rischio sostenibilità del NHSP 2011 – 2015, pur nei progressi segnalati rispetto a temi quali la *governance* e i determinanti sociali della salute.

Segnali politici incoraggianti, ma nel quadro di risorse ancora scarse e problemi redistributivi ancora evidenti, con un miglioramento degli indicatori, ma ancora distante dai MDGs e dai target fissati dallo stesso MoH. Le stesse politiche a favore di un miglioramento delle risorse umane nel settore sanitario pur registrando miglioramenti quantitativi evidenziano un deficit strutturale e la difficoltà di arginare forme di "brain drain" e rifiuto di operare in ambiti rurali.

La società civile da parte sua nel partecipare sempre più attivamente ai livelli di *governance* del sistema sanitario, pur non senza problemi e conflittualità (Cap. 5) indica alcune priorità per un sistema sanitario equo puntando fortemente su accessibilità, equità di accesso e partecipazione politica attiva delle comunità, indicando alcune priorità assolute e minime nel 2005³⁸⁷:

“2.2 Absolute Minimum Priorities

- a) Human resource development and retention, to address the issue of labour shortage in the health sector.
- b) Health financing and financial management, to address the issue of incentives for community health workers and improvement of health and nutrition services.

³⁸⁶ Ministry of Health Republic of Zambia – MoH (2011), Op. Cit.: "To achieve the objectives of the strategic plan, it is necessary that external sources continue to be a substantial contributor to the health sector in Zambia though there are indications of reduced donor support".

³⁸⁷ CSPR (2005), *Fifth National Development Plan for Zambia 2006 – 2010: A Civil Society Perspective*, Lusaka.

- c) Drugs and medical supplies, to address the issue of drug stock outs in health facilities.
- d) Investment in monitoring and evaluation of health services, to address weaknesses in the monitoring and evaluation systems.
- e) HIV/AIDS package, to address inadequacies in HIV/AIDS programmes; this should include nutrition in HIV/AIDS, psycho-social counselling and ART management”.

Mentre per quanto attiene il SNDP (2011 – 2015)³⁸⁸ la società civile, segnalando gli squilibri e l'iniquità sociale ed economica nel paese, denuncia una riduzione dell'impegno del GRZ nelle risorse allocate nel settore sanitario (configurando una sorta di de-responsabilizzazione, a fronte di un crescente impegno dei donatori internazionali ed un allontanamento dai target di Abuja e Maputo) e uno spostamento di larga parte dell'impegno per la realizzazione degli obiettivi dei NHSP sui *partner* internazionali. Questa linea politica implica una sorta di "abdicazione" alla sovranità sul settore, pur in presenza di indicatori positivi in economia quali la crescita prevista anche per il 2012 del Prodotto Interno Lordo (con valori pari o superiori al 10% annuo tra il 2006 e il 2009)³⁸⁹.

La conclusioni di CSPR sono chiare:

"Two clear messages come through; (a) that donor dependency is a risky, unsustainable and unreliable window to financing a public health system, (b) the saying that „prevention is better than cure“ still holds true for our situation in Zambia. Thus the key challenge in the allocation of available resources for health is how best to allocate these between the differing health system inputs, with or without donor resources".³⁹⁰

³⁸⁸ Ministry of Finance and National Planning MoFNP – GRZ (2011), *Sixth National Development Plan – Sustained Economic Growth and Poverty Reduction*, Lusaka.

³⁸⁹ Muchimba C.B. (2011), *The Zambia Mining Industry – A Status Report Ten Years After Privatization*, Friedrich Ebert Stiftung Zambia, Lusaka.

³⁹⁰ CSPR (2011), *Press Statement on the Launch of the Sixth National Development Plan*, Lusaka; CSPR (2010) *Sixth National Development Plan for Zambia, 2011 – 2015: A Civil Society Perspective*, Lusaka.

L'analisi prosegue e vengono riproposte quindi alcune priorità minime, con alcuni cambiamenti rispetto all'analisi del 2005³⁹¹:

CSPR, 2005	CSPR 2011
a) Human resource development and retention, to address the issue of labour shortage in the health sector.	a) Strive for a strengthened health system.
b) Health financing and financial management, to address the issue of incentives for community health workers and improvement of health and nutrition services.	b) Need for a well-performing health workforce
c) Drugs and medical supplies, to address the issue of drug stock outs in health facilities.	c) Need for a well-functioning health information system.
d) Investment in monitoring and evaluation of health services, to address weaknesses in the monitoring and evaluation systems.	d) Equitable access to essential medical products, vaccines and technologies.
e) HIV/AIDS package, to address inadequacies in HIV/AIDS programmes; this should include nutrition in HIV/AIDS, psycho-social counselling and ART management”.	e) A good health financing.

L'attenzione al rafforzamento del sistema sanitario e all'accesso a servizi e medicine è sicuramente marcato. L'approccio è quello "Human Rights Based" e manca un riferimento ai SDH, pur in una visione di sviluppo umano non solo economicamente definita.

La programmazione e i documenti politici del settore sanitario zambiano paiono recepire in modo immediato le linee e le retoriche internazionali, e se questo (per quanto attiene l'attenzione a temi quali PHC e Determinanti Sociali della Salute appare di forte interesse per il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione dello Zambia), la forte dipendenza dai donatori, la ridotta capacità e impegno finanziario del GRZ, destano non pochi dubbi sull'uso strumentale di una certa retorica, con non pochi problemi di legittimità politica del MoH agli occhi dei propri cittadini e dei *partner* internazionali. E' inoltre utile rilevare come di recente (tra il 2010 e il 2011) si siano verificate numerose tensioni tra i principali donatori e il GRZ per quanto atteneva il progetto delle

³⁹¹ Elaborazione da: CSPR (2005), Op. Cit.; CSPR (2011), Op. Cit.; CSPR (2010), Op. Cit.

Mobile Clinics, non concordate in alcuna riunione del *Sector Advisory Group*³⁹² e decise come politica unilaterale da parte del Governo del Presidente Rupiah Banda.

Di questo "conflitto" mi hanno riferito alcuni degli interlocutori incontrati, sia tra i donatori che tra le Ong, esprimendo dubbi sulla sostenibilità e la reale utilità di un tale strumento. E' altresì utile annotare come nelle bozze del rapporto annuale del *Provincial Health Office* del Copperbelt³⁹³ emerga una situazione, pur in una delle *Province* teoricamente meglio dotate di strutture, complessa per quanto attiene la logistica necessaria a mantenere i contatti con le strutture decentrate e il filmato già citato mostra analoghe problematiche a cui le "mobile clinics" non paiono dare risposta. D'altro canto è evidente come la carenza di mezzi e infrastrutture, soprattutto in area rurale, pesi sull'effettiva fruizione di servizi e continuano a sussistere problemi nel garantire il personale negli *Health Posts* e *Health Centres* in area rurale.

Quindi, a fronte della scarsa distribuzione di servizi in area rurale, questa non viene colmata con una diffusa rete di centri di salute e investendo sempre di più sulle forme di salute comunitaria, migliorando la qualità dei servizi più prossimi, ma erogando un servizio mobile, non sempre presente e quindi utile solo in determinati periodi di tempo, e con pochi o nessun legame con la comunità e le sue strutture.

Non è questa la sede per una valutazione complessiva e articolata di un progetto avviato dal Governo del Presidente Banda e il cui destino con il nuovo Presidente Sata non è chiaro; quel che è certo è che esso rappresenta la metafora di una politica sanitaria che in presenza di deficit strutturali e fortemente influenzata dalle volontà dei donatori e da un forte centralismo (nonostante i piani di decentramento) avvia la realizzazione di una forma di intervento senza alcuna consultazione e con un finanziamento da parte della Repubblica Popolare Cinese, da cui i mezzi sono stati acquistati.³⁹⁴

Il tema delle *Mobile Clinics* è emblematico perché mostra, al di là di interessi elettorali immediati

³⁹² Organismo di consultazione e confronto tra MoH, donatori e parte della società civile (alcuni dettagli nel Cap. 4 e nel Cap. 5).

³⁹³ Provincial Health Office (2010), Op.Cit.: "Inadequate transport due to constant breakdowns by old vehicles; Unable to adequately conduct monitoring as well as evaluation of Health Infrastructure Projects due constant breakdowns of the old infrastructure vehicle donated to PHO by MoH".

³⁹⁴ In Henriot P. (2010), "Good Questions about Mobile Hospitals", in *The Post*, Lusaka, 17 August 2010, emergono alcuni quesiti puntuali che ho ritrovato in molti interlocutori: "First, how does the purchase of mobile hospitals fit into the overall medical facility plans of the GRZ? That is, what place do they have in the National Health Strategic Framework for the next 5 years (2011 – 2015) that is currently being finalised? Are they included in the drafting of the Sixth National Development Plan? Where did the idea come from, the Chinese or the Zambians? Relating to planning, we surely can ask was a comprehensive technical, institutional, financial and commercial plan drawn up before the Zambian Government committed itself to accepting this loan from the Chinese Government? By whom and when was the planning done and is the documentation available to the general public? (...) Second, relating to the loan arrangements, how will this new debt of USD 53 million be serviced? What is the time span of the loan and the conditions relating to interest to be paid? Is such a loan – technically called "tied aid" since it is money that comes in that can only be spent for the purchase of something that the "donor" has to offer – actually the best possible deal Zambia could get at this time?".

(elezioni 2011) e di *partnership* internazionale (leggi Repubblica Popolare Cinese), diverse concezioni di sviluppo dei servizi sanitari e di PHC e solleva la questione del grado di autonomia di un paese nel determinare le proprie politiche sanitarie a fronte di un bilancio del settore sanitario fortemente sostenuto dai donatori internazionali, pur in presenza di entrate fiscali crescenti e di un settore minerario che registra esportazioni rilevanti, profitti ingenti, ma con una ridotta redistribuzione dei benefici e un regime fiscale di favore.

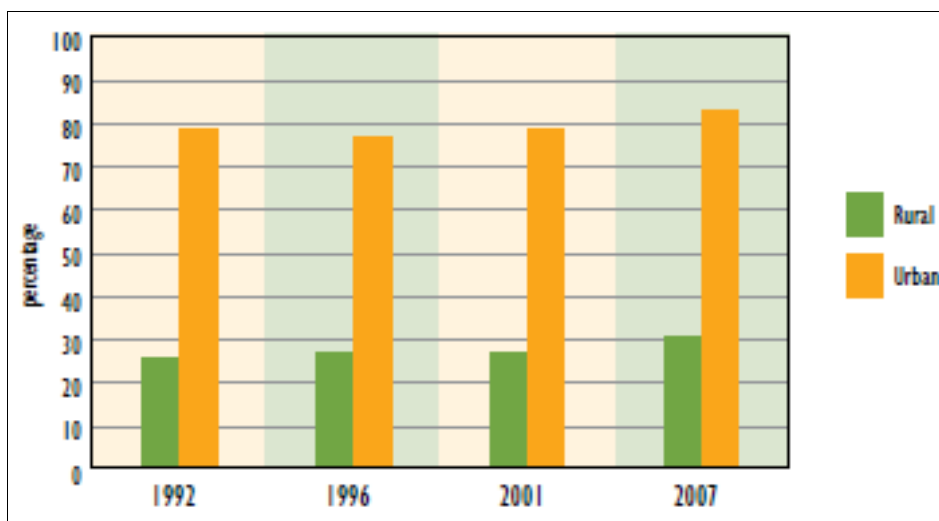
La riduzione annunciata degli aiuti da parte dei donatori, anche nel settore sanitario, a fronte della crisi finanziaria ed economica esplosa nel 2011 (fatto confermatomi in via informale dai miei interlocutori alla Direzione Generale alla Cooperazione dell'EU/UE), pone seri interrogativi sulle prospettive delle politiche intraprese e sulla loro sostenibilità effettiva e riapre la questione di un'autonomia basata su una più equa redistribuzione del reddito e dei benefici delle esportazioni minerarie del paese.

Il recente documento, frutto di un'interessante collaborazione tra University of Zambia, MoH ed EQUINET, delinea chiaramente quali siano le sfide per lo Zambia per garantire una reale equità in salute alla sua popolazione, secondo un approccio coerente con i SDH³⁹⁵:

- garantire il diritto alla salute come diritto umano costituzionalmente riconosciuto;
- ridurre il *gap* tra aree rurali e urbane per quanto attiene la condizione di povertà e povertà estrema;
- mettere in atto misure al fine di ridurre il valore dell'Indice di Gini, che tra il 2000 e il 2010 è diminuito solo da 0,526 a 0,507 mentre è necessario giungere a un livello 0,4;
- pur in presenza di una riduzione degli indici di mortalità materno – infantile, questa riduzione non è equamente distribuita tra aree rurali e urbane e tra differenti categorie socio – economiche, mantenendo quindi un livello di iniquità nella redistribuzione dei benefici del miglioramento dei servizi e delle opportunità di cura (Fig. 3.9 A);
- affrontare le asimmetrie nella copertura immunitaria (vaccinazioni) tra aree urbane e rurali (Fig. 3.9 B);

³⁹⁵ University of Zambia Department of Economics, Ministry of Health, TARSC (2011), *Equity Watch: Assessing Progress towards Equity in Health in Zambia*, EQUINET, Lusaka e Harare.

Fig. 3.9 A: Dato percentuale delle donne in gravidanza che usano i consultori



Fonte: University of Zambia Department of Economics, Ministry of Health, TARSC (2011), *Equity Watch: Assessing Progress towards Equity in Health in Zambia*, EQUINET, Lusaka e Harare

Fig. 3.9 B: Copertura immunitaria Zambia

YEAR	% Immunization coverage									
	BCG		DPT		Polio		Measles		All	
	Rural	Urban	Rural	Urban	Rural	Urban	Rural	Urban	Rural	Urban
1992	92	98	70	58	70	84	73	81	60	74
1996	96	99	83	90	81	89	85	90	75	83
2002	93	96	77	88	78	85	84	86	67	77
2007	91	95	76	90	76	81	84	89	66	71

Fonte: University of Zambia Department of Economics, Ministry of Health, TARSC (2011), *Equity Watch: Assessing Progress towards Equity in Health in Zambia*, EQUINET, Lusaka e Harare

- diffondere i programmi di assistenza, cura e prevenzione relativi all'HIV/AIDS, inizialmente concentrati solo nelle aree di Lusaka e del Copperbelt e progressivamente allargati alle altre *Province*;
- eliminare le differenze di genere nell'accesso all'educazione;
- garantire l'accesso all'acqua potabile, riducendo al contempo le asimmetrie esistenti tra aree

rurali e urbane;

- il permanere di differenze nella disponibilità di personale sanitario tra *Province* del paese e tra aree rurali e urbane nonostante le politiche di incentivo e l'aumento dei salari;
- considerato che nel Gennaio del 2006 sono stati aboliti gli *user fees* in area rurale per i servizi di PHC e successivamente tale abolizione è stata estesa anche per servizi di 2° e 3° livello, è richiesta un'ulteriore allocazione di risorse e la valutazione di una abolizione totale degli *user fees* per aumentare l'accessibilità ai servizi sanitari;
- le principali barriere all'accesso dei servizi sanitari sono costituite da: distanze, costi di trasporto, assenza di medicinali, carenze di personale, pregiudizi e fattori culturali. La costruzione di 400 *Health Posts* prevista tra il 2006 e il 2011 è una prima risposta, ma nel 2010 solo 18 erano gli *Health Posts* effettivamente funzionanti. Anche le politiche a favore della formazione e della diffusione di *Community Health Workers* vanno in questa direzione, pur in una situazione di forti limitazioni di risorse;
- avviare una politica di allocazione delle risorse coerente con i target di Abuja e Maputo, ovvero raggiungere il 15% della spesa pubblica a favore del settore sanitario, un valore pari a 60 USD di spesa pubblica pro-capite per la salute. Nel 2009 lo Zambia dedicava al settore sanitario il 9,8% del bilancio statale ;
- varare una politica fiscale che finanzi la spesa sanitaria evitando le forme di spesa "out of pocket" che possono aggravare la situazione di povertà delle famiglie: dare seguito all'impegno del MoH di una assicurazione sanitaria universale;
- allocare almeno il 50% del bilancio della sanità a livello distrettuale e il 25% alle politiche e strutture di PHC, mantenendo le politiche di allocazione avviate a inizio del XXI secolo;
- avviare politiche commerciali e accordi economici internazionali con un'ottica tesa a garantire un ritorno positivo sulle condizioni di salute della popolazione (utilizzando fondi di remissione del debito per il settore sanitario, tutelare la produzione agricola dei piccoli coltivatori, inserire obiettivi di salute nei trattati economici, non inserire i servizi sanitari nelle trattative relative al commercio internazionale e al libero scambio).

Il tema delle risorse e delle redistribuzione della ricchezza, come del resto proposto dalla CSDH, entra prepotentemente nel dibattito sulla salute in Zambia, e la denuncia da parte della società civile (CSPR, JCTR e Caritas in testa ma anche studiosi come il Prof. Lungu³⁹⁶) di un regime fiscale

³⁹⁶ Si vedano: Lungu J., Fraser A. (2006), Op. Cit.; Lungu J. (2008), Op. Cit.; Horman C. (2010) "Zambia's Development Agreements and the Soaring Copper Prices", in Resource Insight, Issue 11, Southern Africa Resource Watch (SARW), Johannesburg; Lungu J. (2009), *The Politics of Reforming Zambia's Mining Tax Regime*, in

troppo favorevole alle compagnie minerarie dopo la privatizzazione del settore e dei crescenti costi sociali a carico dello Stato per lo smantellamento e/o riduzione dei servizi socio – sanitari forniti dalle miniere, costituiscono terreno di conflitto e un passaggio chiave per comprendere quali risorse potranno effettivamente garantire non solo l'equità ma i minimi requisiti per la garanzia della salute della popolazione zambiana.³⁹⁷

Southern Africa Resource Watch, Resource Insight, Issue 8, Johannesburg; Mwitwa C., Kabemba C. (2007), *Copper Boom in Zambia: Boom for Whom?*, in Southern Africa Resource Watch, Resource Insight , Issue 3, Johannesburg: <http://www.sarwatch.org/> (Luglio 2010).

³⁹⁷ Lungu J. (2008), Op. Cit.

3.3 *Il dibattito politico sulla sanità alle recenti elezioni politiche e presidenziali*

Le elezioni politiche e presidenziali del 2011, che hanno segnato un nuovo cambiamento storico della *leadership* del paese dopo venti anni di Governo MMD, sono state un interessante ambito di osservazione del dibattito relativo allo sviluppo e in particolare rispetto al tema delle politiche sanitarie. Per inciso vorrei segnalare come, dopo una disaffezione dell'elettorato nelle elezioni del 2008 (necessarie per eleggere il successore del Presidente Mwanawasa prematuramente scomparso) con un dato di partecipazione dell'elettorato pari al 45%, - nel 2001 si era al 67% - si è registrata una partecipazione di votanti effettivi su votanti registrati del 53% e un passaggio da circa 4 milioni di votanti registrati a oltre 5 milioni di votanti registrati (con una crescita della popolazione zambiana tra il 2006 e il 2011 di poco più di 1 milione complessivamente)³⁹⁸ a conferma delle testimonianze e di un clima politico propenso a un mutamento di Governo. Abbiamo detto delle posizioni della società civile (CSPR, JCTR etc.) ribadite prima e durante le elezioni, con un particolare accento al tema della corruzione (tema fortemente presente nel dibattito dopo i casi degli ultimi anni), vorrei brevemente segnalare alcune posizioni dei partiti in lizza nella competizione elettorale del 2011, vinta dal *Patriotic Front* (PF) di Michael Sata, divenuto Presidente dello Zambia.

In primis vorrei segnalare come nella versione provvisoria della proposta di revisione costituzionale dell'Aprile 2012³⁹⁹ all'articolo 62 è previsto il diritto alla salute, già specificato in una serie di previsioni relative alla donna e ai bambini:

"62. (1) A person has the right to-(a) the highest attainable standard of health, which includes the right to health care services and reproductive health care;(b) accessible and adequate housing;(c) be free from hunger, and to have access to adequate food of acceptable quality;(d) clean and safe water in adequate quantities and to reasonable standards of sanitation;(e) social security and protection; and(f) education".

³⁹⁸ Fonte: <http://www.elections.org.zm/index.php> (Agosto – Ottobre 2011, Gennaio – Febbraio 2012).

³⁹⁹ <http://www.scribd.com/Zambian-Economist/d/91834693-First-Draft-Constitution-of-Zambia-April-2012> (Aprile 2012).

In un approccio prossimo ai SDH e comprensivo di altri fattori influenzanti la condizione di salute. Nell'analizzare le proposte politiche vorrei prendere in considerazione i due principali contendenti: MMD e PF.

*MMD*⁴⁰⁰

Al di là della dichiarazione relativa alla costruzione di 27 Ospedali e oltre 231 *Health Posts* di cui non ho trovato riscontro nelle statistiche ufficiali e nei documenti analizzati (ricordo che nel 2010 erano stati costruiti poco più di 20 *Health Posts*, anche se il ritmo delle inaugurazioni tra 2010 e 2011 riscontrabile da televisione e giornali era crescente) le prospettive per il settore sanitario ricalcano quanto previsto nel NHSP 2011 – 2015 con un riferimento esplicito alle Mobile Clinics e alla costruzione di ospedali e *Health Posts*. La proposta di trasformare gli *Health Centres* in mini – Hospital è innovativa rispetto al NHSP 2011 – 2015 e più vicina a un reale approccio PHC e di sviluppo di strutture di 1° livello, sub – distrettuale. Anche le proposte rispetto al settore educativo e dei servizi di *welfare* comunitario rispecchiano un approccio di forte intervento e strutturazione di servizi comunitari gratuiti.

Per quanto attiene la *governance* partecipata e il decentramento, la piattaforma MMD di fatto ribadisce gli obiettivi di decentramento del 2002 e dei successivi piani (di cui parlerò nel Cap. 5).

Una piattaforma che di fatto ribadisce molti dei concetti espressi dai documenti ufficiali di oltre 20 anni di Governo MMD con alcuni "rilanci" nelle politiche socio – sanitarie e di lotta alla povertà, parzialmente contraddette dalla realtà degli anni più recenti come dimostrato dal documento *Equity Watch: Assessing Progress towards Equity in Health in Zambia*⁴⁰¹.

*PF*⁴⁰²

Il PF propone nella sua piattaforma relativa al settore sanitario un approccio che richiama inizialmente la "funzionalità" della salute rispetto allo sviluppo ("Good health is an essential prerequisite for national development.") richiamando poi i principali ambiti di intervento che ricalcano quelli degli NHSP e previsti da vari documenti di cooperazione nel quadro dello SWAp ("service delivery, human resources, medicines and technology, health financing, health information

⁴⁰⁰ MMD (2011) *MMD Manifesto – Development by all, for all*, Lusaka.

⁴⁰¹ University of Zambia Department of Economics, Ministry of Health, TARSC (2011), Op. Cit.

⁴⁰² Patriotic Front (2011), *Yes! a better Zambia for all*, Lusaka; <http://www.facebook.com/pages/Zambia-Patriotic-Front/201192269910687> (Agosto – Dicembre 2011).

systems and leadership and governance") seguiti dai rilievi (in larga parte già presentati precedentemente) sulle carenze dei Governi guidati dal MMD.

Le proposte principali seguono:

1. la totale abolizione degli *user fees*;
2. la garanzia di *based health care* (analoghe a BHCP) ma senza vincoli di pagamento;
3. un sistema di servizi che punti sulla specializzazione medica in vari settori;
4. l'utilizzo anche di personale sanitario in pensione per coprire i *gap* di personale;
5. introdurre nuove figure sanitarie che sopperiscano alle carenze di medici e infermiere (quindi il potenziamento degli *Health Workers* di vario genere, riprendendo le proposte C SPR e dell'*Equity Watch Zambia*);
6. l'informatizzazione dei dati sanitari;
7. una campagna ambia di educazione sanitaria;
8. forme di collaborazione con le pratiche di medicina tradizionale;
9. rifondare i rapporti di fiducia con i donatori internazionali a partire da un nuovo *Memorandum of Understanding*;
10. introdurre una nuova riforma sanitaria dato che i provvedimenti del 2005 hanno creato un "vacuum" normativo.

Nella piattaforma del PF si trovano alcune delle proposte delle principali organizzazioni della società civile e l'idea di una sorta di rifondazione del sistema sanitario che contempra nuove figure professionali e il rapporto con la medicina tradizionale (in coerenza con alcuni studi e proposte in campo medico e di sviluppo sanitario)⁴⁰³, interessante il passaggio che richiama a un nuovo rapporto con i donatori, a partire da una situazione di certa tensione presente dall'esplosione (2008 – 2009) del caso di corruzione al MoH e del congelamento di alcuni aiuti, oltre che il caso *Mobile Clinics* su cui non vi sono accenni di alcun tipo. Emblematica la dichiarazione di uno dei portavoce di Sata durante la campagna elettorale:

"(...) building hospitals alone was not adequate, the sector needs to be supported by well trained health personnel. We will ensure that conditions of service for health workers are improved so that they much the work they are putting in. PF would also revisit the health

⁴⁰³ Nell'area del Senegal, Mali, Niger, Burkina Faso sono attivi progetti di cooperazione e iniziative dei governi a favore dello sviluppo di forme integrate tra medicina tradizionale e le forme di bio-medicina, a partire anche da pratiche fitoterapiche già presenti nell'area.

Dopo le elezioni il Presidente Sata ha ribadito i punti del programma del PF all'apertura dell'11^a sessione del Parlamento dello Zambia mentre nella presentazione del bilancio 2012 il Ministro delle Finanze e della Pianificazione Nazionale il settore sanitario viene indicato come uno dei 4 settori prioritari di intervento del Governo con una crescita degli stanziamenti secondo quanto segue nel discorso del Ministro (in evidenza alcuni aspetti):

"Mr. Speaker, many families across the country today are struggling to care for their sick. For these families, the hours are long, the responsibilities daunting, the demands unrelenting and costs significant. *When they visit their nearest health centre, clinic or referral hospital, their anguish is only minimally diminished, as they face a health provision system that struggles to provide adequate medicines, beds and other basic health requirements.*

Sir, we cannot allow this situation to continue. Provision of *more resources to the health care system will therefore be an important starting point.* Today, I am making a commitment to the Zambian people that the budgetary allocation to the health sector will progressively increase in line with the Abuja Protocol. Mr. Speaker, in 2012, I have increased the allocation to the health function by 45.0 percent to K2,579.9 billion. Of this amount, K301.7 billion will be for drugs and medical supplies. With these resources, we will scale up the provision of essential drugs, and procurement of equipment and other medical supplies especially to the under-serviced rural areas.

Sir, a provision of K77.9 billion has been made for the net recruitment of 2,500 front line medical personnel while K389.3 billion has been provided for infrastructure and medical equipment. Key programmes under infrastructure development

⁴⁰⁴ Changala A., Mukwasa B. (2011), "PF pledges to honour Abuja Declaration", in The Post, 11 Settembre 2011, Lusaka.

will include the completion of 8 *District* hospitals and the construction of 5 new *District* hospitals including the requisite housing for medical personnel. Mr. Speaker, health care provision cannot only be judged in terms of resource allocation, but also by improving access and health outcomes. In order to increase access to health services, the Government will remove all financial barriers to accessing health services by abolishing all user fees for primary care services not only in rural but also in urban areas".⁴⁰⁵

Accanto alla costruzione di nuove strutture, in continuità con piani precedenti, è evidente l'attenzione al tema dell'accessibilità e dell'affidabilità dei centri sanitari, elementi essenziali per garantire quell'equità così complessa nella realtà zambiana.

La nomina al Ministero della Salute di uno dei responsabili di ZAMFOHR (*Zambian Forum for Health Research*), centro di ricerca impegnato sulla ricerca della salute delle comunità, la formazione del personale sanitario e lo sviluppo di ricerche – azione nel settore sanitario, mostra l'attenzione per il settore e un investimento in figure esperte e impegnate da anni nella ricerca.

Quali saranno gli esiti è ancora da verificare, e alcuni nodi vengono già al pettine come dimostra l'appello della *Resident Doctors Association of Zambia* sul *The Post* del 19 Aprile 2012⁴⁰⁶ in cui si segnalano le carenze strutturali dei servizi sanitari e la necessità di sostituire le forme di contribuzione dei pazienti con una forma di assicurazione universale.

Tra le iniziative recenti il lancio di un *National Health Care Standard* finanziato da EU/UE e altri donatori, l'appello a rapporti non conflittuali tra personale sanitario e popolazione, l'aumento dei salari del personale sanitario, l'autorizzazione alla costruzione di 650 *Health Posts* e una chiara dichiarazione contro le Mobile Clinics da parte del Presidente Sata:

"We opposed the expensive procurement of mobile hospitals which have been unable to reach all parts of the country. The new health posts will expand the healthcare infrastructure and therefore reach many people in the outlying areas"⁴⁰⁷.

⁴⁰⁵ "2012 Budget Address by Hon. Alexander B. Chikwanda", http://www.parliament.gov.zm/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=894, (Dicembre 2011).

⁴⁰⁶ Chakwe M. (2012), "Doctors warn Government over Healthcare System", in *The Post*, 19.4.2012, Lusaka.

⁴⁰⁷ <http://www.lusakatimes.com/2012/01/18/president-sata-authorises-creation-650-positions-health-care-industry->

Dialogando con alcuni amici in Zambia via telefono è emersa una sorta di entusiasmo per il cambiamento di Governo, dimostrato anche dal flusso ai seggi e dall'attivismo che caratterizza in questi mesi i PHO e DHMT nella programmazione territoriale oltre che un rinnovato coinvolgimento della società civile anche nel processo di revisione costituzionale.

Non sono infine mancate le critiche a un processo di decentramento in parte rilanciato con la creazione di nuove *Province*, ma al contempo emergono dubbi sull'uso strumentale di tali provvedimenti e la carenza di consultazione e partecipazione,⁴⁰⁸ nonché sulla scarsa chiarezza degli stessi piani di decentramento (nonostante quanto previsto dal manifesto elettorale del PF). In conclusione il recente mutamento politico deve essere ancora valutato con attenzione per quanto riguarda atteggiamento e politiche nel settore sanitario, verificando ancora una volta il passaggio dalle retoriche alle politiche fattive.

[country/](#) (Febbraio 2012).

⁴⁰⁸ Sishuwa S. (2012), "Amputation of Districts, Provinces: Decentralization or Politics?", in *The Post*, 21.2.2012, Lusaka.

Cap. 4 *Aiuto allo sviluppo e cooperazione sanitaria in Zambia*

In continuità con il capitolo precedente si cercherà di approfondire lo specifico delle politiche recenti di cooperazione allo sviluppo in Zambia e quanto accaduto in campo sanitario soprattutto nel quadro dello SWAp, considerando la specifica attenzione al tema della partecipazione e dell'*empowerment* delle comunità.

Quale attenzione da parte dei *partner* internazionali a questi temi? Quali idee e proposte? Quali indicazioni da parte del Governo dello Zambia prima e dopo le elezioni? Quali esperienze emergono dalla società civile zambiana e con quali riflessi nel Copperbelt?

Nello sviluppare il capitolo si considereranno sia documenti e *paper* di organismi internazionali presenti in Zambia, che articoli e letteratura internazionale e anche zambiana, oltre che le interviste e le informazioni raccolte tramite i soggetti contattati sia durante le presenze in Zambia per la ricerca di campo che successivamente.

Considerando le pratiche più recenti, si cercherà di esplicitare la logica dello SWAp e l'applicazione nel settore sanitario: le principali proposte e tendenze di donatori partecipanti allo SWAp - in particolare quelli che svolgono una funzione *leader* - con alcuni accenni anche a quanto fatto da donatori precedentemente impegnati nel settore sanitario come priorità operativa nello SWAp (ad esempio DANIDA, Danimarca).

4.1 *L'aiuto allo sviluppo: fonti e flussi*

A partire dalla metà degli anni '70 lo Zambia registrò un declino nell'andamento dell'economia, soprattutto a causa della crisi delle entrate derivanti dalle esportazioni minerarie (per inciso il rame in particolare), questo fatto, combinato con lo shock economico mondiale, costituì un fattore rilevante per lo sviluppo dello Zambia e per quanto atteneva le politiche di lotta alla povertà. Progressivamente lo Zambia venne ri-classificato dal Fondo Monetario Internazionale come un paese a basso reddito mentre nel periodo pre – crisi era considerato un *middle income country*.

La bilancia dei pagamenti dello Zambia peggiorò progressivamente durante gli anni '80 e le tensioni con il Fondo Monetario Internazionale sull'applicazione dei piani di aggiustamento durante il medesimo decennio non contribuirono a migliorare la situazione debitoria. A partire dagli anni '80 fino ai primi anni del XXI° secolo la situazione debitoria rimase consistente e drammatica raggiungendo uno stock di debito di oltre 7 milioni di dollari nel 1997.⁴⁰⁹

Nel 2000 il 60% del debito dello Zambia era controllato dalla Banca Mondiale e dal Fondo Monetario Internazionale esponendo lo Zambia a una forte condizionalità nelle politiche di sviluppo da parte di queste istituzioni e del complesso dei donatori. I Piani di Aggiustamento Strutturale non sortirono gli effetti desiderati⁴¹⁰ con pesanti conseguenze sociali e la definizione di tali piani non considerò in modo adeguato la diffusa povertà nel paese, una situazione che nonostante i programmi di riduzione del debito resta largamente irrisolta alla fine degli anni '90.⁴¹¹

Nel frangente di questi sviluppi l'aiuto allo sviluppo da parte di donatori esterni ha avuto avvio in modo significativo a partire dal 1974, anche se sin dall'indipendenza si registrarono flussi di assistenza allo sviluppo, seppur non significativi⁴¹². In particolare i dati riportati in Saasa e Carlsson e da alcune banche dati⁴¹³ ci indicano che gli aiuti allo sviluppo (nella forma di *Official*

⁴⁰⁹ Saasa O., Carlsson J. (2002), Op. Cit.; Saasa O., Carlsson J. (1996) *The Aid Relationship in Zambia – A Conflict Scenario*, Nordic Africa Institute, Uppsala.

⁴¹⁰ Wohlgemuth L., Saasa O. (2008), *Changing aid relations in Zambia*, European Centre for Development Policy management - ECDPM Discussion Paper n. 83, Maastricht.

⁴¹¹ Wohlgemuth L., Saasa O. (2008), Op. Cit.

⁴¹² Saasa O., Carlsson J. (2002), Op. Cit.; Andersson P., Bigsten A., Persson H. (2000) *Foreign Aid, Debt and Growth in Zambia*, Nordic Africa Institute, Uppsala; Carlsson J., Chibbamullilo P., Orjuela C., Saasa O. (2000) *Poverty and European Aid in Zambia – A Study of the Poverty Orientation*, ODI Working Paper 138, Londra.

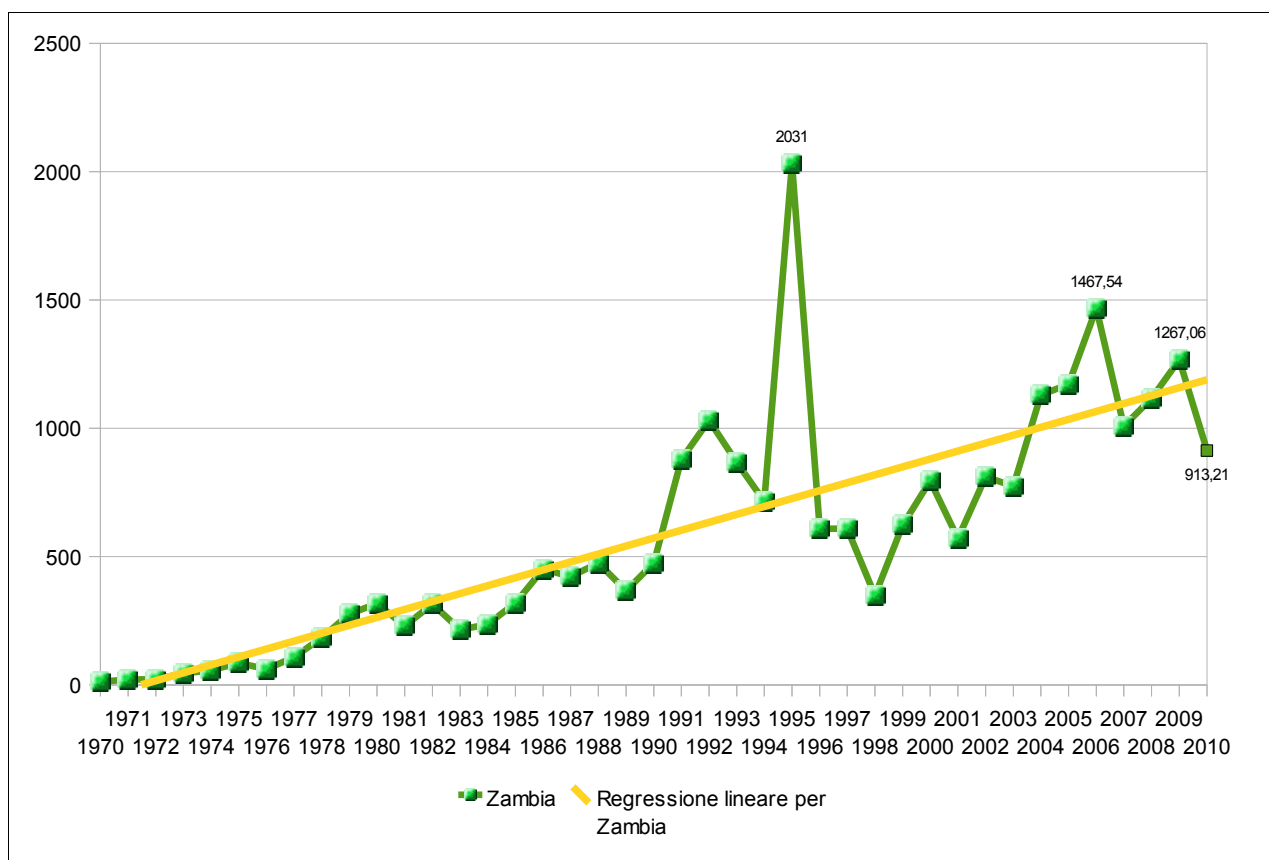
⁴¹³ Saasa O., Carlsson J. (2002), Op. Cit., Capitoli 1 e 4; mi riferisco inoltre ai dati della World Bank e dell'OECD – OCSE: <http://data.worldbank.org/data-catalog/africa-development-indicators> (Africa Development Indicators), <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators> (World Bank Development Indicators) e http://databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=2&id=4&DisplayAggregation=N&SdmxSupported=Y&CNO=2&SET_BRANDING=YES (World Development Indicators and Global Development Finance), <http://www.oecd-ilibrary.org/statistics;jsessionid=1h1fxvfv969ka.epsilon> e <http://www.oecd.org/dataoecd/50/17/5037721.htm> (OECD statistics), <http://unstats.un.org/unsd/databases.htm> (United Nations Statistic Division); (Ottobre 2011).

*Development Assistance*⁴¹⁴) hanno registrato un balzo da poco più di 50 milioni di dollari a una media di circa 300 milioni di dollari tra il 1977 e il 1989 con ulteriore crescita agli inizi degli anni '90 (probabilmente per il passaggio a un sistema multipartitico dal 1991 come ipotizzato da Saasa e Carlsson) e un andamento tendenzialmente crescente lungo il primo decennio del XXI° secolo: si osserva un picco nel 1995 e il raggiungimento nel 2009 di una cifra di oltre 1.200 milioni di dollari (in valore corrente, Fig. 4.1). A tutti gli effetti l'aiuto allo sviluppo costituisce da alcuni anni la risorsa esterna maggiore per lo sviluppo del paese, superiore agli investimenti dall'estero e il settore sanitario, in ambito sociale, costituisce ambito prioritario di intervento, aiuto che, pur in una fase di flessione, resta un contributo fondamentale per le politiche socio – sanitarie in Zambia.⁴¹⁵

⁴¹⁴ ODA: Official Development Assistance, definito dal glossario dell'OECD/OCSE come "Official Development Assistance (ODA) is defined as those flows to developing countries on the DAC List of ODA Recipients and to multilateral development institutions which are: 1. provided by official agencies, including state and local governments, or by their executive agencies; 2. and each transaction of which: a. is administered with the promotion of the economic development and welfare of developing countries as its main objective; and b. is concessional in character and conveys a grant element of at least 25 per cent (calculated at a rate of discount of 10 percent per annum)" (<http://www.aidflows.org/>, 2011), altra definizione si ritrova in http://www.oecd.org/document/32/0,3746,en_2649_33721_42632800_1_1_1_1,00.html#DAC (Ottobre 2011): "Grants or loans to countries and territories on the DAC List of ODA Recipients (developing countries) and to multilateral agencies which are: (a) undertaken by the official sector; (b) with promotion of economic development and welfare as the main objective; (c) at concessional financial terms (if a loan, having a grant element of at least 25 per cent). In addition to financial flows, technical co-operation is included in aid. Grants, loans and credits for military purposes are excluded. Transfer payments to private individuals (e.g. pensions, reparations or insurance payouts) are in general not counted".

⁴¹⁵ Si vedano a tal proposito i dati contenuti in: Ndulo M., Mudenda D., Ingombe L., Muchimba L. (2009), *Global Financial Crisis Discussion Series – Paper 10: Zambia*, Overseas Development Institute, Londra.

Fig. 4.1: Andamento dell'Aiuto Ufficiale allo Sviluppo (ODA) verso lo Zambia, da parte di tutte le tipologie di donatori, in milioni di dollari a valore corrente



Fonte: Elaborazione da <http://stats.oecd.org/qwids/> (Ottobre 2011)

Lo Zambia sin dalla metà degli anni '80 è un caso ben rappresentativo di paese sottoposto a una forte influenza politica interna da parte dei donatori,⁴¹⁶ in cui il volume del debito estero mina l'autonomia operativa e decisionale. L'autonomia politica e operativa basata sulle esportazioni di rame è infatti entrata progressivamente in crisi a partire dalla metà degli anni '70 segnando progressivamente il fallimento del modello sviluppatista proposto dal Presidente Kaunda, costringendo all'accettazione, non senza momenti di tensione e conflitto, delle politiche proposte / imposte dalle istituzioni di Bretton Woods, coerentemente perseguite dai primi governi successivi alle elezioni multipartitiche del 1991.

Lo Zambia ha rappresentato per molti donatori una sorta di laboratorio ove anticipare alcune politiche in ambito regionale: l'applicazione dei piani di aggiustamento, il passaggio al

⁴¹⁶ Saasa O., Carlsson J. (2002), Op. Cit., Cap. 4; Fraser A. (2007), "Zambia back to the future?", in http://cambridge.academia.edu/AlastairFraser/Papers/251/Zambia_Back_to_the_Future, Cambridge; Fraser A. (2009), "Zambia back to the future?", in Whitfield L. (2009), "The Politics of Aid – African Strategies for Dealing with Donors", Oxford University Press, New York.

multipartitismo, alle privatizzazioni tipiche di uno Stato post-sviluppista, in un processo duale di democratizzazione e privatizzazione che doveva, secondo i donatori, rilanciare il paese.⁴¹⁷

Considerando i dati estratti da varie fonti⁴¹⁸, è evidente, anche dalla linea di tendenza espressa dalla regressione lineare, come l'andamento degli aiuti ufficiali allo sviluppo nelle loro diverse forme verso lo Zambia sia stato crescente nell'intero periodo considerato. In particolare durante gli anni '90 non sono mancati, come osserva Saasa,⁴¹⁹ esplicite forme di condizionalità (attraverso l'ammontare degli aiuti erogati o promessi) rispetto alla situazione politica interna (con riferimento a tornate elettorali o a problemi di *governance* e corruzione) e a specifiche politiche interne quali le privatizzazioni del settore minerario, le riforme del settore dei servizi, la riduzione del debito, come pure questioni relative al rispetto dei diritti umani e delle opposizioni e all'*accountability*.

Il progressivo calo di aiuti dopo il 1991 è attribuibile alla progressiva delusione da parte di molti donatori rispetto alle politiche del Governo dell'*Multiparty Movement for Democracy* (MMD) ed alle riforme mancate dopo un primo avvio di privatizzazioni⁴²⁰. Molte delle dinamiche negli aiuti che hanno caratterizzato lo Zambia, lo accomunano ad altri paesi dell'area, ma è il volume e la crescita esponenziale del debito che è originale in Zambia rispetto ad altri paesi, portandolo nel 1984 ad essere il paese più indebitato al mondo. Il quadro esposto dalle figure che seguono mostra come lo Zambia sia stato uno dei maggiori beneficiari di aiuto internazionale anche nell'area Sub-Sahariana.

Alcuni fatti storici e politici segnano marcatamente l'andamento degli aiuti internazionali:

4. Nel 1987 il Governo Zambiano sospese le politiche di aggiustamento varando un programma denominato *New Economic Recovery Programme* (NERP) cercando di limitare anche il servizio del debito, con conseguente congelamento degli aiuti (si osservi la flessione tra il 1987 e il 1989 del volume di Aiuto Pubblico allo Sviluppo / *Official Development Assistance* - APS/ODA), ripresi solo nel 1989 a seguito dell'abbandono del NERP e dell'accettazione delle politiche elaborate da Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale, attuate anche dal successivo Governo del MMD beneficiario di un crescente volume di aiuti.

– Gli ingenti prestiti della metà degli anni '90 uniti alle politiche di aggiustamento strutturale e alle privatizzazioni non sortirono gli effetti di ripresa economica ed aggravarono la situazione debitoria del paese.⁴²¹

– A partire dal 1996 presero avvio i programmi di aiuto rispetto alla situazione debitoria con

⁴¹⁷ Fraser A. (2007), "Zambia back to the future?", Op. Cit.

⁴¹⁸ Principalmente le banche dati della World Bank e dell'OECD/OCSE – DAC oltre che dagli autori citati.

⁴¹⁹ Saasa O., Carlsson J. (2002), Op. Cit.

⁴²⁰ AA.VV. (2011), *Between high expectations and reality: An evaluation of budget support in Zambia*, Ministry of Foreign Affairs of the Kingdom of the Netherlands, The Hague.

⁴²¹ Saasa O., Carlsson J. (2002), Op. Cit.; Fraser A. (2007, 2009), "Zambia back to the future?", Op. Cit.

collegate proposte e richieste di riforme strutturali del paese (è interessante osservare l'andamento degli indicatori della posizione debitoria a partire dal 1996 nelle Fig.4.13). Nel 1996 la rielezione del Presidente Chiluba, fortemente contestata nelle procedure elettorali da parte dei donatori internazionali, portò a una riduzione del volume di aiuti sino al 1999.

– Nel 2001 si è avuta una flessione in coincidenza con le elezioni politiche e presidenziali a cui seguirono momenti di tensione relativi ai processi di privatizzazione della *Zambian National Commercial Bank* e della imprese di telecomunicazioni e di erogazione dell'energia elettrica (ZAMTEL, ZESCO) fortemente correlati ai programmi di riduzione del debito e sostegno della bilancia dei pagamenti.

Il primo decennio del XXI secolo fu caratterizzato anche dal varo di un *Poverty Reduction Strategy Paper* e dal *Fifth National Development Plan* (FNDP, 2006 -. 2010)⁴²² supportati da un crescente volume di aiuti (si veda il picco del 2006 in Fig. 4.4). Parallelamente i principali donatori (anche a seguito della Dichiarazione di Parigi sull'Efficacia degli Aiuti, 2005, e la successiva conferenza ad Accra, 2008)⁴²³ proposero una forma di raccordo e coordinamento,⁴²⁴ (Harmonisation in Practice, HIP, e Wide HIP o WHIP) anche a partire da quanto emergeva nel FNDP, concretizzatosi in un *memorandum* con il Ministero delle Finanze e della Pianificazione e con l'avvio del meccanismo dei *Sectory Advisory Group*⁴²⁵ fortemente collegati con le forme dello SWAp e del *Sector o Budget Support* di cui in seguito darò conto con riferimento al settore sanitario.⁴²⁶

Di questi processi e negoziazioni politiche di metà decennio non hanno fatto parte nè la Cina (con un ruolo crescente in Zambia come *partner* economico e di sviluppo) né il nuovo "fenomeno" dei fondi globali settoriali e verticali. Il varo nel 2005 del documento "Aid Policy and Strategy" da parte del Governo Zambiano⁴²⁷ e il successivo varo del documento "Vision 2030 – A prosperous

⁴²² Ministry of Finance and National Planning MoFNP (2002), Op.Cit.; Ministry of Finance and National Planning MoFNP - GRZ (2006), *Fifth National Development Plan – Broad based Wealth and Job Creation through Citizenry Participation and Technological Advancement*, Lusaka.

⁴²³ OECD (2005), *Paris Declaration on Aid Effectiveness*, Parigi; OECD (2008), *Accra Agenda for Action*, Parigi; http://www.oecd.org/document/18/0,3746,en_2649_3236398_35401554_1_1_1_1_00.html (Ottobre 2010).

⁴²⁴ Harmonisation in Practice Initiative (HIP), seguita nel 2004 dalla Wider Harmonisation in Practice (WHIP). Prima delle conferenze di Parigi e Accra si svolse la Conferenza di Roma (2003) con una "Declaration on Harmonisation".

⁴²⁵ Con il fine di costituire il forum principale di discussione e monitoraggio dei programmi di cooperazione allo sviluppo con la presenza di componenti del Governo Zambiano, della società civile e dei Donatori.

⁴²⁶ Alcune definizioni a partire dal Glossario OECD/OCSE: "*General Budget Support*: Financial support to the government budget and to macro-level policies and to assist the recipient country through a programme of policy and institutional reform and implementation that promotes growth and achieves a sustainable reduction in poverty. *Sector Budget Support*: Financial support to the government budget but earmarked for a specific sector. *Sector Wide Approach*: All significant donor funding to a sector supports a single, comprehensive sector policy and independent programme, under government leadership", <http://stats.oecd.org/glossary/> (Ottobre 2011).

⁴²⁷ Ministry of Finance and National Planning MoFNP (2005), *Zambia Aid Policy and Strategy*, Lusaka.

Tra i principi enunciati nel documento, riprendendo anche la Dichiarazione di Parigi del 2005:

“Country ownership: aid shall be delivered, managed, monitored and reported through the existing public sector management system;

Promotion of justice and equity within the country and internationally;

middle income Nation by 2030"⁴²⁸ segnano il tentativo di recuperare un'autonomia politica e negoziale rispetto ai donatori, pur nel quadro dei meccanismi menzionati e richiamano il periodo storico di uno sviluppo nazionale autonomo successivo all'indipendenza (pur con tutte le contraddizioni e limiti evidenziati in particolare da Fraser).⁴²⁹

Alcuni autori⁴³⁰ concordano nel segnalare la crescente partecipazione della società civile nella elaborazione di questi piani (PRSP e FNDP) ma anche le carenze democratiche di questo processo, con il mancato passaggio in Parlamento del FNDP. Nell'elaborare il FNDP furono stabiliti tre livelli di programmazione (tutt'ora operativi seppur tra non pochi limiti): *District Development Coordinatin Comittees* (DCCs), *Provincial DCCs*, *National DCCs*.

Il varo, a partire dal 2007, da parte dei principali donatori della "Joint Assistance Strategy Zambia" (JASZ)⁴³¹ successiva alla WHIP ha portato a una crescita del volume dell'ODA anche per sostenere il FNDP, o meglio per continuare a condizionare il processo di sviluppo, come sostenuto da Fraser.

⁴³² Questo tipo di accordi ha portato alla diffusione del *Budget Support* rispetto ad altre modalità di aiuto. Altra iniziativa collegata alle precedenti e finalizzata a formare competenze idonee e coerenti è il *Public Expenditure Management and Financial Accountability* (PEMFA) per la migliore gestione delle risorse interne e pervenute dai donatori. L'organizzazione dei donatori secondo il JASZ è visibile in Fig 4.2 e mostra il peso delle organizzazioni multilaterali (ultima riga) per quanto attiene i settori di intervento e presenza a livello di coordinamento e intervento, come pure la "densità" di donatori (CP) nei diversi settori (Educazione, *Governance*, Salute e questioni Macroeconomiche tra i più presidiati dai CP in Zambia. Sempre con riferimento allo schema di Fig.

-
- Enhancement of true partnership through dialogue, coordination, harmonisation, alignment and information sharing;
 - Simplification of processes and procedures;
 - Grants as the preferred form of external assistance;
 - Partners are encouraged to progressively move towards budget support;
 - Clear capacity building component in all external assistance;
 - Promotion of strong partnerships with non-state actors".

⁴²⁸ Republic of Zambia (2006), *Vision 2030 – A prosperous Middle – Income Nation by 2030*, Lusaka. Nella premessa del testo, l'allora Presidenza Mwanawasa scriveva: "The Vision 2030 is founded on seven key basic principles. These principles are: (i) sustainable development; (ii) upholding democratic principles; (iii) respect for human rights; (iv) fostering family values; (v) a positive attitude to work; (vi) peaceful coexistence; and (vii) upholding good traditional values. Despite the seemingly long time in which the Vision 2030 will be implemented, its realization will depend on the actions and measures that we undertake as Government, private sector cooperating partners, civil society and as individuals through short and medium-term national development plans. These plans will ensure creation of necessary conditions upon which long term objectives and targets can be achieved".

⁴²⁹ Fraser A. (2009), "Zambia back to the future?", Op. Cit.

⁴³⁰ Fraser A. (2009), "Zambia back to the future?", Op. Cit.; Wohlgemuth L., Saasa O. (2008), Op. Cit.

⁴³¹ AA.VV. (2007), *Joint Assistance Strategy for Zambia (JASZ) 2007 – 2010*, Lusaka. I firmatari della JASZ furono 12 donatori bilaterali: Commissione Europea, Nazioni Unite, Banca Mondiale e African Development Bank, Germania, Irlanda, Norvegia, Svezia, Regno Unito, Finlandia, Danimarca e Olanda. Altri donatori si sono riferiti al JASZ come linee guida.

⁴³² Fraser A. (2007), "Zambia back to the future?", Op. Cit., Pag. 21.

4.2, l'Unione Europea figura come *leader* in alcuni settori quali i trasporti, il settore privato e quello macro-economico, mentre è attivamente presente in agricoltura, educazione, *governance* e salute. Una versione aggiornata di questo schema mi è stata trasmessa dai funzionari della Delegazione dell'Unione Europea a Lusaka durante la mia ricerca di campo nel 2010 ed è di seguito rappresentata (Fig. 4.3). Si osserva una certa continuità nel settore sanitario per quanto attiene i CP leader e quelli attivi rispetto allo schema del 2006.

Fig.4.2: Divisione del lavoro tra i Donatori (CP) in Zambia al 2006 secondo il JASZ

Sector from NDP	Lead Ministry	AfDB	BADEA	EU	IMF	KUWAIT Fund	OPEC	UN Systems	World Bank	Canada	Denmark	Finland	Germany	Ireland	Japan	Netherlands	Norway	Sweden	UK	USA	Total lead/active	
Agriculture	MACO	L		A				A	L			A		A			A	L		L	4/5A	
Decentralization	MLGH							A	A				L	A	L	B						2L/3A
Education	MoE	B	B	B				A	A		A		B	L	A	L	B		B	A		2L/5A
Energy	MEWD	A		B				A	L						A		B	L				2L/3A
Gender	CO-GIDD							L								A	A	A		A		1L/4A
Governance	MOJ			A				L	A		A	B	A	A		A	A	P	L	B		2L/7A
Health	MOH	B		A				L	A	A	P			P	A	A			L	L	A	3L/6A
Housing	MLGH, MOL								B									P		B		0L/0A
HIV/Aids	MOH							L	A	B				A	A	A	B		L	L		3L/4A
Macro-economics	MOFNP	A		L	A			A	L		A	A	A	B		A	A	A	L	A		3L/10A
Private Sector Dev.	CO-DSC/MCTI	A		A				A	L			A			A	L		P	A	L		3L/6A
Social Protection	MCDSS	B						L						A					L			2L/1A
Science and Tech.	MTEVT							A	P													0L/1A
Tourism	MTENR								L						P						A	1L/1A
Water	MEWD/MLGH	L		B				A	A		L		L	A	A	P				B		3L/4A
Transport	MWS/MCT	A		L		A	A		A		A		P		A			P				1L/6A
Environment	MTENR							L	A		A	L						A				2L/3A
Total Lead Responsibilities		2	-	2	-	-	-	6	5	-	1	1	2	1	1	2	-	3	5	3		
XXX - Non-signature to the WHIP MoU, L - Lead CP, A - Active CP, B - Background CP, P - Phasing out																						

Fonte: Government of Republic of Zambia (2006), *Economic Report 2006*, Lusaka

Fig.4.3: Divisione del lavoro tra i Donatori in Zambia 2012 - 2015

Division of Labour 2012-2015 (JASZ II Signatories)																		
SNDP Cluster		Lead Ministry	AfDB	EU	UN System	World Bank	Canada	Denmark	Finland	Germany	Ireland	Japan	Netherlands	Norway	Sweden*	UK	USA	Total lead/active
Infrastructure	Energy	MEWD	A	B	B	L						L	B/P	B/N	L			3L/1A
	Transport	MWS/MCT	L	L		L		A/P		A/P		A				B		3L/3A
Human Development	Education & Skills Development	MOE/MSTVT	A		L	A		A/P		B	L	A	L/P	B/P			A	3L/5A
	Health	MOH		A	L	A	A					B			A	L	L	3L/4A
	HIV & AIDS	MOH		B	L	A	B/P	A/P		B	L	A/P	P	B/P	A	A	L	3L/5A
	Water & Sanitation	MEWD/MLGH	L	B	A	L		A/P		L		A				B/N	A/N	3L/4A
Growth	Agriculture, Livestock & Fisheries	MACO	L	L	A	A			L			A		A	A		A	3L/6A
	Manufacturing, Commerce & Trade (PSD)	MCT/CO-DSC	A	B	A	A			L			A	P			L	A	2L/6A
	Tourism	MTENR	B			L												1L/0A
Support	Environment & Natural Resources	MTENR	A		L	L		A/P	L					A			A/N	3L/4A
	Governance	MOJ		L	L	A		A/P	B	A	A		P	A	B	L	A	3L/6A
	Local Government & Decentralisation	MLGH		B	A	B				L	A	A/P						1L/3A
	Science, Technology & Innovation	MSTVT	A		B				A	B/N								0L/2A
Crosscutting	Gender	CO-GIDD		B	L				B	B	L		A/P	A	B	L	A	3L/3A
	Housing	MLGH/MOL			B/N										B/P			0L/0A
	Macroeconomics	MOFNP	A	L	A	L			A	A	B		A/P	A	A	L	A	3L/8A
	Social Protection	MCDSS			L				B/N		A			A/N		L		2L/2A
Total Lead Responsibilities			3	4	7	6	-	-	3	2	3	1	1	-	1	6	2	
LEGEND: DOL MAIN CLASS: L – Lead, A – Active, B – Background/Silent. SUB-CLASS: N – New Entrant, P – Phasing Out																		

Fonte: Delegazione EU/UE in Zambia, Luglio 2010

E' importante segnalare come a partire dagli anni recenti l'architettura dell'aiuto internazionale sia mutata, come già precedentemente accennato, e abbia assunto alcune forme prevalenti:

- Budget Support*;
- Common Basket Funding*, inclusi gli accordi relativi alle pratiche di SWAp;
- Supporto a progetti;
- Assistenza Tecnica (ma in misura fortemente inferiore al passato);
- altre forme di tipo umanitario e di emergenza.⁴³³

Le figure successive relative al volume di ODA riflettono l'andamento recente tramite questi nuovi strumenti di canalizzazione ed organizzazione dell'assistenza allo Zambia. Nella Tab. 4.1 è schematizzata la suddivisione delle risorse negli anni più recenti per quanto attiene le diverse forme di erogazione e canali di finanziamento dell'aiuto allo sviluppo.

⁴³³ Ministry of Finance and National Planning - Government of Zambia (2010) *Development Cooperation Report 2009*, Lusaka.

Tab. 4.1: Modalità di erogazione dell'ODA tra il 2006 e il 2009

Tipologia di assistenza	2006	2007	2008	2009	Totale	
						% sull'assistenza totale
Budget Support	136,2	158,7	243,9	238,2	777	26
Grants	136,2	158,7	212,1	205,6	712,7	
Loans	0	0	31,8	32,6	64,4	
SWAPs (grants)	80,9	137,1	145,4	125,4	488,7	16
Altri tipi di Basket Funding (grants)	15	15,5	18,4	17,6	66,5	2
Projects	322,7	328,1	431,6	460	1542	52
Grants	229,8	211,3	352	394,1	1188,9	
Loans	92,9	116,8	79,6	65,9	355,2	
Aiuti umanitari (grants)	33,9	29,6	17,6	15,8	97	3
Totale	588,8	668,9	856,9	857	2971,6	100

Fonte: Ministry of Finance and National Planning - Government of Zambia (2010), *Development Cooperation Report 2009*, Lusaka

Dalla Tab. 4.1 emerge evidente la crescita del peso complessivo della forma del *Budget Support* (prevalentemente come *grant*) e dell'erogazione sulla base di progetti (pari al 55% del totale). Si tenga conto che la flessione tra il 2008 ed il 2009 nelle forme del *Budget Support* e dello SWAp è da imputare alla sospensione delle erogazioni da parte di alcuni donatori (Svezia e Unione Europea tra le altre) a seguito dei casi di corruzione e distrazione di fondi e complessiva *governance* nel settore sanitario e dei trasporti, proseguite anche nel 2010 con prese di posizione anche del GFATM e di altri donatori (Canada)⁴³⁴. L'opzione a favore dei progetti riflette una sfiducia crescente nei confronti

⁴³⁴ Si veda a tal proposito: Pererira J. (2009) *Zambia Aid Effectiveness in the Health Sector*, Action for Global Health, Bruxelles; Danaiya Usher A. (2010), "Donors lose faith in Zambian Health Ministry", in *The Lancet*, Vol. 376; BBC News Africa: <http://www.bbc.co.uk/news/10331717> (Marzo 2010), IRIN News: <http://www.irinnews.org/report.aspx?reportid=84578> (Dicembre 2009).

Ne parla anche il rapporto di Pereira J. (2009), *Zambia Aid Effectiveness in the Health Sector, a Case Study*, Action for Global Health, Bruxelles, pag.9: " (...) at the end of May 2009, Zambia's Anti-Corruption Commission, a government agency, unveiled a US\$1.4 million embezzlement of funds by high-level officials in the MoH.

dei meccanismi di *accountability* e *governance* del Governo dello Zambia. Inoltre la modalità del finanziamento di progetto è prediletta da parte degli Stati Uniti (uno dei maggiori donatori dello Zambia nel complesso, come illustrato da una successiva Tabella). Dopo gli Stati Uniti troviamo, in questa forma di erogazione, l'Unione Europea (con il 31% delle erogazioni tramite il supporto a progetti), Giappone, Danimarca e Germania, mentre la Cina ha privilegiato la forma del prestito a supporto di determinati progetti. Ritornando alla forma del *Budget* o *Sector Support* la tabella che segue (Tab. 4.2) illustra il comportamento dei diversi donatori rispetto a questa forma.

Tab. 4.2: Donatori e forme di sostegno al bilancio dello Zambia

	Total Assistance	Budget Support	Basket Funding	Budget Support / Basket Funding
Cooperating Partner	US\$ million	% of Total	% of Total	% of Total
Global Fund	83.4	10	90	100
Netherlands	224.6	22	74	96
United Kingdom	266.7	71	15	86
Norway	165.0	57	27	84
Ireland	90.7	-	71	71
Sweden	112.5	32	36	68
European Union	423.5	67	2	69
Canada	32.3	-	68	68
Finland	62.8	35	25	60
AfDB	131.7	42	0	42
Germany	128.1	21	9	30
Denmark	154.5	-	20	20
World Bank	256.9	4	13	17
United States	319.4	-	2	2

Fonte: Fonte: Ministry of Finance and National Planning - Government of Zambia (2010), *Development Cooperation Report 2009*, Lusaka

Per quanto attiene le fonti singole, analizzando i flussi di aiuto per origine, tra il 1975 e il 1997,⁴³⁵ si osserva la rilevanza degli aiuti provenienti dalla Unione Europea e dalle Istituzioni Multilaterali (Fig. 4.5), nel primo decennio del nuovo millennio l'andamento illustrato mostra un progressivo

Allegedly, a consultancy related to top officials within the MoH was paid for holding a number of workshops which, in reality, never took place. This confirmed the worries elicited by the Report of the Auditor-General for the 2007 accounts, released in January 2009, which showed several irregularities and accountability problems in the MoH's accounts".

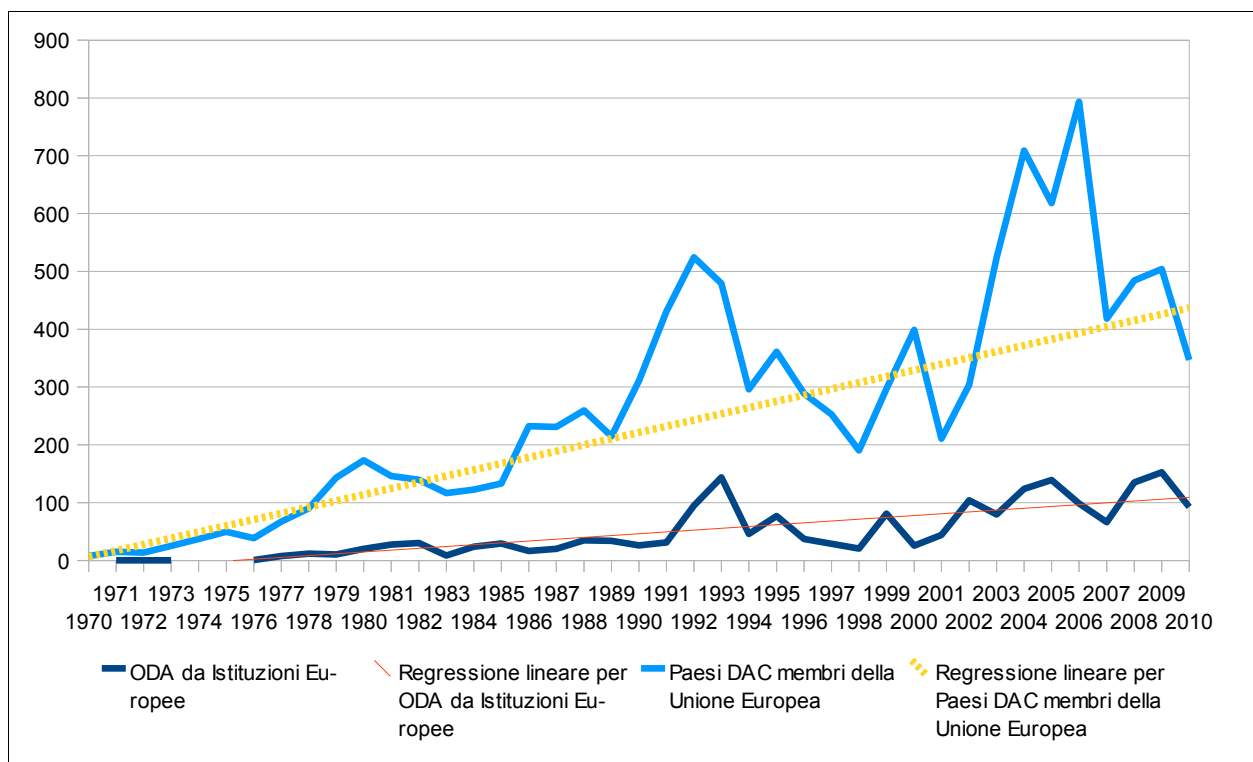
⁴³⁵ Saasa O., Carlsson J. (2002), Op. Cit.; Government of Republic of Zambia (2006), *Economic Report 2006*, Lusaka.

convergere del peso degli aiuti provenienti dall'Europa (intesa come paesi membri del *Development Assistance Committee* (DAC)⁴³⁶ e Istituzioni Europee) e dalle entità multilaterali. Complessivamente viene mostrato come l'aiuto proveniente dalle Istituzioni Europee, pur essendo inferiore a quello della somma dei paesi europei membri del DAC, ha progressivamente aumentato il suo peso nel complesso degli aiuti verso lo Zambia, compensando spesso l'andamento discontinuo (e influenzato in modo più rilevante) dalle dinamiche e relazioni politiche tra lo Zambia e i donatori – paese o multilaterali.

Riferendoci ai flussi provenienti dall'Unione Europea e dai paesi membri dell'OECD/OCSE – DAC e dell'Unione Europea è possibile osservare un andamento analogo dei flussi di aiuto (Fig. 4.4). Seppur il flusso di aiuti da parte delle Istituzioni Europee resta inferiore all'insieme degli aiuti di forma bilaterale da parte di stati membri della Unione Europea e del DAC, la tendenza è la medesima e con un andamento che appare più regolare e graduale e in linea con quanto visto per l'ODA complessivo.

⁴³⁶ DAC – Development Assistance Committee: "The committee of the OECD which deals with development co-operation matters. Currently there are 24 members of the DAC: Australia, Austria, Belgium, Canada, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Italy, Ireland, Japan, Korea, Luxembourg, the Netherlands, New Zealand, Norway, Portugal, Spain, Sweden, Switzerland, the United Kingdom, the United States and the European Commission", http://www.oecd.org/document/32/0,3746,en_2649_33721_42632800_1_1_1_1.00.html#DAC (Ottobre 2011).

Fig. 4.4: Andamento dell'Aiuto Ufficiale allo Sviluppo (ODA) verso lo Zambia, da parte di Istituzioni Europee e Paesi OECD/OCSE - DAC, in milioni di dollari a valore corrente



Fonte: Elaborazione da <http://stats.oecd.org/qwids/> (Ottobre 2011)

Analizzando la composizione per origine dell'aiuto (Fig.4.5) è possibile notare come la componente di aiuti proveniente dai paesi europei sia stata tradizionalmente predominante nel caso dello Zambia. Consultando i dati OECD/OCSE⁴³⁷ emerge come lo Zambia sia tra i primi beneficiari da parte di Irlanda, Norvegia, Finlandia, Danimarca, Svezia, Olanda, Germania e Gran Bretagna a partire dalla fine degli anni '80 fino al primo decennio del nuovo millennio (si vedano anche i dati riportati in Tab.4.3).

⁴³⁷ http://www.oecd.org/document/9/0,3746,en_2649_34447_1893129_1_1_1_1,00.html , Table 32 - Major Recipients of Individual DAC Members' Aid, (Ottobre 2011).

Tab.4.3. ODA (impegni di spesa) verso lo Zambia da parte di paesi europei ed Istituzioni Europee, milioni di dollari a valore corrente

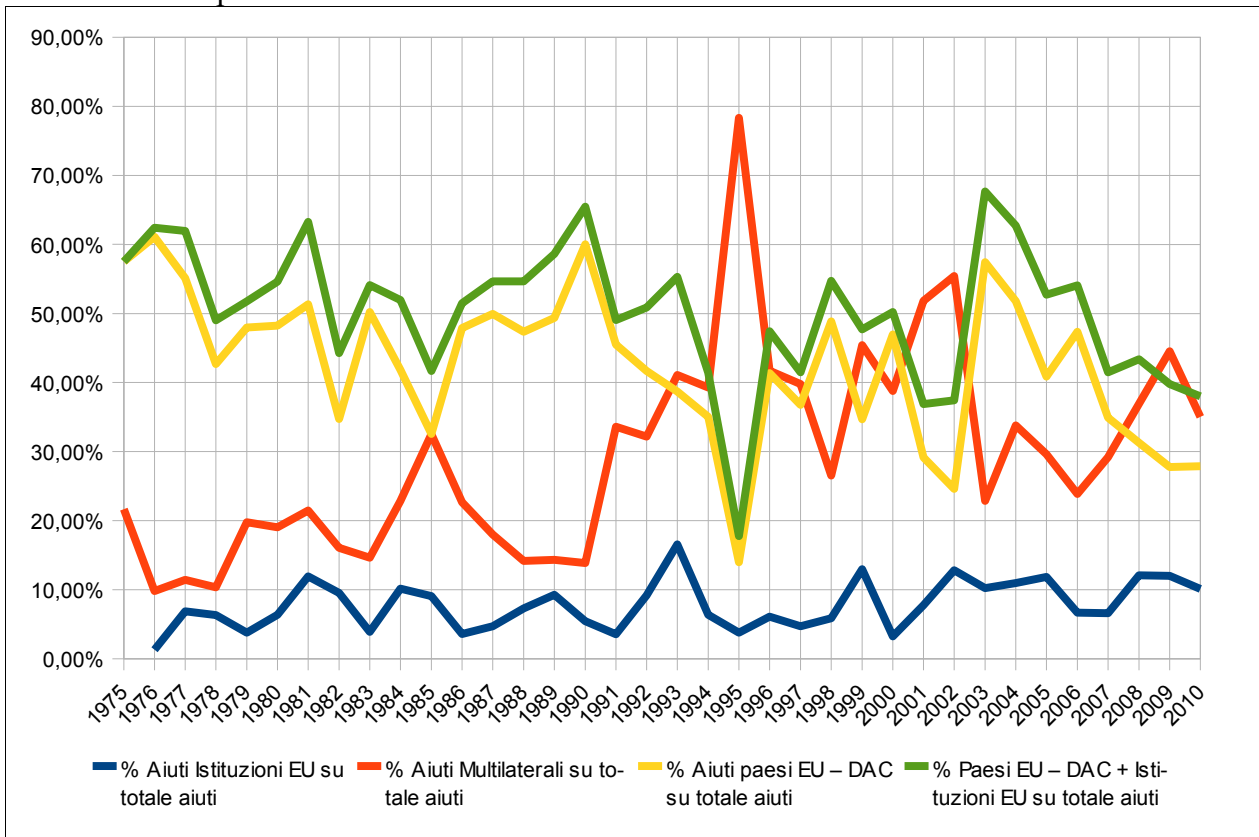
	2006	2007	2008	2009
Austria	8.4	0.0
Belgium	4.3	1.1	2.3	2.0
Denmark	16.5	98.5	41.4	21.2
Finland	14.5	35.7	22.5	43.4
France	85.3	1.1	1.6	7.4
Germany	297.4	55.0	24.0	79.1
Greece	0.2	0.3	0.4	0.1
Ireland	31.0	34.8	34.4	34.0
Italy	51.5	1.0	1.5	1.6
Luxembourg	0.0	0.0
Netherlands	147.7	80.1	101.0	21.3
Norway	51.6	128.7	25.6	27.6
Portugal
Spain	0.3	0.9	1.1	2.4
Sweden	111.4	23.0	46.1	15.3
United Kingdom	24.6	10.0	181.1	20.9
EU Institutions	252.3	57.2	499.1	58.2

Fonte: OECD Creditor Reporting System, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=CRSNEW> (Ottobre 2011)

Proseguendo nell'analisi della composizione dell'aiuto per origine (Fig.4.5 e 4.6) è possibile osservare l'andamento degli aiuti provenienti dall'Europa (intesa come Unione Europea e paesi DAC che ne fanno parte) rispetto agli aiuti di tipo multilaterale⁴³⁸. La componente proveniente da paesi europei e Istituzioni Europee resta preponderante per larga parte della storia dello Zambia e solo negli ultimi anni si osserva un allineamento con la componente di tipo multilaterale, segnale indicativo di un allineamento delle politiche di aiuto e del ruolo di altre componenti (aiuti da altri paesi DAC e non DAC).

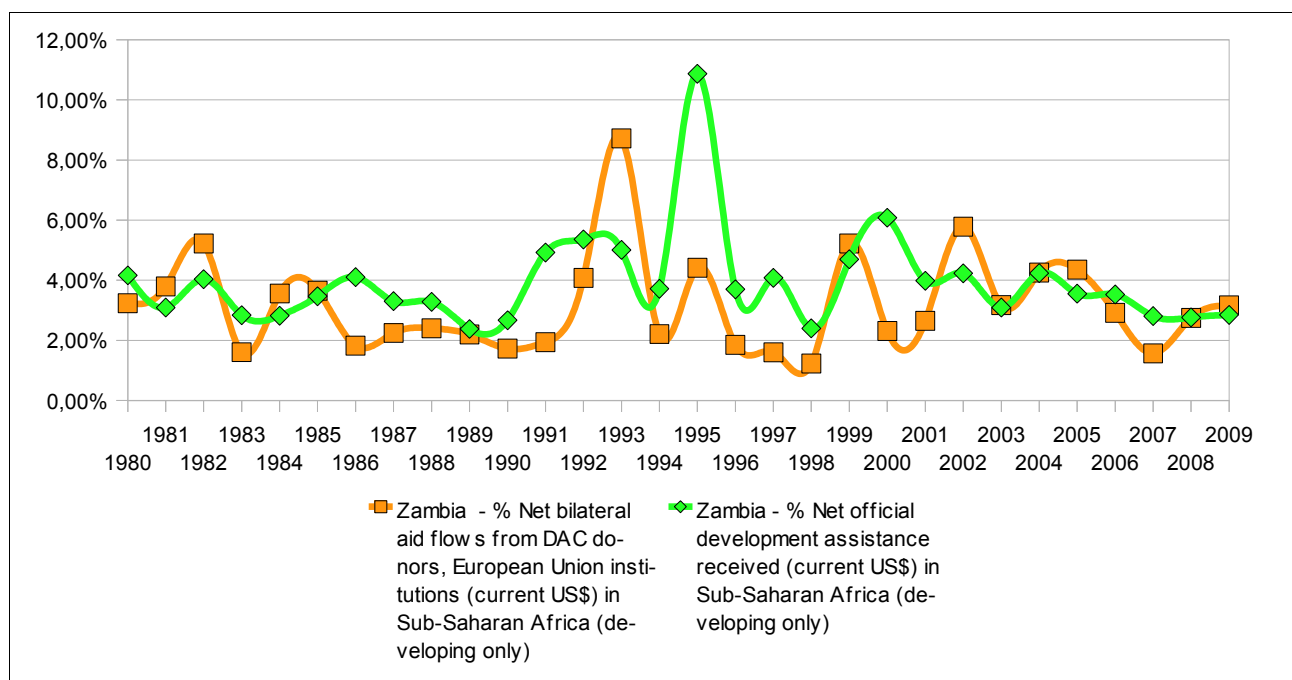
⁴³⁸ Con riferimento agli aiuti di tipo multilaterale / provenienti da agenzie multilaterali, nel definire queste entità l'OECD/OCSE – DAC precisa: "In DAC statistics, those international institutions with governmental membership which conduct all or a significant part of their activities in favor of development and aid recipient countries. They include multilateral development banks (e.g. World Bank, regional development banks), United Nations agencies, and regional groupings (e.g. certain European Union and Arab agencies). A contribution by a DAC member to such an agency is deemed to be multilateral if it is pooled with other contributions and disbursed at the discretion of the agency. Unless otherwise indicated, capital subscriptions to multilateral development banks are presented on a deposit basis, i.e. in the amount and as at the date of lodgment of the relevant letter of credit or other negotiable instrument. Limited data are available on an encashment basis, i.e. at the date and in the amount of each drawing made by the agency on letters or other instruments", http://www.oecd.org/document/32/0,3746,en_2649_33721_42632800_1_1_1_1.00.html#DAC (Ottobre 2011).

Fig.4.5: Zambia - percentuale sui flussi di aiuto ufficiale allo sviluppo suddiviso per Istituzioni Europee, Aiuti Multilaterali, Aiuti di paesi DAC membri dell'EU e somma degli aiuti di provenienza Europea



Fonte: Elaborazione dati da <http://stats.oecd.org/qwids/> (Ottobre 2011)

Fig.4.6: Peso percentuale degli aiuti percepiti dallo Zambia sul totale degli aiuti nell'area Sub-Sahariana (a paesi in via di sviluppo) da parte delle Istituzioni Europee e dall'insieme dei donatori



Fonte: <http://databank.worldbank.org> con elaborazione grafica della selezione dei dati (Ottobre 2011)

Il dato del 1995 relativo all'aiuto multilaterale è dovuto largamente a un intervento del Fondo Monetario Internazionale nella forma del condono del debito.⁴³⁹ Tra i picchi degli aiuti bilaterali da parte di paesi EU – DAC e delle Istituzioni Europee troviamo il periodo precedente e successivo alle elezioni multipartitiche del 1991 e i primi anni del nuovo decennio.

L'analisi offerta dall'OECD/OCSE tra il 2005 ed il 2009 ci consente di riportare come tra i paesi (aiuto bilaterale) il primo donatore dello Zambia siano gli Stati Uniti, seguiti da Germania, Regno Unito, Norvegia, Olanda, Giappone, Danimarca, Irlanda e Canada. Tra le istituzioni multilaterali il primo donatore dello Zambia nel periodo indicato è l'Unione Europea con una media di 130 milioni di dollari annui, seguita dalla *International Development Association - World Bank* e dal Fondo Monetario. Tra i principali donatori multilaterali risulta anche il Global Fund (GFATM - Fondo Globale per la lotta all'HIV/AIDS, la Tuberculosis e la Malaria) con una media di oltre 58 milioni di dollari annui. Considerando il periodo 2006 – 2009 l'Unione Europea prevale sugli Stati Uniti (come da Tab. 4.4).

E' utile notare non solo la crescita degli aiuti da parte dell'Unione Europea e di altri donatori tradizionali dello Zambia quali Banca Mondiale, Danimarca, Germania e Finlandia, ma la crescente

⁴³⁹ Dati estrapolati da <http://stats.oecd.org/qwids/> (Gennaio – Febbraio 2012).

presenza nel panorama dei donatori e *partner* di cooperazione allo sviluppo di Cina (con un volume di aiuto quadruplicato tra il 2008 e il 2009), Bank of India, Kuwait Fund. Complessivamente cresce la componente multilaterale dell'aiuto allo Zambia rispetto alla forma bilaterale e questo appare congruo con una serie di accordi stipulati dallo Zambia con agenzie multilaterali e l'introduzione di forme di aiuto nella forma del *Budget Support* e forme coordinate di intervento.

Tab.4.4. Erogazione per Donatore in Milioni di Dollari

Cooperating Partner	2006	2007	2008	2009	Total	Percentage Total
European Union	87.7	68.2	112.6	155.0	423.5	14.3
United States	25.5	30.7	136.2	127	319.4	10.7
United Kingdom	68.2	62.9	66.0	69.6	266.7	9.0
United Nations ⁶	66.3	58.0	65.4	75.9	265.6	8.9
World Bank/IDA	52.8	71.6	61.1	71.4	256.9	8.7
Netherlands	36.6	59.4	75.0	53.6	224.6	7.6
Norway	41.2	44.1	44.2	35.5	165.0	5.6
Denmark	42.7	41.0	27.0	43.7	154.5	5.2
African Development Bank	32.2	17.6	47.0	35.0	131.7	4.4
Germany	22.3	35.6	31.4	38.8	128.1	4.3
Japan	34.5	20.3	36.5	35.6	126.9	4.3
Sweden	20.7	29.5	44.7	17.7	112.5	3.8
Ireland	17.9	18.0	29.3	25.4	90.7	3.1
Global Fund	5.1	26.6	44.7	7.0	83.4	2.8
China	4.3	41.1	7.8	27.4	80.6	2.7
Finland	7.6	18.3	14.8	22.1	62.8	2.1
Canada	2.4	15.3	7.6	7.0	32.3	1.1
IFAD	9.1	3.5	2.9	3.5	19.0	0.6
OPEC Fund	6.3	3.5	0.8	0.1	10.7	0.4
Nordic Development Fund	1.7	1.4	1.8	3.8	8.7	0.3
EXIM Bank of India	2.2	1.8	0.1	0	4.1	0.1
Kuwait Fund	1.5	0.0	0.0	0.9	2.4	0.1
BADEA	0.0	0.3	0.0	1.1	1.4	0.0
Grand Total	588.7	668.5	856.9	857.0	2,971.2	100

Fonte: Ministry of Finance and National Planning - Government of Zambia (2010), *Development Cooperation Report 2009*, Lusaka

Nel considerare la relazione tra aiuti e sviluppo economico e reddituale,⁴⁴⁰ inoltre osserva come a una crescita costante tra gli anni '70 e '90 degli aiuti non corrisponda una crescita del PIL in termini di incremento annuale percentuale, e ponendo quindi la domanda dell'efficacia ed efficienza del sistema degli aiuti internazionali (si veda l'insieme degli andamenti in Fig.4.7). Per comprendere ancora meglio il peso dell'aiuto nel sistema-paese Zambia è utile comprenderne il peso sul bilancio dello Stato: tra il 1999 ed il 2004 questa percentuale sfiora il 100% e solo dal 2005 scende progressivamente⁴⁴¹. Questi dati non contemplano fondi specifici relativi all'HIV/AIDS ricevuti ad esempio tramite l'iniziativa *US President's Emergency Plan for AIDS Relief* o dalla Fondazione di Bill e Melinda Gates, ma indicano una tendenza nel rapporto tra aiuto e bilancio dello Stato utile a comprendere le dinamiche di dipendenza e quindi anche l'esposizione alle condizionalità dei donatori.⁴⁴²

E' interessante anche osservare l'andamento crescente dell'ODA in termini di incidenza sul reddito interno lordo e l'andamento (in termini di variazioni annuali) del Prodotto Interno Lordo (GDP-PIL): negli anni '90 ad un peso crescente degli aiuti ha corrisposto un andamento negativo dei tassi di crescita del PIL. Del resto negli stessi anni la situazione debitoria mostrava un picco. Nonostante le fluttuazioni storicamente rilevate è oggettivo che lo Zambia negli anni ha ricevuto un notevole ammontare di aiuti in varie forme, con una forte componente nella forma del prestito e quindi accumulando progressivamente un debito consistente.

Se osserviamo l'andamento dell'indice di Gini⁴⁴³ e il dato della percentuale di popolazione che vive al di sotto della linea di povertà osserviamo (laddove il dato è disponibile) come a fronte di variazioni nell'andamento degli aiuti pro-capite e tassi di crescita del reddito nazionale (seppur non elevati, tendenzialmente positivi), la situazione di ineguaglianza distributiva non sia mutata sostanzialmente come pure il livello di popolazione sotto la soglia di povertà: questo in condizioni di crescita positiva del PIL annuale (Fig.4.7) e miglioramento della condizione debitoria del paese.

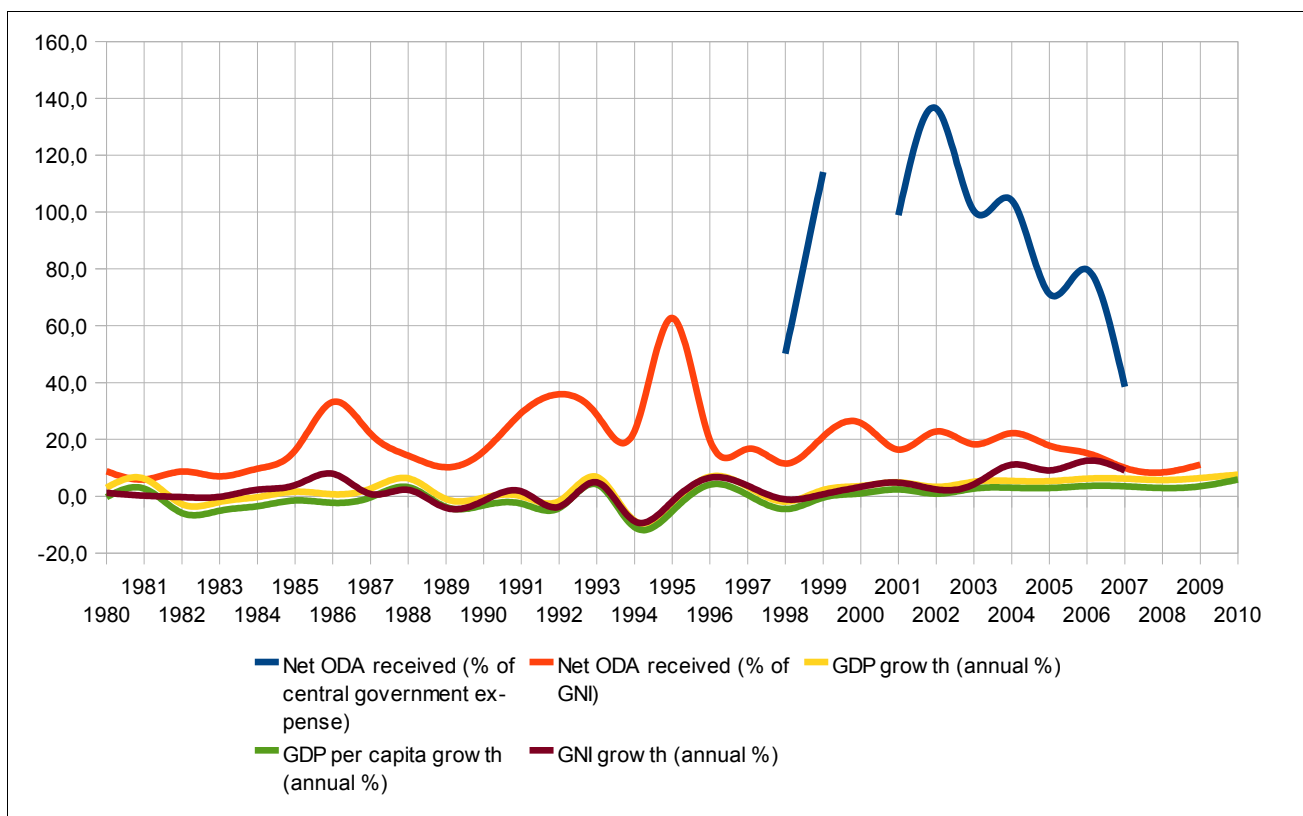
⁴⁴⁰ Saasa O., Carlsson J. (2002), Op. Cit.

⁴⁴¹ Fonte dati: <http://databank.worldbank.org> con report relativo a "Net ODA received (% of central government expense)", (Ottobre 2011).

⁴⁴² Wohlgemuth L., Saasa O. (2008), Op. Cit.

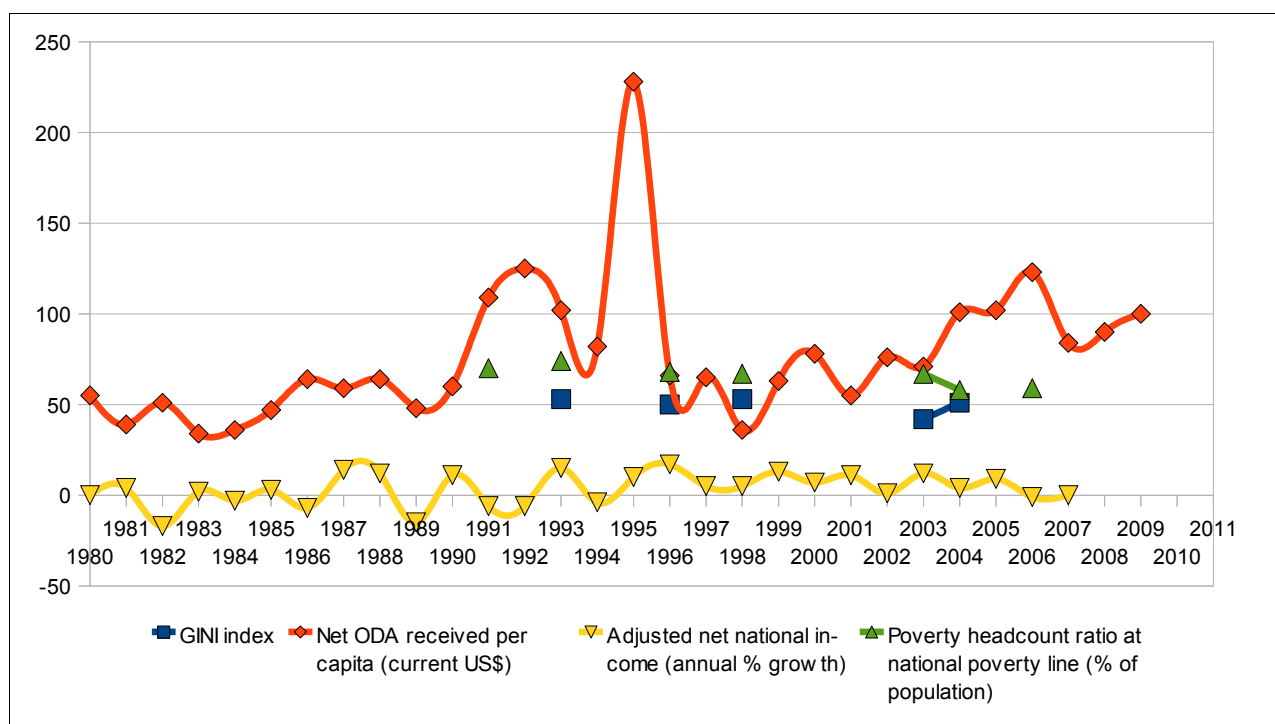
⁴⁴³ Secondo quanto riportato dalla banca dati della World Bank, l'indice di Gini si definisce come segue: "Gini index measures the extent to which the distribution of income (or, in some cases, consumption expenditure) among individuals or households within an economy deviates from a perfectly equal distribution. A Lorenz curve plots the cumulative percentages of total income received against the cumulative number of recipients, starting with the poorest individual or household. The Gini index measures the area between the Lorenz curve and a hypothetical line of absolute equality, expressed as a percentage of the maximum area under the line. Thus a Gini index of 0 represents perfect equality, while an index of 100 implies perfect inequality" (Fonte: <http://databank.worldbank.org>, Ottobre 2011).

Fig. 4.7: Dinamiche dell'ODA e tassi di crescita economica



Fonte: <http://databank.worldbank.org> con elaborazione grafica della selezione dei dati (Ottobre 2011)

Fig.4.8: Andamento dell'aiuto ufficiale pro-capite, del tasso di crescita del reddito, dell'indice di Gini e della porzione di popolazione sotto la linea di povertà



Fonte dati: <http://databank.worldbank.org> (Ottobre 2011)

Recuperando una osservazione della Banca Mondiale⁴⁴⁴ si può rilevare che l'andamento degli aiuti sia stato spesso condizionato da un lato dalle politiche interne del Governo dello Zambia, come pure dalle condizioni economiche internazionali e dai riflessi interni di queste. A metà degli anni '80 l'insoddisfazione dei *partner* internazionali per alcune mancate o incomplete riforme portarono a una riduzione dell'aiuto sul finire del decennio ed anche la posizione debitoria segnala un peggioramento tra la metà e il finire degli anni '80, probabilmente anche in coincidenza con la decisione del Governo Zambiano di abbandonare l'applicazione del Piano di Aggiustamento Strutturale proposto da Banca Mondiale e Fondo Monetario nel 1987.⁴⁴⁵

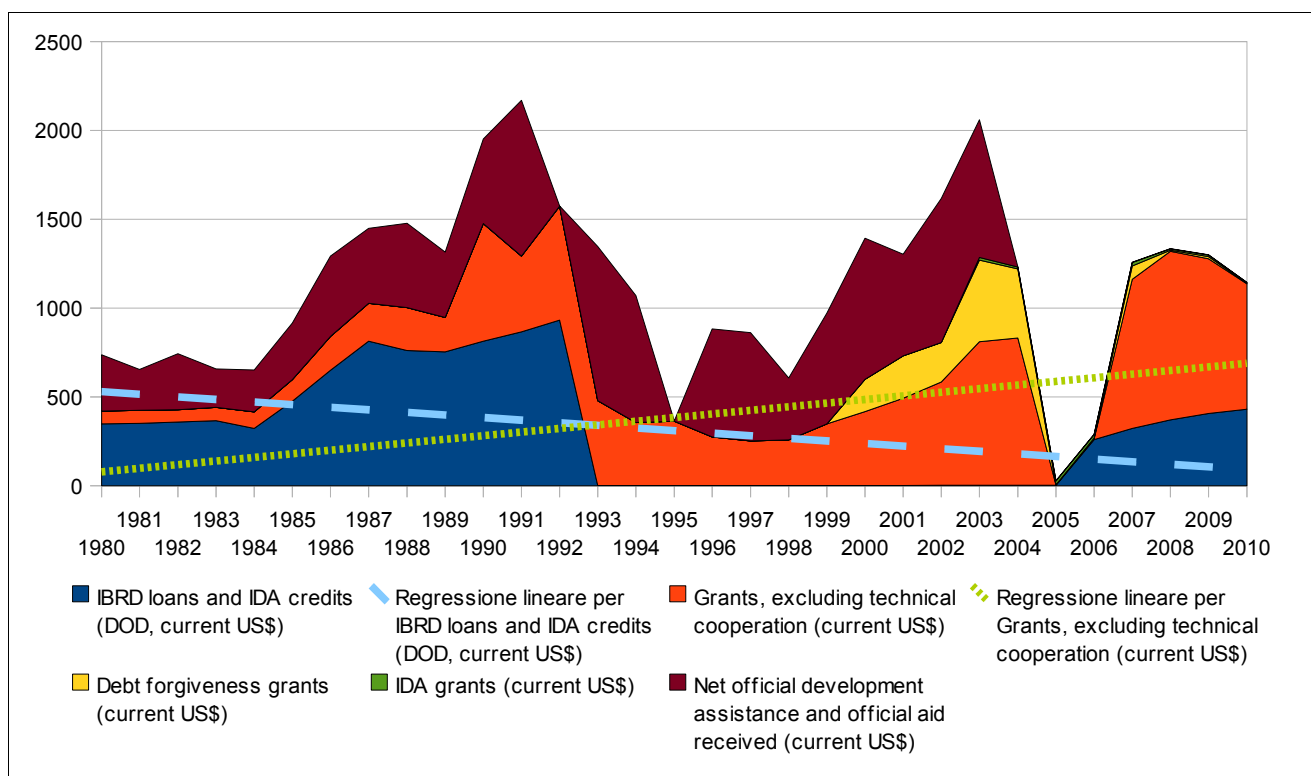
Analogamente negli anni '90, il passaggio al multipartitismo, la parziale insoddisfazione per il primo Governo del MMD, le successive elezioni del 1995, segnano andamenti nell'aiuto pubblico allo sviluppo, fortemente collegati con le politiche interne dello Zambia e le riforme poste in atto,

⁴⁴⁴ "For foreign policy reasons some countries have traditionally received large amounts of assistance. Thus, aid dependency ratios may reveal as much about the interests of donors as they do about the needs of recipients", in World Bank (1999), *World Development Indicators*, Washington DC, pag. 355.

⁴⁴⁵ Carlsson J., Chibbhamullilo P., Orjuela C., Saasa O. (2000) *Poverty and European Aid in Zambia – A Study of the Poverty Orientation*, ODI Working Paper 138, Londra.

come pure i problemi di corruzione e il rispetto dei diritti umani.⁴⁴⁶ Quanto alla composizione per tipologia aiuto ricevuto, ovvero quanto abbia pesato la componente "prestiti" a fronte del "dono", è fondamentale considerare la crescente situazione debitoria vissuta dallo Zambia negli anni '90, migliorata solo nel decennio successivo, grazie alle operazioni di condono del debito (*debt forgiveness grant*). L'analisi della tipologia di finanziamento, distinguendo tra prestiti e aiuti senza dovere di restituzione (*grants*) evidenzia la prevalenza di questi ultimi nel complesso dell'aiuto allo sviluppo, anche se i prestiti degli anni '80 e '90 hanno pesato fortemente nella creazione della situazione debitoria del paese (gli andamenti complessivi di alcune forme di *grants* e prestiti sono in Fig.4.9).

Fig.4.9: Andamento in milioni di dollari a valore corrente dei principali flussi di ODA



Fonte: <http://databank.worldbank.org> (Ottobre 2011)

Solo nel nuovo millennio il miglioramento dell'andamento degli indicatori economici e il completamento del programma HIPC (*Heavily Indebted Poor Countries*) ha consentito una consistente cancellazione del debito (vedi anche Tab.4.5). Sempre nel 2005 lo Zambia venne beneficiato dell'iniziativa del G8 sul debito attraverso la *Multilateral Debt Relief Initiative*. Il FNDP⁴⁴⁷ che vide progressivamente la partecipazione nella sua elaborazione anche di componenti

⁴⁴⁶ Carlsson J., Chibbamullilo P., Orjuela C., Saasa O. (2000), Op. Cit.

⁴⁴⁷ Ministry of Finance and National Planning MoFNP - GRZ (2006), *Fifth National Development Plan*, Op. Cit.

della società civile, pose la lotta alla povertà come fine ultimo dello sviluppo economico e delle riforme istituzionali e della *governance* del paese.

Se passiamo a considerare i settori beneficiari degli aiuti allo sviluppo emerge come negli anni '70 l'aiuto allo sviluppo era prioritariamente diretto ai settori produttivi (commercio, turismo e agricoltura *in primis*) anche attraverso forme di sostegno alle importazioni dallo Zambia e sostegno alla bilancia dei pagamenti, mentre meno rilevante erano i quantitativi dedicati all'ambito sociale.⁴⁴⁸ A partire dagli anni '90 la distribuzione degli aiuti tra i settori di interesse mutò a favore dei settori sociali (salute, popolazione, educazione) e alla riduzione progressiva del carico debitorio nazionale sia per rispondere alla condizione di povertà diffusa che per sanare la situazione di debito insostenibile.⁴⁴⁹ In questo periodo cresce progressivamente il peso dei "Programmi di assistenza"⁴⁵⁰ imputabile anche alla pratica del *General Budget Support* ed a programmi specifici di lotta alla povertà, avviata progressivamente nel primo decennio del XXI secolo. Lo possiamo notare anche dalle Figure che seguono, osservando come nel periodo più recente cresca la rilevanza media dei "Programmi di assistenza" rispetto al periodo precedente in cui era di maggior rilievo l'assistenza relativa alla problematica del debito (Tab. 4.5, Fig. 4.10, 4.11).

⁴⁴⁸ Carlsson J., Chibbammullilo P., Orjuela C., Saasa O. (2000), Op. Cit.

⁴⁴⁹ Saasa O., Carlsson J. (2002), Op. Cit.

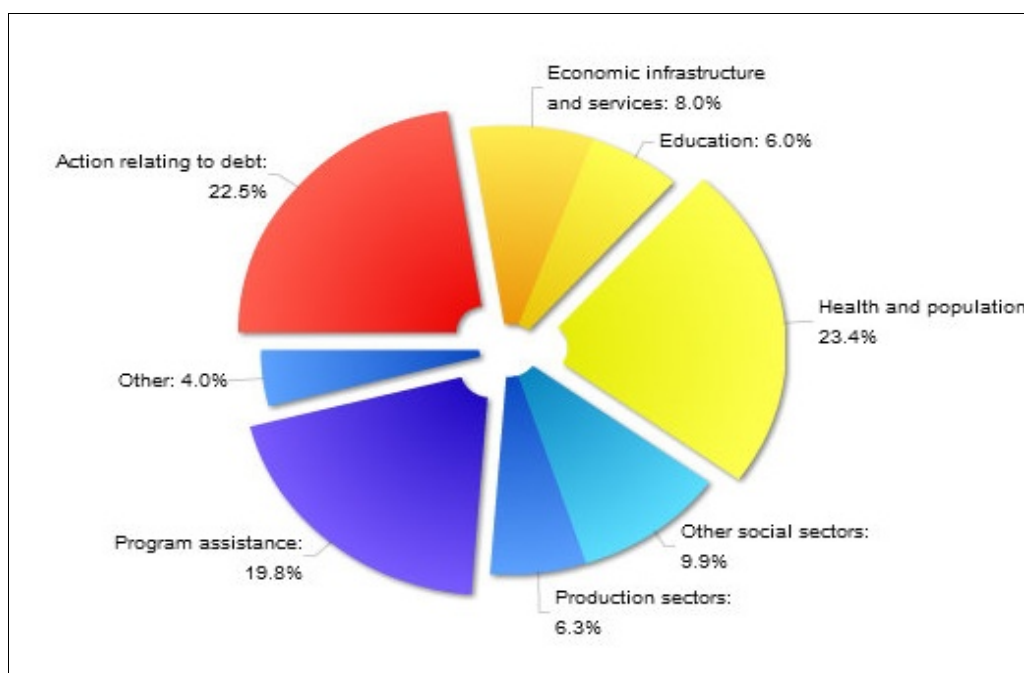
⁴⁵⁰ Per una indicazione chiara sui codici di classificazione OECD/OCSE è possibile visitare la pagina web: http://www.oecd.org/document/21/0,3746,en_2649_34447_1914325_1_1_1_1,00.html (Ottobre 2011). Qui con il codice 51010 troviamo il "General Budget Support" inquadrato come "Unearmarked contributions to the government budget; support for the implementation of macroeconomic reforms (structural adjustment programmes, poverty reduction strategies); general programme assistance (when not allocable by sector)".

Tab.4.5: Distribuzione dell'ODA allo Zambia tra settori (in milioni di dollari)

	2005	2006	2007	2008	2009
Debito	1330,13	4420,19	84,12	5,38	12,12
Costi amministrativi	1,13	3,25	2,03	2,2	5,14
Infrastrutture e servizi	103,06	107,7	41,45	89,36	58,81
Educazione	111,08	110,94	109,47	100,89	107,26
Salute e popolazione	266,88	233,03	297,16	383,53	336,81
Aiuti umanitari	23,59	11,71	13,95	17,66	16,36
Multisettoriali	19,13	36,22	38,65	37,56	38,09
Altri settori sociali	134,69	152,58	164,77	155,02	135,12
Settori produttivi	63,96	65,99	70,58	86,29	73,15
Programmi di assistenza	134,44	176,54	211,48	231,62	512,07
Non specificato	86,76	6,5	1,72	1,94	2,6

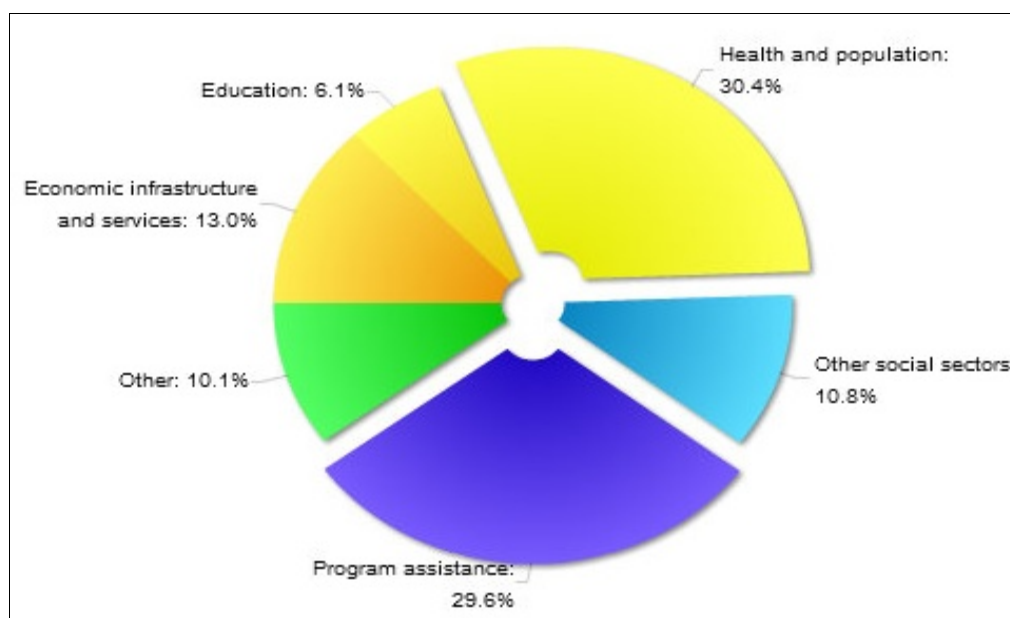
Fonte: <http://www.aidflows.org/> (Ottobre 2011)

Fig.4.10: Distribuzione media (anni 2005 – 2009) dell'ODA in Zambia tra settori



Fonte: <http://www.aidflows.org/> (Ottobre 2011)

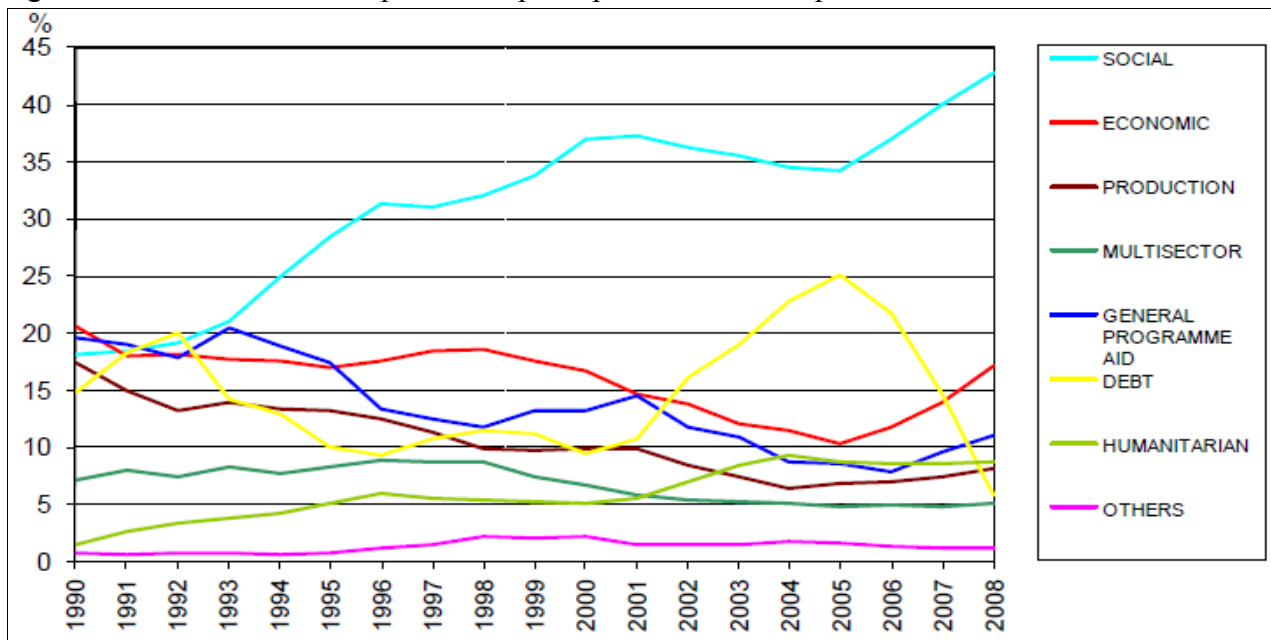
Fig.4.11: Distribuzione media (anni 2007 – 2009) dell'ODA in Zambia tra settori



Fonte: <http://www.aidflows.org/> (Ottobre 2011)

Quanto visto per lo Zambia trova conferma nell'analisi dell'ODA per quanto attiene il continente africano nel suo complesso (Fig.4.12), confermando la crescente attenzione all'area sociale (principalmente: educazione, sanità, disponibilità di servizi d'igiene e acqua potabile, *governance* e società civile).

Fig.4.12: ODA verso l'Africa per settori principali in termini di percentuale sull'ODA totale



Fonte: www.oecd.org/dac/stats/regioncharts⁴⁵¹ (Ottobre 2011)

Tornando allo Zambia, nel periodo 2006 – 2009 tramite il meccanismo del "Common Basket Funding" le erogazioni più consistenti sono state quelle a favore di Educazione e Salute. Infatti nel 2003 fu sottoscritto un *Memorandum* tra lo Zambia e i paesi donatori per quanto atteneva il settore Educazione per sostenere il piano Strategico del Ministero dell'Educazione (2003 – 2007) portando a una crescita dei fondi disponibili da 61 milioni di dollari a 100 milioni nel 2009. Nel quadro del "Fifth National Development Plan" (FNDP) il Governo dello Zambia si era impegnato a investire circa 6 miliardi di dollari a fronte di una spesa complessiva per il piano di oltre 9 miliardi di dollari. La situazione nel 2009 per quanto attiene l'attuazione del piano in termini finanziari è esposta in Tab.4.6.

⁴⁵¹ Compl. Stat. OECD-DAC (2011), *Development Co-operation Report 2011*, Parigi. www.oecd.org/dac/dcr (Ottobre 2011).

Tab.4.6: *Fifth National Development Plan (FNDP) Zambia: settori di intervento e risorse*

	FNDP Projected External Financing		Actual Disbursements		Difference between Actual and Projected	
	2006 - 2010		2006 - 2009		2006 - 2009	
	US\$ million	Proportion by sector	US\$ million	Proportion by sector	Variance (US\$ million)	Actual as a percent of Projected
Agriculture and Food Security	410	12	121.4	6	(289)	30
Democratic Governance	74.9	2	87.4	4	13	117
Economic Governance	88.2	3	86.7	4	(2)	98
Education	477.2	14	423.1	19	(54)	89
Energy and Mining	63.7	2	26.6	1	(37)	42
Environment, Lands and Natural Resources	134.8	4	53.7	2	(81)	40
Disaster Management	0	0	125.5	6	126	-
Gender	0	0	3.9	0.1	4	-
Health and HIV/AIDS	775.9	23	662.1	30	(114)	85
Infrastructure	829	25	276.2	13	(553)	33
Public Administration	28.7	1	50.8	2	22	177
Security and Defence	0	0	4.7	0.2	5	
Social Protection	-	-	28.6	1	-	-
Tourism, Wildlife and Culture	53.8	2	5.2	0.2	(49)	10
Trade, Industry and Private Sector Development	43.1	1	105.4	5	62	245
Water and Sanitation	294.6	9	152.3	7	(142)	52
Other	44.6	1	-	-	-	-

	FNDP Projected External Financing		Actual Disbursements		Difference between Actual and Projected	
	2006 - 2010		2006 - 2009		2006 - 2009	
	US\$ million	Proportion by sector	US\$ million	Proportion by sector	Variance (US\$ million)	Actual as a percent of Projected
Total	3,319.0	100	2,212.919	100	(1,106.1)	67

Fonte: Ministry of Finance and National Planning - Government of Zambia (2010), *Development Cooperation Report 2009*, Lusaka

Un'osservazione sintetica dei settori di intervento del FNDP⁴⁵² ci permette di dire che il settore "Educazione", con Giappone e Olanda come *Cooperating Partners leader*, ha ricevuto oltre 423 milioni di dollari tra il 2006 ed il 2009, pari all'89% di quanto previsto nel FNDP. Oltre 10 donatori risultano attivi nel settore della salute e dell'AIDS / HIV per un'erogazione di fondi tra il 2006 ed il 2009 di 662 milioni di dollari, larga parte erogati dagli Stati Uniti.

Vi sono poi settori che hanno ricevuto più di quanto preventivato: "Democratic Governance" e "Public Administration": segnatamente per il sostegno dei donatori alle riforme a favore del decentramento (tra i CP leader la Germania). Inoltre vi sono stati programmi a favore del rafforzamento della struttura organizzativa del Parlamento e della Commissione Elettorale dello Zambia (ECZ) anche in vista delle elezioni politiche e presidenziali del 2011. Collegata alla "Democratic Governance" è l'"Economic Governance" con un'azione a sostegno delle politiche anti-corruzione e degli organi di controllo economico del paese. Due settori strategici per la crescita economica e la sopravvivenza di larghe fasce della popolazione (settore agricolo, sicurezza alimentare e settore energetico e minerario) hanno ricevuto meno di quanto atteso dai donatori, costituendo una criticità nello sviluppo pieno del FNDP per quanto attiene questi ambiti. Altro settore con un livello di contributi inferiore alle attese o comunque ridotto rispetto a quanto previsto, è quello delle infrastrutture (settore colpito anch'esso come quello della sanità da un congelamento dei fondi per casi di corruzione e malversazione).

Una attenta lettura del documento curato dal *Civil Society Poverty Reduction (CSPR)*⁴⁵³ di Lusaka (forse il maggiore network nazionale attivo nel monitoraggio delle politiche di sviluppo e lotta alla povertà oltre che attivo in azioni di partecipazione al monitoraggio del bilancio nazionale e locale) relativo al FNDP ci rivela altri elementi non presenti nella documentazione ufficiale:

- nel settore agricolo il CSPR denuncia una riduzione dello stanziamento rispetto a quanto

⁴⁵² Ministry of Finance and National Planning MoFNP - GRZ (2010), *Development Cooperation Report 2009*, Lusaka.

⁴⁵³ CSPR (2008), *Evaluation of the FNDP*, CSPR, Lusaka.

programmato nel FNDP, inoltre il CSPR manifesta una notevole preoccupazione per la disattenzione rispetto alla riduzione complessiva della povertà rurale attraverso il miglioramento delle infrastrutture, miglioramento ed accesso ai sistemi di irrigazione, accesso al mercato, in particolare per i piccoli produttori locali;

- nel settore agricolo si segnala il ritardo nell'erogazione dei fondi e l'imprevedibilità nella erogazione degli stessi;
- nel settore sanitario per quanto nel FNDP sia aumentata la quota per tale settore sul totale del bilancio nazionale (11,5%) resta al di sotto di quanto previsto (15%) dall'Accordo di Abuja tra i Ministri della Salute. L'attenzione del Governo Zambiano si è concentrata sui servizi di diagnosi, cura e sull'area della salute pubblica, anche con un aumento del personale sanitario, un segnale importante e in controtendenza rispetto al passato recente.

Nel complesso il CSPR segnalava al Governo dello Zambia lacune sul piano della *governance*, delle linee di azione e controllo nonché una notevole lentezza nella effettiva erogazione dei fondi, aspetto alquanto delicato a fronte dei dati esaminati in precedenza per alcuni settori che hanno visto un forte intervento dei donatori nel FNDP.

Il debito

Un ultimo elemento di cui tenere conto nelle dinamiche di cooperazione e aiuto è quello del debito contratto dallo Zambia, che tanto ha pesato sullo sviluppo del paese e sulle politiche di aiuto e cooperazione.

La crisi debitoria dello Zambia prese avvio a metà degli anni '70, quando una serie di fattori concomitanti misero lo Zambia in una situazione di bisogno crescente di credito e risorse finanziarie esterne. Da un lato il crollo del prezzo del rame sui mercati internazionali (si consideri che il rame contribuiva per il 90% al totale delle esportazioni del paese), dall'altro la crisi petrolifera e la crescita del prezzo dei beni importati per una economia ancora dipendente per larga parte dei beni manifatturieri, non essendo decollata un'industria manifatturiera interna, nonostante i piani e programmi di sviluppo e le politiche del Governo a partire dall'indipendenza (Oliver Saasa⁴⁵⁴ si esprime criticamente ad esempio sulle politiche di nazionalizzazione e "zambianizzazione"⁴⁵⁵ delle imprese di proprietà di società estere o di espatriati a fronte di una assenza di capacità gestionali e

⁴⁵⁴ Saasa O., Carlsson J. (2002), Op. Cit.

⁴⁵⁵ Di questa politica di "zambianizzazione" è possibile trovare esempi concreti e tangibili nei testi di Larmer M. (2007), Op. Cit., per quanto attiene il settore minerario e nel testo: Gewald JB, Hinfelaar M., Macola G. (2008), Op. Cit., nel capitolo dedicato alla nazionalizzazione e "zambianizzazione" delle reti commerciali e distributive del settore alimentare (cap. 9: MacMillan H., "The Devil you know: The impact of Mulungushi economic reforms on retail trade in rural Zambia, with special reference to Susman Brothers and Wulfsohn, 1968 – 1980").

imprenditoriali interne, come fattore di ulteriore debolezza e vulnerabilità a fronte della crisi degli anni '70). Tra gli elementi di cui tenere conto anche le tensioni nell'area Sub-Sahariana rispetto al Sud Africa dell'apartheid e la crescita delle spese in materia di sicurezza e difesa dei paesi dell'area.

⁴⁵⁶ Inoltre il Sud Africa era ed è un *partner* fondamentale per il mercato Zambiano e questo ha esposto negli anni della tensione tra i paesi dell'area e il Sud Africa dell'apartheid a forme di ricatto e potenziale boicottaggio economico. Si stimano in circa 5 milioni di dollari l'anno il costo dei fattori di destabilizzazione economica causati da tensioni internazionali con il Sud Africa e flussi di rifugiati dell'area negli anni '80.⁴⁵⁷ Inoltre le politiche di contingentamento delle importazioni e di controllo dei prezzi dei beni imposte dal Governo Zambiano non sortirono l'effetto desiderato di rafforzare la capacità di offerta interna in questa fase di crisi e non attenuarono il progressivo impoverimento di ampi strati di popolazione. Dato il crescente deficit pubblico e la crisi economica a metà degli anni '80 lo Zambia dovette attuare uno dei primi Piani di Aggiustamento Strutturale su input del Fondo Monetario Internazionale (IMF/FMI) e della Banca Mondiale (WB/BM) con conseguente varo di politiche di liberalizzazione dei settori privati, privatizzazione dei settori sotto controllo pubblico e tagli alla spesa pubblica, oltre che uno stretto controllo salariale.

Ma il piano proposto dalle istituzioni finanziarie non sortì gli esiti sperati anche per limiti ed errori degli stessi esperti degli organi finanziari internazionali (WB e IMF) come riportato nel testo di Saasa, che cita fonti interne alla WB. Sull'onda delle proteste popolari⁴⁵⁸, nel 1987 il Governo dello Zambia abbandonò il Piano di Aggiustamento Strutturale rimpiazzandolo con un piano di ricostruzione economica (*New Economic Recovery Programme, NERP*) tra il 1987 ed il 1988.⁴⁵⁹ Ma nonostante alcuni segnali positivi indotti dal NERP la mole crescente del debito e il ridotto accesso a risorse finanziarie internazionali (anche di donatori bilaterali), costrinsero il Governo dello Zambia e riprendere le relazioni con l'IMF nel 1988 con conseguente riattivazione delle politiche del Piano di Aggiustamento Strutturale. Successivi piani attuati dallo Zambia sotto la guida dell'IMF negli anni '90 (in particolare dopo le elezioni del 1991 che portarono al Governo il MMD e la fine del sistema a partito unico) consentirono al paese di accedere a prestiti internazionali ampliando sensibilmente e progressivamente l'esposizione debitoria (come si può osservare dalle varie figure e grafici di seguito riportati). Gli evidenti danni sociali apportati da oltre un decennio di

⁴⁵⁶ Clark J., Allison C. (1989), *Zambia Debt & Poverty*, Oxfam, Oxford.

⁴⁵⁷ Clark J., Allison C. (1989), Op. Cit.

⁴⁵⁸ Saasa O., Carlsson J. (2002), Op. Cit., Cap. 3. Di particolare rilevanza furono le proteste dovute alla sospensione di forme di sussidio per la farina di mais finalizzata ad un controllo del prezzo di questo elemento base e fondamentale nell'alimentazione degli zambiani ancora oggi come ho avuto modo di sperimentare nel periodo di soggiorno in Zambia nelle zone rurali di Ndola. Il testo Clark J., Allison C. (1989), Op. Cit., pagg. 19-22, riporta testimonianze relative alla problematica del controllo del prezzo della farina di mais.

⁴⁵⁹ Tra le manovre attuate nel NERP (Saasa, 2002): ripristino dei controlli sulle importazioni, limiti al pagamento del servizio del debito, reintroduzione delle forme di controllo sui prezzi, controllo del governo sui meccanismi di cambio della valuta e dei tassi di interesse, non più liberalizzati e lasciati alle fluttuazioni dei mercati.

Piani di Aggiustamento Strutturale condussero l'IMF e la WB a varare negli anni '90 dapprima un Programma di Azione Sociale ma con forti mancanze in termini di *poverty-focus*. L'attenzione di WB e IMF all'impatto sociale dei piani e "ricette" economiche proposte proseguì con la richiesta e supporto alla predisposizione di *Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP) e/o Interim – PRSP*.

A partire dal nuovo millennio il varo dell'iniziativa HIPC, condizionata all'approvazione di PRSP, contribuì a ridurre consistentemente la dimensione del debito dello Zambia. Nel quadro di queste iniziative nel settore sanitario furono definite alcune priorità di sviluppo da finanziarsi tramite il meccanismo della *HIPC Initiative*,⁴⁶⁰ tra queste:

1. varo di un *Basic Health Package* con la finalità di aumentare l'accesso sanitario delle fasce più povere e marginali della popolazione;
2. gestione dei fondi a livello di distretto;
3. rilancio delle forme di partecipazione delle comunità quali: *neighbourhood health committee, health centre committee e District levels committee*;
4. schemi di esenzione per malati di HIV/AIDS e altri gruppi vulnerabili.

La Fig.4.13 mostra l'andamento del paese rispetto all'area Sub-Sahariana per quanto attiene il servizio del debito e gli aiuti ufficiali allo sviluppo calcolati sul Reddito Nazionale Lordo (GNI: *Gross National Income*). E' evidente quanto abbiano pesato in modo più rilevante sia il servizio del debito che gli aiuti allo sviluppo nel caso dello Zambia rispetto alla media dei paesi dell'area Sub-Sahariana. Dato reso ancora più evidente negli anni '90.

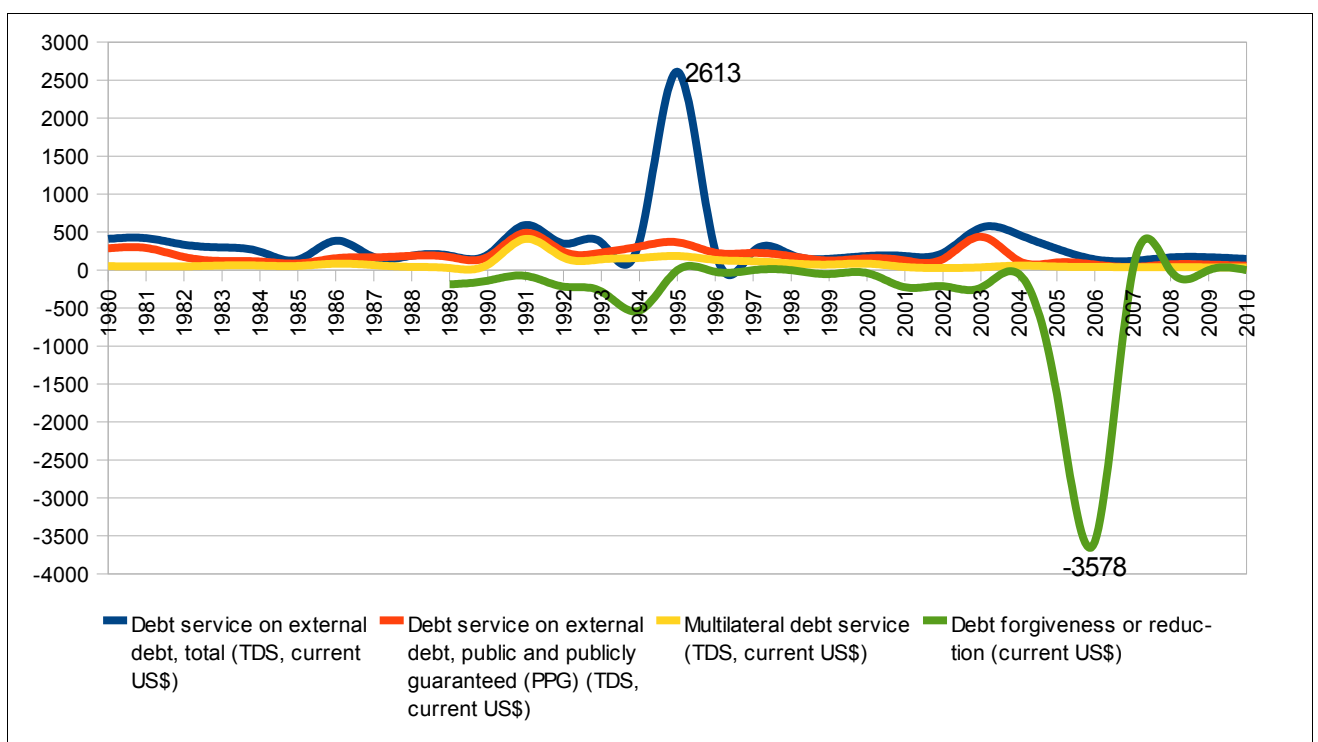
Volendo esaminare i dati quantitativi (4.14 a,b,c) è interessante anche considerare non solo l'area Sub-Sahariana ma il dato relativo ai paesi altamente indebitati e con un basso reddito, definiti dalla sigla HIPC (*Heavily Indebted Poor Countries*). Lo Zambia ha dati ampiamente superiori a questo gruppo di paesi, a riprova di una condizione debitoria pesante che a partire dalla metà degli anni '70 ha condizionato pesantemente lo sviluppo e le politiche del paese con picchi negli anni '90. Negli anni '80 il peso del servizio al debito è tendenzialmente decrescente salvo un picco nel 1986 (mancano purtroppo dati relativi all'area Sub-Sahariana nel complesso). Negli anni '90 il peso del debito cresce progressivamente in Zambia e solo sul finire del decennio e in quello successivo decresce sostanzialmente e si allinea con il dato dell'area Sub-Sahariana.

Per quanto attiene all'Aiuto Pubblico allo Sviluppo, l'andamento dei paesi HIPC appare più costante e meno altalenante rispetto allo Zambia e all'insieme dei paesi in via di sviluppo dell'area Sub-

⁴⁶⁰ <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/ZAMBIAEXTN/0,,menuPK:375673~pagePK:141159~piPK:141110~theSitePK:375589,00.html> (Ottobre 2011).

Sahariana. E' d'altro canto utile ricordare come durante gli anni '90 il dato relativo agli aiuti allo sviluppo dello Zambia è da 5 a 10 volte superiore al dato dell'area Sub-Sahariana, il dato del debito mediamente il doppio con un allineamento solo verso la fine degli anni '90 e il decennio successivo. Questi elementi hanno fatto dello Zambia, negli anni, un paese in condizione di grave posizione debitoria e di dipendenza dagli aiuti come evidenziato anche da alcuni autori del *Nordic Africa Institute*⁴⁶¹, segnalando lo Zambia come uno dei paesi con un livello di aiuto pro-capite tra i più alti nell'area Sub-Sahariana, come evidenziato anche da Fig.4.14, con valori prevalentemente superiori a quelli regionali negli ultimi trenta anni (fatta eccezione per alcune annualità in cui si ravvisa un allineamento).

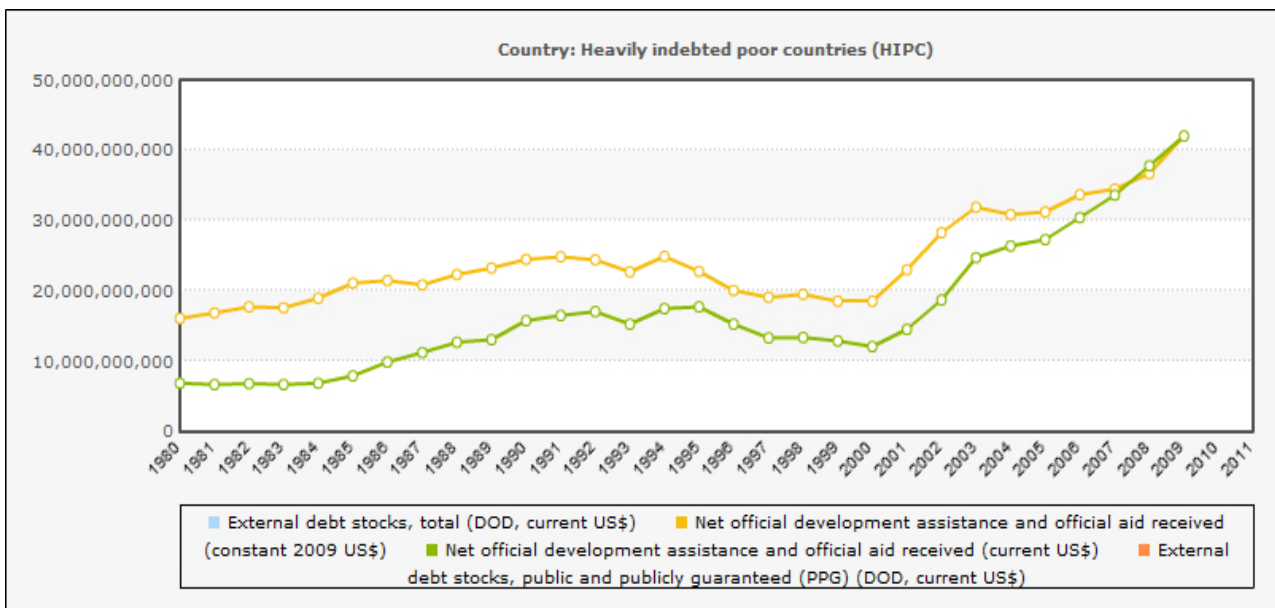
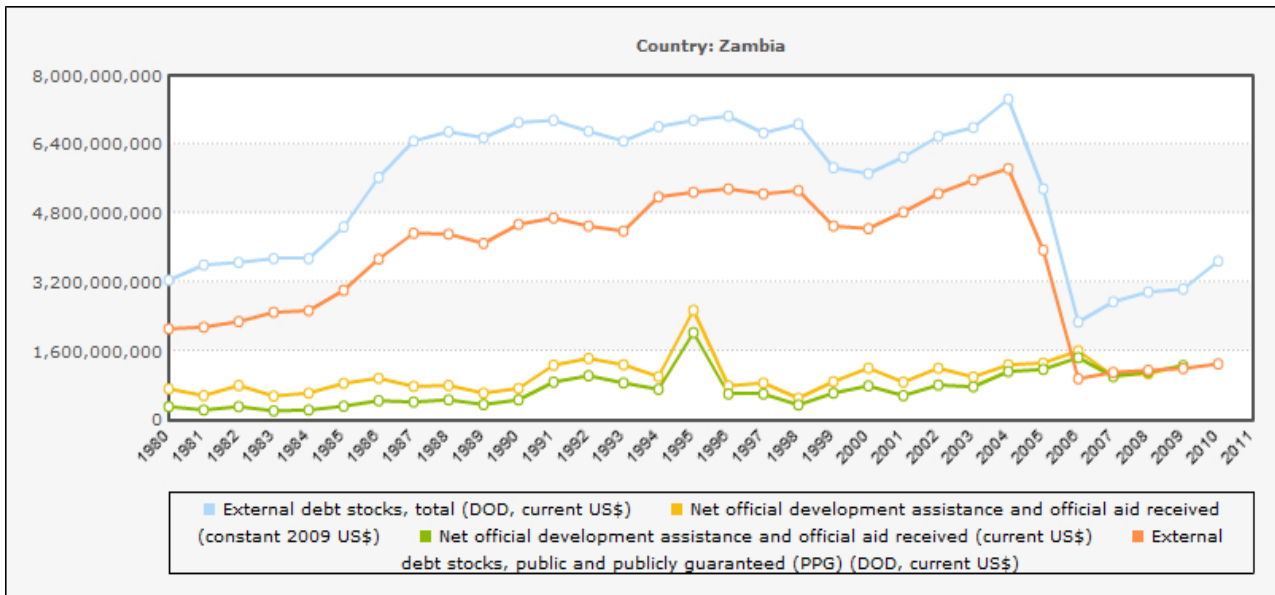
Fig.4.13. Servizio del debito (totale e multilaterale) e andamento del condono del debito in Zambia in milioni di dollari (valore corrente)

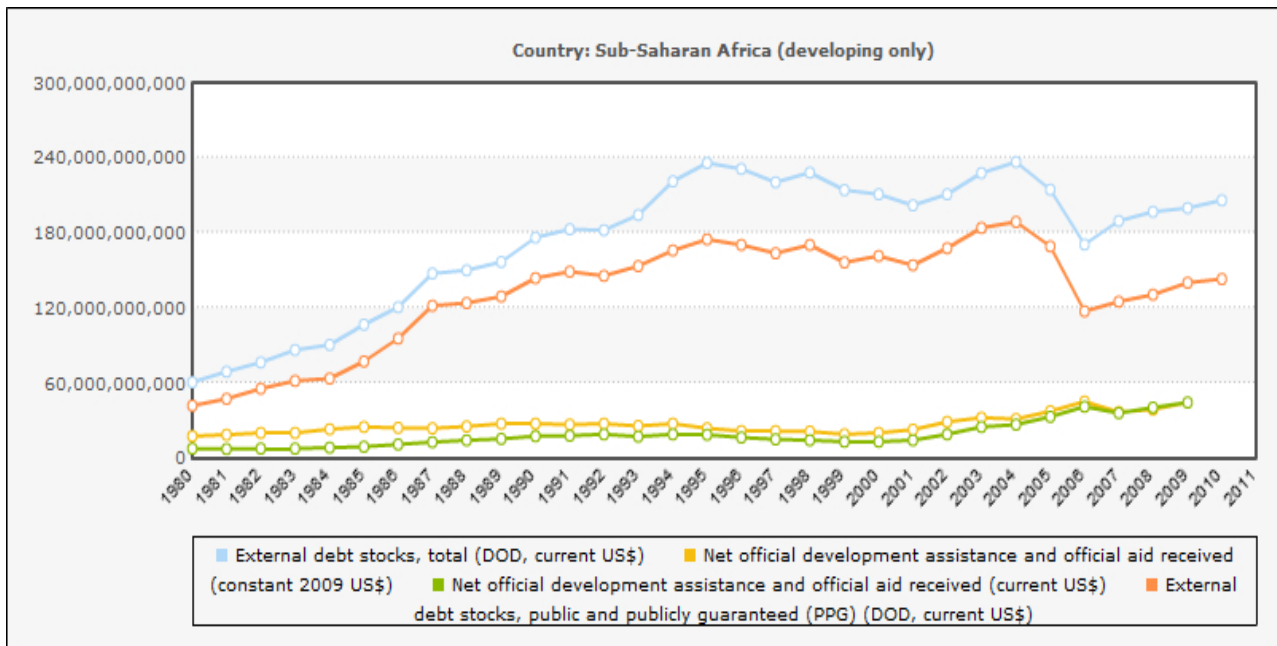


Fonte: <http://databank.worldbank.org> con elaborazione grafica della selezione dei dati (Ottobre 2011)

⁴⁶¹ Carlsson J., Chibbamullilo P., Orjuela C., Saasa O. (2000), Op. Cit.

Fig.4.14 a, b e c. Andamenti dell'APS e della posizione debitoria dello Zambia, Africa Sub-Sahariana e dei paesi HIPC





Fonte: Fonte: <http://databank.worldbank.org> con elaborazione grafica della selezione dei dati (Ottobre 2011)

Sempre per quanto attiene il debito, negli anni più recenti il Governo dello Zambia ha seguito una politica più prudente, anche se sul finire del decennio sembra manifestarsi una nuova tendenza all'indebitamento. La Tabella che segue mostra la composizione del debito estero dello Zambia tra il 2006 ed il 2009 con una forte crescita del debito verso istituzioni multilaterali. Di prassi i prestiti hanno la finalità di finanziare progetti in settori quali quello energetico, delle infrastrutture e igienico – sanitario. Nel 2009 il debito pubblico verso fonti interne ammontava al 57 % del totale. La voce “Private and Parastatal” si riferisce in particolare a investimenti privati ad esempio nel settore minerario.

Tab.4.7: Debito Zambia 2006 - 2009

Creditor	2006	2007	2008	2009
Multilateral	562.4	707.8	781.4	1,142.3
ADB / ADF	72.3	94.0	126.0	188.2
World Bank	257.3	315.5	365.0	406.6
IMF	32.5	85.9	96.6	344.8
Others	200.3	212.4	193.8	202.7
Bilateral	395.0	287.0	295.2	282.6
Paris Club	212.0	212.9	220.7	219.1
Non-Paris Club	183.0	74.4	74.5	63.5
Supplier Credits	61.6	114.4	142.1	132.5
Total Govt. External Debt	1,019.0	1,106.2	1,218.7	1,557.4
Private & Parastatal	840.3	980.7	1,048.5	2,250.4
Total External Debt	1,859.3	2,086.9	2,267.2	3,807.8

Fonte: Ministry of Finance and National Planning - Government of Zambia (2010), *Development Cooperation Report 2009*, Lusaka

La complessa e rilevante dinamica storica e politica dell'aiuto internazionale in Zambia sembra portare nei recenti anni ad una situazione di nuova forte dialettica tra il Governo e i politici zambiani da un lato e i principali donatori dall'altro. Sia Saasa che Fraser,⁴⁶² seppur con accenti diversi, sottolineano la volontà di nuova autonomia e autodeterminazione da parte del Governo Zambiano (anche con elementi autoreferenziali da parte dell'élite politica al potere), manifestatasi anche nelle recenti elezioni politiche e presidenziali del 2001, negli accenti e negli atti neo-nazionalisti da parte del neo – presidente Sata. Se Fraser ritiene che questa tendenza può essere influenzata da una serie di condizioni (economico – materiali, ideologiche, politiche) e si chiede se "Could Zambia crack the WHIP?", Saasa individua dal canto suo tre questioni chiave: la volontà politica di assumere la *leadership* delle politiche di aiuto, la costruzione del dialogo continuo con i donatori, lo sviluppo di capacità proprie in termini tecnici ed amministrativi per gestire tali processi, l'importanza di un coinvolgimento vasto e politico⁴⁶³. E' interessante quanto affermato nelle

⁴⁶² Wohlgemuth L., Saasa O. (2008), Op. Cit.; Fraser A. (2009), "Zambia back to the future?", Op. Cit.

⁴⁶³ Wohlgemuth L., Saasa O. (2008), Op. Cit.: "Thus, to capture the opportunities provided by the introduction of the new Aid Policy and Strategy, priority must be given to ongoing capacity development, to improve accountability and transparency and limit opportunities for corruption. To ensure that these developments really will benefit the citizens of the country, and not just please the donor community, the underlying policies must be rooted in a democratic and participatory national climate. Consultation processes need to move beyond technical meetings of civil servants to

premesse del "Zambia Development Cooperation report 2009" alla pag. III ove possiamo leggere.⁴⁶⁴

"(...) this period (2006 - 2009) coincides with the negative effects of the global financial and economic crisis and the positive and sometimes ambivalent effects of the rising copper prices on the international market".

A segnalare un continuum nella rilevanza delle esportazioni del rame rispetto alle politiche di sviluppo e al flusso di aiuti ma anche l'ambivalenza di questo fenomeno, con i pro e i contro collegati a questo andamento e a questa forma di "dipendenza" nel miglioramento della bilancia dei pagamenti (resta tutto da verificare l'impatto sullo sviluppo e sulla riduzione della povertà). Per i donatori l'accento si è spostato progressivamente sul tema dell'*accountability* e sulla rilevanza dei risultati,⁴⁶⁵ anche in virtù dei casi di corruzione e appropriazione di fondi verificatisi nel 2009 (con conseguente congelamento di alcuni flussi di aiuto, come visto in precedenza) e per la sentenza del 2010 di un giudice zambiano rispetto a una sentenza dell'alta corte di Londra contro l'ex-Presidente Chiluba, rifiutandone l'applicazione. Inoltre nel 2010 il Parlamento dello Zambia rimosse il reato di abuso d'ufficio, peggiorando ulteriormente l'opinione e l'atteggiamento di molti donatori nei confronti del Governo dello Zambia. Questi fattori, uniti alla crescente presenza di nuovi donatori (in particolare Cina, India e Brasile) sullo scenario zambiano e internazionale, hanno contribuito a quello che molti autori⁴⁶⁶ definiscono come un mutamento storico nelle dinamiche di cooperazione in Zambia, in coincidenza con una crisi economica globale senza precedenti e con mutamenti politici rilevanti in Zambia a partire dalla fine del 2011. Il mutamento delle relazioni tra donatori e Governo dello Zambia si avverte anche nei documenti del SNDP⁴⁶⁷ ove è più marcata una autonomia anche nella elaborazione con una presentazione ai donatori a conclusione di un processo nazionale che aveva coinvolto i livelli distrettuali (tale presentazione si era svolta a Lusaka⁴⁶⁸ alla presenza dei rappresentanti dei donatori e della società civile Zambiana, raccolta in particolare nel

incorporate the political class. Parliament has a crucial role, which so far has been underestimated, in implementation of the Aid Policy and Strategy. Furthermore, the political will to adhere firmly to national objectives and the priorities presented and approved in democratic elections is essential".

⁴⁶⁴ Ministry of Finance and National Planning MoFNP – GRZ (2010), Op. Cit.

⁴⁶⁵ Wohlgemuth L., Saasa O. (2008), Op. Cit.

⁴⁶⁶ Wohlgemuth L., Saasa O. (2008), Op. Cit.; Fraser A. (2009), "Zambia back to the future?", Op. Cit.; Kragelund P. (2011), "Donors go back home: New financing possibilities and changing aid relations in Zambia", Roskilde University Dept. of Society and Globalisation, Roskilde.

⁴⁶⁷ Ministry of Finance and National Planning MoFNP – GRZ (2011), *Sixth National Development Plan – Sustained Economic Growth and Poverty Reduction*, Lusaka.

⁴⁶⁸ L'impossibilità di accreditarmi non mi ha consentito di partecipare personalmente pur essendo presente in Zambia in quei giorni, ma ho avuto occasione di parlarne con alcuni funzionari della Delegazione dell'Unione Europea e componenti del CSPR.

network CSPR, che negli anni recenti ha avviato un attento monitoraggio delle politiche di sviluppo in Zambia e ha partecipato ai processi di consultazione a livello ministeriale). Tra le incognite di questa nuova fase anche un nuovo indebitamento consistente, soprattutto nei confronti dei nuovi *partner* internazionali emergenti in questi anni (come segnalato anche dal *Jesuit Centre for Theological Reflection* di Lusaka nel 2009).⁴⁶⁹

Come ulteriore contributo alle conclusioni precedenti può essere utile riportare alcune valutazioni espresse dall'OECD/OCSE nel monitoraggio periodico rispetto alla applicazione dei principi della Dichiarazione di Parigi⁴⁷⁰:

✓ *Ownership*: lo Zambia ha progressivamente migliorato le sue capacità di definire priorità di sviluppo e di stabilire le risorse necessarie, come pure (soprattutto a partire dal FNDP) l'utilizzo di strumenti di monitoraggio e allocazione delle risorse funzionali ad un'ottimale gestione delle risorse, anche esterne (*Medium Term Expenditure Framework*), anche se restano carenze e limiti nella gestione finanziaria. Tra i passaggi rilevanti nella programmazione delle politiche di sviluppo l'attivazione dei *Sectory Advisory Groups* (SAGs) con la partecipazione del Governo, dei donatori, della società civile e di altri soggetti interessati. I SAGs hanno una funzione consultiva rilevante ed inoltre collaborano al monitoraggio della realizzazione del FNDP. Altro passo rilevante il già citato accordo per una *Joint Assistance Strategy for Zambia* (JASZ) elaborato dai donatori e finalizzato al coordinamento rispetto al FNDP.⁴⁷¹

✓ Allineamento degli aiuti rispetto alle politiche nazionali di sviluppo: molto resta da fare nella registrazione, nel bilancio dello Stato, dei flussi di aiuto esterno e nella comunicazione con i donatori rispetto a questo tema. Il JASZ ha contribuito all'allineamento degli aiuti e la suddivisione dei donatori con ruoli diversificati nei veri settori contribuisce ulteriormente a coordinare ed armonizzare gli aiuti. Inoltre a partire dal 2005, con l'aiuto dei paesi donatori, lo Zambia ha intrapreso un percorso di riforma del sistema di gestione delle risorse pubbliche soprattutto per quanto attiene l'effettivo uso di risorse (la fase esecutiva del bilancio). Restano inoltre da migliorare le capacità di gestione ed utilizzo di fondi a livello decentrato. Restano da migliorare i meccanismi di aggiudicazione di appalti e di reperimento di beni e servizi da parte dello Stato. Resta inoltre da sviluppare un piano di sviluppo rispetto alle capacità tecniche della struttura di Governo e amministrazione dello Zambia così da raccordare progressivamente le forme di assistenza tecnica ai piani di sviluppo. Restano problematiche la crescita di strutture amministrative di programmi e progetti create dai donatori al di fuori delle strutture nazionali (passate tra il 2005 ed il 2007 da 24 a

⁴⁶⁹ JCTR (2009), *Is another Debt Crisis?*, Lusaka.

⁴⁷⁰ Chigunta F., Matshalaga N. (2010), *Evaluation of the Implementation of the Paris Declaration in Zambia*, OECD, Paris.

⁴⁷¹ AA.VV. (2007), *Joint Assistance Strategy for Zambia (JASZ) 2007 – 2010*, Lusaka.

34) nonostante tutti gli sforzi di armonizzazione e di coordinamento e utilizzo delle strutture esistenti nel paese. Pur migliorando notevolmente, resta problematica la prevedibilità degli aiuti e il rispetto dei tempi di erogazione e registrazione a bilancio.

✓ Armonizzazione, articolata, secondo la Dichiarazione di Parigi, come a. Uso di meccanismi concordati in un approccio basato sui programmi (*Programme Based Approach*); b. Sviluppo di missioni congiunte di analisi e missioni di monitoraggio anche per ridurre i costi e tempi di coordinamento e gestione a carico del Governo *partner*/beneficiario.

✓ Uso di meccanismi concordati in un approccio basato sui programmi (*Programme Based Approach*): in Zambia l'applicazione dei SWAp è un contributo essenziale e di crescente rilevanza.

✓ Sviluppo di missioni congiunte di analisi e missioni di monitoraggio: in Zambia tra il 2005 e il 2007 poco è cambiato e restano ben al di sotto del target del 40% i valori delle missioni congiunte di monitoraggio e lo stesso vale per le azioni di analisi stabili dal di sotto dell'indicatore della Dichiarazione di Parigi del 66%.

✓ Gestione finalizzata ai risultati: secondo le valutazioni del 2006 lo Zambia mostrava forti carenze nel dotarsi di un sistema di *reporting* e valutazione rispetto ai risultati attesi. Questo sia a causa di carenze nella raccolta di dati che di messa in opera di un sistema di monitoraggio e valutazione adeguato a tutti i livelli amministrativi. Gli indicatori sono migliorati nel 2008 grazie al varo del FNDP e di un programma di sviluppo dell'Ufficio Centrale di Statistica (*Central Statistical Office Zambia*).

✓ *Accountability*: ovvero quanto donatori e paesi beneficiari sono reciprocamente in grado di rendere conto e quanto lo sono nei confronti delle loro popolazioni. In Zambia, nel quadro del citato JASZ è previsto un *Independent Monitoring Group*, funzionale all'*accountability* reciproca.

Riprendendo alcuni dei ragionamenti precedenti è chiaro che lo Zambia pur applicando con una certa disciplina molti dei dettami e dei principi internazionalmente sanciti nelle politiche di aiuto allo sviluppo, continua da un lato ad essere carente nei meccanismi di controllo e monitoraggio, ma, d'altro canto, a registrare un "ambiente" dei donatori ove non mancano contraddizioni e comportamenti difforni rispetto ai principi sanciti nella Dichiarazione di Parigi e con i quali non mancano momenti di frizione e forte dialettica sull'*ownership* delle politiche di sviluppo (il varo dello JASZ a fronte del FNDP mostra sia una volontà di collaborare ma anche una sorta di risposta politica all'autonomia mostrata dal Governo dello Zambia nel varo del FNDP come pure del *Sixth* NDP, come ho avuto modo di verificare nel 2010 durante la mia presenza in Zambia).

4.2 *Aiuto allo sviluppo e settore sanitario*

Il settore sanitario è stato, soprattutto negli ultimi anni, uno degli ambiti che ha maggiormente beneficiato della cooperazione internazionale e delle erogazioni dei donatori. Le modalità di erogazione sono tutt'ora diverse: *budget support*, *basket funding* (SWAp), finanziamento di progetti, erogazione di beni e materiali. La cooperazione internazionale nel settore si è internazionalizzata a partire dalla firma di un *Memorandum (Memorandum of Understanding)*⁴⁷² per il coordinamento dell'assistenza internazionale nel quadro del "National Health Strategic Plan (NHSP) 2001 – 2005" e del successivo piano per il periodo 2006 – 2010. Il *Memorandum* è stato rivisto anche nel 2009⁴⁷³ nel quadro della *International Health Partnership (IHP)*⁴⁷⁴.

I firmatari hanno concordato una crescita dei fondi per il settore tramite un solo piano strategico (appunto il NHSP) con precisi accordi sulla valutazione degli esiti. Nel *report "Zambia National Health Accounts 1995 – 1998"*⁴⁷⁵ (periodo in cui l'Aiuto Ufficiale allo Sviluppo, dopo le operazioni di remissione del debito, ha subito una contrazione dovuta probabilmente alla crescente delusione per la Presidenza Chiluba) il settore sanitario ricevette un crescente ammontare di aiuti ufficiali passando in termini reali da 14,7 miliardi di Kwacha a 30,4 miliardi di Kwacha, largamente erogati al Ministero della Salute, arrivando a coprire circa il 25% dell'intera spesa nazionale per il settore sanitario. Si tenga conto che il complesso del finanziamento (compresi i contributi della popolazione oltre che del Governo Zambiano) scese nel medesimo periodo da 126 miliardi di Kwacha a 123 miliardi circa. Di fatto in un periodo di bassa crescita e andamento del prodotto interno lordo altalenante (vedi Tab. 4,8), l'aiuto esterno ha supportato le necessità di spesa sanitaria dello Zambia, come accadrà progressivamente negli anni a seguire (Tab. 4.9 e 4.10).

⁴⁷² Ministry of Health Republic of Zambia – MoH (2006), *MOU between GRZ/MOH and the Cooperating Partners*, Lusaka.

⁴⁷³ Ministry of Health Republic of Zambia – MoH (2009), *Addendum to the MOU 2006 Between GRZ/MOH and the Cooperating Partners*, Lusaka.

⁴⁷⁴ <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home> ; per una presentazione dell'iniziativa IHP: <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/about> (Gennaio 2012).

⁴⁷⁵ Ministry of Health, Central Board of Health (1998), *Zambia National Health Accounts 1995 – 1998*, Lusaka.

Tab. 4.8: Andamento del Prodotto Interno Lordo

	1995	1996	1997	1998
GDP (constant 2000 US\$)	2.820.351.878	3.016.243.929	3.115.744.351	3.057.831.837
GDP (current US\$)	3.477.642.089	3.270.303.737	3.910.384.000	3.237.203.900
GDP per capita (constant 2000 US\$)	316	329	331	316
GDP per capita (current US\$)	390	357	415	334

Fonte: <http://databank.worldbank.org> (Ottobre 2011)

La successiva tabella mostra l'andamento della spesa sanitaria e delle risorse esterne tra il 1995 e il 1998, confermando i dati del Ministero della Salute Zambiana e confermando come a valori costanti del contributo statale e privato (rispetto al PIL) della spesa sanitaria, sia cresciuta la rilevanza del contributo esterno. E' interessante osservare come a fronte di un aumentato contributo esterno, in presenza di una contrazione delle risorse interne, questo non sia bastato, ad esempio ad attenuare il calo dell'aspettativa di vita alla nascita, passato da 44 a 42 anni e si possono osservare solo minimi miglioramenti nei tassi di mortalità infantile, a dimostrazione di una complessiva crisi del settore sanitario anche in virtù delle politiche economiche degli anni '90.

Tab.4.9: Spesa sanitaria e fonte di finanziamento

	1995	1996	1997	1998
External resources for health (% of total expenditure on health)	12	19	23	24
Health expenditure per capita (current US\$)	21	21	25	21
Health expenditure, private (% of GDP)	2	2	2	2
Health expenditure, public (% of GDP)	3	4	4	4
Health expenditure, public (% of government expenditure)	10	13	16	13
Health expenditure, public (% of total health expenditure)	61	62	65	62

Fonte: <http://databank.worldbank.org> (Ottobre 2011)

Se guardiamo all'andamento del peso percentuale di risorse esterne nelle spese sanitarie nazionali in periodi successivi, avremo ulteriori indicazioni relative alla rilevanza della componente di aiuto esterno nel campo sanitario (Fig.4.15), confermando l'andamento avviato negli anni '90.

Di questo periodo sono due programmi bilaterali di cooperazione nel settore sanitario,⁴⁷⁶ il primo promosso dalla cooperazione Olandese e il secondo da quella Danese. L'Olanda tra la fine degli anni '80 e la fine degli anni '90 promosse un programma di assistenza e cooperazione nel settore sanitario nelle *Province* occidentali dello Zambia con una particolare attenzione al sostegno in termini sia di risorse umane che materiali con un'attenzione alla creazione di meccanismi comunitari di partecipazione anche tramite un *Community District Partnership Fund* e cercando di dare continuità all'approccio *Primary Health Care* che aveva caratterizzato dall'indipendenza il sistema sanitario zambiano. Durante tale programma furono varati due meccanismi che caratterizzeranno anche successivi sviluppi della cooperazione sanitaria in Zambia e che ritroviamo

⁴⁷⁶ Saasa O. Carlsson J. (2002), Op. Cit., pagg. 83 – 86.

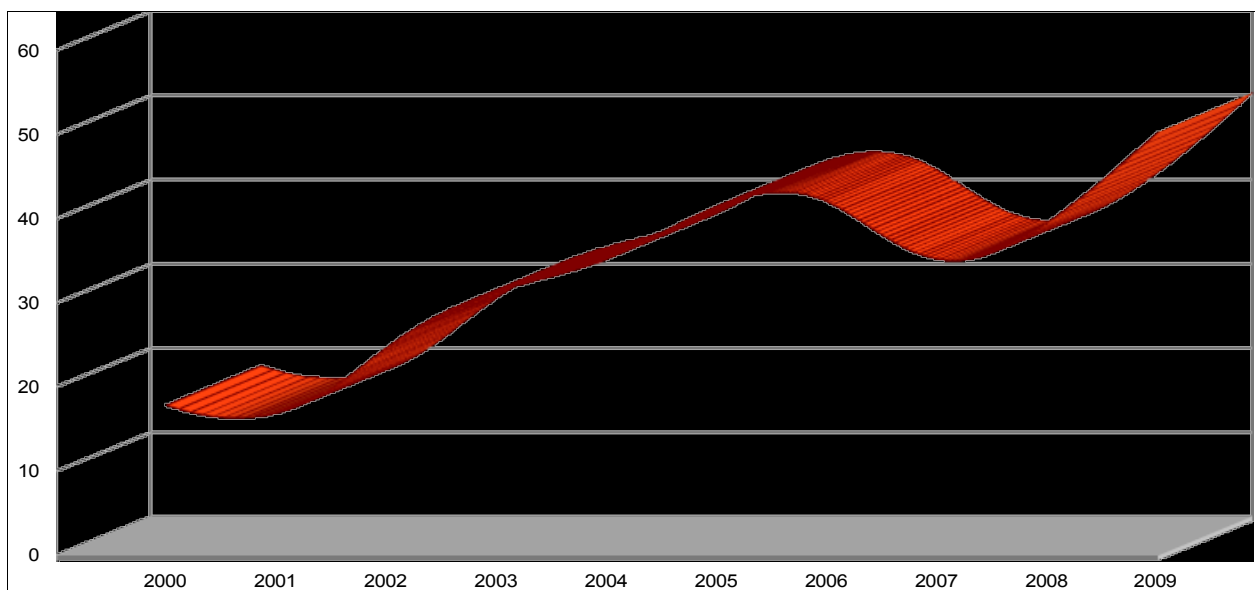
in numerosi documenti successivi: il *Financial and Administration Monitoring System (FAMS)* e il *Health Monitoring Information System (HMIS)*. La cooperazione danese (DANIDA) sin dal 1993 si attivò nel settore sanitario e proseguì sino al primo decennio del XXI secolo a livello nazionale. Il programma varato da DANIDA era indirizzato a rafforzare le strutture periferiche del sistema sanitario contribuendo ai processi di riforma sanitaria attuati negli anni '90. Nei primi anni del nuovo millennio lo sforzo di DANIDA si è indirizzato al raggiungimento dell'equità nelle opportunità di cura, nel miglioramento delle condizioni sanitarie e di vita della popolazione e nel miglioramento qualitativo dei servizi sanitari a supporto del *National Health Strategic Plan* dello Zambia per il periodo 2001 – 2005. In particolare DANIDA ha posto l'attenzione su processi di decentramento, formazione di capacità di gestione a livello decentrato, attenzione a piani relativi all'HIV/AIDS, attenzione alle condizioni logistiche e strutturali dei servizi (fondamentali per l'accessibilità e l'utilizzabilità degli stessi).⁴⁷⁷ Il programma di aiuto di DANIDA, nel quadro del coordinamento dello SWAp, aveva previsto un'erogazione tra il 2002 e il 2006 di oltre 22 milioni di dollari. Nella seconda metà del decennio DANIDA ha ridotto il proprio impegno nel settore sanitario, non più incluso tra i settori prioritari di intervento in Zambia.

Osservando l'andamento quantitativo complessivo è possibile osservare che il peso percentuale dell'Aiuto Ufficiale allo Sviluppo sulla spesa sanitaria dello Zambia, cresciuta negli anni '90 sino a coprire circa il 25 % del totale, subirà una decrescita tra il 1999 e il 2001 (probabilmente in concomitanza con le elezioni presidenziali e politiche del 2001) per poi risalire progressivamente al 45% nel 2006 e al 50% nel 2009,⁴⁷⁸ nonostante il valore assoluto degli aiuti nel settore sanitario di tutti i donatori fosse diminuito tra il 2007 e il 2009, a dimostrazione di una contrazione del peso delle spese del Governo per la sanità sul totale del bilancio dello Stato. Nel 2009 si verificò poi la sospensione dei finanziamenti, di cui abbiamo già accennato, per cui solo il 38% delle spese previste fu coperto e solo nel 2010 riprese il flusso degli aiuti.

⁴⁷⁷ DANIDA (2002), *Danida Health Sector Programme Support Phase III 2002-2006 Zambia*, Copenhagen – Lusaka. Documento riservato ricevuto da DANIDA Lusaka.

⁴⁷⁸ <http://databank.worldbank.org>, (Ottobre 2011).

Fig.4.15: Risorse esterne per la salute espresso in percentuale della spesa totale per la salute in Zambia tra il 2000 e il 2009



Fonte dati: <http://databank.worldbank.org> (Gennaio 2012)

Un dato, nell'andamento complessivo, confermato dalle statistiche dell'OECD/OCSE relative all'aiuto ufficiale nel settore sanitario da parte dei donatori DAC e dal complesso dei canali di aiuto, seppur con un andamento piuttosto altalenante (Tab. 4.10).

Tab.4.10: Aiuto ufficiale allo sviluppo nel settore sanitario dello Zambia a valore corrente in milioni di dollari

Donatori / Anno	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tutti i donatori	40.0387	82.3401	92.2131	102.1967	86.3377	132.9685	109.8077	90.3549
Donatori DAC	30.7223	61.3538	56.6381	66.1248	70.6991	78.9201	71.5253	56.799

Fonte: elaborazione da <http://stats.oecd.org/qwids> (Ottobre 2011)

Se ci limitiamo a osservare il dato dell'Aiuto Ufficiale allo Sviluppo da parte delle Istituzioni Europee nel campo sanitario allo Zambia ricaveremo la seguente tabella di dati (Tab.4.11) che mostra la forte crescita del dato nell'ultimo decennio con una crescita fino a raggiungere la somma di oltre 16 milioni di dollari per il settore sanitario. Un andamento crescente a partire dal 2006 che segna l'interesse e l'impegno delle Istituzioni Europee per il settore sanitario del paese.

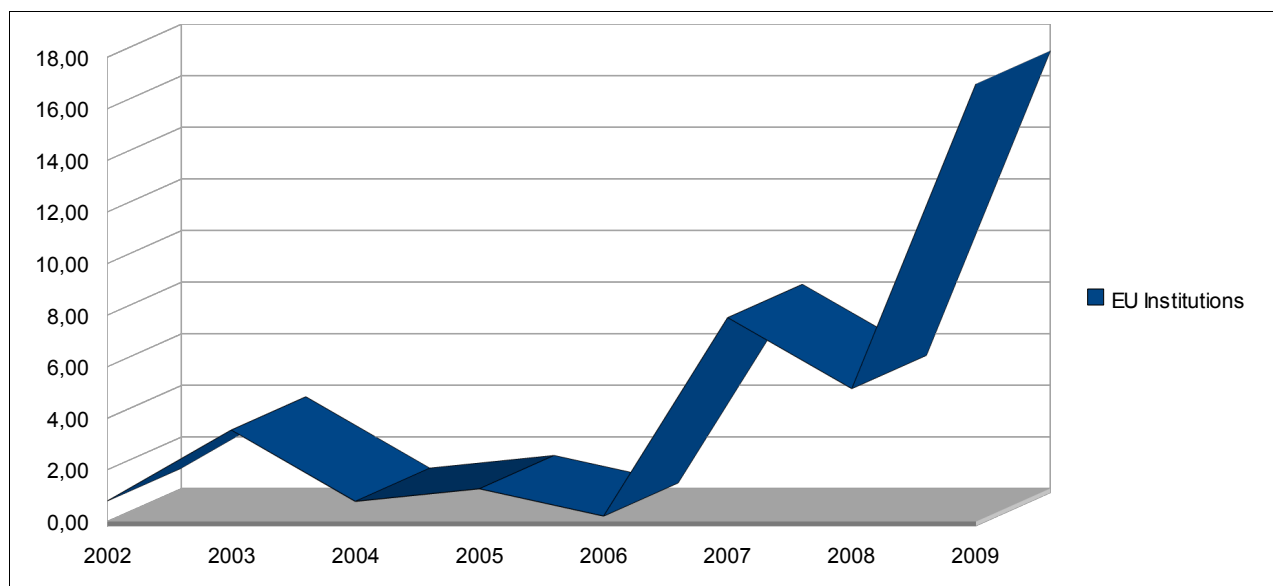
Tab.4.11: Aiuto Ufficiale allo Sviluppo da parte delle Istituzioni Europee al settore sanitario dello Zambia a valore corrente in milioni di dollari

Institution / Year	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
EU Institutions	0,79	3,55	0,78	1,27	0,21	7,91	5,15	16,97

Fonte: elaborazione da <http://stats.oecd.org/qwids> (Ottobre 2011)

La seguente rappresentazione grafica (Fig.4.16) segnala l'andamento crescente dell'aiuto a matrice Unione Europea nel settore sanitario dello Zambia, differente da quanto si è potuto osservare nella Tab. 4.10 ove la tendenza a partire dal 2007 era di progressiva riduzione degli aiuti.

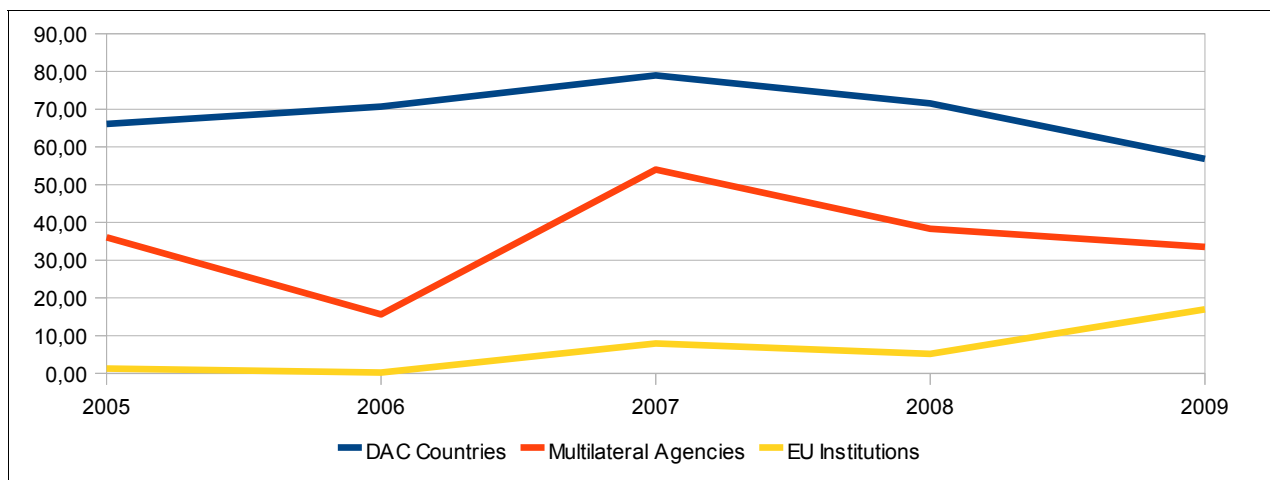
Fig. 4.16: Aiuto Ufficiale allo Sviluppo da parte delle Istituzioni Europee al settore sanitario dello Zambia



Fonte: elaborazione da <http://stats.oecd.org/qwids> (Gennaio 2012)

Dato confermato come in controtendenza anche dalla Fig. 4.17 che illustra la comparazione tra gli andamenti, negli ultimi anni, degli aiuti nel settore sanitario dello Zambia.

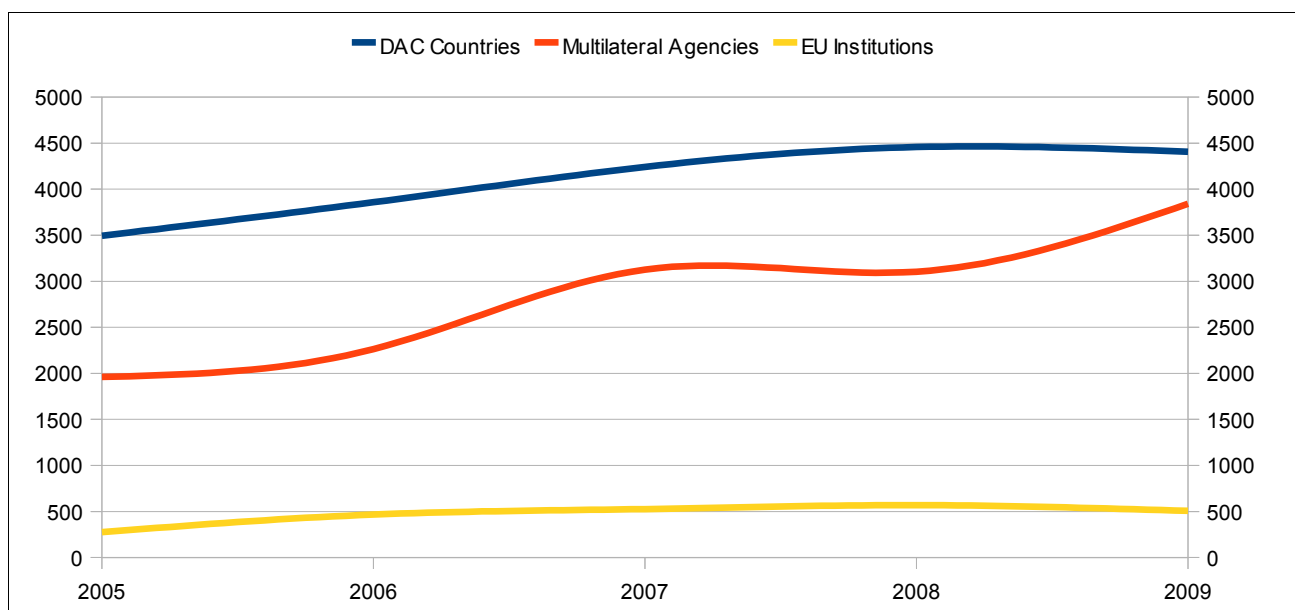
Fig. 4.17: Donatori e aiuto nel settore sanitario dello Zambia a valore corrente in milioni di dollari



Fonte: elaborazione da <http://stats.oecd.org/qwids> (Gennaio 2012)

A livello complessivo gli andamenti sono quelli illustrati in Fig.4.18, in cui la tendenza seguita dalla UE negli aiuti in campo sanitario è in linea con quanto accade per gli altri donatori.

Fig.4.18: Donatori e aiuti ai paesi in via di sviluppo nel settore sanitario a valore corrente in milioni di dollari



Fonte: elaborazione da <http://stats.oecd.org/qwids> (Gennaio 2012)

Del resto nel piano di intervento dell'Unione Europea in Zambia concordato con il Governo dello Zambia⁴⁷⁹ il settore sanitario risulta tra i settori prioritari (*focal sector*) e precisamente come "Second Focal Sector" complessivo, sempre tramite lo strumento del *budget support*. Per tale settore l'Unione Europea ha previsto tra il 2008 ed il 2013 la somma di 59 milioni di Euro, pari al 12,4 % dell'intero aiuto erogato allo Zambia nel quadro del 10° *European Development Fund* (EDF) finalizzato a sostenere azioni tese ad uno sviluppo di lungo termine. Si tenga conto che il 48,9% dell'intero EDF per lo Zambia ricade sotto il *General Budget Support*. Il dettaglio delle erogazioni per area del settore sanitario è ben visibile nella successiva tabella (Tab. 4.12 a, b).⁴⁸⁰

Tab. 4.12 a: Erogazioni al settore sanitario (in miliardi di Kwacha)

Annual Programmes	2006			2007			2008		
	Donors	GRZ	GRZ Releases	Donors	GRZ	GRZ Releases	Donors	GRZ	GRZ Releases
Capacity Building	4.6	1.96	1.91	0.7	2.3	1.8	1	1.5	1
District Health Systems Management	38.1	5.5	5.8	35	21.1	21.1	3.5	3.7	3,7
General Administration	1.2	20.7	29.6	-	47.6	38.7	0	4.3	2,1
Health Service Delivery	380.6	71.8	76.2	245.3	342.1	95.1	0	421.0	164
Health Systems Management	69.1	30.9	82.4	38.9	43.7	35.7	6.2	96.1	97
Infrastructure Development	17.2	89	51.3	-	96	72.2	12.6	6.3	6,3
Personal Emoluments	0	294	340.9	-	392.3	388.9	108.8	71.8	92,3
Support to Institutions	0	37.6	37.6	2.8	41.9	41	108.7	71.4	93,6
Training of Health Workers	13.1	5.5	5.7	7.6	6.2	6.3	31.6	25.2	25,2
Total	523.9	556.96	631.41	330.3	747.9	700.8	272.4	283.5	323,3

Fonte: Ministry of Finance and National Planning - MoFNP (2009) *Mid Term Review of FNDP*, Lusaka

⁴⁷⁹ European Union and Government of Zambia (2007), *Country Strategy Paper and National Indicative Programme for the period 2008- 2013*, Lusaka.

⁴⁸⁰ Ministry of Finance and National Planning - MoFNP (2009), *Mid Term Review of FNDP*, Lusaka.

Tab. 4.12 b. Erogazioni al settore sanitario

HEALTH SWAP 2006 - 2010						
DONOR	2006	2007	2008	2009	2010	Total by donor
DfID	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5
Netherlands	14.9	15.5	15.5	15.5	15.5	76.8
Sweden	12.9	12.9	15.5	15.5	15.5	72.3
EU	0.0	0.0	0.0	8.9	8.9	17.9
Ireland	3.3	0.0	0.0	0.0	0.0	3.3
TOTAL HEALTH SWAP	31.59	28.37	30.97	39.90	39.90	170.7

Fonte: European Union and Government of Zambia (2007), *Country Strategy Paper and National Indicative Programme for the period 2008- 2013*, Lusaka

Nel periodo 2006 – 2008 il settore sanitario dello Zambia ha ricevuto una media del 10% del bilancio dello Stato (seppur, come detto, al di sotto degli standard previsti dall'accordo di Abuja). E' evidente anche da Tab. 3 che è crescente l'impegno finanziario del Governo dello Zambia (GRZ) anche a fronte di una riduzione dei flussi da parte dei donatori. Non dimentichiamoci che tra il 2008 e il 2009 alcuni donatori hanno congelato i propri flussi di aiuto.

Nel 2006 fu introdotta una voce di bilancio appositamente dedicata alle risorse umane (punto debole della struttura sanitaria Zambiana) con una particolare attenzione al tema da parte dell'Unione Europea, mentre il contributo al bilancio della sanità da parte del DFID ha consentito l'abolizione progressiva degli *user fees* nel settore sanitario⁴⁸¹.

L'avvento nel corso dell'ultimo decennio di fondi di finanziamento "verticali" ovvero collegati a una specifica problematica sanitaria (ne sono esempi concreti: il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, alla Tuberculosis e alla Malaria – GFATM, *Roll Back Malaria* (RBM); *Stop TB*; *Global Alliance for Vaccine Initiative* (GAVI); *US Governments Presidential Expanded Program for AIDS Response* (PEPFAR) e i programmi sponsorizzati dai coniugi Gates). Tra le conseguenze di questa tipologia di interventi: l'ulteriore aggravamento della situazione di carenza del personale (attratto dai contratti di queste organizzazioni), la frammentazione dei finanziamenti e l'ulteriore onere per il Ministero della Salute e i suoi organismi periferici per quanto attiene la gestione dei fondi e delle relazioni con tali entità, la difficoltà di coordinare i diversi flussi finanziari in un unico bilancio di settore coordinato. Infatti nel recente documento "Zambia Equity Watch"⁴⁸² osservando l'andamento recente degli aiuti nel settore sanitario segnalano la frammentazione dei flussi finanziari di aiuto al settore con la possibilità di coordinare e armonizzare i fondi transitanti nel *Sector Budget Support* e nel *Basket*

⁴⁸¹ ODI e MOKORO (2009), *Sector Budget Support in Practice Case Study Health Sector in Zambia*, Londra.

⁴⁸² UNZA Department of Economics, Ministry of Health, TARSC (2011), Op.Cit.

Fund. Nonostante, come visto, sin dal 1999 lo Zambia (primo tra i paesi in via di sviluppo) abbia attuato il coordinamento dei donatori tramite lo SWAp, alcuni donatori non utilizzano tale meccanismo (USAID ad esempio) mantenendo un livello di frammentazione e difficile prevedibilità dei flussi.

Larga parte dei fondi fluiti nel settore sanitario tra il 2006 e il 2010 è stato indirizzato (con un approccio tipicamente verticale dei finanziamenti) a specifiche problematiche o malattie, quali in particolare l'HIV/AIDS, e prevalentemente tramite Ong e non il Ministero della Salute. Secondo i dati del Ministero della Salute riportati nel documento "Equity Watch: Assessing Progress towards Equity in Health in Zambia" il peso dei fondi transitati tramite meccanismi coordinati è passato tra il 2005 e il 2010 dal 29% al 14% nonostante gli sforzi di coordinamento ad opera del Ministero della Salute. Certamente gli scandali al Ministero della Salute del 2008 e 2009 non hanno contribuito a contrastare un certo andamento nelle modalità di erogazione dell'aiuto. Inoltre il congelamento dei fondi ha inciso in modo negativo sulle spese facenti capo al Ministero della Salute quali: formazione del personale, acquisto dei farmaci, attività e costi dei laboratori, attività operativa. Alcuni ospedali dovettero ridurre i servizi e le attività e la campagna annuale di vaccinazione per l'infanzia ("Child Health week") subì limitazioni. Anche per questo il 1 Luglio del 2009 fu adottato dal Governo dello Zambia e dai principali donatori un "Action Plan for Strengthening Accountability and Controls" del Ministero della Salute: secondo tale accordo i fondi "congelati" precedentemente verranno erogati progressivamente nella misura in cui il Governo dello Zambia porrà in atto azioni relative alla gestione, all'*accountability* e a sistemi di *audit* oltre che perseguire i pubblici ufficiali coinvolti.⁴⁸³

L'insieme dei flussi ha portato a una situazione, dati del 2007, in cui il contributo dei donatori è stato del seguente ordine⁴⁸⁴:

1. il 72% delle spese di erogazione dei servizi;
2. il 62% delle spese per servizi a livello di Distretto;
3. il 55% delle spese per formazione del personale;
4. il 47% per quanto attiene la gestione del sistema sanitario;
5. il 41% nella gestione ed erogazione dei medicinali.

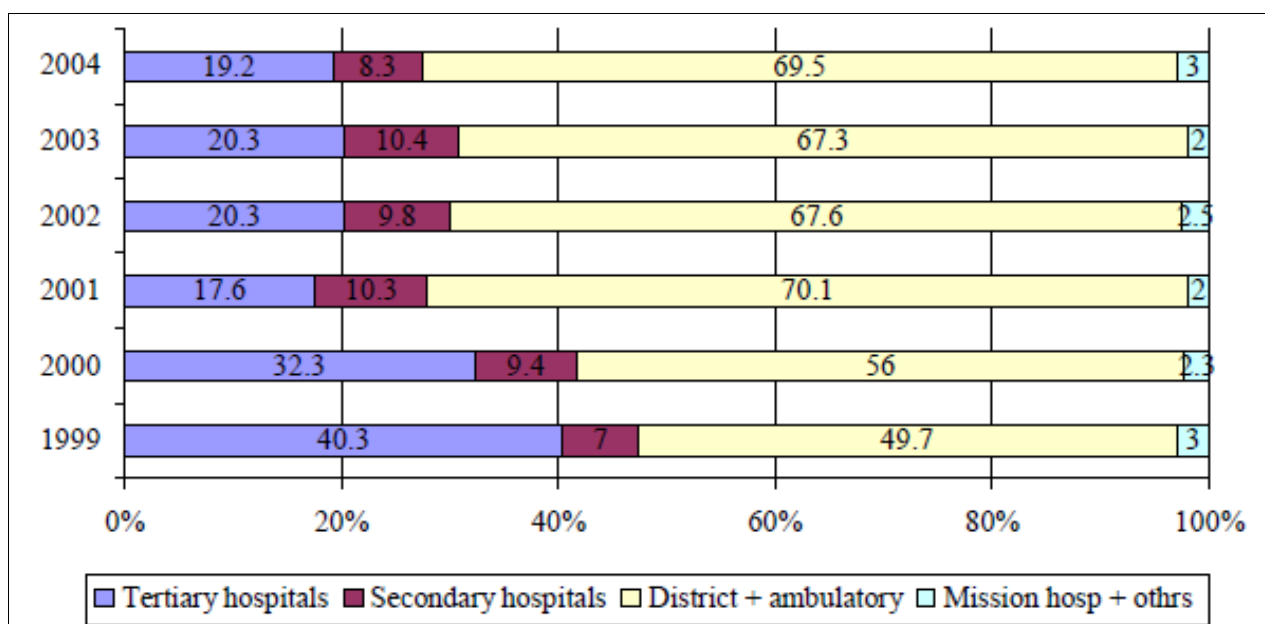
Da questi dati e dalla Fig. 4.19 è interessante notare come l'allocazione dei fondi nell'epoca dello SWAp abbia comportato una maggiore distribuzione a favore del livello Distrettuale rispetto alle grandi strutture ospedaliere centralizzate. Un interessante indirizzo di politica coerente con il rafforzamento di strutture sanitarie di base e decentrate pur nel quadro di una politica di *Budget*

⁴⁸³ Pereira J. (2009), Op. Cit.

⁴⁸⁴ ODI e MOKORO (2009), Op.Cit.; Picazo O., Zhao F. (2009), *Zambia Health Sector Public Expenditure Review Accounting for Resources to Improve Effective Service Coverage*, World Bank, Washington

Support a partire dal Ministero della Salute.

Fig.4.19: Redistribuzione della spesa del Ministero della Salute per livello di cura 1999 – 2004



Fonte: Picazo O., Zhao F. (2009), *Zambia Health Sector Public Expenditure Review Accounting for Resources to Improve Effective Service Coverage*, World Bank, Washington

Il contributo dei donatori è stato essenziale nel sostenere le già fragili strutture decentrate in una fase in cui la tendenza del Ministero della Salute è stata quella di sostenere i livelli superiori (Secondario e Terziario) lasciando l'implementazione di politiche coerenti con la *Primary Health Care* ai donatori: la percentuale di spesa a favore del livello distrettuale di cura erogata dal Ministero della Salute passò tra il 1995 e il 1998 dal 97% al 13% della spesa totale in ambito sanitario, a loro volta i Distretti hanno indirizzato la maggioranza delle loro risorse nel *Primary Health Care*⁴⁸⁵.

In un recente *report*⁴⁸⁶, *Action for Global Health*⁴⁸⁷ sottolinea fin nelle premesse come meccanismi quali l'*International Health Partnership* (IHP+) e altre iniziative correlate finalizzate a coordinare gli aiuti nel campo sanitario, insieme ai meccanismi di SWAp, risultino in una non omogenea adesione dei donatori e inoltre non consentono di erogare i fondi tramite i canali zambiani di gestione degli stessi privilegiando in tal modo l'approccio di progetto e un approccio verticale nell'erogazione delle risorse finanziarie nel settore sanitario.

In conclusione in Zambia, nonostante l'adesione del paese ai numerosi meccanismi di

⁴⁸⁵ Chitah M.B. (2001), Op.Cit.

⁴⁸⁶ Pereira J. (2009), Op. Cit.

⁴⁸⁷ <http://www.actionforglobalhealth.eu/> (Novembre 2009).

coordinamento ed armonizzazione degli aiuti, il rilevante contributo degli aiuti nel settore sanitario continua a manifestare frammentazione e mancanza di coordinamento, anche, e non solo, per la debolezza nei meccanismi di *governance* del Ministero della Salute oltre che per i problemi di gestione e trasparenza delle risorse. Questo a fronte di un formale impegno del Governo dello Zambia di raggiungere gli obiettivi prefissati ad Abuja ed endemici problemi strutturali e di risorse umane nel settore sanitario.

4.3 *Il Sector Wide Approach*

A partire dagli anni '90 in una serie di paesi in via di sviluppo, tra questi anche lo Zambia, si iniziò a porre in atto un meccanismo denominato *Sector Wide Approach* (SWAp), per l'attuazione delle politiche di cooperazione in vari settori: con maggiore frequenza quello sanitario, educativo ed agricolo. Sia sui fattori che hanno contribuito alla nascita di questo meccanismo, sia sul concetto di SWAp vi sono differenti opinioni ed analisi che cercherò di esporre brevemente, cercando di evidenziare gli aspetti più collegati al settore sanitario ed al tema della partecipazione.

Alcuni testi a cavallo tra gli anni '90 e il primo decennio del XXI secolo, ci accompagnano nella conoscenza di questo concetto / prassi, dei perché della sua nascita e del suo funzionamento e alcuni primi bilanci al termine del decennio che ne ha visto la nascita; altri testi successivi approfondiscono e fanno il bilancio di questa pratica⁴⁸⁸.

Cassel⁴⁸⁹ segnala come il SWAp non è originale nel suo focalizzarsi in un settore di intervento: anche nel confronto sulle politiche macroeconomiche ci si è progressivamente concentrati sul ruolo dei governi rispetto all'erogazione dei servizi e alla gestione della spesa pubblica e gli stessi aiuti per programmi si sono progressivamente indirizzati al sostegno delle azioni dei governi in singoli settori (salute, educazione, etc.); ci si è resi progressivamente conto che l'efficacia di singoli progetti è influenzata dal contesto politico e istituzionale in cui opera e da ciò la necessità di relazionarsi con il contesto di settore. L'autore definisce uno SWAp come:

1. una *partnership* sostenuta e guidata dalle autorità nazionali con il coinvolgimento dei soggetti donatori, degli enti governativi e dei gruppi della società civile;
2. un meccanismo operante nel contesto di un settore coerentemente definito da una struttura istituzionale e da un programma di finanziamento nazionale;
3. una *partnership*, che si sviluppa attraverso un programma di lavoro concordato e che ha il proprio *focus*: nello sviluppo di politiche e strategie di settore (atte a definire il ruolo dei soggetti pubblici e privati come pure la base per definire le priorità di spesa pubblica); la preparazione di un piano di spesa e finanziamento del settore; la costituzione di un sistema

⁴⁸⁸ WHO (1999), *Lessons of Experience from Sector Wide Approaches in Health*, Ginevra; Foster M., Mackintosh – Walker S. (2001), *Sector Wide Programme and Poverty Reduction*, ODI, Londra; Walford V. (2003), *Defining and Evaluating SWAps - A paper for the Inter-Agency Group on SWAps and Development Cooperation*, Institute for Health Sector Development, Londra; Hutton G., Tanner M. (2004), "The sector-wide approach: a blessing for public health?", *Bulletin of the World Health Organization*, December 2004, 82 (12), Ginevra; Walford V. (2007), *A review of health sector wide approaches in Africa*, HLPS Institute (<http://www.hlsp.org/Home/Aboutus/HLSPInstitute.aspx>), Londra; Chansa C.(2008), *Zambia's Health Sector Wide Approach (SWAp) Revisited*, Lambert, Koln.

⁴⁸⁹ Cassel A. (1997), *A Guide to Sector Wide Approaches for Health Development*, WHO, Ginevra.

di gestione condiviso tra il Governo e i donatori che faciliti l'erogazione e rendicontazione dei fondi e monitori l'andamento del settore; le riforme istituzionali e la formazione di risorse umane coerentemente con quanto previsto dalle politiche del settore;

4. un meccanismo dotato di strutture e processi definiti e posti in atto per realizzare sia il confronto che la revisione relativa alla performance del settore interessato, sulla base di target e passaggi concordati.

Secondo Cassel la novità di questo approccio consiste nell'opportunità dei governi dei paesi beneficiari di raggiungere gli obiettivi di settore, utilizzando adeguatamente le risorse dei donatori per raggiungere obiettivi definiti a livello nazionale. Lo SWAp consente quindi di unire un elemento di performance interna/ di settore ad uno di coordinamento e raccordo tra donatori. I donatori al fine di realizzare lo SWAp adotteranno strumenti operativi quali il *Sector Programme Support* o il *Sector Budget Support*. Nello SWAp i donatori rinunciano da un lato a selezionare i singoli progetti da finanziare ma acquisiscono il diritto di intervenire nel definire le strategie complessive di sviluppo di un dato settore del paese beneficiario. Per i donatori quindi la negoziazione sulla spesa di settore sostituisce la pianificazione di progetti specifici, mentre la revisione e monitoraggio delle attività di un settore sostituisce la valutazione di singoli progetti.

Nello SWAp vi sono passaggi essenziali, articolati da Cassel in modo dettagliato:

- La definizione di politiche e strategie di settore: piani e documenti relativi alla struttura delle politiche;
- Piani di spesa e finanziamento;
- Piani di sviluppo istituzionale e formazione delle capacità e competenze necessarie;
- Accordi relativi alla gestione e al management dello SWAp: meccanismi di monitoraggio, *accountability*, gestione finanziaria, acquisto di beni e servizi;
- Accordi relativi all'organizzazione del lavoro e alla *partnership* di settore: ad esempio il *Joint Statement of Intent*, il *Collaborative Programme of Work*, il *Memorandum of Understanding*, il *Code of Practice*.

Non viene nascosto il rischio che lo SWAp influenzi i meccanismi macroeconomici così come i finanziamenti di programmi / progetti potevano distorcere i meccanismi di spesa di settore e quindi è importante che vi sia una forte *leadership* nazionale e una scelta da parte del paese beneficiario di sostenere lo SWAp. E' altrettanto rilevante che i donatori non intendano lo SWAp come una differente forma di condizionalità politica ma che si impegnino in una *partnership* in cui tutti i soggetti hanno responsabilità e diritti. Sarà altrettanto importante definire obiettivi di sviluppo di settore che siano originali e basati sul contesto di intervento.

Nel considerare lo specifico dello SWAp nel settore sanitario Cassel⁴⁹⁰ sottolinea come l'approccio SWAp possa portare equilibrio e un approccio integrato a livello intra – settoriale ad esempio tra azione sul livello primario di cura e livello ospedaliero.

Anche il contesto nazionale, istituzionale e politico, è di grande rilevanza e alcune situazioni, secondo Cassel, meritano particolare attenzione prima di implementare lo SWAp: stati con forme di decentramento e federalismo (e si propende per la tesi di una più facile applicazione in stati non federali o con un decentramento non troppo forte), paesi a medio reddito (in cui lo SWAp inciderà maggiormente sui processi di riforma che sulle politiche di sviluppo strutturali e gli interventi finanziari) e paesi caratterizzati da forte instabilità e situazioni post – conflitto (ove i programmi SWAp hanno scarse possibilità di incidere e riuscire). E' evidente quindi la necessità di stabilità politica e istituzionale, una capacità di *governance* forte e una condizione "strutturale" di bisogno in cui inquadrare l'intervento esterno nella forma SWAp.

Quanto alla società civile, in particolare nel settore sanitario, le organizzazioni della società civile devono essere considerate come *partners* ma è importante distinguere momenti e fasi: un aspetto attiene alla consultazione della società civile nel definire le priorità di settore, un altro alla comunicazione istituzionale da parte del Governo. Il processo di consultazione dovrà coinvolgere sia i beneficiari dei servizi, come pure le categorie fino ad ora escluse dal beneficio dei servizi sanitari come pure organismi impegnati nell'erogazione di cure e servizi.

Per quanto attiene il settore sanitario Cassel individua alcune buone prassi per uno SWAp che incida sia sulle strutture / sistema sanitario che sulle condizioni di salute della popolazione:

- definire in fase di negoziato sul *budget* quali settori di spesa proteggere in caso di crisi di risorse;
- valutare con attenzione le conseguenze istituzionali di fondi verticali separati dallo SWAp nel settore sanitario;
- usare un approccio basato su evidenze nel redistribuire le risorse;
- non porre in contrasto la valutazione delle politiche di salute pubblica con il complessivo monitoraggio del settore.

Peters e Chao⁴⁹¹ riprendono alcuni passaggi di Cassel e concentrano la loro analisi sul settore sanitario, ma ad esempio marcano in modo differente il passaggio dai programmi della Banca Mondiale (*Sector Intervention Programme* - SIP) allo SWAp affermando che si tratta di un mutamento di strumenti per promuovere le riforme di settore e gestire l'assistenza allo sviluppo in cui poche idee sono nuove rispetto alle elaborazioni sullo sviluppo. Ciò che è nuovo è la loro

⁴⁹⁰ Cassel A. (1997), Op. Cit.

⁴⁹¹ Peters D., Chao S. (1998), "The Sector-Wide Approach in Health: What is it? Where is it leading?", *International Journal of Health Planning and Management*, 13, pagg. 177 – 190.

applicazione. La nascita dello SWAp è collegata a un contesto politico mutato a seguito della fine della guerra fredda e all'esigenza di collegare gli interventi a politiche interne coerenti.

Ribadendo larga parte del ragionamento di Cassel, Peter e Chao⁴⁹² segnalano come lo SWAp costituisca uno strumento di efficace supporto ai processi di riforma sanitaria assicurandone la sostenibilità e contribuendo alla qualità di queste riforme più che condizionarle o guidarle, grazie al contributo dato in termini di negoziazione politica, struttura finanziaria e di spesa, organizzazione istituzionale.

Tra gli aspetti cruciali e critici dello SWAp gli autori segnalano:

- definire appropriatamente i confini del settore di applicazione e le istituzioni coinvolte e collegate;
- sviluppare una adeguata forma di *partnership*;
- sviluppare e concordare una struttura di spesa condivisa;
- armonizzare lo SWAp con gli interventi di tipo verticale basato su programmi specifici.

Quanto alle prospettive dello SWAp gli autori evidenziano alcune domande che devono trovare delle risposte: quale impatto politico ed economico di lungo termine? Come si modificano le *partnership* al mutamento di governi e regimi? Le competenze vengono usate adeguatamente? Quali riforme istituzionali comportano? Secondo Peters e Chao il punto di forza rispetto a questi quesiti nello SWAp è la comunione di rischi tra i *partner* impegnati nel meccanismo. Meno attenta alla partecipazione e ruolo della società civile, rispetto a Cassel, è l'analisi di Peter e Chao, pur nel rilevare l'importanza di nuovi meccanismi e *partner* nel quadro dello SWAp.

L'interesse per lo SWAp e la valenza politica ed operativa di questo strumento nel settore sanitario ha portato alla creazione di un Gruppo Inter – Agenzie presso l'OMS/WHO che analizzasse modalità ed effetti dello SWAp nel settore sanitario. Del resto Cassel⁴⁹³ segnalava l'esigenza, nel quadro della struttura tecnico – politica dello SWAp, di un "International Technical Working Group, which can draw on a range of national experience". Nel quadro del lavoro del Gruppo Inter – Agenzie,⁴⁹⁴ Foster, Brown e Conway propongono alcune analisi sulla base di esperienze nel settore sanitario oramai consolidate.

Lo SWAp viene definito come metodo di lavoro tra governi e donatori in cui:

"All significant funding for the sector supports a single sector

⁴⁹² Peters D., Chao S. (1998), Op. Cit.

⁴⁹³ Cassel A. (1997), Op. Cit.

⁴⁹⁴ Foster M., Brown A., Conway T. (2000) *Sector – Wide Approaches for Health Development – A review of Experiences*, WHO Global Programme on Evidence for Health Policy, Ginevra.

policy and expenditure programme, under government leadership, adopting common approaches across the sector, and progressing towards relying on government procedures to disburse and account for all funds".

L'analisi delle esperienze rileva sia passi in avanti che criticità nell'applicazione dello SWAp. Mi concentrerò in particolare sugli aspetti più collegati al mio lavoro di tesi. Tra le criticità infatti gli autori segnalano una mancata realizzazione di forme di coinvolgimento e partecipazione della società civile e, tema in parte correlato, la mancanza di fiducia da parte dei donatori rispetto ai meccanismi di monitoraggio e la conseguente attenzione dei donatori stessi ai dettagli della programmazione di settore con conseguente e assidua consultazione con gli organismi e funzionari ministeriali del paese ricevente o la scelta di non passare tramite il sistema governativo per finanziare programmi di settore.

Per quanto attiene la partecipazione della società civile, i principali problemi derivano da alcune prassi nell'applicazione dello SWAp:

- il programma è principalmente guidato da funzionari del Governo con il sostegno di consulenti e di funzionari dei paesi donatori e gli stessi funzionari sono poco preparati o inclini a dialogare con la società civile;
- spesso mancano meccanismi di consultazione e dialogo nazionale, anche con le forze parlamentari;
- scarso coinvolgimento di soggetti erogatori di servizi, anche privati.

Tra le cause di tale situazione, oltre a quanto detto, anche l'impreparazione di molti soggetti della società civile rispetto a tali meccanismi di coordinamento e programmazione. Spesso l'esito è quello di un programma di settore poco condiviso e consensuale con un ruolo assegnato alla società civile in fasi successive alla elaborazione dello SWAp soprattutto per quanto attiene la trasparenza della gestione a l'*accountability* rispetto all'erogazione dei servizi. Vengono poi segnalati problemi di partecipazione interna allo stesso sistema di Governo, sia nel Ministero della Salute che tra ministeri e livelli di amministrazione dello Stato con competenze e ambiti che possono incidere sulle condizioni di salute della popolazione: mancanza quindi di un approccio intersettoriale nella programmazione del singolo settore.

La mancanza di un coinvolgimento del parlamento e di altri dicasteri può indebolire la coerenza e la forza politica dello SWAp come del resto, seppur non riferito direttamente allo SWAp, segnala il rapporto della CSDH quando accenna al tema dell'approccio intersettoriale al tema della salute e dei determinanti sociali.

Il paradosso ulteriore, rispetto alla partecipazione, è che se da un lato si propone:

"(...) donors need to encourage wider participation throughout the SWAp development and implementation process, and explore strategies for helping governments, NGOs and CBOs build capacity for more effective consultation",⁴⁹⁵

dall'altro emerge come vi siano limitate forme di consultazione interne al sistema sanitario e sistemi di monitoraggio e raccolta di informazioni non sviluppati e si segnala la difficoltà di armonizzare lo SWAp con processi di decentramento: spesso lo SWAp è frutto di un negoziato a livello centrale, anche per quanto attiene le organizzazioni della società civile con un coinvolgimento dei livelli distrettuali spesso ex-post, approvando o meno piani distrettuali rispetto allo SWAp.

Nel considerare il rapporto tra SWAp e lotta alla povertà Foster e Mackintosh⁴⁹⁶ rilevano come le attuazioni dello SWAp che hanno raggiunto dei risultati degni di nota rispetto alla riduzione della povertà, hanno riconosciuto la necessità di considerare le limitazioni / barriere di accesso ai servizi da parte delle fasce più povere della popolazione, questo in particolare nei settori della sanità e dell'educazione.

Tra le buone prassi evidenziate vi sono la considerazione delle priorità delle fasce più povere nel delineare il programma di settore (ad esempio tramite un *Participatory Poverty Assessment*), la partecipazione delle fasce povere nella gestione dei servizi (anche tramite processi di *service delivery tracking*, come recentemente osservato in Zambia, unitamente a processi di *budget tracking*), la presenza di uno staff completo e competente, la disponibilità per lo staff erogante i servizi del finanziamento necessario, la disponibilità di informazioni per la valutazione dell'erogazione dei servizi da parte del personale addetto.

Nel proseguire l'analisi complessiva dello SWAp, Veronica Walford⁴⁹⁷ sistematizza la definizione dello SWAp proprio a partire dalle applicazioni nel campo sanitario.

Lo SWAp viene caratterizzato da alcuni elementi comuni:

- il fatto che tutte le più importanti agenzie di aiuto / *donors* supportino una condivisa politica e strategia di settore;
- la presenza di una struttura di spesa a supporto di tale politica (*Medium Term Expenditure Framework*);
- la *leadership* del Governo locale, sostenuta dai partecipanti allo SWAp;

⁴⁹⁵ Foster M., Brown A., Conway T. (2000), Op. Cit.

⁴⁹⁶ Foster M., Mackintosh – Walker S. (2001), Op. Cit.

⁴⁹⁷ Walford V. (2003), Op. Cit.

- approcci e processi condivisi nella realizzazione e gestione delle strategie di settore;
- la scelta di investire e affidarsi alla gestione e controllo da parte del Governo locale.

Walford adotta la definizione di SWAp come:

"(...) method of working between government and development partners, a mechanism for coordinating support to public expenditure programmes, and for improving the efficiency and effectiveness with which resources are used in the sector. The defining characteristics are that:

(...) - The SWAp is an approach rather than a blueprint, flexible and adaptable to a changing environment.

- The process of a SWAp brings together development partners in dialogue on sector policy issues.
- The implicit bargain is that external development partners give up their explicit role in running projects (or small fragments of the sector) in return for a voice in the overall direction of sector policy and its management”

Non tutti questi elementi sono presenti immediatamente nelle fasi iniziali dello SWAp, essendo questo definito come un processo progressivo e la valutazione della realizzazione dello SWAp secondo l'autrice considererà quanto questi elementi siano presenti ed effettivamente in essere. E' interessante notare come la Walford segnali tra gli elementi di buone prassi secondo cui valutare gli SWAp anche la partecipazione della società civile nei processi di pianificazione e monitoraggio dei programmi di settore.

Sempre la Walford⁴⁹⁸ traccia un bilancio dell'applicazione dello SWAp nel settore sanitario, evidenziando alcuni elementi utili per comprendere l'esperienza dello Zambia, che approfondiremo in seguito soprattutto a partire dal contributo di un osservatore interno come Collins Chansa⁴⁹⁹: la Walford osserva come lo SWAp possa aver perso l'occasione di incidere realmente sui meccanismi di aiuto e di sviluppo del settore sanitario, anche a causa di uno scarso progresso nell'armonizzazione e coordinamento dei flussi di aiuto. Osserva inoltre: un miglioramento nelle azioni di coordinamento e condivisione delle informazioni tra i *partners*, mentre stenta ancora il coordinamento dell' assistenza tecnica; la non partecipazione dei fondi programma / progetto di tipo

⁴⁹⁸ Walford V. (2003), Op. Cit.

⁴⁹⁹ Chansa C.(2008), Op. Cit.

verticale ai meccanismi di SWAp con conseguenti distrazioni di fondi rispetto alle priorità condivise con i governi nel quadro dello SWAp e il rischio di un sovraccarico di lavoro per lo staff già impegnato nell'attuazione dei programmi di settore concordati, indebolendo quella *leadership* nazionale tanto rilevante nel coordinamento di settore. Tra le buone prassi quella dell' *Annual Sector Review* (che però ad esempio lo Zambia ha attuato solo nel 2006), rilevante per avere *feed back* dalla società civile e dare attuazione ai meccanismi di *accountability* sull'uso e rispondenza delle risorse. Vi sono poi altre prassi quali un incontro di settore con una certa regolarità e gruppi tecnici di lavoro.

Nel considerare alcuni dei risultati nel settore sanitario Walford segnala:

- il rafforzamento delle forme di coordinamento tra donatori e tra questi e il Governo;
- rafforzamento dell' da parte dei governi delle politiche nazionali del settore, come pure un miglioramento nelle pratiche di *accountability* interna;
- riduzione dei costi di gestione delle varie fonti di finanziamento da parte delle strutture di Governo;
- sensibili miglioramenti nell'erogazione dei servizi e nelle disponibilità di medicinali;
- miglioramento qualitativo nei meccanismi di formulazione delle politiche sanitarie, nella loro realizzazione e nell'allocazione delle risorse: un esempio è il *focus* sulle risorse umane che si è registrato in molti paesi dell'Africa.⁵⁰⁰

Non mancano i problemi: cambi di Governo, riforme troppo ambiziose e di difficile realizzazione, aspettative elevate da parte dei donatori, discontinuità nell'erogazione dei fondi, scarsità di dati di monitoraggio, limiti in termini di risorse umane e di competenze, non chiari processi di decentramento, la necessità e introduzione di nuovi servizi e programmi (ad esempio le pratiche antri – retrovirali). Inoltre la partecipazione, seppur enunciata nella struttura dello SWAp, non ha ricevuto da principio adeguata attenzione (in termini di costruzione di meccanismi ed effettiva realizzazione) mentre progressivamente di rende necessario un ruolo effettivamente attivo della società civile.

In conclusione, riprendendo buona parte della riflessione di Hutton e Tanner (2004), è evidente che lo SWAp non ha automaticamente comportato miglioramenti nelle condizioni di salute della popolazione né nel livello di partecipazione della società civile nella *governance* della sanità e dei sistemi di cura, condizionati da alcuni elementi che possono far volgere in un senso o in un altro gli esiti del settore: atteggiamento e ruolo dei governi e dei Ministri della Salute, effettiva realizzazione di meccanismi di gestione uniti a un rafforzamento delle capacità di realizzazione a livello distrettuale (e quindi quanto da un lato funziona la gestione e l'allocazione dei fondi e quanto si è in

⁵⁰⁰ Walford V. (2003), Op. Cit.

grado di trasformarli in servizi per le persone), la complessità dei rapporti tra programmazione di settore e programmi di fondi globali, l'importanza delle persone che partecipano alle diverse fasi dello SWAp in termini di volontà e competenze ed infine la direzione presa dai vari processi di riforma sanitaria avviati sulla spinta dello SWAp ma che richiedono non solo impegni formali ma un sostegno politico ed economico reale.

4.4 *L'applicazione dello SWAp nel settore sanitario in Zambia*

A seguito delle prime elezioni multipartitiche del 1991 e delle successive riforme anche del settore sanitario, a partire dal 1993/1994 in Zambia è stato posto in atto e sviluppato un meccanismo denominato *Sector Wide Approach* nel settore sanitario (come pure successivamente in quello dell'educazione e dell'agricoltura⁵⁰¹), come concordato tra il Governo dello Zambia e i principali donatori. Sia i piani sanitari nazionali del periodo 2001 – 2005 che 2006 – 2010 hanno operato nel quadro di accordi tra il Governo dello Zambia e i donatori nel quadro di un approccio settoriale secondo le modalità dello SWAp.

Prima dell'avvio dello SWAp tra i problemi del settore sanitario vi era l'eccessiva centralizzazione, mancanza di continuità nei finanziamenti e nessuna forma di armonizzazione dell'assistenza esterna, con conseguente difficoltà del Ministero della Salute di coordinare o tentare di coordinare i diversi progetti presenti sul territorio zambiano e finanziati dai donatori. Per prima DANIDA (agenzia di cooperazione della Danimarca) rilevò l'importanza di un approccio di sistema anche per migliorare il livello dei servizi di base.⁵⁰²

Nel quadro dello SWAp i fondi vennero progressivamente canalizzati attraverso forme di "Basket Fund" che potevano essere spesi seguendo le linee di accordi politici nel quadro dei meccanismi SWAp che prevedevano anche un'armonizzazione tra le diverse modalità di *report* e di procedura amministrativa rispetto ai diversi donatori. A queste prime forme di *Basket Funding* presero parte DANIDA, SIDA, ODA – UK, Unione Europea e UNICEF. L'interpretazione e attuazione dei meccanismi SWAp hanno trovato varie declinazioni anche in Zambia come efficacemente illustrato da Van Donge⁵⁰³ per il settore agricolo e dell'educazione. E' interessante notare come, al di là di alcuni pareri entusiastici relativi allo SWAp in Zambia nel settore sociale e sanitario, Van Donge

⁵⁰¹ Van Donge J.K. (2007), "Flexible SWAps for Strategic Policy-making: Reflections on the Zambian Experience", *Development Policy Review*, 2007, 25 (4), pagg. 473-494.

⁵⁰² In Saasa O., Carlsson J. (2002), *Op. Cit.*, pagg. 84 – 86, si parla infatti del programma di DANIDA denominato "Integrated Health Sector Support Programme", avviato nel 1993 aveva, nella fase 1 e fase 2 del programma degli obiettivi ambiziosi a livello nazionale: "The overall development objectives of the first phase of the Programme were to improve the health status of Zambia as a whole. During phase two, the Programme's objective was made more specific, namely, the improvement of the health status for the lowest income groups and the more vulnerable sections of the population."

⁵⁰³ Van Donge J.K. (2007), *Op. Cit.*: "The DFID Country Assistance Plan for Zambia sets a positive tone in describing the cooperation between donors and the Zambian government in the social sectors: Multi-donor health and education sector-wide approaches (SWAps), in which major pooled finance comes from a group of bilateral donors (including DFID) and sub-projects financed by other donors within a well co-ordinated plan. (DFID, 2004: 9) The development of these SWAps has not been a simple, smooth process, however, and Zambia is also the scene of a spectacular failure to implement a SWAp in agriculture. The DFID judgments on such co-ordination in the sectors of agriculture and economic development generally are in stark contrast to the above: Agriculture prioritised by a range of UN and bilateral agencies, but lacking a widely agreed policy framework, involving a range of projects, and therefore less co-ordinated donor activity than in the case of social sector investment programmes".

segnali il complessivo fallimento di questo meccanismo nel caso del settore agricolo.

Nel caso del settore sanitario Van Donge segnala la rilevanza della flessibilità e della creazione di uno spirito di collaborazione tra donatori e istituzioni come essenziale nel successo di questo meccanismo, che a suo parere rappresenta un mutamento nelle pratiche di cooperazione internazionale. Nel considerare l'applicazione dello SWAp in Zambia Van Donge⁵⁰⁴ invita a considerare eventuali giudizi, anche da parte dei donatori, e divergenze nella elaborazione dei programmi nazionali, alla luce di alcuni fattori di particolare interesse:

- a. l'elevato livello di aspettative da parte dei donatori nei confronti di un paese che ha rappresentato una sorta di modello nel passaggio democratico nell'area;
- b. il rischio, connesso al punto a., di analisi ed elaborazioni errate rispetto alla realtà del paese;
- c. una errata considerazione del concetto di "conflitto", proprio di una società con una aperta dialettica;
- d. una limitata analisi del peso del debito e delle politiche di riduzione di questo e di quali margini di autonomia siano rimasti nel tempo al Governo Zambiano anche per incidere nei diversi SWAp.
- e. lo sviluppo di meccanismi neo – patrimoniali anche in presenza di riforme e liberalizzazioni spinte e sostenute dai donatori;
- f. la difficoltà e i limiti di alcune liberalizzazioni, non solo per responsabilità pubbliche ma anche per il comportamento degli investitori, e quindi un limitato effetto sulle condizioni macroeconomiche del paese.

Considerati questi elementi di contesto, quali fattori hanno portato all'applicazione del modello SWAp al settore sanitario?

Van Donge⁵⁰⁵ indica come fattore primario la necessità di rispondere a una crisi di capacità di spesa da parte dello Stato Zambiano con particolare riferimento all'area sociale (educazione, *welfare*) e sanitaria. E' interessante osservare la diversa spiegazione data da Collins Chansa, funzionario del Ministero della Salute e autore di un testo di analisi dello SWAp nel settore sanitario⁵⁰⁶: nelle primissime pagine del testo si afferma che lo SWAp è stata una iniziativa del Governo Zambiano al fine di ottimizzare l'uso delle risorse interne ed esterne per il settore e per rispondere alle condizioni di inefficienza del settore e alla difficoltà di coordinamento dei diversi donatori da parte del Ministero della Salute. Inoltre, sempre secondo Chansa,⁵⁰⁷ il divario tra dichiarazioni e ideali enunciati nei diversi processi di riforma sanitaria, sempre coerenti con i documenti dell'OMS/WHO,

⁵⁰⁴ Van Donge J.K. (2007), Op. Cit.

⁵⁰⁵ Van Donge J.K. (2007), Op. Cit.

⁵⁰⁶ Chansa C. (2008), Op. Cit.

⁵⁰⁷ Chansa C. (2008), Op. Cit.

e la realtà, avevano spinto il Ministero della Salute a puntare su un sistema di erogazione dei servizi sanitari non più interamente gestito dallo Stato ma frutto di una *partnership* tra Stato e diversi operatori nazionali e/o locali. In questo quadro di volontà "riformatrice" si inquadra l'incontro tra Governo e Donatori per quanto riguarda una politica coordinata di programmazione e finanziamento del settore sanitario. Tra i passaggi preliminari dello SWAp in Zambia vi fu la proposta da parte del Governo, in occasione del varo di uno dei piani nazionali per la salute (1993), di creare un *Basket Funding*, ovvero un unico fondo ove destinare gli aiuti del settore, passo preliminare a tutti i meccanismi e forme di raccordo ed armonizzazione previsti dallo SWAp. Parallelamente alla creazione del *Basket Funding* il Governo dello Zambia varò alcune riforme del settore quali una separazione tra organi che acquistavano i servizi e organi che li fornivano con la creazione di *Boards* a livello centrale e periferico con una certa autonomia, un progressivo decentramento a favore delle strutture distrettuali, con un *Basket Funding* inizialmente dedicato alle strutture distrettuali con particolare attenzione ai servizi in ambito rurale⁵⁰⁸. Questa attenzione al livello distrettuale, con il vincolo di utilizzo del 60% dei fondi da donatori direttamente speso a livello distrettuale, contribuì ad accelerare i processi di decentramento in ambito sanitario, ma progressivamente questi fondi sono stati direzionati alle strutture ospedaliere a dimostrazione di un mutamento della politica sanitaria e degli orientamenti dei donatori, a scapito delle tendenze favorevoli al decentramento, che resta un tema di ciclico interesse e al centro di negoziati tra Governo dello Zambia e paesi donatori, come riportatomi da alcuni operatori della Caritas in alcuni colloqui.

Riportando alcuni dati quantitativi si osserva che tra il 1993 ed il 2003 i donatori partecipanti al *Basket Funding* sono cresciuti da 5 a 9, mentre il valore medio dei contributi annuali è passato da 6,7 milioni di dollari a 33,8 milioni di dollari e complessivamente oltre il 45% delle risorse è stato amministrato attraverso il sistema di gestione pubblica, mentre le risorse pro-capite per la salute sono cresciute da una media di 8 dollari a circa 23 dollari tra il 1995 ed il 2004.⁵⁰⁹

Per rispondere alle esigenze e richieste dei donatori, il Governo Zambiano varò il *National Health Strategic Plan (NHSP) 1995 – 1998*,⁵¹⁰ inizio di un processo politico di dialogo e negoziazione che portò nel 1999 ad un *Memorandum of Understanding (MoU)* tra 13 donatori/ agenzie internazionali e il Governo dello Zambia, varando un sistema comune di pianificazione, rendicontazione, finanziamento e *audit* nel quadro dello SWAp al fine di sostenere le priorità enunciate nei NHSP.

⁵⁰⁸ Tra il 1993 e 1994 vennero varati i "District / Hospital Health Management Boards (DHMB, HHMB)" e i "Neighbourhood Health Committee (NHC)". Con successivi provvedimenti (National Health Service Act, 1996) si creò il "Central Board of Health (CboH)".

⁵⁰⁹ Chansa C. (2008), Op. Cit.

⁵¹⁰ Ministry of Health Republic of Zambia – MoH (1995), *National Health Strategic Plan 1995 – 1998, From Vision to Reality*, Lusaka.

Quello che fu adottato fu una forma di SWAp flessibile⁵¹¹ che consentiva il mantenimento di alcuni programmi verticali relativi ad alcune malattie endemiche come HIV/AIDS, Tubercolosi e Malaria.

In termini cronologici, nella storia dello SWAp in Zambia altri passaggi essenziali sono stati:

- 1993/1994: introduzione degli *user fees*;
- 1996: definizione di un *Basic Health Care Package*;
- 2000: NHSP 2001 – 2005;
- 2003: allargamento del "Basket Funding" a ospedali di secondo e terzo livello, al CBoH e alla sede centrale del Ministero della Salute;
- 2005: abrogazione del *Central Boards of Health*;
- 2005: NHSP 2006 – 2010;
- 2005: Revisione del MoU del 1999;
- 2006: abolizione formale degli *user fees* in area rurale; passaggio al *Sector Budget Support* da parte dell'UE/EU e di DFID con particolare attenzione al tema delle risorse umane e al definitivo superamento degli *user fees*.⁵¹²

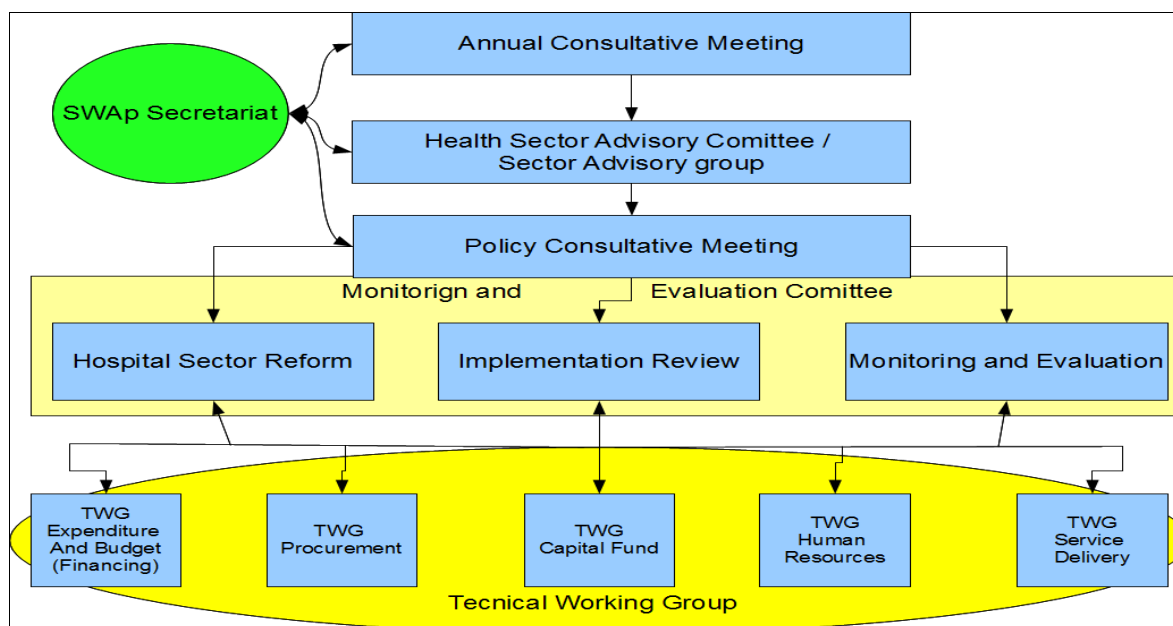
Passando ad osservare alcuni elementi di funzionamento e organizzazione dello SWAp nel settore sanitario dello Zambia (Fig. 4.20) è bene evidenziare i meccanismi di raccordo e coordinamento. Al centro del sistema SWAp vi sono tre comitati: *Annual Consultative Committee Meeting* – guidato dal Ministro della Salute -, *Health Sector Advisory Committee* o *Sectory Advisory Group* e il *Policy Committee*. Vi sono poi organismi di un livello inferiore quali *Hospital Sector Reform Committee*, *Implementation Committee* e *Monitoring and Evaluation Committee*, a loro volta sostenuti da vari gruppi di lavoro finalizzati a creare spazi di confronto tecnico tra Ministero della Salute, donatori ed altri soggetti interessati (tra cui le Ong e le espressioni della società civile). Il mandato di facilitare i rapporti e il coordinamento di tutti questi processi è demandato ad un Segretariato dello SWAp, attivo dal 2003.⁵¹³

⁵¹¹ Chansa C. (2008), Op. Cit.

⁵¹² Chansa C. (2008), Op. Cit.

⁵¹³ Chansa C. (2008), Op. Cit.

Fig.4.20: Struttura degli organi dello SWAp



Fonte: elaborazione personale da Chansa C. (2008), Op. Cit.

Nel dettaglio:⁵¹⁴

- *Annual Consultative Meeting (ACM)*: presieduti dal Ministro della Salute si svolgono una volta all'anno e prevedono la revisione del piano e bilancio annuale oltre che l'analisi degli impegni dei donatori per l'anno successivo. Prevedono la partecipazione del Ministero della Salute e dei suoi organi statutari (*Executive Directors from the University Teaching Hospital, Chainama Hills Hospital, Zambia National Blood Transfusion Services, Medical Council of Zambia, General Nursing Council of Zambia, Medical Stores Limited, National AIDS Council, National Malaria Control Centre, etc.*), dei donatori e della società civile.
- *Health Sector Advisory Committee / Sector Advisory Group (SAG)*: si riunisce due volte all'anno ed ha tra i compiti quello di revisione e monitoraggio relativamente all'andamento del settore sanitario, all'erogazione e ricezione dei fondi, alla revisione dei processi di *auditing*. Partecipano funzionari del Ministero della Salute, dei paesi donatori e della società civile.
- *Policy Consultative Meeting*: si svolge mensilmente e sono coordinati dal Direttore del Settore Pianificazione e Programmazione del Ministero della Salute e/o dal Permanent Secretary del Ministero. Tra gli scopi: revisione del rapporto economico quadrimestrale da presentare al Ministero delle Finanze e della Programmazione Nazionale, revisione

⁵¹⁴ Chansa C. (2008), Op. Cit.

periodica di quanto stabilito nell'ACM, identificazione di problemi e ostacoli allo svolgimento dei piani annuali e accordo su provvedimenti da intraprendere. Partecipano i funzionari del Ministero della Salute e i paesi donatori.

- *Monitoring and Evaluation Committee*: con la funzione di monitorare e raccogliere dati relativamente alle performance e alla distribuzione di risorse nel sistema sanitario oltre che di collaborare con gli altri organismi fornendo dati ed analisi anche in occasione di processi di revisione coordinati tra Ministero e Donatori.
- *Technical Working Groups*: hanno la funzione di fornire informazioni, proposte e studi agli altri organismi e principalmente al *Monitoring and Evaluation Committee*. Vi partecipano principalmente funzionari ed esperti del Ministero, dei paesi donatori e degli organi ministeriali, oltre che esperti nazionali dei diversi settori interessati. Solo recentemente si sono aperti alla partecipazione delle Organizzazioni Non Governative.

Durante il secondo mandato del Presidente Chiluba non mancarono tensioni e che lo SWAp in vari settori ne risentì al punto di essere posto in essere in modo piuttosto discontinuo e con scarsa volontà politica a sostegno. I paesi donatori, sempre più critici verso la Presidenza Chiluba e apertamente contrari alla sua terza candidatura, espressero critiche e osservazioni relativamente alla trasparenza ed *accountability* del Ministero della Salute, che a sua volta percepì come eccessivamente pressanti le richieste dei donatori.⁵¹⁵ Grazie alla firma del MoU del 1999 e alla mancata rielezione di Chiluba, il dialogo riprese tra il 1999 e il 2004 fino alla istituzionalizzazione dello SWAp tramite il Segretariato di cui abbiamo detto. La positiva collaborazione è proseguita sino al 2006, quando DFID e UE/EU hanno deciso di utilizzare in modo prevalente un *Sector Budget Support* rispetto al "Basket Funding", ritenendolo mezzo più efficace per far fronte a specifiche questioni del settore sanitario⁵¹⁶.

Quello che emerge dall'analisi degli autori presi in considerazione è che lo SWAp nel settore sanitario zambiano non è uno "SWAp puro", ma "flessibile", "not full SWAp"⁵¹⁷ e ne è dimostrazione il fatto che anche il MoU ha trovato limitata applicazione in particolare nel finanziamento del *Basket Funding* comune essendo prevalse altre forme di sostegno, nelle forme del *Sector Budget Support* – SBS – o del *General Budget Support* – GBS, con accordi rispetto al settore sanitario stipulati con il Ministero delle Finanze e della Programmazione Nazionale (MoFNP)⁵¹⁸ senza alcun consenso o accordo da parte del Ministero della Salute in sede di SWAp ma

⁵¹⁵ Van Donge J.K. (2007), Op. Cit.

⁵¹⁶ Si veda a tal proposito il testo: ODI e MOKORO (2009), Op.Cit.

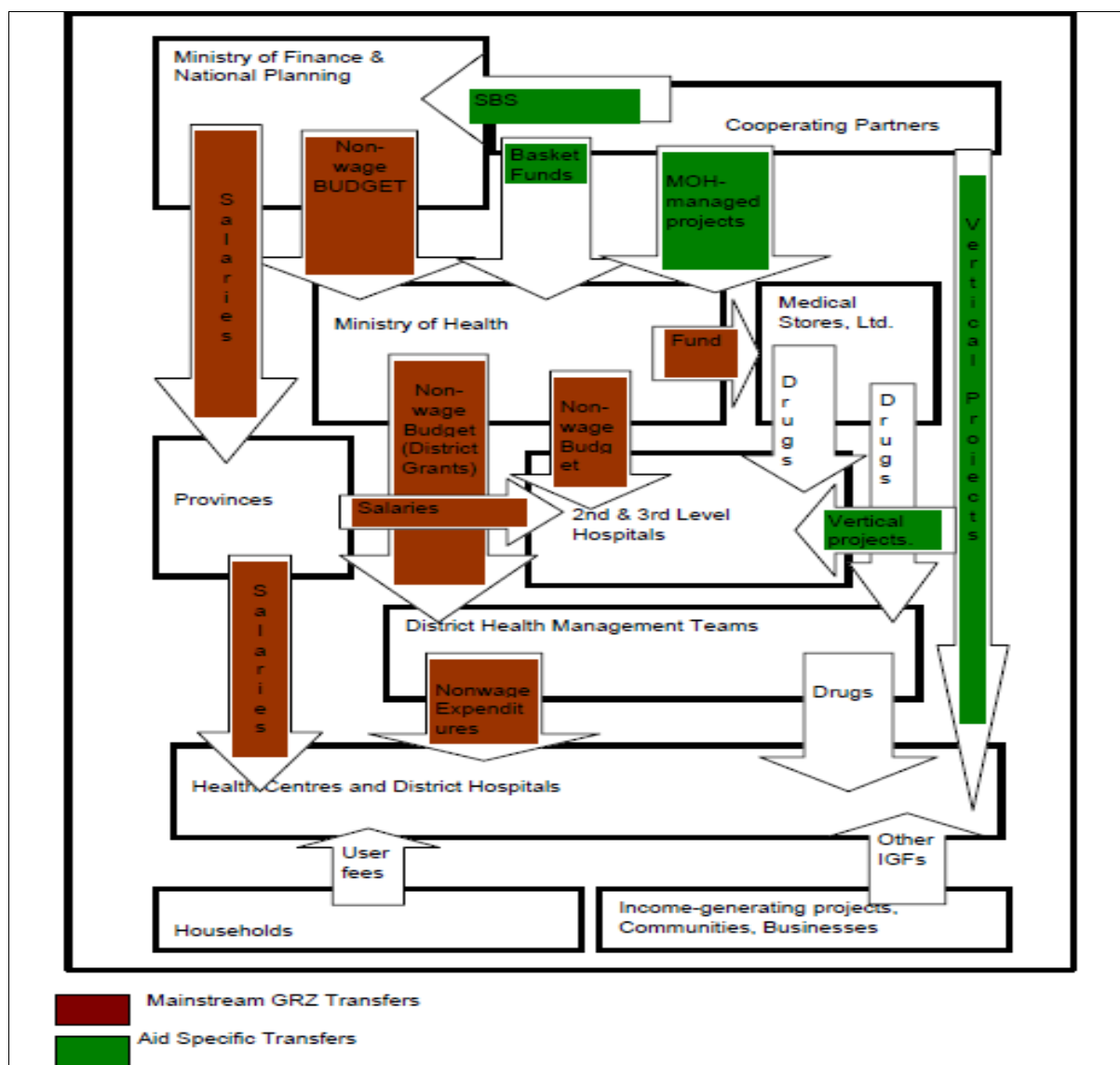
⁵¹⁷ Chansa C. (2008), Op. Cit.

⁵¹⁸ <http://www.mofnp.gov.zm/> (Febbraio 2012).

rispondendo solo ad indicazioni ed indirizzi dei propri organismi di Governo.⁵¹⁹ Una serie di occasioni di tensione e conflitto tra donatori e Ministero della Salute zambiano hanno progressivamente messo in crisi lo SWAp, limitando palesemente l'*ownership* del Governo Zambiano nel settore. D'altro canto una delle carenze imputate al Ministero della Salute e al Governo dello Zambia è stata la prolungata assenza di uno strumento essenziale quale il *Medium Term Expenditure Framework* (MTEF), strumento essenziale per programmare l'erogazione dei fondi e programmarne l'allocazione. Solo nel 2003 questo strumento trovò applicazione pur non riuscendo a comprendere e includere a pieno tutte le fonti di finanziamento e restando quindi uno strumento limitato e non pienamente efficace. Negli anni recenti i meccanismi di finanziamento in atto nel settore sanitario erano di tre tipologie: Basket Funding, Project Funding (utilizzato in particolare dai fondi globali specifici: GFATM, etc.), *Sector / General Budget Support* (noti anche come *Direct Budget Support*), si veda Fig.4.21.

⁵¹⁹ Chansa C. (2008), Op. Cit.

Fig.4.21: Meccanismi di finanziamento del Ministero della Salute



Fonte: ODI e MOKORO (2009), *Sector Budget Support in Practice Case Study Health Sector in Zambia*, Londra

Purtroppo la performance del sistema sanitario, nonostante le diverse fonti di finanziamento, l'ampia distribuzione a favore delle strutture distrettuali, i meccanismi di controllo e verifica, non è stata altrettanto positiva e non sono mancati gli episodi di corruzione e malversazione.

In conclusione al di là del livello di "purezza" dello SWAp messo in atto, qualche giudizio può essere tratto sull'applicazione di questo meccanismo nel settore sanitario:

- i cinque elementi dello SWAp,⁵²⁰ sono presenti in Zambia ma applicati con gradi differenti e

⁵²⁰ Walford V. (2003), Op. Cit.

non omogenei;

- e decentramento non sono chiaramente realizzati e mostrano numerose lacune anche a causa della mancata adesione di alcuni donatori ai meccanismi SWAp, oltre che della debolezza politica del Governo dello Zambia rispetto alle richieste dei diversi donatori (restano problemi di coordinamento tra donatori a livello distrettuale e la logica SWAp spesso non ha ricadute a livello decentrato in termini di coordinamento dei donatori e programmazione⁵²¹);
- restano elevati i costi di gestione del meccanismo e dell'insieme di organismi collegati ad esso, considerando la permanenza di varie fonti di finanziamento;
- permangono lacune negli strumenti e procedure di rendicontazione e trasparenza, sia per ritardi imputabili alla amministrazione dello Stato che per la difficoltà di sostenere le richieste di diverse fonti e forme di finanziamento;
- si rilevano limiti per quanto attiene l'efficienza allocativa e la sostenibilità finanziaria complessiva;
- vi sono carenze in termini di criteri di equità nella distribuzione delle risorse finanziarie, anche nei Distretti e irrisolta questione della distribuzione delle risorse umane tra aree urbane e rurali;
- il permanere di momenti di forte tensione politica tra Governo e donatori, ed anche alcune Ong, come accaduto ad esempio nel caso delle Cliniche Mobili (*Mobile Clinics*) tra il 2010 e il 2011 o in occasione degli scandali di corruzione e malversazione al Ministero della Salute.

Quello che appare evidente è il rapido sovrapporsi di strumenti e strategie internazionali di cooperazione, a volte operanti in parallelo, con esiti spesso dubbi e un oneroso carico in termini di negoziato politico e costi di gestione per paesi come lo Zambia. Appare non del tutto immotivato quindi l'atteggiamento degli ultimi anni collegato alla questione delle *Mobile Clinics* finanziate largamente dalla Cina e osteggiate dalla maggior parte dei donatori. Al di là di valutazioni tecniche sulla sostenibilità e necessità di tale strumento, resta sul tappeto il problema dell'autonomia politica di un Governo, da un lato, e il bisogno di risorse per le politiche sanitarie e di sviluppo interne, con conseguenti nuove forme di condizionalità da parte dei donatori, seppur rivestite e canalizzate in nuove forme organizzative o nuove retoriche. Dialogando con il Dott. Ngulube del CHESSORE emergeva chiaramente la necessità di considerare con più attenzione il tema dell'autonomia di un Governo e della reale applicazione, anche nello SWAp, di parole d'ordine quali *ownership* dei processi di sviluppo.

⁵²¹ Sundervall J., Forsberg B., Jonsson K., Chansa C., Tomson G.(2009), "The Paris Declaration in Practice: Challenges of Health Sector Aid Coordination at the District Level in Zambia", in *Health Research Policy and Systems*, 7:14.

4.5 *SWAp e partecipazione: elementi teorici e applicazione in Zambia*

Nella letteratura dedicata allo SWAp, con riferimento allo specifico tema della partecipazione organizzata e canalizzata nelle forme di interazione con organismi della società civile e/o forme di partecipazione comunitaria, troviamo alcuni contributi rilevanti per questa tesi.

Cassel⁵²² nel riferirsi all' *ownership* propria del processo SWAp indica la necessità che le organizzazioni della società civile vengano considerate come *partner* del processo e in particolare vanno consultate le parti che beneficiano dei servizi sanitari. Inoltre viene rilevata l'importanza di processi di consultazione finalizzati a migliorare i processi decisionali e compiere le scelte necessarie nel settore interessato. Peters e Chao⁵²³ fanno genericamente riferimento a processi consultivi nel quadro dello SWAp e nulla aggiungono a quanto detto da Cassel. I documenti elaborati dall' *Inter-Agency Working Group on Sector-Wide Approaches and Development Cooperation*⁵²⁴ indica come rilevante la costruzione di un consenso locale sui piani e programmi di settore, consultando i soggetti interessati alcune questioni rilevanti rispetto al tema della partecipazione nell'ambito degli SWAp e dagli studi di caso rilevano come vi siano (nei casi analizzati e riferiti a esperienze degli anni '90) ben poche evidenze di un'ampia partecipazione nei processi di pianificazione collegati ai SWAp. Infatti viene rilevato come in genere i programmi siano sviluppati prioritariamente da funzionari del Governo centrale, spesso in assenza di un vero processo di dialogo e consultazione nazionale, senza strutturate forme di valutazione delle povertà e partecipazione delle fasce più povere, con scarso coinvolgimento di Ong ed enti privati coinvolti nell'erogazione di servizi sanitari. Le cause di tale deficit di consultazione e partecipazione, secondo questi autori vanno ricercati in un deficit di capacità ed esperienza dei governi, nella necessità di dare risposte celeri ai donatori e anche nelle carenze e limiti delle organizzazioni della società civile come pure nelle strutture di partecipazione esistenti. Il varo degli SWAp ha incentivato la strutturazione di momenti e ambiti di consultazione, ma resta spesso dominante una visione dirigistica e centralista del processo e un approccio top-down nella messa in opera delle politiche decise centralmente.

La Fig.4.22 evidenzia al punto "9. Participation of Key stakeholders in Sector Policy" come lo stesso concetto di partecipazione dei soggetti interessati non sia unanimemente considerato da tutti i donatori come parte dello SWAp e come quindi le responsabilità di carenza nella consultazione e nelle forme di partecipazione (intese comunque in modo prevalente come partecipazione consultiva

⁵²² Cassel A. (1997), Op. Cit.

⁵²³ Peters D., Chao S. (1998), Op. Cit.

⁵²⁴ Foster M., Brown A., Conway T. (2000), Op. Cit.

ed eventualmente informante) non siano addebitabili soltanto a fattori interni ai paesi beneficiari, come invece sostenuto prevalentemente e meno problematicamente dagli autori precedenti.

Fig.4.22. Criteri e richieste da parte dei donatori nell'erogazione dei fondi⁵²⁵

Criteria	SPA ¹	ODI ²	SIDA ³	DUTCH ⁴	EC ⁵	DAC ⁶	DFID ⁷
1. Comprehensive Sector Policy and Strategy	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
2. Annual Sector Expenditure Programme and Medium Term Expenditure Framework	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
3. Government-led Donor Coordination	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
4. Sound Macro Framework	+	No	No	Yes	No	No	No
5. Consistency of Sector Expenditure Programme and Macro-Economic Framework	+	No	No	Yes	No	No	No
6. Major Donors Provide Support Within the Sector Framework	+	Yes	Yes	Ideally	Yes	Yes	Yes
7. Donors Move Towards Greater Reliance on Govt Financial and Accountability Systems	No	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes
8. Common Approach to Implementation and Management	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No
9. Participation of Key stakeholders in Sector Policy	No	No	No	Yes	Yes	No	No

Fonte: Walford V. (2003), *Defining and Evaluating SWaps - A paper for the Inter-Agency Group on SWaps and Development Cooperation*, Institute for Health Sector Development, Londra

La stessa Walford nella successiva pubblicazione del 2007⁵²⁶ segnala tra le lezioni apprese nella realizzazione degli SWAp nel continente africano l'utilità di un'ampia partecipazione nei processi di definizione delle politiche di settore, considerando con attenzione l'equilibrio tra il bisogno di giungere a delle conclusioni e la numerosità dei soggetti partecipanti ai processi di dialogo e consultazione politica. La Walford⁵²⁷ non manca di osservare criticamente come i SWAp spesso non siano così ben configurati e concepiti rispetto ad un'ampia partecipazione e consultazione, soprattutto nei primi SWAp degli anni '90, mentre più recentemente si osserva uno sforzo teso a coinvolgere più soggetti interessati attraverso gruppi di lavoro tecnico, momenti di presentazione e consultazione rispetto alle linee di politica di settore, organi di consultazione permanente e di coordinamento di settore. E' altresì importante un coinvolgimento sia degli organi parlamentari che

⁵²⁵ SPA – Strategic Partnership with Africa, ODI - Overseas Development Institute, SIDA - Swedish International Development Cooperation Agency, DUTCH - Ministry of Dutch Development Cooperation, EC - European Commission, DAC - OECD Development Assistance Committee, DFID - Department for International Development UK.

⁵²⁶ Walford V. (2007), Op.Cit.

⁵²⁷ Walford V. (2007), Op. Cit.

delle forme di Governo locale oltre che delle ONG coinvolte sia nelle politiche di sviluppo che di erogazione dei servizi, con o senza scopi di lucro, ben bilanciando la rappresentatività di fornitori di servizi rispetto ad altre espressioni della società civile.

Dato che il SWAp è stato spesso inteso come una delle migliori forme per dare concretezza ai principi sanciti dalla Dichiarazione di Parigi sull'Efficacia dell'Aiuto e dall'Agenda di Accra è interessante osservare come il concetto di partecipazione della società civile e di ampio coinvolgimento di questa è presente in modo ricorrente e puntuale, soprattutto con riferimento all'*ownership* nazionale dei processi di sviluppo⁵²⁸; quello che si nota nelle prassi è un *ownership* spesso intesa come capacità del Governo di negoziare con i donatori e di controllare correttamente e puntualmente le dinamiche di spesa e di formulazione dei bilanci, al di là di una *governance* complessiva che tenga conto del contributo non solo della società civile e delle forme di partecipazione di base, ma anche degli organi parlamentari e di Governo locale.

Venendo allo Zambia è necessario riferirsi all'ampio spettro di documenti dei donatori, a quelli congiunti con il Governo dello Zambia e alla letteratura dedicata all'applicazione dello SWAp nel settore sanitario zambiano.

Quello che si può osservare preliminarmente è che le riforme sanitarie degli anni '90 e il varo dei SWAp hanno coinciso con un certo rilancio di alcune strutture di Governo locale del sistema sanitario aperte alla partecipazione. In particolare questo ha riguardato gli *Health Centre Committee* (HCC), con una rappresentanza espressa dai *Neighbourhood Health Committee* (NHC), a loro volta eletti nell'ambito dei gruppi comunitari o territoriali facenti riferimento all'*Health Centres*. Il fatto che in una fase iniziale il meccanismo SWAp agisse soprattutto a livello distrettuale, tramite i *District Health Boards* (DHBs) indica una propensione iniziale favorevole al decentramento e alle forme di *governance* attive a livello locale, anche se non mancano annotazioni critiche rispetto al funzionamento dei DHBs⁵²⁹ in ragione delle nomine ministeriali dei loro componenti e della non omogenea costituzione di questi organismi sul territorio nazionale, nonostante il ruolo di "controllori" nei confronti del lavoro del Direttore dell'*Health District*. Inoltre la nomina ad opera di un livello ministeriale appare come un'interruzione di quel processo di rappresentanza che tocca sia i NHC che gli HCC. Quello che emerge dalla letteratura è che sin dal 1993 – 1994 gli *Health District* erano chiamati ad elaborare dei piani distrettuali anche se non mancavano deficit tecnici e di competenza sia nella pianificazione che nell'utilizzo dei fondi messi a disposizione⁵³⁰.

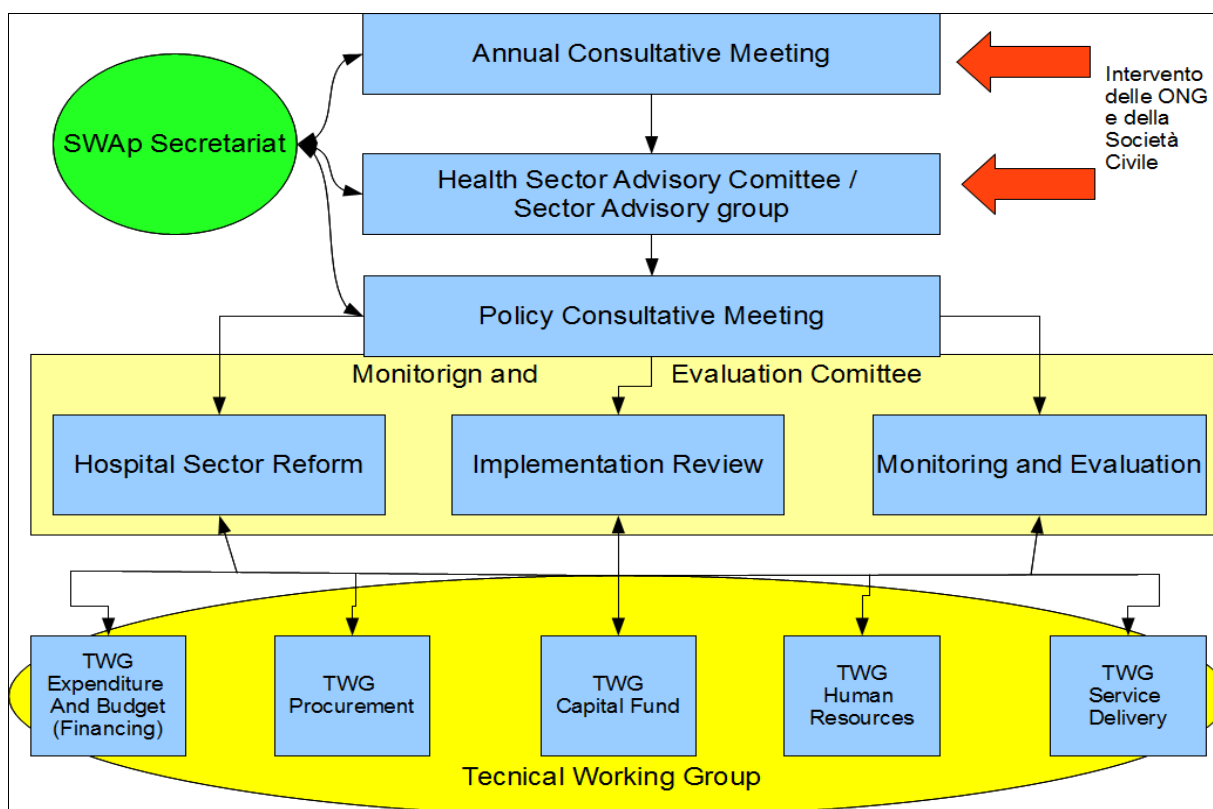
⁵²⁸ Dichiarazione di Parigi, punto 14 riferito alla *Ownership*. Agenda di Accra punto 9. con riferimento alle partnership, punto 13. riferito al dialogo politico nazionale relativo allo sviluppo, punto 20. relativo al coinvolgimento della società civile e punto 25 riferito all'impegno dei paesi donatori nel rafforzare l'*ownership* e mutare la natura della condizionalità degli aiuti.

⁵²⁹ Si veda: <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/48612/zambia.pdf> (Gennaio 2012).

⁵³⁰ <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/48612/zambia.pdf> (pag. 6) (Gennaio 2012).

Nel caso dello SWAp in Zambia, la partecipazione attiva di componenti organizzate della società civile, fatta salva l'antecedente inclusione del CHAZ (*Churches Health Association Zambia*) come fornitore di servizi, è realmente iniziata solo dopo il 2005 anche se fortemente limitata quantitativamente e come ambiti di intervento (si veda la successiva figura indicante gli ambiti di intervento e partecipazione delle organizzazioni della società civile).⁵³¹

Fig.4.23: Struttura SWAp e intervento delle Ong



Fonte: Fonte: elaborazione personale da Chansa C. (2008), Op. Cit.⁵³²

Il limitato accesso ai meccanismi dello SWAp da parte della società civile (comunque organizzata in network con le sedi principalmente collocate a Lusaka) viene annotato come uno dei punti deboli nell'*ownership*. Analoga situazione viene osservata nel settore educativo da parte dei ricercatori della *Norwegian Agency for Development Cooperation (NORAD)*.⁵³³ L'OECD/OCSE⁵³⁴ nell'analisi dedicata allo Zambia e all'applicazione dei principi della Dichiarazione di Parigi, annota come i *Sectory Advisory Group (SAG)*, che vedono la partecipazione della società civile, abbiano

⁵³¹ Chansa C. (2008), Op. Cit.

⁵³² Le ONG partecipanti all'Annual Consulstative Meeting sono state principalmente: Churches Health Association of Zambia, NGOCC, CSPR, OXFAM, Transparency International, le rappresentanze sindacali.

⁵³³ NORAD (2004), *The role of Civil Society Organizations in Zambia's Basic Education Sub-SectorInvestment Programme (BESSIP)*, Oslo.

⁵³⁴ OECD (2008), *2008 Survey on Monitoring the Paris Declaration: Making Aid more effective by 2010*, Paris.

progressivamente assunto un ruolo di rilievo sia nella elaborazione che nel monitoraggio delle politiche, anche se il loro utilizzo è discontinuo e non omogeneo.⁵³⁵

La debolezza delle strutture di partecipazione alla *governance* della salute viene evidenziata anche dal "Report of Mid – Term Review of the Zambia National Health Strategic Plan"⁵³⁶ - condotto da un gruppo di esperti nazionali (zambiani) e internazionali - e ancor prima dal "Joint Annual Review 2005"⁵³⁷ del settore sanitario condotto dal Governo Zambiano e da alcuni donatori. In due documenti di "Action fo Global Health"⁵³⁸ si evidenzia come il varo dell'iniziativa IHP+ abbia incentivato e rafforzato la partecipazione della società civile organizzata che si è raccolta attorno al *Civil Society Health Forum*, che ha iniziato a svolgere un ruolo a livello centrale, ma anche decentrato, nella *governance* e nel monitoraggio del sistema sanitario zambiano, partecipando attivamente ai SAG e ai *Technical Working Group* del Ministero della Salute. Nel quadro del IHP+, anche per le difficoltà da parte delle ONG locali di beneficiare dei fondi dei donatori incanalati nelle varie forme di *Budget Support*, ha preso avvio il *Civil Society Health Policy Action Fund* (CSHPF)⁵³⁹ nel 2010, allo scopo di sostenere le forme di rete e coordinamento delle ONG nel settore sanitario nei paesi aderenti all'IHP+, e lo Zambia è stato tra i paesi beneficiari: l'Ong beneficiaria del finanziamento è stata la *Treatment Advocacy and Literacy Campaign* (TALC)⁵⁴⁰.

Sempre con riferimento al funzionamento dello SWAp e al ruolo attribuito alla società civile, una serie di documenti ufficiali e alcune delle interviste raccolte sul campo di ricerca ci forniscono annotazioni e proposte importanti per completare la riflessione sul legame tra approccio SWAp e partecipazione nel settore sanitario:

– la mancanza di una struttura appropriata finalizzata a coordinare e rafforzare la

⁵³⁵ Chansa C. (2008), Op. Cit.

⁵³⁶ Independent Review Team (2008), *Report of the Mid-Term Review of the Zambia National Health Strategic Plan IV, 2006 – 2010*, Lusaka.

⁵³⁷ Ministry of Health Republic of Zambia – MoH (2005), *Health Sector Joint Annual Review Report 2005*, Lusaka.

⁵³⁸ Pereira J. (2009), Op. Cit.

⁵³⁹ Lo scopo del CSHPF è di sostenere le organizzazioni della società civile dei paesi interessati dall'IHP, al fine di favorirne la partecipazione nei processi di *governance* del sistema sanitario. Del resto nel documento dell'IHP+ relativo al "Civil Society Engagement" del 2008 (http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/07_CS_O_Engagement_Concept_Note_13_June_2008_FINAL.pdf, Aprile 2012) troviamo quanto segue: "Donor and participating governments, bilateral and multilateral agencies, and foundations cannot ensure achievement of the IHP+ objectives alone. Increasing aid effectiveness, scaling up delivery of services, and improving health outcomes and outputs necessitates proactive engagement of all relevant development partners, particularly those with access to and knowledge of the poorest and most vulnerable. The role that CS (including faith-based organizations (FBOs), non-governmental organizations, (NGOs), and community-based organizations (CBOs), to name a few) play in achieving better health outcomes and outputs at the country-level is critical. By working towards meaningful coordination and consultation with CS, it is hoped that IHP+ will be able to capitalize on the core strengths and comparative advantages of all parties involved in order to achieve increased aid effectiveness for better and sustainable health outcomes and outputs. Dynamic engagement of these groups as full partners in the IHP+ process will also serve the necessary role of (a) bringing pressure to policy makers to ensure long-term predictable financing at the country and global levels, (b) ensuring accountability and transparency at all levels, and (c) encouraging improved and meaningful coordination and communication".

⁵⁴⁰ http://www.healthpolicyactionfund.org/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=61 (Aprile 2012).

partecipazione della società civile nella realizzazione dei piani strategici nazionali della salute⁵⁴¹ e il fatto che la partecipazione di componenti organizzate della società civile avviene in meccanismi non sempre istituzionalizzati, mentre è rilevante il ruolo dei SAG e una partecipazione in questi della società civile. Anche i *Joint Annual Review* del settore sanitario costituiscono un'importante occasione di intervento e partecipazione nelle politiche del settore sanitario.⁵⁴² Caesar Cheelo e David Goldsbrough⁵⁴³ rilevano come il coinvolgimento della società civile abbia avuto luogo prevalentemente nella fase di formulazione delle strategie generali più che nel monitoraggio e nel processo decisionale relativo all'implementazione delle politiche ed all'erogazione dei servizi. Viene evidenziato lo scarso peso nei processi di determinazione dei *budget* annuali o di medio termine, strategici nel definire i servizi da erogare anche per le insufficienti informazioni a disposizione della società civile, pur attivamente partecipe dei gruppi tecnici di lavoro a livello ministeriale oltre che nei vari ambiti del SWAp aperti alla società civile;

- l'importanza di un confronto, anche con la società civile, relativamente al bilancio di medio termine e un rafforzamento del ruolo della comunità civile rispetto alla lotta alla corruzione⁵⁴⁴ e la proposta di unire il sostegno al settore sanitario (nella forma del *Sector Budget Support*) a un sostegno parallelo alla società civile con particolare riferimento all'impegno per la tutela e la promozione del diritto umano alla salute;⁵⁴⁵
- la diffidenza del Governo dello Zambia nei confronti delle Ong e delle Organizzazioni della Società Civile, spesso sostenute dai fondi dei principali donatori. Quindi mentre i donatori vedono tali organizzazioni come elementi essenziali nei processi di monitoraggio e per l'*accountability* dei processi di sviluppo del settore, il Governo dello Zambia vede tali organizzazioni come elementi opposti nel confronto con i donatori e come una sorta di opposizione interna;⁵⁴⁶
- il Parlamento Europeo, rivedendo e revisionando le politiche di *Budget Support* denuncia⁵⁴⁷:

"donors have not fulfilled their undertakings systematically to include

⁵⁴¹ Ministry of Health (2005), *Health Sector Joint Annual Review Report 2005*, Lusaka, Zambia.

⁵⁴² AA.VV. (2007), *Joint Assistance Strategy Zambia*, Op.Cit.; Sanz Corrella B., Mutesa F., Moon Hamabuyu I., Mpepo B. (2006), *Institutional Analysis of Non State Actors in Zambia*, research study commissioned by the European Union and Ministry of Finance and National Planning, Lusaka.

⁵⁴³ Cheelo C., Goldsbrough D. (2007), *IMF Programs and Health Spending: Case Study of Zambia*, Center for Global Development, Washington.

⁵⁴⁴ Ministry of Finance and National Planning MoFNP (2005), *Zambia Aid Policy and Strategy*, Lusaka.

⁵⁴⁵ SIDA (2008), *Strategy for development cooperation with Zambia 2008-2011*, Stokholm; Independent Review Team (2008), Op. Cit.

⁵⁴⁶ Chigunta F., Matshalaga N. (2010), Op.Cit.

⁵⁴⁷ European Parliament – Committee on Development (2011), *The future of EU budget support to developing countries*, A7-0206/2011, Bruxelles.

MPs and representatives of civil society organisations in their dialogue with the governments of developing countries. Such an approach could bring about the establishment of ‘developed’ states with technically effective bureaucracy. The central issue is clearly still one of ‘how’ a sense is acquired (through leadership, stated desire, deployment of energy, etc.), rather than ‘what’ such ownership entails in terms of its scope and content”;

Il network CSPR conseguentemente e coerentemente segnala come:

“c) Civil society participation should be considered and included at all levels of health service delivery. There should also be a motivational strategy in the policy provisions for volunteers in the health sector.”⁵⁴⁸

aggiungendo poi:

“13.1.14 Democratisation of NGOs and Institutionalisation in National Planning NGOs should be included among the national planning institutions and in the framework for participation with resources allocated to them clearly spelt out. This is likely to promote better use of resources and minimise the desire for self-enrichment by those in control of national resources.”⁵⁴⁹

– Nel *Joint Annual Review Report* (JAR) del 2009, viene ribadita la necessità di attuare realmente e rapidamente il *Governance Action Plan* del Ministero della Salute come conseguenza del grave episodio di corruzione accaduto durante lo stesso anno. Il JAR del 2009 segnala l'importanza di:

“6. Strengthen governance and partnerships with the CPs and CSOs; 7. Strengthen partnerships with the communities and partners at district level.”⁵⁵⁰

⁵⁴⁸ CSPR (2005), *Fifth National Development Plan for Zambia 2006 – 2010: A Civil Society Perspective*, Lusaka, pag. 9.

⁵⁴⁹ CSPR (2005), *Op. Cit.*, pag. 37.

⁵⁵⁰ Ministry of Health (2009), *Joint Annual Review Report*, Lusaka.

– Nel *National Health Strategic Plan* (NHSP) 2011 – 2015 il Ministero della Salute ribadisce la struttura di *governance* del sistema sanitario e il ruolo delle entità della società civile:

“MOH will take the overall responsibility for coordinating and ensuring successful implementation and attainment of the objectives of this plan. However, several other players will be involved in its implementation, including: other line ministries and government departments; Churches Health Association of Zambia (CHAZ); private sector; traditional and alternative medicines sector; civil society/communities; the Cooperating Partners (CPs). To ensure efficient and effective coordination of the partnerships with all these players, MOH shall strengthen the SWAp and inter-sector collaboration and coordination mechanisms at all levels. Emphasis will be placed on strengthening the leadership and governance systems and structures, so as to ensure the highest levels of participation, transparency and accountability at all levels.”⁵⁵¹

– NHSP 2011 – 2015 nasce da un processo di consultazione ampia (come riconosciuto ad esempio da alcuni interlocutori nel Copperbelt facenti parte del locale network sulla salute (il già citato *Civil Society Health Forum*)⁵⁵². In ogni caso lo stesso NHSP segnala le carenze del sistema di partecipazione (definito come “limitato”) e la preoccupazione di donatori e società civile sulla complessiva trasparenza dei processi.⁵⁵³

– Nei documenti dell'OMS/WHO relativi alla strategie per lo Zambia non emerge un'analisi accurata di questo aspetto e solo nel documento di programmazione per il periodo 2002 – 2005 si fa riferimento alle forme di partecipazione decentrata attivate a partire dalle riforme degli anni '90. Nel documento relativo al periodo 2008 – 2013 pur non mancando riferimenti al SWAp e al processo IHP, non si approfondisce il tema del ruolo della società civile e della partecipazione comunitaria.⁵⁵⁴ E' interessante riportare, infine, alcuni passaggi del documento di valutazione della *Joint Assistance*

⁵⁵¹ Ministry of Health (2010), *National Health Strategic Plan 2011 – 2015* (draft), Lusaka.

⁵⁵² Mi riferisco alle informazioni di C. Bangwe e di C. Mukuma.

⁵⁵³ E' interessante notare come la spesa annuale per le voci maggiormente attente ai processi di consultazione e partecipazione (*Policy and Planning; Budgeting*) presenti nel documento: Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2011), *2011 Action Plan*, Lusaka; ammontino a poco meno dello 0,5% dell'intero budget annuale del Ministero della Salute.

⁵⁵⁴ WHO Zambia (2002), Op.Cit.; WHO Zambia (2009), Op. Cit.

Strategy for Zambia (JASZ) per il periodo 2007 – 2010, per inquadrare il rapporto e l'idea della società civile da parte dei principali donatori.⁵⁵⁵ Nel documento si segnala dapprima come durante il periodo analizzato la JASZ non abbia sostanzialmente inciso nell'atteggiamento da parte dei donatori nei confronti della società civile (come segnalato alla pag. 32 del rapporto), mentre successivamente la società civile viene identificata come *partner* essenziale, unitamente al Parlamento, per garantire l'*accountability* rispetto agli aiuti erogati e alle politiche del Governo Zambiano.⁵⁵⁶

Rispetto a quanto detto è bene segnalare l'impegno da parte del Governo dello Zambia di rafforzare la partecipazione della società civile nella *governance* del settore sanitario tramite le strutture del SWAp e l'inclusione della società civile nel documento "Addendum to the 2006 Memorandum of Understanding (MOU)" per l'allineamento del MOU all'IHP e IHP+, come parte in causa e co-firmataria.⁵⁵⁷ Il Governo dello Zambia si è impegnato a rivedere i livelli e le forme di impegno della società civile nella *governance* del settore sanitario e includendo inoltre alcuni parametri relativi alla partecipazione della società civile nei diversi momenti di verifica e revisione delle politiche. A sua volta la società civile si è impegnata a una partecipazione attiva negli organi di *governance* del sistema sanitario, ad ogni livello, ad un'opera di monitoraggio e *advocacy* coerente con i principi del MOU, a sostenere decisioni basate su evidenze e ricerche, a operare per accrescere le capacità di comprensione e intervento della società civile relativamente alle politiche sanitarie. A tal fine è nato il *Zambian Civil Society Health Forum (ZCSHF)* che ha adottato il principio del *Free Space* per il dialogo e la partecipazione dei soggetti della società civile e dandosi una modalità di rappresentanza a turno secondo lo schema della *trojka* di rappresentanza.⁵⁵⁸

Il recente passaggio da parte dell'Unione Europea e del DFID dal *Basket Fund* al *Sector Budget Support* sempre nel quadro dello SWAp non ha in alcun modo inciso sui meccanismi istituzionali e sulla qualità di partecipazione, nè la natura del dialogo tra società civile e Ministero della Sanità

⁵⁵⁵ Evaluation Department, Ministry of Foreign Affairs of Denmark (2010), *Joint Evaluation of the Joint Assistance Strategy for Zambia (JASZ) 2007-10*, Copenhagen.

⁵⁵⁶ Evaluation Department, Ministry of Foreign Affairs of Denmark (2010), Op. Cit.: "Civil Society could also be part of an extended mutual accountability framework. Over the last ten years, CSOs (Civil Society Organizations) have been developing capacity to monitor the implementation of GRZ (Government of Zambia) plans, such as the FNDP, and public expenditure at local level. CSOs are regularly invited to attend SAG meetings. However, their contribution at SAG meetings is often constrained both by the short notice given for analysis of the agenda and papers, and by a shortage of human capacity. (...) However, there are at least 20 SAGs, and it is difficult for the organization to consult with its members and reach a coordinated position in time to participate effectively in meetings. CPs see CSOs as having fairly weak engagement on development and aid issues. There are relatively few CSOs that have the capacity to monitor and hold Government to account".

⁵⁵⁷ Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2009), *Addendum to the 2006 Memorandum of Understanding (MOU)*, Lusaka.

⁵⁵⁸ Fonte: Civil Society Health Forum Copperbelt, interviste e documentazione "grigia" di riunioni e programmi di incontro territoriale.

(MoH).⁵⁵⁹ La tendenza è pertanto quella di rafforzare i meccanismi di monitoraggio e *accountability*, ma senza un preciso riferimento al ruolo della società civile, nonostante quanto segnalato nell'Addendum al MoU del 2009.⁵⁶⁰

Nel valutare un lustro di *Budget Support* uno studio commissionato da SIDA, Cooperazione tedesca e Ministero degli Esteri Olandese nel 2011⁵⁶¹ annotava alcuni esiti e dinamiche: con riferimento alla società civile veniva rilevata una carenza strutturale da parte del Governo dello Zambia nel coinvolgere le organizzazioni della società civile nei processi di sviluppo, la carenza di un sostegno (da parte dei donatori) alla società civile e alle rappresentanze parlamentari nel rafforzare la loro capacità di incidere sulla trasparenza e sull'*accountability* al di là dei meccanismi messi in atto nel quadro del SWAp (ci si riferisce al rafforzamento della "demand side of democratic *accountability*", un deficit da parte dei donatori nel coinvolgimento della società civile, limitato ad uno uso quasi strumentale e funzionale a momenti di pressione da parte dei donatori nei confronti del Governo dello Zambia.

Sempre con riferimento al tema del SWAp e del ruolo della società civile, dalle interviste condotte in Zambia emergono elementi piuttosto coerenti con quanto precedentemente annotato dall'analisi documentale:

“Dopo l'abolizione del *Central Board of Health* il principale ambito di confronto tra società civile e Governo sono i TWG e il SAG presso il Ministero della Salute”.

Su questa affermazione si trovano concordi molti degli interlocutori sia della società civile che degli organismi di cooperazione istituzionale (Paul Kalinda, Monica Mutesa, Clara Mbwili Muleya).

La centralità dei meccanismi di consultazione presso il MoH nel quadro del SWAp è confermato da Collins Chansa:

“Tutti i comitati dello SWAp in Zambia sono composti da un'ampia gamma di portatori di interesse direttamente o indirettamente presenti

⁵⁵⁹ ODI e MOKORO (2009), Op. Cit.

⁵⁶⁰ Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2009), *Addendum*, Op. Cit.

⁵⁶¹ De Kemp A., Fuast J., Leiderer S. (2011), *Between high expectations and reality: An evaluation of budget support in Zambia*, Ministry of Foreign Affairs of the Kingdom of the Netherlands, The Hague.

nel settore sanitario: dipartimenti e ministeri, università, donatori, società civile e settore privato” (...) “presso il Ministero della Salute, vi è un coordinamento di tutti questi attori e questo contribuisce a costituire una piattaforma di confronto e una rete. Inoltre questi meccanismi consentono, anche tramite incontri e formazioni, di migliorare le capacità decisionali e di analisi relative al settore sanitario” (Collins Chansa).

Monica Mutesa (Oxfam Zambia) introduce alcuni aspetti più critici rispetto al problema di una partecipazione “centralizzata” e introduce il tema dei *Civil Society Health Forum*, di cui del resto Oxfam Zambia stessa è stata fautrice:

“Per la società civile l'ambito prioritario di impegno è quello dello *Civil Society Health Forum* e del *Sector Advisory Group* insieme a Governo e *Partner* della Cooperazione Internazionale (CP). Grazie a un *Memorandum* di Intesa (MoU) il Governo ha favorito la partecipazione della società civile a questo ambito, anche se vi sono elementi di discontinuità forte in questo atteggiamento. Ma ci sono ancora problemi di formalizzazione del ruolo della società civile nei diversi ambiti di confronto. C'è anche il gruppo di lavoro *Governance* nel SAG. Il gruppo è denominato "*Governance e Accountability*". Ha contribuito a elaborare un *Governance Action Plan* del MoH. Il problema della partecipazione è ai livelli più decentrati e bottom, non a Lusaka. Si ha uno scollamento tra le decisioni di vertice e le pratiche di territorio. I distretti sanitari (*District Health Management Team*) non hanno effettiva capacità e spesso le informazioni che provengono dai *Neighborhood Health Committee* non trovano uno sbocco in politiche di alto livello".

Anche Dominic Liche (JCTR) conferma il problema di una eccessiva centralizzazione delle forme di consultazione che incidono sulla stessa organizzazione delle Ong:

“Nel sistema sanitario esistevano gli *Health Boards*, dotati di una certa autonomia, ma adesso non esistono più e il sistema di

governance non è chiaro. La *governance* del sistema sanitario, e non solo, è altamente centralizzata. Prevalde un approccio top-down. *Province* e Distretti sono solo consultati ma sono i ministeri che gestiscono le risorse. Anche il sistema delle Ong è fortemente centralizzato come conseguenza, dato che è al centro che si prendono le principali decisioni”.

Molti interlocutori hanno collegato infine il tema della partecipazione alla *governance*, in termini di efficacia e reale partecipazione, con il rilancio del processo di decentramento, avviato e poi interrotto, al fine di ricollegare le forme di partecipazione a livello centrale con una *governance* diffusa sul territorio (Sabrina Bazzanella, Clara Mbwili, Monica Mutesa, Paul Kalinda, Dominic Liche).

In conclusione le riforme sanitarie degli anni '90 e il varo dei SWAp hanno coinciso con un certo rilancio di alcune strutture di governo locale del sistema sanitario aperte alla partecipazione. Progressivamente il sistema si è ri-centralizzato (ne è esempio l'abolizione del CboH a favore del controllo in seno al MoH), le forme di consultazione e partecipazione locale si sono “scollegate” progressivamente rispetto ai meccanismi di programmazione e decisione, mentre il sistema di dialogo con la società civile nel quadro del SWAp ha avuto alterne vicende e una struttura non sempre ben definita, non solo per volontà politica o capacità organizzativa del MoH ma anche per una scarsa considerazione del problema da parte dei principali donatori o per un uso strumentale della società civile nei confronti del governo zambiano. A sua volta la società civile impegnata nel settore sanitario appare non sempre adeguatamente strutturata, almeno fino ad anni recenti in cui si è organizzata in un vero Forum (CSHF), in parte fortemente polarizzata sul tema della fornitura di servizi (CHAZ) e/o largamente dipendente da finanziamenti e iniziative di Organizzazioni Internazionali Governative e Non Governative.

Le successive iniziative, quali l'IHP/IHP+, hanno rimarcato concetti già presenti nella struttura teorico – pratica del SWAp e rilanciato i processi di dialogo, certamente non facilitati dalle tensioni tra donatori e MoH anche per i casi di corruzione e distrazione di fondi degli anni più recenti. La partecipazione della società civile, anche sulla base di recenti MoU collegati all'IHP e al JASZ, a processi di monitoraggio e revisione rappresentano un importante elemento e il balbettante rilancio del processo di decentramento, una rinnovata attenzione a tutti i livelli di concertazione e dialogo segnalano una prospettiva recente nel quadro dei meccanismi di progettazione, programmazione e monitoraggio del settore.

4.6 Attori della cooperazione nel settore sanitario in Zambia e partecipazione: alcuni casi

A partire da quanto osservato e rilevato nell'architettura dell'aiuto nel settore sanitario vorrei approfondire in questo paragrafo l'azione di alcuni donatori attivi nel settore sanitario al fine di verificare quanto i temi della partecipazione della società civile e delle comunità territoriali, nelle loro articolazioni in Zambia, siano stati effettivamente presenti nelle strategie e pratiche di aiuto ufficiale. In particolare, sia per i contatti avuti, che per la struttura delle responsabilità nel quadro del SWAp, mi sono concentrato sulle informazioni relative a DANIDA (Agenzia di Cooperazione della Danimarca), Unione Europea, WHO/OMS e SIDA (Agenzia di Cooperazione della Svezia). L'analisi che seguirà si è basata sia su elementi documentali che su interviste in loco.

*DANIDA*⁵⁶²

A partire dagli anni '90 DANIDA fu tra le prime agenzie di cooperazione ad attivarsi nel settore sanitario zambiano. Agendo attraverso l' "Intergrated Health Sector Support Programme" dapprima sulla qualità complessiva dei servizi sanitari al fine di migliorare le condizioni di salute degli zambiani, successivamente (tra il 1995 ed il 2000) l'azione si rivolse in particolare alle fasce più povere della popolazione. Il programma prevedeva complessivamente un intervento teso a garantire un insieme di servizi sanitari a tutti i livelli di erogazione, un rafforzamento delle capacità dei *Provincial Health Management Team* e dei *District Health Management Team*, un processo di standardizzazione dei sistemi amministrativi, finanziari e di gestione; la promozione dei principi di quality assurance nel sistema sanitario e lo sviluppo di un *Health Management Information System*. Questo intervento, su larga scala e a livello nazionale, accompagnava i primi passi della riforma sanitaria avviata nei primi anni '90 con la presenza di tre esperti di DANIDA nell'*Health Reform Implementation Team*. Tra gli esiti rilevati vi fu una crescita delle conoscenze in campo sanitario da parte delle comunità, la formazione a tutti i livelli (sino ai componenti dell'*Health Centres*) relativamente ai meccanismi di programmazione e gestione dei servizi e la messa in opera di forme di pianificazione *bottom-up* con una presenza nei vari *health boards* di rappresentanti delle comunità e della società civile.⁵⁶³

L'impegno di DANIDA nel settore sanitario è proseguito fino alla metà del primo decennio del

⁵⁶² <http://um.dk/en/danida-en/> (Aprile 2012); <http://um.dk/en/danida-en/activities/countries-regions/partner-countries/zam/> (Aprile 2012).

⁵⁶³ Saasa O., Carlsson J. (2002), Op. Cit.

XXI secolo⁵⁶⁴, come confermato anche dal mio interlocutore a Lusaka Sig. Esben Sonderstrup (Ambasciata di Danimarca a Lusaka), che mi ha segnalato un *focus* più sull'HIV/AIDS che sulla sanità nel complesso ed un progressivo disimpegno di DANIDA rispetto a quest'area tematica a favore di altri settori. La "Phase III" della cooperazione nel settore sanitario si è concentrata su:

"to improve the quality of care and health outcomes through capacity building, system research and development and budget support to districts and provincial technical teams, including human resource development".⁵⁶⁵

Nella strategia di DANIDA è presente il rafforzamento dei meccanismi di partecipazione e coinvolgimento comunitario, che riconosce come la partecipazione individuale, familiare e comunitaria debba essere incoraggiata quanto comportamenti individuali salubri. Il rafforzamento della partecipazione secondo DANIDA comporta alcuni esiti:

" (...) better coverage and quality of basic health care services, with increased accessibility for the poorest and most vulnerable; increased community participation in the planning and provision of basic health care services; and people's increased knowledge and awareness of their health-related rights and health risks related to lifestyle and living conditions"⁵⁶⁶

La partecipazione viene altresì direttamente collegata al principio di equità come troveremo ribadito nei lavori della CSDH.⁵⁶⁷ Il giudizio da parte di DANIDA sulla situazione della partecipazione comunitaria nel sistema sanitario zambiano è tutt'altro che positiva, nonostante le riforme degli anni '90, segnalando meccanismi di partecipazione non ancora attivi, scarse risorse e una scarsa esperienza dei Distretti (DHMT) in tale campo oltre che un ritorno negativo sulla partecipazione dall'applicazione degli *user fees*.⁵⁶⁸

La via principale per rafforzare sia il sistema sanitario che partecipazione, *accountability* ed efficienza, è quella del decentramento e del *capacity building* rivolto alle strutture distrettuali

⁵⁶⁴ DANIDA, Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2002), *DANIDA Health Sector Programme Support – Phase III 2002 – 2006*, Embassy of Denmark, Lusaka.

⁵⁶⁵ DANIDA, Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2002), Op. Cit.

⁵⁶⁶ DANIDA, Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2002), Op. Cit.

⁵⁶⁷ DANIDA, Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2002), Op. Cit., pag. 28.

⁵⁶⁸ DANIDA, Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2002), Op. Cit., pag. 12 e 37.

(DHMT) oltre che figure quali *Health Workers* e *Health Volunteers* a livello comunitario.⁵⁶⁹

L'azione di DANIDA nei Distretti aveva nei *District Fund* il principale veicolo di finanziamento delle differenti attività, anche a livello di centro di salute comunitaria. Interessante la presenza tra gli indicatori del piano di DANIDA di un indicatore dedicato alle strutture di partecipazione comunitaria ("Proportion of participatory structures functioning and demonstrably responding to user demands: NHC, DHMB, Hospital Boards"), come pure il riferimento a ricerche e studi (a cui io stesso sono ricorso) relativi al tema della partecipazione comunitaria e all'equità del sistema sanitario. Infine per completezza è opportuno un riferimento alle strategie complessive di DANIDA per quanto riguarda il ruolo della società civile nello sviluppo e la cooperazione in campo sanitario. Per quanto attiene il ruolo della società civile, tra gli obiettivi strategici di DANIDA troviamo⁵⁷⁰:

4. la promozione di una società civile che sia rappresentativa, legittima e localmente radicata;
5. la promozione di una società civile capace di creare reti e promuovere azioni di *adocacy*;
6. la promozione di una società civile impegnata per la promozione e la difesa dei diritti umani.

Coerentemente tra i criteri di scelta delle organizzazioni con cui collaborare DANIDA evidenzia il criterio guida di entità che promuovano un'ampia partecipazione ovvero la possibilità di scegliere da parte dei gruppi più marginali.

Operativamente DANIDA attraverso lo strumento del *Sector Budget Support*:

" (...) will in relevant cases include support to capacity building of government partners enabling them to incorporate and promote popular participation in the programmes as well as administrative transparency in the most effective manner. At the same time, action must be taken to ensure inclusion of relevant civil society organisations in the dialogue regarding planning, monitoring and evaluation of Danish-supported programmes".⁵⁷¹

Infine, considerando le strategie recenti nel settore sanitario⁵⁷² troviamo prima di tutto un intero paragrafo dedicato ai Determinanti Sociali della Salute (par. 2.1) e ai principi di Alma Ata, mentre il tema della partecipazione viene dapprima citato come uno dei pilastri dell'approccio PHC, che deve essere rafforzato dalla cooperazione internazionale e successivamente inserito nel tema

⁵⁶⁹ DANIDA, Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2002), Op. Cit., pag. 36.

⁵⁷⁰ DANIDA (2008), *Strategy for Danish Support to Civil Society in Developing Countries*, Copenhagen.

⁵⁷¹ DANIDA (2008), Op. Cit.

⁵⁷² DANIDA (2009), *Health and Development, A Guidance Note to Danish Development Assistance to Health*, Copenhagen.

governance, nel quadro delle condizioni favorevoli alla ricerca in campo sanitario.⁵⁷³ Alla società civile è affidato il ruolo di coinvolgere le fasce più marginalizzate della popolazione e quello di partecipare attivamente al dialogo sulle politiche e le strategie del settore sanitario oltre che promuovere azioni di *advocacy*.⁵⁷⁴

*Unione Europea*⁵⁷⁵

Il novero di documenti dedicati dall'Unione Europea (EU/UE) al tema della società civile nello sviluppo è assai ampio e darò solo alcuni riferimenti particolarmente attinenti al tema della salute e alle politiche dell'EU/UE verso l'Africa e lo Zambia.

Nel quadro delle politiche a favore della democrazia sono stati sviluppati programmi a favore delle organizzazioni della società civile che recentemente si sono concretizzati nei programmi a favore dei *Non State Actors and Local Authorities*⁵⁷⁶. Accanto a un approccio di *Institution building* (tipicamente *top – down*), l'EU/UE ha sviluppato un approccio *bottom – up* in cui la società civile e le sue organizzazioni hanno assunto crescente rilievo, come elemento complementare alle riforme istituzionali favorevoli alle forme democratiche di governo. Un importante ruolo hanno assunto negli anni '90 i fondi a favore di piccole organizzazioni di base impegnate spesso in un'azione a favore dei diritti umani, di *advocacy* e a sostegno di soggetti marginalizzati: nel 1994 l'EU/UE lanciò alcuni micro – progetti nel quadro delle strategie sui diritti umani e la democrazia (oggi chiamato *European Instrument for Democracy and Human Rights - EIDHR*).⁵⁷⁷

Più recentemente l'EU/UE, come detto, ha attivato un programma di sostegno della società civile (con uno stanziamento di circa 230 milioni di Euro annui tra il 2007 e il 2013) e una serie di strumenti di dialogo e consultazione⁵⁷⁸ ispirati dal documento della Commissione Europea dal titolo "Participation of Non – State Actors in EC Development Policy"⁵⁷⁹ e ulteriormente rafforzate dai citati documenti dei vertici di Parigi e Accra. In questo documento si enuncia l'impegno dell'EU/UE

⁵⁷³ DANIDA (2009), Op. Cit., pag. 11.

⁵⁷⁴ DANIDA (2008), Op. Cit.

⁵⁷⁵ http://ec.europa.eu/europeaid/index_en.htm (Gennaio 2012).

⁵⁷⁶ European Union (2006), *Regulation n. 1905/2006 of the European Parliament and of the Council of 18 December 2006 Establishing a Financing Instrument for Development Cooperation*, Bruxelles, Art. 14.

⁵⁷⁷ Fioramonti L. (2010), Op.Cit.; Fioramonti L. (indeterminato), "The European Community Promoting Democracy at the Local Level: the Case of *Advocacy Community-Based Organisations in South Africa*", da: <http://www.ukzn.ac.za/ccs/files/Paper%20Fioramonti%20CCS.pdf> (Novembre 2011).

⁵⁷⁸ Si vedano le pagine:

- http://ec.europa.eu/europeaid/who/partners/civil-society/dialogue_en.htm

- https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/mwikis/aidco/index.php/Main_Page

- https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/mwikis/aidco/index.php/Structured_dialogue

- http://ec.europa.eu/europeaid/who/partners/civil-society/index_en.htm

(Novembre 2011)

⁵⁷⁹ EU Commission (2002), *Participation of Non – State Actors in EC Development Policy*, Bruxelles.

a promuovere la partecipazione degli attori non – statali nei processi decisionali, a livello nazionale, relativi alle politiche di sviluppo e di lotta alla povertà al fine di rafforzare l'*ownership*, la trasparenza, le istituzioni democratiche e di facilitare l'esercizio della cittadinanza. Oltre che il livello nazionale diviene rilevante per l'EU/UE l'attenzione alle organizzazioni di base anche di piccola dimensione, che siano in grado di collegarsi e rappresentare soggetti marginalizzati, al fine di ampliare il dialogo politico e la partecipazione ai piani di sviluppo e lotta alla povertà anche in ambito decentrato. Nel 2003 è poi uscita la comunicazione della Commissione Europea dal titolo "Governance and Development"⁵⁸⁰ nel mettere in relazione la *governance* con la lotta alla povertà si segnala l'importanza della mobilitazione della società civile essenziale per garantire equità e l'attenzione a temi quali la sostenibilità ambientale e le politiche sociali. La società civile può inoltre dare un proprio contributo nella lotta alla corruzione.

Nell'affrontare il tema della salute globale sia la Commissione Europea che il Consiglio dell'Unione hanno segnalato l'importanza della partecipazione della società civile e delle comunità all'elaborazione delle politiche in campo sanitario, indicando l'*empowerment* anche con riferimento alla partecipazione nei processi politici:

"At national level, the EU should enhance its support to the full participation of all stakeholders in the development, implementation and monitoring of national health and other relevant policies. It should promote parliamentary scrutiny of public financing decisions influencing the delivery of health services in partner countries. These actions should include links with education, involving of youth, families and communities, and empower them to lead healthier lifestyles, maximize their human potential and effectively contribute to the policy process".⁵⁸¹

Fioramonti⁵⁸² segnala come, in materia di *governance*, grande attenzione abbia ricevuto l'iniziativa dell'*African Peer Review Mechanism*, processo, aperto alla partecipazione, promosso per valutare la *governance* democratica degli stati Africani

Nella strategia rivolta agli attori non – statali per il periodo 2007 – 2010⁵⁸³, il ruolo degli attori non statali e della società civile viene così delineato:

⁵⁸⁰ EU Commission (2003), *Governance and Development*, Bruxelles.

⁵⁸¹ EU Commission (2010), *The EU Role in Global Health*, COM(2010)128 final, Bruxelles; Council of EU (2010) *Council Conclusions on the EU role in Global Health, Annex A*, 9644/10, Bruxelles.

⁵⁸² Fioramonti L. (2010), Op.Cit.

⁵⁸³ EuropeAid (2007), *Non-State Actors and Local Authorities in Development, 2007 – 2010 Strategy Paper*, Bruxelles.

"– Civil Society Organisations in all their diversity include very experienced actors in development cooperation and may play a key role as independent and autonomous structures voicing the concerns and needs of communities and citizens. They are community based organisations which may provide unique knowledge and insights, bridging the gap between authorities and the grass-roots level and ensuring real , participation and empowerment of communities".

Quindi la società civile come "ponte" e garante di partecipazione. Per questo, nel quadro dell'obiettivo volto a promuovere una realtà politica e sociale in cui gli attori non statali possano partecipare attivamente alla riduzione della povertà e allo sviluppo sostenibile, troviamo tra gli indicatori ed esiti attesi degli interventi: la crescita delle capacità di intervento e partecipazione della società civile nelle politiche di sviluppo e riduzione della povertà, un atteggiamento favorevole dei governi rispetto alla partecipazione della società civile anche con apposite norme, la partecipazione delle fasce più vulnerabili della popolazione e la crescente capacità dei cittadini di prendere la parola e intervenire sui processi che li riguardano da vicino.

Nel successivo documento di strategia⁵⁸⁴ l'attenzione è marcatamente rivolta all'accettazione e messa in pratica di forme di partecipazione e a quei gruppi esclusi dai processi politici, pur ribadendo quanto scritto nel precedente documento. Inoltre vengono valorizzate forme di rete nazionali o sovranazionali nel quadro di forme di cooperazione sud – sud.

Questo insieme di documenti conferma quanto affermato in un paper dell'*European Centre for Development Policy Management (ECDMP)*⁵⁸⁵, osservatorio dedicato alle politiche di cooperazione allo sviluppo dell'EU/UE attivo dal 1986, per cui il coinvolgimento dei *non-state actors* nella formulazione e realizzazione di politiche pubbliche è parte della vita politica sia in Europa che nei paesi in via di sviluppo. Emerge quindi una nuova forma di *participatory democracy*, che ricerca il dialogo al fine di rafforzare *ownership*, *public-private partnerships*, democratizzazione, democratisation e sostenibilità. Questi principi hanno altresì trovato spazio nell'accordo tra paesi ACP (*African, Caribbean and Pacific States*) e l'EU/UE siglato a Cotonou nel 2000 e successivamente aggiornato nel 2005.⁵⁸⁶

⁵⁸⁴ EuropeAid (2011), Op. Cit.

⁵⁸⁵ Bossuyt J. (2000), *Involving Non State Actors and Local Governments in ACP-EU Dialogue (Policy Management Brief No. 13)*, ECDPM, Maastricht.

⁵⁸⁶ European Commission, Directorate-General for Development and Relations with African, Caribbean and Pacific States (2006), *Partnership Agreement ACP-EC Signed in Cotonou on 23 June 2000 Revised in Luxembourg on 25 June 2005*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg; ECDPM, ACP Secretariat

E' opportuno far presente che il tema della partecipazione della società civile ha spesso diviso i partecipanti ai negoziati tra paesi ACP e EU/UE con una pressione da parte dell'EU/UE per una *governance* democratica, attenta ai diritti umani e con una società civile attiva, e i paesi ACP spesso diffidenti o comunque non sempre preparati a un dialogo con la società civile, a sua volta non sempre pronta e con caratteristiche dissimili dai modelli presenti nell'ambito europeo. George Higgins⁵⁸⁷ segnala alcuni problemi rispetto al ruolo delle organizzazioni della società civile nel quadro dell'accordo di Lomè IV e per successivi sviluppi (Cotonou):

- una società civile non sempre attenta ai negoziati e agli accordi con l'EU/UE;
- la prevalenza di una concezione centralistica e statalista dello sviluppo e dei meccanismi decisionali nei paesi ACP;
- la visione delle Ong solo come "implementatrici" e non *partner* di un dialogo politico;
- posizioni divergenti tra EU/UE e ACP sulle forme di riconoscimento, la creazione di un ambiente propizio alle organizzazioni della società civile, l'accesso alle informazioni, la partecipazione alla programmazione dello sviluppo.⁵⁸⁸

Anne Graumans⁵⁸⁹ segnala come, seppur tra non pochi limiti e contraddizioni, Lomè IV abbia aperto alla prospettiva di una partecipazione più attiva della società civile come *partner* dello sviluppo e del dialogo politico. Molte delle considerazioni e degli sviluppi relativi all'accordo di Lomè (IV) e alla sua revisione hanno trovato riscontro nell'articolato dell'accordo di Cotonou.

All'art. 2 di tale accordo si apre alla partecipazione degli attori non – statali nei rapporti tra EU/UE e ACP nel quadro dell'accordo medesimo; nei successivi articoli (4 e 7) vengono definiti gli ambiti di intervento e i benefici per gli attori non – statali, quali ad esempio:⁵⁹⁰

“be informed and involved in consultation on cooperation policies and strategies, on priorities for cooperation especially in areas that concern or directly affect them, and on the political dialogue;
be provided with financial resources, under the conditions laid down in this Agreement in order to support local development processes;

(2003), *The Cotonou Agreement - A User's Guide for Non-State Actors*, ACP Secretariat, Bruxelles.

⁵⁸⁷ Higgins G. (1999), "Società civile, sviluppo e Lomè: opzioni politiche per le relazioni tra l'UE e i paesi ACP", in AA.VV.(1999), *L'Europa e il sud del mondo. Quali prospettive per il post-Lomè*, I libri di Afriche e Orienti, AIEP Editore, Repubblica di San Marino.

⁵⁸⁸ Si veda la tabella a pag. 86 del testo AA.VV.(1999), *L'Europa e il sud del mondo. Quali prospettive per il post-Lomè*, I libri di Afriche e Orienti, AIEP Editore, Repubblica di San Marino.

⁵⁸⁹ Graumans A. (1999), "Esperienze di dialogo tra la società civile e i governi nel partenariato UE-ACP", in AA.VV. (1999), *L'Europa e il sud del mondo. Quali prospettive per il post-Lomè*, I libri di Afriche e Orienti, AIEP Editore, Repubblica di San Marino.

⁵⁹⁰ ECDPM, ACP Secretariat (2003), *The Cotonou Agreement*, Op. Cit.; European Commission, Directorate-General for Development and Relations with African, Caribbean and Pacific States (2006), Op. Cit.

be involved in the implementation of cooperation project and programmes in areas that concern them or where these actors have a comparative advantage;
be provided with capacity building support in critical areas in order to reinforce the capabilities of these actors (...).”

I successivi articoli 8, 10, 19, 33 precisano i contorni del ruolo e delle funzioni degli attori non – statali.⁵⁹¹ Gli attori non – statali vengono delineati come una componente essenziale per la realizzazione degli obiettivi dell'accordo nel duplice ruolo di erogatori di servizi / soggetti realizzatori di progetti e di partecipanti al dialogo politico e alla formulazione di programmi e piani di sviluppo e lotta alla povertà, oltre che contribuire alla *good – governance* (Fig.4.24).

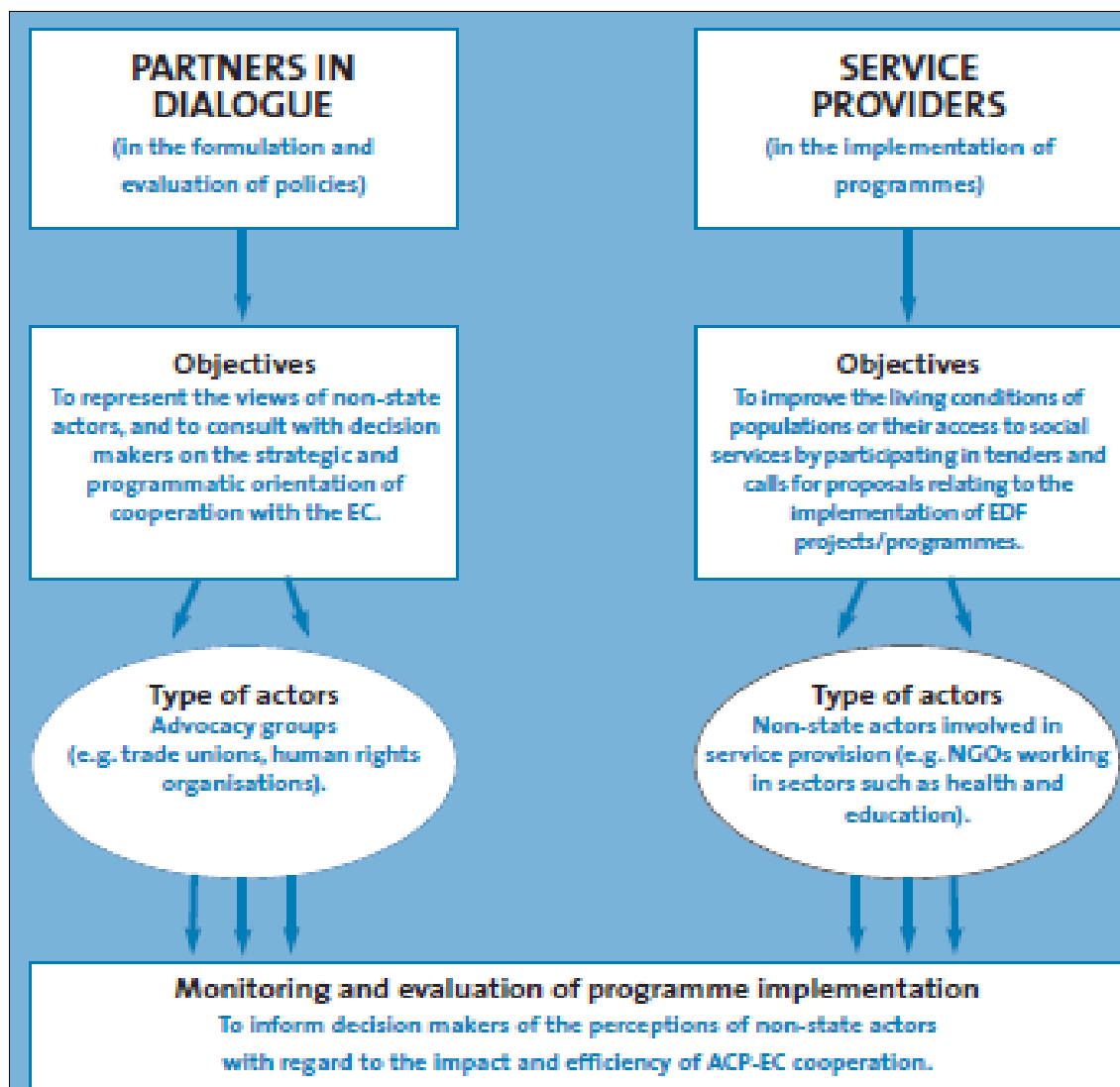
⁵⁹¹ ECDPM, ACP Secretariat (2003) *The Cotonou Agreement*, Op. Cit.: "Art.8 Political Dialogue: (...) 7. Regional and sub-regional organisations as well as representatives of civil society organisations shall be associated with this dialogue.

Art. 10: 1. The Parties consider the following elements as contributing to the maintenance and consolidation of a stable and democratic political environment: - sustainable and equitable development involving, inter alia, access to productive resources, essential services and justice; - greater involvement of an active and organised civil society and the private sector.

Art. 19: (...) 3. Governments and non-State actors in each ACP country shall initiate consultations on country development strategies and community support thereto.

Art. 33 Institutional Development and Capacity Building: (...) 5. Cooperation shall span all areas and sectors of cooperation to foster the emergence of non State actors and the development of their capacities; and to strengthen structures for information, dialogue and consultation between them and the national authorities, including at regional level."

Fig.4.24: Ruolo della società civile secondo gli Accordi di Cotonou



Fonte: ECDPM, ACP Secretariat (2003), *The Cotonou Agreement - A User's Guide for Non-State Actors*, ACP Secretariat, Bruxelles

Nell'accordo di Cotonou⁵⁹² la partecipazione degli attori non – statali da un lato non è una cortesia che i governi usano alle proprie società civili ma un obbligo parte dell'accordo, ma d'altro canto viene lasciato a ogni paese la libertà di definire le forme di questa partecipazione e la sua organizzazione. Un ruolo essenziale è quello giocato dalle Delegazioni nell'individuare le organizzazioni della società civile che possono essere coinvolte nel dialogo politico e possono beneficiare degli aiuti e del sostegno dell'EU/UE oltre che divenirne *partner*. L'autonomia

⁵⁹² European Commission, Directorate-General for Development and Relations with African, Caribbean and Pacific States (2006), Op. Cit.

dell'organizzazione delle forme di partecipazione e il ruolo di "selettore" affidato alle Delegazioni sono punti critici nel meccanismo di partecipazione delle organizzazioni della società civile, con riferimento a problemi di autonomia, discriminazione e strumentalizzazione delle organizzazioni. Del resto in una relazione del Parlamento Europeo venivano segnalati limiti e carenze nei processi di partecipazione della società civile per quanto atteneva i rapporti tra EU/UE e paesi ACP e la revisione dell'accordo di Cotonou.⁵⁹³ L'accordo di Cotonou, unitamente ai programmi relativi a *Non- State Actors and Local Authorities* e l'EIDHR costituiscono quindi il quadro di riferimento per le politiche delle Delegazioni EU/UE rispetto alla società civile.

Venendo allo specifico dello Zambia abbiamo è bene precisare che l'EU/UE a partire dal 2006 ha avviato una politica di *Sector Budget Support* nel settore sanitario finalizzata al supporto dei programmi relativi alle risorse umane, abbandonando quindi in parte la prassi del finanziamento complessivo del bilancio del MoH e concentrandosi su un settore tematico. In questa pratica è stata seguita da DFID che si è concentrata sulla riduzione degli *user fees* con trasferimenti a favore dei Distretti Sanitari (sempre tramite il MoH ma con vincoli e verifiche stringenti rispetto ad un obiettivo definito).⁵⁹⁴

Per quanto attiene invece il ruolo della società civile nel settore sanitario e la promozione della partecipazione di comunità e organizzazioni *empowered* nei programmi pluriennali dell'EU/UE mi riferirò alle interviste al Dott. Kalinda e alla Dott.ssa Bazzanella in Zambia e ai funzionari di *EuropaAid* e della Direzione Generale *Development* (DEVCO) a Bruxelles, unitamente alle informazioni raccolte dalle Organizzazioni Non Governative zambiane.

Nel documento di programmazione dell' EU/UE in Zambia, relativo al periodo 2001 – 2007,⁵⁹⁵ non mancano gli accenni ad alcuni elementi critici rispetto ai processi di democratizzazione e *governance*,⁵⁹⁶ quali il reale coinvolgimento della società civile nei processi di elaborazione dei piani di lotta alla povertà, la trasparenza, i processi di decentramento e di riforma costituzionale. In questo periodo l'attenzione dell'EU/UE è particolarmente rivolta al ruolo della società civile per quanto attiene lo sviluppo di un settore privato in ambito economico, unitamente ad una riforma dell'apparato statale favorevole all'iniziativa privata. Gli attori non – statali vengono visti come co-protagonisti dello sviluppo economico e sostenuti per quanto attiene la loro organizzazione e la formazione di risorse umane e l'acquisizione di conoscenze in merito alle opportunità offerte dalla cooperazione tra EU/UE e lo Zambia. Nessun accenno viene fatto al ruolo della società civile e delle organizzazioni comunitarie per quanto attiene il sistema di *Welfare State* e il sistema sanitario,

⁵⁹³ European Parliament Committee on Development (2009), *Report on the second revision of the Partnership Agreement ACP-EC (the "Cotonou Agreement")*, A7-0086/2009, Bruxelles.

⁵⁹⁴ ODI e MOKORO (2009), Op. Cit.

⁵⁹⁵ European Community, Government of Zambia (2001), Op.Cit.

⁵⁹⁶ European Community, Government of Zambia (2001), Op. Cit., pag. 7.

settore non prioritario per l'EU/UE in questo periodo di tempo, pur collaborando con altre agenzie (quali DFID e DANIDA) nel sostegno alle politiche sanitarie.⁵⁹⁷

Il successivo *Country Strategy Paper*⁵⁹⁸ ha come punti di riferimento sia il FNDP che la JASZ, cui abbiamo precedentemente accennato, ed ha la salute come uno dei temi prioritari e considerato come essenziale per lo sviluppo sociale del paese, mentre il sostegno agli attori non – statali ricade tra i *non – focal interventions*. Nel registrare la sostanziale correttezza dei processi democratici – elettorali, non mancano in questo documento delle osservazioni in continuità con il precedente documento.⁵⁹⁹

A partire dal 2005 la delegazione EU/UE aveva avviato, in coerenza con i documenti precedentemente citati e l'accordo di Cotonou, una mappatura e studio delle organizzazioni della società civile dello Zambia e avviato un progetto per il coinvolgimento della società civile nel monitoraggio e valutazione dei processi di formulazione e attuazione del bilancio statale e sull'impatto del *budget support* sulla riduzione della povertà, oltre che dare continuità agli impegni per il settore privato. Nella strategia per il periodo 2008 – 2013 (che abbraccia due piani nazionali di sviluppo: il FNDP e il *Sixth National Development Plan* e due *National Health Strategic Plan*: 2006 – 2010 e 2011 - 2015) relativamente alla sanità non vi è alcun accenno a un ruolo degli attori non – statali e delle organizzazioni comunitarie anche se viene fatto cenno alle autorità locali per quanto attiene l'equità di accesso ai servizi sanitari gratuiti di base.⁶⁰⁰

Nel quadro delle politiche a favore della *governance* vengono stanziati per il periodo in oggetto 5,5 milioni di Euro per attività degli attori non – statali nel campo della formazione, dell'*advocacy*, della ricerca, della sensibilizzazione, del monitoraggio e dell'erogazione di servizi diretti alla popolazione. Certamente queste attività possono essere collegate a questioni del settore sanitario e dello sviluppo di pratiche di partecipazione, pur non essendo specificatamente indicate nelle politiche del settore stesso. Viene accolto positivamente quanto fatto dal Governo dello Zambia rispetto alla formazione delle Ong impegnate nei diversi *Sectory Advisory Group*, come pure l'ampia consultazione avviata in occasione della formulazione del FNDP nei 72 Distretti del paese

⁵⁹⁷ European Community, Government of Zambia (2001), Op. Cit., pag. 12.

⁵⁹⁸ European Community, Government of Zambia (2008), Op.Cit.

⁵⁹⁹ “12. Government effectiveness is the governance area in which Zambia is worst performing, below the Sub-Saharan average. The Government still struggles with accountability for public resources and inability to effectively deliver services. A Public Sector Reform Programme has been running for some years; restructuring of the civil service took place with reduction of the wage bill to a more manageable 8% of GDP. Salaries in the civil service remain uncompetitive and generate serious human resource problems. The National Decentralisation Policy (adopted in 2004) aims at a fully decentralised and democratically elected system of governance characterised by open, predictable and transparent policy-making and implementation processes. But the process has been slow, the institutional and financial decentralisation structure remains unclear and in the meantime public services are still delivered by the deconcentrated, local structures of central government ministries/institutions. To facilitate the implementation of the Decentralisation Policy, the Decentralisation Implementation Plan (DIP) has been developed, but it is awaiting Cabinet approval”, European Community, Government of Zambia (2008), Op.Cit.

⁶⁰⁰ European Community, Government of Zambia (2008), Op. Cit.

attraverso i *District Development Coordinating Committees*.⁶⁰¹

Nei dialoghi con diversi funzionari della Delegazione Europea a Lusaka (*in primis* il Dr. Kalinda e la Dott.ssa Bazzanella) è emersa l'importanza da un lato dei processi di reale decentramento, che negli anni hanno subito diversi "stop and go", e spesso sono rilanciati su richiesta dei paesi donatori, dall'altro uno dei progetti su cui molti donatori hanno investito negli ultimi anni è quello delle attività di *Budget Tracking e Monitoring of Service Delivery* realizzati principalmente dal CSPR, un ombrello di organizzazioni con una struttura capillare in molte delle *Province* dello Zambia (su questa esperienza tornerò nel capitolo successivo dedicato alle esperienze di partecipazione in Zambia)⁶⁰². La Dott.ssa Bazzanella mi ha fatto presente come:

"DFID e SIDA hanno intenzione di ampliare l'esperienza avviata dalla EU nel *budget tracking* comunitario toccando non solo il tema del *budget tracking* e dell'*accountability* ma anche il monitoraggio da parte delle comunità utenti della qualità del *service delivery*. Una forma quindi più attiva di partecipazione, anche se non si tratta ancora di una vera e propria partecipazione nella definizione delle politiche",

mentre riferendosi in generale all'impegno dell'EU/UE verso gli attori non statali mi confermava che:

"A livello di Delegazione di agisce per due vie principali: secondo call tematiche (*Aids, basic school...etc.*) e tramite l'EDF (ora siamo al 10°). Nel 10° EDF per lo Zambia ci sarebbero 5.500.000 Euro per NSA e *Capacity Building* delle CSOs. L'UE ha optato per un Basket Fund da mettere a disposizione della *Zambian Governance Foundation* (ZGF, fondazione privata) come pivot erogatore su cui convergono 7 *Donors* internazionali. La *Zambian Governance Foundation* (ZGF) distribuisce i fondi tramite *call* rivolte a Ong e associazioni zambiane con la finalità di accrescerne capacità operativa e competenze. A livello decentrato le CSO sono più deboli rispetto alla realtà di Lusaka a conferma del centralismo anche delle Ong segnalato dal JCTR".

⁶⁰¹ European Community, Government of Zambia (2008), Op. Cit.

⁶⁰² Anche la Caritas dello Zambia nel 2004 ha svolto un'intensa azione di monitoraggio sul bilancio nazionale e sulle spese conseguenti come evidente nel report: Caritas Zambia – Economic Justice Programme (2004), *Budget Monitoring and Expenditure Tracking Consolidated Report*, Lusaka.

Il CSPR conferma:

"CSPR in 2009 signed a grant contract with European Commission to support the work under the action entitled "Enhancing Government's Public Service Delivery and Budget Execution for the poor". The objective to undertake this work under this action is specifically to enhance citizens' participation and ability to hold government accountable towards Budget Execution and Service Delivery in 10 targeted districts".⁶⁰³

Una strategia, quella dell'EU/UE, basata quindi sull'investire in Ong in grado di partecipare al dialogo politico e alle azioni di monitoraggio e verifica tese a migliorare *accountability* e trasparenza che progressivamente accrescano la capacità di coinvolgimento e partecipazione delle persone. La scelta di passare tramite la ZGF trova un riscontro anche nel documento di valutazione della JASZ.⁶⁰⁴ Quindi la ZGF come potenziale alternativa agli strumenti già utilizzati quali il MoU collegato alla JASZ. Un campione significativo di alcuni progetti in campo sanitario sostenuti dalla ZGF mi è stato fornito dalla segreteria della ZGF.⁶⁰⁵ Interventi svolti su ambiti ristretti e fortemente

⁶⁰³ CSPR (2010), *Baseline Study of the Project on: Enhancing Government's Public Service Delivery and Budget Execution for the Poor*, Lusaka.

⁶⁰⁴ Ministry of Foreign Affairs of Denmark (2010), *Evaluation of the Joint Assistance Strategy for Zambia (JASZ) 2007-10*, Evaluation Department, Ministry of Foreign Affairs of Denmark: "The ZGF offers institutional support, or core funding, to CSOs which have a track record in public policy engagement, and specific project grants or support for capacity building to smaller CSOs who wish to advance their organizational development. This appears to be an alternative approach to the MoU with civil society, mentioned in the JASZ."

⁶⁰⁵ **"Mercy Flyers:** The organisation has four major strands to its work; specialist outreaches to rural hospitals, medical education in Lusaka and in the rural hospitals, aeromedical evacuation and lobbying the MOH to meet the needs of rural hospitals by making the most of specialist techniques simplified for this environment. Their initiative was focused on Improving health care for Zambians in remote parts of Zambia.

Action Africa Health- IZ (AAH-I): To support disadvantaged people communities to sustainably improve their living standards through community empowerment approaches in partnership with stakeholders. Community participation, civil society strengthening, gender equity, sustainability, capacity building and empowerment are key components of AAH-I's integrated approach to development. Their Initiative was focused on replicating their current AAH-I successes in reduction of maternal mortality in poor rural communities in Kawambwa and Mporokoso district, and use the evidence generated to influence policy on this.

Lundazi NZP+ -Lundazi Network of Zambian People living with HIV/AIDS (NZP+) is based in Lundazi District in Eastern Province. The organisation was formed in 2002 as a result of people living with HIV/AIDS realizing that they have the potential to live for a long time and contribute to the welfare of society. The discriminative policies that organisation that where dealing with HIV prompted us to join hands and form an organisation that was to look in to the plight of PLWHA. Its objective is to promote dignity, health and the socio-economic situation of people living with HIV and AIDS through representation, support, information, education and communication and advocacy on issues affecting them. The focus of their initiative is to promote meaningful involvement of PLWHA in all programmatic implementation.

Thandizani Community Based HIV/AIDS Prevention Care- Thandizani CBPC is a Lundazi based organisation and exists to prevent, treat and mitigate the impact of diseases like HIV/AIDS, TB, Malaria and secure good livelihood for the rural and urban communities in Zambia. This is done through the implementation of health related

finalizzati al miglioramento delle condizioni di salute delle comunità più disagiate o emarginate, unitamente a processi di *empowerment* e *capacity building* volti ad accrescerne le capacità nell'*advocacy* e nel rappresentare le proprie esigenze.

Infine tra i progetti sostenuti tramite le call rivolte agli attori non – statali ho potuto conoscere il progetto CASE (*Civil Society Advocacy Sensitization and Empowerment*) promosso da *ActionAid Zambia* con la *partnership* locale di una rete di organizzazioni facenti riferimento alla ZCSD (*Zambia Council for Social Development*). Il progetto attivo tra il 2008 e il 2012 si proponeva alcuni obiettivi collegati con il rilancio del processo di decentramento in Zambia:

- "Empowered civil society organisations and citizens holding local and central government accountable, with specific emphasis on the health and education sectors;
- Citizens effectively participating in developmental and governance processes, with a particular emphasis placed on the Decentralisation Policy, at district and sub-district level to improve pro-poor service delivery;
- Civil society organisations strengthened, through capacity-building measures and by providing institutional support, to extend their services to rural areas and increase their networking efforts.

(...) the specific objective, which is derived from the problem analysis, is: To strengthen sustainable civil society networks in four provinces and eight target districts, through capacity-building and institutional support, in order for civil society to effectively advocate for an accountable local government and the implementation of the National Decentralisation Policy".⁶⁰⁶

interventions and the provision of technical support and capacity building to other NGOs, CBOs and FBOs. The of their Initiative is to strengthen community capacity in providing care and support services to the infected and affected families, to contribute to poverty reduction among vulnerable persons, to contribute to the reduction HIV/AIDS prevalence rate through voluntary counseling and treatment and to advocate for change of negative laws, policies and practices that affect the marginalized".

⁶⁰⁶ ActionAid Zambia (2008), *Grant Application Form - CASE- Civil Society for Advocacy, Sensitisation and Empowerment Programme*, Lusaka; ActionAid Zambia (2010), *CASE- Civil Society for Advocacy, Sensitisation and Empowerment Programme – 2010 Narrative Report*, Lusaka; <http://www.zcsd.org.zm/index.php> (Maggio 2010).

Una via indiretta, il sostegno al progetto CASE, da parte della EU/UE per rafforzare da un lato le reti di Organizzazioni Non Governative in aree decentrate e dall'altra “pungolare” il processo di decentramento con una strategia *bottom – up* affidata alla società civile.

Complessivamente l'azione dell'UE nel settore sanitario non prefigura un intervento diretto sul tema della *governance* e della partecipazione, se non per la maggiore attenzione al tema della raccolta di dati e del controllo dei meccanismi e degli esiti di spesa, ma parallelamente è evidente un'attenzione attraverso altri strumenti e ambiti tematici, al ruolo della società civile come *watch dog* e facilitatrice di processi partecipativi e di decentramento. Quello che colpisce è, nel quadro del passaggio prima dal finanziamento dei *District Basket Fund*, poi al *Budget Support* poi al *Sector Budget Support*, la progressiva mancanza di considerazione del ruolo, funzioni e problemi delle strutture di base attivate secondo i dettami della PHC, fatta salva la preoccupazione, legittima e fondamentale, per il deficit di risorse umane.

Emerge prevalentemente la preoccupazione di un sistema sanitario efficiente e in grado di gestire le risorse, piuttosto che partecipato attivamente e responsabilmente, una sorta di "condizionalità tecnico – amministrativa" che può assumere caratteristiche politiche nella misura in cui temi quali la trasparenza, la *governance* e la lotta alla corruzione entrano nel dibattito politico e vedono le organizzazioni della società civile come attori rilevanti non solo del dibattito ma anche delle azioni (finanziate dai donatori esterni) relative a questi temi.

*WHO / OMS*⁶⁰⁷

La WHO/OMS ha assunto un ruolo di coordinamento politico nel settore sanitario nel quadro della divisione del lavoro tra i paesi donatori dello Zambia, concentrandosi soprattutto sul raggiungimento degli Obiettivi del Millennio relativi alle condizioni sanitarie e sul generale miglioramento delle condizioni sanitarie e dello sviluppo del settore sanitario.

Pur ribadendo la positività dei processi di riforma del settore avviati negli anni '90, compresi i meccanismi di decentramento e partecipazione a livello distrettuale, la WHO/OMS sottolinea come manchino degli effettivi miglioramenti nel sistema sanitario e la difficoltà di tradurre i piani in realtà.⁶⁰⁸

Per il periodo 2002 – 2005 gli obiettivi della WHO/OMS nel paese erano:⁶⁰⁹

⁶⁰⁷ <http://www.who.int/en/> (Gennaio 2012); <http://www.who.int/countries/zmb/en/> (Gennaio 2012); <http://www.afro.who.int/> (Gennaio 2012) .

⁶⁰⁸ WHO – Regional Office for Africa/WHO AFRO (2000), *WHO Country Cooperation Strategy Zambia 2002 – 2005*, Brazzaville, Republic of Congo.

⁶⁰⁹ WHO – Regional Office for Africa/WHO AFRO (2000), Op. Cit.

- "(a) Strengthening health services delivery including planning, monitoring and evaluation
- (b) Supporting the control of diseases of public health importance
- (c) Reproductive health and women and child health
- (d) Health promotion
- (e) Evidence and information for health policy and management
- (f) Health and environment
- (g) Emergency preparedness and humanitarian response
- (h) Promoting strategic partnerships".

Per quanto attiene l'attenzione a determinanti sociali che possano ricollegarsi al tema della società civile e della partecipazione comunitaria, per il periodo detto la WHO/OMS segnala la rilevanza del tema dell'educazione sanitaria di base e dell'*empowerment* delle donne finalizzato a una reale parità dei generi. Le pratiche collegate al SWAp appaiono centrali mentre il processo di riforma sanitario viene sostenuto attraverso: sostegno allo SWAp; sostegno alla *governance*; rafforzamento alle pratiche di monitoraggio e pianificazione; promozione di pratiche di *quality assurance*.⁶¹⁰

Nel successivo documento relativo alla cooperazione in Zambia⁶¹¹ vengono individuate alcune aree prioritarie di intervento: *Health security; Health Systems Capacities and Performance; Partnerships, Gender and Equity*.

Il *focus* è sul rafforzamento del sistema sanitario, nel quadro di un approccio ai determinanti sociali della salute secondo le linee della CSDH, e della sua capacità di ricerca. Ribadendo i principi della Dichiarazione di Parigi e quanto contenuto nel JASZ, viene fatto accenno all'importanza del riconoscimento del contributo delle Ong nel settore e all'impegno di rafforzarne il ruolo. Nessun accenno alle strutture di partecipazione comunitaria e decentrata come pure a quegli aspetti dei SDH più collegati alla redistribuzione del potere e alla partecipazione. Gli scambi di informazioni e il colloquio con Salomon Kagulula della *WHO/OMS Office in Zambia* mi hanno confermato l'attenzione al tema dei Determinanti Sociali della Salute e al tema dell'equità redistributiva in termini di accesso e servizi tramite un rafforzamento del sistema sanitario coerente con l'approccio PHC.

Al di là dei documenti ufficiali ho trovato su indicazione di Salomon Kagulula alcune fonti informative in rete per addetti ai lavori. In una di queste si trova la seguente analisi curata dalla WHO/OMS relativamente allo Zambia:

⁶¹⁰ WHO – Regional Office for Africa/WHO AFRO (2000), Op. Cit.

⁶¹¹ WHO – Regional Office for Africa/WHO AFRO (2009), *WHO Country Cooperation Strategy Zambia 2008 – 2013*, Brazaville.

"At policy level, the civil society is part of the Health Sector Advisory Group (SAG), which is the highest policy making body for the sector. At SAG meetings, the lead Civil Society Organisation (CSO), is given a mandate on the Agenda. At lower levels, health promotion, preventive health and curative health experiences of quality services have been build up, but there is need for further improvements. The major challenge is the need to increase the voice of the civil society, and transitioning them from being proactive rather than reactive. Civil society involvement in quality assessment of services also has to be scaled up in order to achieve a better response to client needs".⁶¹²

Infine nel portale collegato alla WHO/OMS per l'elaborazione e raccolta di documenti a sostegno del dialogo politico rispetto alle politiche sanitarie è presente una sezione ampia dedicata al tema della *governance* del sistema sanitario e a quello dei determinanti sociali della salute.⁶¹³

L'attenzione della WHO/OMS appare più concentrata sul problema complessivo della *governance*, e pur sostenendo una crescente partecipazione dei diversi attori coinvolti, delimita il ruolo della società civile e delle comunità alla valutazione e alla manifestazione di una non chiaramente definita "voice".

*SIDA*⁶¹⁴

L'agenzia di cooperazione della Svezia (SIDA) ha certamente avuto una sensibilità accentuata rispetto ai temi della partecipazione e dell'equità in salute. Lo dimostra *in primis* il sostegno all'esperienza dell'*Equity Gauge Alliance* in Zambia⁶¹⁵ (sostenuto in parte anche dall'agenzia di sviluppo del Canada: CIDA⁶¹⁶) dopo il 2000 e la costante attenzione a processi di ricerca nel settore sanitario attraverso la componente Zambiana del network EQUINET (già citato in precedenza e presente in Zambia tramite CHESSORE e il Dott. Ngulube) come pure tramite il Dipartimento di Economia dell'University of Zambia (il cui staff ho avuto modo di incontrare e che da molti anni conduce ricerche qualitative e quantitative sul settore sanitario dello Zambia e le riforme in esso⁶¹⁷).

⁶¹² http://www.aho.afro.who.int/profiles/index.php/Zambia:The_Health_System (Gennaio 2012).

⁶¹³ <http://www.healthintelligenceportal.org/index.php/Portal:Zambia> (Gennaio 2012).

⁶¹⁴ <http://www.sida.se/English/> (Febbraio 2012).

⁶¹⁵ <http://www.gega.org.za/> (Gennaio 2012).

⁶¹⁶ <http://www.acdi-cida.gc.ca/home> (Maggio 2012).

⁶¹⁷ Tra queste: Seshamani V., Mkiwisa C.N., Odegaard K. (2002), Op.Cit.; Cheelo C., Ndulo M., Odegaard K. (2006), Op.Cit.

Per quanto riguarda le strategie e politiche di cooperazione nel settore sanitario con una prospettiva di *empowerment* delle comunità e della società civile a favore di una maggiore partecipazione, gli interlocutori presso l'Ambasciata di Svezia a Lusaka⁶¹⁸ (Mr. Mandebvu – Health Officer SIDA, Giugno 2010; Ms. A. Mwendapole, National Programme Officer Controller – SIDA, Settembre 2010) mi hanno confermato l'attenzione ad un approccio bottom-up nel settore sanitario tramite un progetto che rafforzi le capacità locali di programmazione e di controllo (anche con attività di *budget tracking*), nel quadro di un intervento nel settore sanitario particolarmente incentrato sul'HIV/AIDS. Inoltre, nel quadro del finanziamento del basket fund del MoH, SIDA ha agito politicamente per rafforzare il ruolo delle strutture distrettuali, infatti:

"Fino a che esisteva il *Central Board of Health*, questo si occupava della implementazione dei servizi tramite i DHMT, gli *Health Centres* e i NHC. Questa struttura si è progressivamente erosa. I distretti dovevano avere un ruolo nello stabilire i grant per gli HC e le comunità. Ma spesso i fondi si fermano a livello di DHMT senza coinvolgere le comunità in alcun modo. La Svezia ha operato uno spostamento dal supporto alle pratiche di PHC al supporto dell'intero sistema sanitario. Parallelamente si è sviluppato il supporto alla CSOs tramite le iniziative di *budget tracking* e *community participation* che in prospettiva porteranno a iniziative di *drug tracking* e *services monitoring* (...) tra le azioni a favore della società civile vi è il finanziamento della *Zambian Governance Foundation*" (Ms. A. Mwendapole, *National Programme Officer Controller* – SIDA, Settembre 2010).

Nel periodo 2003 – 2007 gli obiettivi specifici di SIDA in Zambia erano⁶¹⁹:

- To contribute to the creation of an environment that will foster sustained pro-poor economic growth and creates opportunities for the rural and urban poor to improve and enhance their living conditions.
- To contribute to the expansion of a functioning welfare system which provides equal rights and equal access to good-quality social services

⁶¹⁸ http://www.swedenabroad.com/Page_104014.aspx (Aprile 2012).

⁶¹⁹ Swedish Ministry for Foreign Affairs (2002), *Country Strategy for Development Cooperation Zambia, 2003 – 2007*, Stockholm.

and safety nets for the rural and urban poor.

- To contribute to the promotion of democratic governance and the development of a society in which the state accepts its responsibility to respect, protect and provide all men, women and children with their civil, political, economic, social and cultural rights".

Inoltre fin dal 2000 SIDA aveva avviato una strategia specifica a sostegno della *governance* democratica con il fine, tra gli altri, di accrescere la partecipazione politica e la trasparenza.

Nel documento relativo alla strategia del periodo successivo (2008 – 2011)⁶²⁰ viene ribadito come strategico il sostegno alla società civile e il suo rafforzamento. Il sostegno alla società civile è, nella strategia di SIDA, elemento complementare al *Budget Support* nei settori di intervento.

Nell'intervento in ambito sanitario SIDA si propone di sostenere la società civile nell'impegno a favore del diritto alla salute. Vi è poi tutto un capitolo dedicato al sostegno della società civile:

"Specific Swedish goal: A vibrant, democratic and pluralistic civil society promoting transparency, accountability, participation and nondiscrimination. Strategic issues for dialogue will concern giving civil society access to and insight into democratic decision-making processes and strengthening it in its right to hold decision-makers to account (...).

La quantificazione del supporto alla società civile è evidente anche dalla Fig.4.25.

⁶²⁰ Swedish Ministry for Foreign Affairs (2008), *Strategy for Development Cooperation with Zambia, 2008 – 2011*, Stockholm.

Fig: 4.25. Erogazioni SIDA in Zambia

Goal/Sector	2003	2004	2005	2006	2007
Goal 1: Economic growth					
Agriculture	37 136	41 710	66 366	55 325	60 660
Energy	5 440	4 175	4 904	11 354	6 470
Private and Financial sector	8 371	5 039	6 743	10 626	8 834
Total Goal 1	50 947	50 924	78 013	77 305	75 964
Goal 2: Social development					
Health c	59 095	91 695	62 818	143 000	132 441
HIV and AIDS	489	573	3 908	7 840	1 847
Urban development	-	1 001	3 166	235	13 787
Total Goal 2	59 584	93 269	69 892	151 075	148075
Goal 3: Democratic governance					
State	4 726	5 540	20 534	32 619	16 319
Civil society	6 177	12 396	14 550	24 555	16 149
Total Goal 3	10 903	17 936	35 084	57 174	32 468
Budget support	-	-	-	48 500	96 250
Other support	1 999	1 224	1 487	1 430	3 309
Total	123 433	163 353	184 476	335 484	356 066

Fonte: Swedish Ministry for Foreign Affairs (2008), *Strategy for Development Cooperation with Zambia, 2008 – 2011*, Stokholm; valori in migliaia di Korone (SEK): 1000 SEK sono pari a circa 113 Euro, valore corrente 2012

Si consideri poi che nel 2009 il sostegno alla società civile ha raggiunto la cifra di 31,2 milioni di SEK. Del resto nel quadro delle strategie complessive di SIDA verso la società civile troviamo che tra le caratteristiche delle organizzazioni potenzialmente beneficiarie vi sono:

"Organisations and networks that strengthen the role of civil society as an arena for citizens' engagement, and promoting transparency, cooperation and networking among organisations. Opportunities that promote CSOs role to influence the design and implementation of poverty reduction strategies, in dialogue with the governments in partner countries".⁶²¹

⁶²¹ <http://www.sida.se/English/Partners/Civil-Society-/Civil-society-organisations/How-Sida-supports-civil-society-organisations/> (Aprile 2012).

Nel valutare i risultati del periodo 2008 – 2011, con particolare riferimento al settore sanitario troviamo⁶²² un riferimento preciso a un cambio di strategia rispetto al mero sostegno del bilancio del MoH. Diviene complementare il rafforzare la società civile e la sua capacità di controllo e intervento nei processi di gestione e allocazione del bilancio (è evidente il segno lasciato dai casi di corruzione di questi anni). Lo scopo è quello di rafforzare le capacità di *advocacy* e *accountability*. SIDA ha identificato due *partner* principali: *Centre for Health and Science and Social Research* (CHESSORE) del Dott. Ngulube e *Oxfam Zambia*. La politica di SIDA conferma, da un lato la sensibilità di SIDA rispetto al ruolo della società civile, ma anche i limiti, nel quadro dei meccanismi SWAp in Zambia, della partecipazione civile.

Per quanto attiene l'azione verso il rafforzamento della società civile nel complesso, SIDA ha adottato un metodo di sostegno "indiretto" ovvero tramite alcune organizzazioni – ombrello (tra cui la ZGF) al fine di favorire l'accesso ai fondi anche a organizzazioni periferiche di piccola dimensione. Non mancano le analisi critiche della società civile rispetto a un'eccessiva dipendenza dagli aiuti esterni come pure per la mancanza di strutture democratiche e *accountability*. Per finire SIDA si è impegnata per un'attiva partecipazione delle Ong al dibattito sulla normativa proposta dal governo per le Ong stesse. L'orientamento conclusivo di SIDA è quello di una sostanziale complementarietà dell'aiuto al settore pubblico e alla società civile come garanzia di uno sviluppo non solo della struttura democratica, ma efficace, efficiente e trasparente in tutti i settori di intervento.

⁶²² Swedish Agency for Development Evaluation (2010), *Results of the Swedish Cooperation Strategy for Zambia 2008 – 2011*, Karlstad.

Cap. 5 *Il tema della partecipazione e dell'empowerment delle comunità nel settore sanitario in Africa e in Zambia*

Nella prima parte di questo capitolo cercherò di delineare le principali esperienze e approcci al tema della partecipazione in ambito sanitario in Africa, considerando e approfondendo in premessa alcuni dati di contesto, per poi procedere all'analisi della situazione zambiana. Nell'analisi del caso Zambia rispetto al tema "partecipazione" ed "empowerment partecipativo" nel settore sanitario, dopo aver esaminato le politiche di sviluppo, prima dello Stato Zambiano (Cap.3) e poi dei principali donatori (Cap. 4), vorrei conclusivamente rendere conto di alcune prassi di partecipazione ed *empowerment* rilevate, alla luce delle indicazioni della CSDH relative alla partecipazione popolare ed equità.⁶²³

Nel redigere questa parte capitolo ho fatto ricorso alle interviste ed osservazioni sul campo oltre che alla documentazione ufficiale indicatami e ricercata, unitamente alle letture in loco e sul web di articoli e notizie relative ai principali partiti politici oltre che alle testate nazionali giornalistiche di maggiore diffusione: *The Post* e *Time of Zambia* ma anche *Watchdog Zambia* (giornale web suggeritomi in seno all'UE come una fonte di analisi meno parziali).

Ho inteso descrivere alcune esperienze promosse da network di Ong o da centri di ricerca o anche da singole persone o organizzazioni locali, tesi a promuovere equità e partecipazione, tenendo conto anche dei pareri e dei riscontri avuti dai soggetti coinvolti nei meccanismi "istituzionalizzati" di partecipazione.

Accennerò ad alcune osservazioni svolte nel Copperbelt, e più esattamente a Ndola, considerando che proprio in questa regione ha avuto luogo uno delle forme sperimentali di applicazione dell'*Equity Gauge* (Garante di Equità) citato anche dalla CSDH: un progetto promosso dal Dr. Ngulube (CHESSORE / INESOR) e finanziato dalla Cooperazione Svedese (SIDA), con la finalità di incidere sull'equità dei servizi sanitari e sul livello di partecipazione delle popolazioni. In base alle informazioni raccolte si cercherà anche di delineare funzioni, ruoli ed esperienze dei *Neighbourhood Committee* (strumento ufficiale principalmente dedicato alla partecipazione in un'ottica di *Primary Health Care*) ed alle forme di azione della società civile e del nascente *Civil Society Health Forum* sempre nel Copperbelt.

⁶²³ WHO (2008), *Closing the Gap*, Op. Cit., Cap. 10 - 15.

5.1 *Partecipazione e salute in Africa: esperienze, criticità, proposte*

In questo paragrafo, utilizzando la letteratura e le analisi a disposizione, si cercherà di delineare le principali esperienze di partecipazione in campo sanitario, con particolare riferimento all'Africa Sub-Sahariana e le proposte politiche o progettuali emerse di recente, considerando sia proposte emerse dalla società civile nazionale e internazionale, che documenti ufficiali di organizzazioni intergovernative. Lo scopo è dare la possibilità di comprendere come le dichiarazioni ufficiali e gli approcci teorici abbiano trovato traduzione in alcune esperienze e mostrare alcune evidenze e modelli che ho inteso utilizzare per interpretare la realtà incontrata.

Molta della letteratura utilizzata deriva da contributi e lavori anteriori (e in parte preparatori) al Rapporto della CSDH o citata da questo come buone prassi, come pure da lavori successivi che cercano di dare direzione politica e attuativa ai principi enunciati dalla CSDH.

E' evidente come un approccio basato sui diritti umani prevalga in larga parte delle esperienze e proposte, unitamente a concetti quali *accountability* ed *empowerment*, ma come parte della letteratura cerchi di approfondire i meccanismi di potere e conflitto esistenti nel settore sanitario anche a livello di erogazione dei servizi e di rapporto tra operatori sanitari e cittadini / utenti / beneficiari, interrogandosi sia su queste forme di conflitto come pure sui modi e livelli di coinvolgimento delle popolazioni. Questa letteratura si riferisce ad una idea di partecipazione fortemente connessa con il tema del potere, dello spazio di esercizio della partecipazione e delle sue caratteristiche, come pure alla partecipazione come parte di un complesso processo di mutamento negli equilibri preesistenti in direzione di un sistema più equo in termini di condizioni e servizi di salute, come pure di una società complessivamente più equa con enormi benefici sulla salute delle persone più marginali o povere.

Volendo prendere avvio dalle considerazioni legate all'equità e ai diritti umani è bene considerare che le politiche per l'equità richiedono un impegno sincero a decentralizzare il potere, incoraggiando le persone a partecipare a ogni livello del processo decisionale. Troppo spesso questo viene interpretato in un senso molto ristretto da coloro che pianificano le politiche, i quali riconoscono semplicemente la necessità della collaborazione volontaria del pubblico per il successo dei piani governativi. Questo principio, invece, si spinge oltre, fino a comprendere l'accettazione del fatto che i progetti e le azioni dovrebbero essere basati su quelli che le persone percepiscono come i loro bisogni, non su soluzioni imposte dall'alto.

Il punto è che i piani e i progetti per ridurre le iniquità dovrebbero essere cose fatte non alle persone ma con le persone. I piani dovrebbero appartenere alla gente tanto quanto ai responsabili politici.

Questo principio è valido per l'intera strategia "Salute per tutti" di Alma Ata,⁶²⁴ ma acquista particolare rilevanza in relazione ai gruppi svantaggiati e vulnerabili, che tendono ad avere minor voce in capitolo e minor grado di partecipazione nelle decisioni chiave che influenzano il loro stato di salute e il loro benessere. I gruppi più in grado di farsi sentire e quelli con la rappresentanza più forte tendono ad avere più influenza rispetto a quelli che si trovano in posizioni più deboli. Questa situazione si può verificare anche con coloro che risiedono nelle zone marginali di un paese, lontano dai centri decisionali, perché potrebbero avere la sensazione che le loro opinioni e i loro bisogni vengano ignorati.

Questo significa per i gestori delle strutture sanitarie e per il personale sanitario la necessità di impegnarsi in modo particolare per fornire i meccanismi amministrativi e le informazioni necessari per agevolare la partecipazione della gente comune. Occorre che trovino dei canali attraverso i quali le persone possano esprimere i propri bisogni, in particolare i gruppi vulnerabili, che potrebbero non essere o non sentirsi in grado di usufruire dei procedimenti esistenti senza un opportuno incoraggiamento. Affinché queste politiche funzionino, è essenziale che a tutti i livelli si diffonda una conoscenza delle questioni dell'equità nella salute, e questo a sua volta richiede che il personale medico e non medico a tutti i livelli venga istruito in merito.⁶²⁵

Nel documento del Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite (ECOSOC) del 2000,⁶²⁶ con riferimento al tema della partecipazione, riferita al diritto a elevati standard di salute, troviamo alcuni passaggi che verranno successivamente sviluppati dallo *Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health* e dalla *Commission on Human Rights* poi sostituita dal *Human Right Council*.

In particolare i punti 11, 17, 42, 55, 56 e 62 del documento,⁶²⁷ enunciano il diritto alla salute come elemento inclusivo e segnalano l'importanza della partecipazione a tutti i livelli: comunitario / locale, nazionale e internazionale. La partecipazione è rilevante anche nel contribuire all'erogazione di servizi di prevenzione e cura oltre che nei processi di decisione politica. Quindi un'ampia gamma di spazi e ruoli vengono proposti e riproposti a partire dal diritto alla salute e da un approccio attento ai diritti umani (partecipazione nei servizi alla persona, nella formulazione e realizzazione di strategie e piani, promozione della salute, corresponsabilità nel tutelare il diritto alla salute. Se vi è una precisa chiamata in causa (e chiamata alla responsabilità) per la società civile, non mancano obblighi per gli stati che dovranno creare un clima favorevole (oltre che attuare politiche coerenti) al diritto alla salute e assicurare informazione e *accountability* nei confronti della società civile,

⁶²⁴ WHO (1978), Op. Cit.

⁶²⁵ Whitehead M. (2004), Op.Cit.

⁶²⁶ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000), *General Comment No. 14 (2000)*, Op.Cit.

⁶²⁷ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000), *General Comment No. 14 (2000)*, Op.Cit.

come pure del settore privato. Tra gli altri obblighi: meccanismi nazionali di monitoraggio sui piani sanitari, individuando limiti alla realizzazione del diritto alla salute per aggiornare i propri piani; garanzie e sostegno a difensori dei diritti umani e membri della società civile impegnati nell'assistenza dei gruppi vulnerabili e marginali e nella realizzazione del diritto alla salute.⁶²⁸ Queste affermazioni si collegano a tutta la tradizione della partecipazione che a partire da Alma Ata ha introdotto anche nel sistema sanitario la partecipazione come abbiamo visto nei precedenti paragrafi con riferimento ai concetti di CIH (*Community Involvement in Health Development*) e CAH (*Community Action for Health*)⁶²⁹.

Per comprendere come nello specifico contesto africano hanno trovato spazio queste teorie e proposte e quali esiti abbiano avuto, è necessario considerare come premessa sia il ruolo della società civile che le transizioni e dinamiche politiche in Africa, nonché le pratiche di decentramento diffuse a partire dagli anni '90.

5.1.1 Società civile e recenti transizioni e dinamiche politiche in Africa: alcuni cenni

In continuità con le riflessioni conclusive del precedente paragrafo, può essere utile, in modo preliminare, considerare i dubbi espressi da David Lewis⁶³⁰ relativamente all'uso pertinente e alla realtà di "società civile" in Africa. Vi è chi risponderà positivamente in quanto la società civile è un elemento fondamentale per la democrazia (tipico di questo approccio è la realizzazione di politiche di *capacity building* rispetto alle ONG locali per favorire la *good governance*), anche se il modello proposto / imposto non tiene conto delle elaborazioni locali del concetto e delle pratiche. Altri rifiuteranno il concetto in quanto frutto di una differente esperienza storica caratterizzata da uno Stato predatorio, dalle rilevanza della appartenenza etnica, dalla informalità di molte forme organizzative; per altri autori vi sono ragioni storiche che fanno ritenere inadeguata la categoria concettuale di società civile (le pratiche autoritarie coloniali e post-coloniali, lo Stato debole e indebolito dai PAS, i fenomeni di cooptazione e la non chiara distinzione tra azione sociale e politica)⁶³¹; James Ferguson⁶³² sottolinea che le stesse ONG di cooperazione, con legami transnazionali, non sfidano il potere dal basso ma sono "horizontal contemporaries of wider institutions of transnational governmentality", per cui l'idea di una dicotomia Stato / Società Civile

⁶²⁸ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000), *General Comment No. 14 (2000)*, Op.Cit.

⁶²⁹ Kahssay H.M., Oakley P. (1999), Op.Cit.; Oakley P. (1989), *Community Involvement in Health Development – An examination of Critical Issues*, WHO, Ginevra.

⁶³⁰ Lewis, D. (2002), "Civil Society in African Contexts: Reflections on the Usefulness of a Concept", in *Development and Change*, 33.

⁶³¹ Lewis, D. (2002), Op. Cit., Pag. 577.

⁶³² Lewis, D. (2002), Op. Cit.

non è idonea a leggere la realtà. Vi è poi una posizione di mediazione (adattiva) che segnala l'attenzione a una applicazione non rigida del concetto, considerando le specificità del contesto africano e la presenza di espressioni che non collimano con le esperienze europee ma che costituiscono elementi di società civile a partire da forme di mutuo aiuto esterne allo Stato ma anche parallele alle forme più note quali chiese, partiti, forme cooperative: è necessario quindi ampliare il concetto di società civile a processi e forme locali. Infine vi è chi riconosce che il termine è già stato utilizzato in Africa sia dai colonizzatori che dai movimenti di resistenza e quindi è rilevante capire la relazione tra mutamenti sociali e il termine/realtà società civile più che chiedersi se il concetto ha senso in Africa: è rilevante l'analisi dei processi storici che hanno influenzato la società civile. Nel considerare le dinamiche storiche parto ancora una volta dall'analisi di Ianni⁶³³ che integrerò con studi più specifici di natura storica e politica per delineare ruolo e dinamiche delle società civili in Africa e in particolare dell'Africa Sub-Sahariana. Dedicare spazio a questo argomento è necessario e funzionale a comprendere e interpretare al meglio il ruolo svolto in Zambia dalle diverse forme di organizzazione della società civile e cercare di dare qualche interpretazione a riguardo nei capitoli finali di questa tesi.

Mamdani⁶³⁴ ci introduce al tema della società civile africana come una storia intrecciata al razzismo, in quanto creazione dello Stato coloniale, era la società dei colonizzatori. La libertà di associazione e di azione politica era riservata ai cittadini e non alle popolazioni soggette all'*indirect rule* di autorità tribali. Mamdani⁶³⁵ indica una composizione sociale che vede i cittadini/coloni portatori di diritti, i contadini / sudditi e una classe media urbana locale non soggetta alle forme dell'*indirect rule* ma soggetta alla discriminazione razziale delle leggi civili. Le lotte anti-coloniali vedono la nascita di forme embrionali di società civile a partire dalla classe media citata e dagli operai. Una terza fase è individuata da Mamdani⁶³⁶ nel periodo post-indipendenza in cui all'interno della società civile si creano tensioni per una sua de-razializzazione rispetto al passato coloniale, utilizzando il concetto di "africanizzazione". La fase degli stati nazione vede progressivamente assorbire la società civile nella società politica, depotenziandone la capacità critica e di mobilitazione, portando a forme di partecipazione senza rappresentanza, fino alle transizioni dei primi anni '90, che rischiano di vivere il fenomeno della rappresentanza multipartitica a fronte di una crisi della partecipazione. Nel riferirsi sempre alla rinascita di forme democratiche negli anni '90, Vanni Ianni⁶³⁷ segnala un fenomeno continentale che porta all'adozione di una vasta gamma di riforme

⁶³³ Ianni V. (2004), Op.Cit.

⁶³⁴ Mamdani M. (1996), *Citizen and Subject. Contemporary Africa and the Legacy of Late Colonialism*, Princeton Studies in Culture Power History, Princeton University Press, Princeton, Pag. 19.

⁶³⁵ Mamdani M. (1996), Op. Cit.

⁶³⁶ Mamdani M. (1996), Op. Cit.

⁶³⁷ Ianni V. (2004), Op. Cit.

amministrative e, successivamente, la messa in moto di più profonde trasformazioni istituzionali e costituzionali, in un quadro di rapidi mutamenti, forte instabilità e presenza di una pluralità di rivendicazioni democratiche. In Africa prevalgono le richieste di passaggio a sistemi multipartitici di Governo dello Stato. Frederick Cooper⁶³⁸ individua tra gli elementi scatenanti e favorevoli a questo passaggio negli anni '90:

1. Oltre un decennio di contrazione economica che ha eroso le risorse funzionali ai meccanismi di *patronage* delle élite al Governo;
2. Studenti e nuovi professionisti hanno percepito nettamente l'impossibilità di una prospettiva futura;
3. La disponibilità ad essere mobilitati e mobilitarsi da parte dei lavoratori e delle fasce povere urbanizzate;
4. Le pressioni dei principali donatori in termini di condizionalità degli aiuti rispetto a temi quali la *good governance* e la lotta alla corruzione;
5. Una crescita e diffusione delle Ong impegnate sui diritti umani, le riforme normative, l'*empowerment* delle donne, l'ecologia.

In questi processi non mancano elementi di debolezza:

- la debolezza istituzionale degli attori politici e sociali: debolezza dello Stato nella definizione dei suoi assetti e nell'esercizio delle sue funzioni, dei partiti, ma anche di sindacati, cooperative, ONG, associazionismo in genere;
- una rilevante crescita dell'associazionismo e della sua mobilitazione. Il fenomeno presenta però ambiguità notevoli che incidono sul carattere e sulle tendenze della democratizzazione. L'equivalenza tra crescita associativa e rafforzamento della società civile conferma così di non essere automatica (negli anni novanta, infatti, molti gruppi inclinano al particolarismo, al fondamentalismo religioso, al conflitto etnico);
- l'esistenza, soprattutto in Africa, di profonde divisioni etniche che, sovrapponendosi a caratteristiche di tipo economico, sociale o religioso, rappresentano un fattore di disturbo potenziale e reale per il funzionamento delle regole democratiche;
- la lotta all'autoritarismo non implica di per sé l'adesione a valori democratici ma può, al contrario, coniugarsi con rivendicazioni regionali, etniche o di difesa comunitaria;
- I nuovi leader rimangono legati a una idea di “*winner – take – all*”⁶³⁹ che non permette ai rivali politici un accesso a spazi provinciali e locali di Governo. Spesso i partiti di

⁶³⁸ Cooper F. (2002), *Africa since 1940: The Past of the Present*, Cambridge University Press, Cambridge.

⁶³⁹ Cooper F. (2002), Op. Cit., pag. 182.

opposizione si organizzano e strutturano analogamente in base a legami „*patron – client*”.⁶⁴⁰ Per queste ragioni Ianni⁶⁴¹ rilancia il concetto di „coscienza civica“, frutto dell'incontro tra diverse idee o dimensioni di valori: una dimensione universalistica che si riferisce all'accettazione dei diritti umani universali, una storica riferita a una memoria comune, una utilitarista che si riferisce ai costi e vantaggi dell'azione collettiva anziché individuale. In Africa, la società civile si fa portatrice negli anni '90 di una visione anti – autoritaria ma non sempre automaticamente tollerante e rispettosa di valori universali. Spesso la mancanza di cultura civica e le divisioni etniche rischiano di minare i processi di cambiamento e l'esistenza di una società civile interconnessa. Sempre negli anni '90 e poi ancora nel primo decennio del nuovo millennio la società civile è fortemente coinvolta nei processi di decentramento politico che si affiancano e si confondono con piani di privatizzazione e azioni di deconcentrazione che non comportano automaticamente forme di partecipazione democratica e reale capacità / volontà di incidere sulle problematiche di povertà ed iniquità a livello locale. Permangono (e lo si può notare ancora in Zambia) forme di debolezza politica, economica e amministrativa degli organismi decentrati / locali e la scarsa capacità di incidere sulla povertà e i problemi delle popolazioni rischia di aumentarne la delegittimazione e indurre a una riduzione della partecipazione democratica, creando un circolo vizioso con politiche di ri-centralizzazione progressiva sia dello Stato che delle Ong.⁶⁴² Le transizioni che hanno caratterizzato l'Africa degli anni '90 segnalano alcuni aspetti comuni rispetto al ruolo della società civile, dei cittadini e delle pratiche di partecipazione democratica.⁶⁴³ Quella che alcuni autori descrivono come una “seconda indipendenza”⁶⁴⁴ ha portato spesso a forme democratiche stentoree e minimali. Tra gli elementi che emergono:

- Democratizzazione, *Institution Building*, *Good Governance*, *Capacity Building* sono le nuove parole d'ordine delle riforme spinte sia da attori internazionali che interni, in cui l'attenzione alla formalità delle istituzioni e delle procedure elettorali prevale rispetto alla reale partecipazione. Infatti se la revisione dei SAP/PAS e il riconoscimento di un ruolo dello Stato rispetto a determinati beni pubblici, che caratterizza gli anni '90 e successivi, apre a concetti quali quello di *Governance* e *Institution Building*, Decentramento del Governo e dei servizi e le ONG, sempre più presenti, diventano veicolo e strumento per

⁶⁴⁰ Cooper F. (2002), Op. Cit., pag. 182.

⁶⁴¹ Ianni V. (2004), Op. Cit.

⁶⁴² Ianni V. (2004), Op. Cit.

⁶⁴³ Si intende fare particolare riferimento ai capitoli a cura di Gentili A.M., Doornbos M., Zamponi M., Khadiagala G. in AA.VV. (2005), *Stato, Democrazia e Legittimità*, Carocci, Roma; Zamponi M. (2007), "Democrazia e transizioni politiche: l'Africa sub-sahariana nell'era del post Washington Consensus", in 900 Rassegna di Storia Contemporanea, n.14/15 del 2007.

⁶⁴⁴ Joseph R. (1999), "The Reconfiguration of Power in Late Twentieth – Century Africa", citato da Zamponi M. (2007), Op. Cit.

- politiche di *accountability*, *capacity building*, *empowerment*: resta il problema di cittadini che, a fronte di stati ove si svolgono competizioni elettorali, mancano ancora del riconoscimento e del pieno esercizio di diritti fondamentali che li mettano in grado di partecipare realmente e incisivamente, ovvero si realizzano democrazie escludenti.⁶⁴⁵
- La progressiva delegittimazione dei regimi a partito unico, unita a una crisi economica e a crescenti proteste portano a formazione di nuovi partiti, nuove forme costituzionali e transizione verso elezioni multipartitiche. Si passa da forme di Governo a partito unico a forme a “partito egemone”⁶⁴⁶ e le democrazie elettorali non sembrano in grado di garantire legittimità allo Stato.
 - In uno Stato presumibilmente “democratico”, le politiche di privatizzazione divengono spazio per la creazione di nuove oligarchie collegate a forze politiche emergenti nella competizione elettorale. Nuove *élite*, o riciclate abilmente, approfittano delle liberalizzazioni e privatizzazioni per costituire forme di controllo sulle risorse, mentre aumentano i divari all'interno della popolazione che sfociano anche in forme di conflitto violento.
 - Emergono le organizzazioni della società civile, a volte propaggine dei partiti al Governo a volte autonome dallo Stato, ma spesso dipendenti dall'aiuto esterno. Tra i soggetti protagonisti dei processi di democratizzazione: gli studenti, i sindacati (che spesso si liberano dal controllo mono-partitico), le associazioni per i diritti umani, i gruppi religiosi di base, la stampa e i militari (che spesso assecondano le aspirazioni delle popolazioni).⁶⁴⁷
 - I processi democratici, sottoposti a forti pressioni da parte dei donatori internazionali, si svolgono in condizioni complesse caratterizzate dal permanere di una diffusa povertà, da élite egemoni, istituzioni ancora deboli anche a livello locale. Spesso l'*accountability* è un problema che riguarda la relazione di un Governo con i donatori e non con i cittadini, dovendo rispondere alle “condizionalità” esterne. Ne sono un esempio le politiche di privatizzazione del Presidente Chiluba in Zambia - pur provenendo Chiluba dall'ambiente sindacale - che hanno favorito le imprese internazionali a scapito delle condizioni lavorative e sociali, fino al dibattito sulla tassazione delle imprese minerarie in Zambia, che vede al momento favorite in modo notevole le multinazionali che hanno investito nel settore minerario zambiano. Cooper⁶⁴⁸ parla di “doppia liberalizzazione” (in politica e nel mercato) con esiti ambigui e contraddittori in quanto stati sempre meno capaci di erogare servizi e con poche risorse rischiano di essere “choiceless democracies” e spesso le privatizzazioni di

⁶⁴⁵ Zamponi M. (2007), Op. Cit.

⁶⁴⁶ Gentili A.M. (2008), Op. Cit.

⁶⁴⁷ Touadi J.L. (2003), *Africa - La pentola che bolle*, EMI, Bologna.

⁶⁴⁸ Cooper F. (2002), Op. Cit.

imprese e servizi vanno a mero vantaggio di élites locali collegate internazionalmente o di imprese multinazionali, creando nuove forme di patronage politico – economico oltre che forme di privatizzazione della sicurezza, corruzione e clientelismo diffusi:⁶⁴⁹ tra le poche eccezioni il Botswana;

- Le democrazie assumono una veste formalmente democratica ed elettorale, anche se permangono problematiche legate alla libertà di stampa, al rispetto dei diritti umani, alla pratica della giustizia, al funzionamento dei parlamenti nazionali rispetto a decisioni in campo economico. Il rischio è quello di democrazie senza cittadini;
- Si assiste a forme di decentramento contraddittorie e spesso più vicine a forme di deconcentrazione che di decentramento democratico e politico e si manifesta il rischio di apatia da parte dei cittadini rispetto ai meccanismi di partecipazione decisionale o elettorale. Si riscontrano anche forme di “decentralized despotism” in cui le periferie e gli ambiti rurali non godono a pieno dei benefici di processi democratici o ne sono escluse;
- Progressivo riconoscimento del ruolo della società civile nei processi di *accountability* e di *governance* anche se spesso funzionale alle richieste della comunità internazionale o per migliorare gli strumenti proposti nel quadro degli aiuti allo sviluppo (ad esempio per l'elaborazione dei *Poverty Reduction Strategy Papers*). La società civile rischia a sua volta di giocare un ruolo ambiguo e strumentale rispetto allo Stato, sollecitata dalle agenzie internazionali, e non contribuire a uno Stato capace di incidere sulla povertà, ma ancora una volta progressivamente delegittimato.
- Etnicizzazione delle fasi di transizione democratica con il rischio di tramutare la competizione politico – elettorale in conflitto tra gruppi. A livello locale diverse legittimità entrano in competizione: autorità dello Stato centrale, autorità locali elette, autorità tradizionali. Nel quadro di politiche di decentramento, queste forze entrano in competizione tra loro, dando esiti ambigui o non lineari rispetto al rafforzamento o meno del potere di controllo centrale.⁶⁵⁰
- Conseguentemente alle politiche di privatizzazione, crisi di legittimazione e di azione politica da parte delle aggregazioni sindacali e della partecipazione alle lotte sociali.
- Spesso nei / tra i partiti emersi dalle prime elezioni multipartitiche degli anni '90 emergono conflittualità e competitività⁶⁵¹ finalizzate al mantenimento di posizioni acquisite anche nel quadro di politiche di liberalizzazione e privatizzazione: si evidenzia progressivamente la

⁶⁴⁹ Zamponi M. (2007), Op. Cit.

⁶⁵⁰ Gentili A. (2008), Op. Cit., (Cap. 4)

⁶⁵¹ Gentili A. (2008), Op. Cit.

delusione dei cittadini – elettori anche a fronte di politiche che non riescono ad uscire dai dettami delle istituzioni finanziarie internazionali e che vengono spesso contaminate dalla corruzione;

- La società civile si organizza progressivamente, e non secondo un unico modello continentale, in associazioni, comunità, gruppi che forniscono aiuto e appoggio, nel tentativo di organizzarsi anche per esercitare pressioni sul Governo centrale. Emerge inoltre un senso di cittadinanza che comprende alcune possibilità o potenzialità quali la domanda di *accountability* rivolta ai funzionari pubblici, la possibilità di riforme e gruppi che le sostengano e promuovano, la ricchezza della vita associativa, l'organizzazione di sindacati, partiti e gruppi;
- Le transizioni democratiche vedono convergere una domanda interna di cambiamento volto a dare risposte ai problemi di povertà e sviluppo, accentuati dai PAS, con una idea delle organizzazioni internazionali che vede nell'evoluzione parallela di democrazia e libero mercato una nuova soluzione ai problemi dello sviluppo e per cui è essenziale una maggiore efficienza garantita da una nuova *governance* interna ai paesi africani. L'*empowerment* della società civile e delle sue comunità, in antagonismo con uno Stato inefficiente e autoritario, deve camminare di pari passo con la liberalizzazione economica e la presenza di ONG forti che impongano una *good governance*, idealizzando il ruolo della società civile, che invece, come abbiamo già visto, è attraversata da contraddizioni e conflitti.

Tutto questo nel quadro di una complessiva incorporazione dell'Africa nei processi economici mondiali, seppur con benefici assai esigui. Questo insieme di problematiche ripropongono l'importanza della cittadinanza non solo elettorale, ma politica e sociale complessiva e delle politiche che agiscano rispetto alla povertà. Le pratiche democratiche istituzionali non possono essere disgiunte dalle questioni socio – economiche della popolazione di cui lo Stato deve farsi carico, pena una disaffezione complessiva, una percezione negativa dello Stato e un recupero di legami etnici tramite cui rivendicare diritti e risorse, anche tramite forme di partito etnicamente o territorialmente definite.

Tra gli elementi che emergono, ampliando il dibattito sul concetto di società civile e sulla sua natura intrinsecamente democratica, vi è la relazione tra organizzazioni della società civile (dette comunemente *Civil Society Organizations* - CSOs) e le organizzazioni politiche (la cosiddetta "società politica") coinvolte nei processi di democratizzazione. La distinzione teorica viene spesso meno nella realtà dei fatti osservati nei processi di transizione democratica in Africa e non solo:⁶⁵²

⁶⁵² Fioramonti L. (2010), Op.Cit.

molte organizzazioni vengono create per sostenere partiti politici quando questi sono costretti ad agire *underground*, per poi essere riassorbite dai partiti quando questi entrano nella legalità democratica. Nonostante il fatto che negli anni '90 la democratizzazione fosse diventata una delle nuove *buzzwords* delle politiche di sviluppo, non mancavano agende parallele o nascoste da parte dei donatori internazionali, ovvero l'interesse per le liberalizzazioni economiche e il libero commercio internazionale. Osservando l'Africa, i faticosi processi di consolidamento democratico, pur in presenza di ingenti fondi e programmi per la democratizzazione, ci si trova di fronte a una serie di governi con una facciata di democrazia liberale in cui le elezioni non sono la garanzia di democrazia. Altro esempio è l'asimmetria di condizioni tra aree centrali e urbane e aree decentrate dove permangono forme di dispotismo. In questo quadro si è sviluppata una attenzione dei donatori verso la società civile e le CSOs per sollecitare forme di sviluppo democratico *bottom-up* (in coerenza con i principi che abbiamo visto emergere nel contesto della cooperazione allo sviluppo e al ruolo delle CSO nello sviluppo).

Anche in Africa si è potuto osservare però una predilezione per organizzazioni professionalizzate e prevalentemente site in ambiti urbani, che hanno la capacità di interloquire con i donatori e rispondere agli standard richiesti per l'erogazione dei fondi. Resta ovviamente da dimostrarne i legami con la base della società e gli ambiti più marginali. I gruppi di base faticano in tale contesto ad accedere alle risorse economiche ma anche culturali e politiche messe a disposizione dagli organismi internazionali o da reti internazionali di Ong.

Le CSOs individuate come essenziali nei processi di democratizzazione e nel coinvolgimento dei cittadini, e per questo oggetto di sostegno economico e politico, rischiano in tal modo di perdere progressivamente autonomia e la capacità di sviluppare forme autoctone di CSOs e di essere esposte ad attacchi da parte del Governo locale con l'accusa di strumento di interferenza dall'esterno e scarsa *accountability* nei confronti delle comunità nazionali, inoltre vi è il rischio che il modello di Ong che emerge da queste fasi di transizione non necessariamente risponda ai bisogni sociali e alle caratteristiche culturali del paese, oltre che avere problemi di sostenibilità di lungo termine. Una delle alternative individuate da Fioramonti⁶⁵³ è quella della *micro-assistance to democracy* ovvero utilizzare e sostenere gruppi locali come veicoli di accesso ai meccanismi democratici a livello locale, come viatico all'accesso ai meccanismi nazionali o comunque a processi più ampi di democratizzazione.

Nell'analizzare il ruolo delle CSOs nell'ultimo decennio in Africa, uno degli elementi che emerge è l'attenzione e lo sforzo delle CSOs a richiedere *accountability* da parte dello Stato rispetto agli impegni presi in riferimento allo sviluppo e alla lotta alla povertà (una *accountability* definita da

⁶⁵³ Fioramonti L. (2010), Op. Cit.

alcuni autori come "sociale")⁶⁵⁴. Tra i settori di maggiore impegno delle CSOs degli ultimi anni vengono annoverate:

- il rafforzamento della partecipazione e dell'attenzione dei cittadini;
- un aumento delle capacità di influenza da parte della società civile (tipicamente nelle fasi di elaborazione dei bilanci dello Stato o dei piani pluriennali, con particolare attenzione alle politiche sociali e di lotta alla povertà);
- il miglioramento delle capacità di *accountability* verso i donatori.

Nel marcare in modo interessante la differenza tra CSOs e società civile Malunga⁶⁵⁵ annota come la sfida reale non sia sviluppare delle organizzazioni di società civile ma trasformare le popolazioni, spesso stremate, passive e impoverite, in una società civile attiva e in grado di interloquire con lo Stato.

Nell'analizzare il ruolo della società civile a seguito dell'accordo di Cotonou tra EU e paesi ACP, Herrero Cangas per ECDPM⁶⁵⁶ classifica alcuni settori di intervento per la società civile e le CSOs (Tab. 5.1).

Tab.5.1: Settori di intervento per la società civile

Welfare Service Delivery	Advocacy	Watchdog Role
Civil society organisations can provide the necessary institutional basis for service delivery when questions of effectiveness and responsiveness of the state arise. At the local level, grassroots organisations can promote collective action to improve access to basic services (e.g., health and education).	Civil society organisations can play a role in political life by reiterating the legitimate right of citizens to make demands upon the state. Civic education programmes can help mobilise people and encourage previously marginalised groups to enter the political arena. Civil society organisations are effective vehicles for representing and negotiating citizens' interests vis-à-vis the state.	Civil society organisations can promote good governance and social equity by monitoring both state and market performance. Non-state organisations increasingly use the dissemination of information - on current legislation, public expenditure, policy implementation, achievements and drawbacks in promotion of the rule of law, good governance, and respect of human rights - as a tool to keep an eye on state performance.

Fonte: Herrero Cangas A. (2004), "The good governance agenda of civil society: implications for ACP-EU cooperation", in ECDPM InBrief 12, Maastricht

⁶⁵⁴ Malunga C. (2006), "Civil Society Effort in Improving Accountability in Africa", in EU-Africa e-alert n. 4, http://www.ecdpm.org/Web_ECDPM/Web/Content/Navigation.nsf/index2?readform&http://www.ecdpm.org/Web_ECDPM/Web/Content/Content.nsf/7732def81ddd7ac1256c240034fe65/4407146313c48776c125724400311911?OpenDocument (Ottobre 2011).

⁶⁵⁵ Malunga C. (2006), Op. Cit., pag. 7.

⁶⁵⁶ Herrero Cangas, A. (2004), "The good governance agenda of civil society: implications for ACP-EU cooperation", in ECDPM InBrief 12, Maastricht, http://www.ecdpm.org/Web_ECDPM/Web/Content/Navigation.nsf/index2?readform&http://www.ecdpm.org/Web_ECDPM/Web/Content/Content.nsf/7732def81ddd7ac1256c240034fe65/efd9bdbff347c311c1256fb3003de9c6?OpenDocument (Ottobre 2011).

Infine le CSOs sono state coinvolte e attive nei processi di decentramento variamente attuati in Africa a partire dagli anni '80 e poi negli anni '90, seppur con una tendenza più democratica e per favorire il pluralismo (decentramento democratico). Nei processi di decentramento democratico le CSOs giocano un ruolo di rilievo: ad esempio attraverso un'opera di educazione e sensibilizzazione dei cittadini rispetto ai loro diritti e doveri di elettori, monitorando i processi elettorali locali, informandoli sui benefici del decentramento, fornire servizi a livello locale nel quadro di uno sviluppo locale. Al contempo le CSOs e le Ong possono influenzare anche negativamente il processo di decentramento democratico facendo di un interesse settoriale o particolare di un dato gruppo, una sorta di interesse collettivo o attraverso una gestione interna non democratica, assumendo forme di controllo sulle comunità locali o partecipando attivamente alla gestione della cosa pubblica a livello locale. L'attenzione e la preferenza dei donatori nei confronti delle Ong a scapito di governi locali, pur democraticamente eletti, può danneggiare e delegittimare i processi di decentramento democratico e i processi di sviluppo locale guidati dalle forme di Governo decentrato; infine forme di decentramento che vedano affermarsi o riaffermarsi *leadership* tradizionali, come componente della società civile, anche tramite forme di CSO, possono dimostrare limiti di *governance* democratica seppur nel quadro di un decentramento amministrativo.⁶⁵⁷

Nel considerare i processi di democratizzazione una riflessione utile sulle forme di Governo e di democrazia che sono emerse in Africa ce la offre sempre Frederick Cooper⁶⁵⁸ quando segnala come al di là delle forme istituzionali assunte (similari e modellate su quelle dell'Occidente Euro-Americano) i cittadini africani hanno una loro visione e immagine della società con categorie distinte rispetto a quelle occidentali e non si può pensare all'Africa come a un luogo ove al di fuori delle forme democratiche simil – occidentali vi è solo tribalismo violento. In questo contesto e particolarità vanno lette le dinamiche della società civile e il loro ruolo.

5.1.2 *Decentramento e partecipazione in Africa*

I processi di decentramento e la cooperazione decentrata hanno contribuito a dare rilievo al tema della partecipazione nella cooperazione allo sviluppo. Come? In quali termini? Una breve trattazione di alcune analisi ed esempi potrà essere utile a comprendere questa relazione anche rispetto al recente contesto africano e alle vere o presunte forme di decentramento avviate anche in Zambia di cui si parlerà in seguito.

⁶⁵⁷ Ribot J. (2002), *African Decentralization*, UNRISD Programme on Democracy, Governance and Human Rights Paper Number 8; Ribot J. (2007), "Representation, Citizenship and the Public Domain in Democratic Decentralization", in *Development*, 2007, 50(1), pagg. 43–49.

⁶⁵⁸ Cooper F. (2002), Op. Cit.

Una premessa necessaria è evidenziare come il decentramento non sia un tema nuovo in Africa, in quanto presente anche in epoca coloniale (ce ne parlano sia Mamdani, che Cooper, che Gentili⁶⁵⁹) nelle forme dell' "association" nelle colonie francesi o dell'"indirect rule" anglosassone, dando vita a forme di segregazione istituzionale. In epoca post-coloniale la tendenza rispetto alle forme di Governo locale ereditate (quindi ancora legate a quello che Mamdani⁶⁶⁰ chiama lo Stato biforcuto) fu quella di controllarne il funzionamento e/o ignorare le organizzazioni locali / sub-nazionali. Quindi il Governo locale come unità amministrative con una tendenza accentratrice e l'assenza di meccanismi elettorali locali (al massimo forme di deconcentrazione). In tal senso vanno lette anche le riforme amministrative in Zambia nel 1969, 1971 e 1980.

A partire dagli anni '80 il decentramento è spinto dall'idea dello Stato centrale leggero proprio dei PAS/SAP, mentre dopo il 1989 il decentramento comincia ad assumere significati più prossimi a un approccio legato ai diritti umani e al pluralismo democratico che progressivamente si afferma nei processi elettorali, sposandosi ancora con un orientamento a quella che abbiamo visto come duplice liberalizzazione finalizzata all'efficienza. Progressivamente anche in Africa viene proposto il Decentramento Democratico, anche se permangono le tendenze centralizzatrici che rischiano di fare del termine qualcosa di non reale.

Nel far sintesi tra le ragioni che hanno portato a politiche di decentramento in Africa si possono annoverare alcune motivazioni sintetiche:

- un esito della crisi economica e delle pressioni dei donatori;
- un modo per ampliare i confini amministrativi e fiscali dello Stato;
- un fallimento dello Stato centralistico e sviluppatista;
- un esito di politiche populiste;
- un esito dei conflitti tra centro e ambiti periferici, gruppi;
- un esito della domanda democratica.

Tutti questi elementi possono occorrere insieme e parallelamente nei processi di decentramento delineando un quadro non semplice e mono-interpretabile.

Nel mettere in relazione il decentramento con la partecipazione la prima cosa che emerge è considerare il decentramento non solo un processo amministrativo di redistribuzione di quote di autorità ma un processo politico⁶⁶¹. E' inoltre importante riflettere sulle potenzialità e capacità della

⁶⁵⁹ Mamdani M. (1996), Op. Cit.; Cooper F. (2002), Op. Cit.; Gentili A. (2008), Op. Cit.

⁶⁶⁰ Mamdani M. (1996), Op. Cit.

⁶⁶¹ Bergh S. (2004), Op.Cit. Fra i testi indicati dalla Bergh per una analisi di questo tema vi sono: Crook R., Manor J. (1998), *Democracy and Decentralisation in South Asia and West Africa: Participation, Accountability and Performance*, CUP, Cambridge; Tandler J. (1997), *Good Government in the Tropics*, Johns Hopkins University Press, Baltimore; Larson A. M., Ribot J. (2004), "Democratic decentralisation through a natural resource lens: an introduction", in *European Journal of Development Research* 16(1): 1-25.

società civile a fronte del decentramento, del ruolo dei donatori e discutere dell'affermazione per cui il decentramento corrisponde a una sorta di ritirata dello Stato centrale.

La devoluzione o anche decentramento politico democratico comporta il maggiore collegamento con la partecipazione popolare e le forme di *empowerment* partecipativo. Questa forma può anche contemplare forme di sviluppo partecipativo. Partecipazione e decentramento appaiono simbiotici: ⁶⁶² il decentramento ha bisogno di un certo livello di partecipazione, mentre la partecipazione è rafforzata, stimolata in quanto il potere è più vicino alle persone.

Tra i vantaggi del decentramento democratico / devolution:

- i rappresentanti politici che governano il territorio sono più vicini e quindi le mobilitazioni bottom-up possono risultare più efficaci nell'incidere sulla redistribuzione e uso delle risorse a livello locale;
- sono possibili forme di sperimentazione locale di politiche;
- è potenzialmente più semplice partecipare.

Un tale processo di decentramento sarà difficoltoso e stentoreo o inefficace se non dotato di adeguate risorse umane e finanziarie, in presenza di uno Stato centrale che eserciterà le sue funzioni in modo da scoraggiare il decentramento e infine se si verranno a creare forme di inefficienza e corruzione a livello locale senza *accountability* (decentramento della corruzione).

Anche Ribot⁶⁶³ mette in guardia rispetto alle forme, applicazioni e riforme tese a realizzare il decentramento. Infatti con riferimento alle riforme attuate in Africa osserva come in nome della decentralizzazione, il potere relativo alle risorse naturali sia affidato a una varietà di organismi locali che non possono essere investiti di un potere sufficiente e pertanto molte riforme nominalmente tese al decentramento non sono strutturate in modo coerente e rischiano di minare la creazione di istituzioni locali e rurali inclusive. Per Ribot:

"The term "decentralization", however, is also applied to programmes and reforms that ultimately are designed to retain central control. The legal-political design of local government in Africa tends to weaken the cultivation of a democratic culture at the local level as well as weaken the ability of local authorities to take initiative in the field of service provision".⁶⁶⁴

⁶⁶² Bergh S.(2004), Op. Cit.

⁶⁶³ Ribot J. (2002), Op. Cit.; Ribot J. (2007), Op. Cit.

⁶⁶⁴ Ribot J. (2002), Op. Cit., pag. V.

Ribot⁶⁶⁵ tra gli esiti / risultati attesi del decentramento in Africa, non senza limiti o fallimenti, indica non solo la questione partecipazione ma anche:

- la crescita dell'efficienza amministrativa (ogni forma di monopolio è inefficiente e nel caso dello Stato porta anche la corruzione, le decisioni prese localmente sono più coerenti ed efficienti, minori costi nei processi decisionali, le conoscenze locali facilitano elaborazione e implementazione ed efficienza nell'uso di risorse localmente create, maggiore *accountability* ed efficienza economica delle decisioni);
- maggiore equità (la presenza di meccanismi di *accountability* e di tutela dei diritti a livello locale dovrebbe garantire maggiore equità, equità nella distribuzione di ricorse tra ambiti amministrativi locali);
- aumento nell'erogazione dei servizi, sia per la vicinanza agli utenti che per la concorrenza a livello locale tra servizi privati e pubblici, creando forme di efficienza.

Considerando la partecipazione, questa ritorna spesso nella retorica del decentramento (più o meno democratico) nei paesi africani. Prioritariamente la partecipazione è funzionale a piani di sviluppo più rispondenti e legittimati, vi è poi chi evidenzia gli esiti in termini di *governance* democratica o di gestione delle risorse naturali, una nuova via per coinvolgere le popolazioni degli ambiti rurali (e quindi superare quello Stato biforcuto evocato da Mamdani e dare una modalità più inclusiva). Essenziale è la creazione di entità locali rappresentative con meccanismi di *accountability* ben definiti anche per rispondere alle differenze interne alle stesse comunità, senza escludere nessuno. Quindi forme di democrazia locale istituzionalizzate dotata di adeguate responsabilità, risorse e meccanismi.

Quanto agli attori del decentramento in Africa si possono notare:

- Organismi rappresentativi locali eletti: non mancano esperienze ed esperimenti, con non pochi fallimenti o capacità di incidere o di non replicare meccanismi anti-democratici, pur restando una forma coerente con il decentramento democratico;
- Capi tradizionali, che spesso però minacciano il reale sviluppo di una democrazia locale;
- le Organizzazioni Non Governative possono giocare un ruolo positivo e significativo nel decentramento educando i cittadini e rendendoli consapevoli, possono inoltre fornire servizi. Inoltre le ONG sono a loro volta "*fields of power and authority*". Le ONG possono altresì essere scelte dai donatori internazionali come *partners* e contribuire alla delegittimazione delle autorità amministrative locali. Lo stesso può accadere per gruppi nei villaggi. È importante considerare il fatto che né le ONG né i gruppi nati nei villaggi riflettono

⁶⁶⁵ Ribot J. (2002), Op. Cit.

pienamente le istanze di una comunità.⁶⁶⁶

- *Management Committees*: utilizzati per realizzare attività partecipative per gestione di risorse o per politiche di sviluppo sotto la tutela di agenzie o esperti, bypassando spesso organi locali eletti.
- Entità Amministrative Locali: frutto di processi di deconcentrazione di entità centrali.

Un elemento che certo inciderà sulla rilevanza di processi di partecipazione, oltre che sul reale decentramento, è il tipo di potere che viene decentrato. La legittimità degli organismi locali dipenderà, non solo dalla forma di nomina / elezione ma anche dal grado di potere acquisito e dalla capacità di utilizzarlo per decisioni che siano al servizio della popolazione locale cui rendere conto rispetto alle decisioni prese e all'esercizio del potere decentrato. Anche le forme di *accountability*, la loro forza e regolazione incideranno su forme di decentramento più o meno democratiche.

Nel definire le priorità di sviluppo a livello locale nel quadro di una reale programmazione decentrata si pone la questione di una partecipazione reale e significativa e non solo simbolica e funzionale ad avallare decisioni già prese che hanno come finalità quello di controllare risorse locali con scarsi benefici per la popolazione.⁶⁶⁷

Vi è poi anche il delicato equilibrio tra autonomia e proposta locale e coordinamento e decisioni generali prese a livello centrale: armonizzare questi due livelli ha inciso e incide sulle forme e l'intensità dei processi di partecipazione in Africa e non solo.

Nei processi di decentramento in Africa che non siano mera deconcentrazione si rende necessario quindi, porre attenzione ai meccanismi di *accountability*, ai poteri delegati e a chi vengono delegati in quanto si tratta di dare vita a una forma di cittadinanza democratica superando strutture ereditate anche dal periodo coloniale che vedono le persone più come sudditi che come cittadini. Saranno inoltre necessari strumenti di coinvolgimento, ascolto ed *empowerment* particolarmente dedicati alle fasce più marginali al fine di evitare che le elites locali e forme di elitarismo e patronage prevalgano anche in presenza di meccanismi formalmente democratici.

Infine nel considerare l'*accountability* come elemento fondamentale sia per il decentramento che per una reale *governance* democratica in Africa, Ribot⁶⁶⁸ pone l'attenzione su alcuni aspetti:

- l'indipendenza degli organi giudiziari a cui ricorrere;
- l'importanza di una separazione tra potere giudiziario, legislativo ed esecutivo;
- il policentrismo ed equilibrio dei poteri;
- la presenza di organi di controllo eventualmente aperti a forme di partecipazione (anche

⁶⁶⁶ Ribot J. (2002), Op. Cit., pag. 23

⁶⁶⁷ Ribot J. (2002), Op. Cit., pag. 36.

⁶⁶⁸ Ribot J. (2002), Op. Cit.; Ribot J. (2007), Op. Cit.

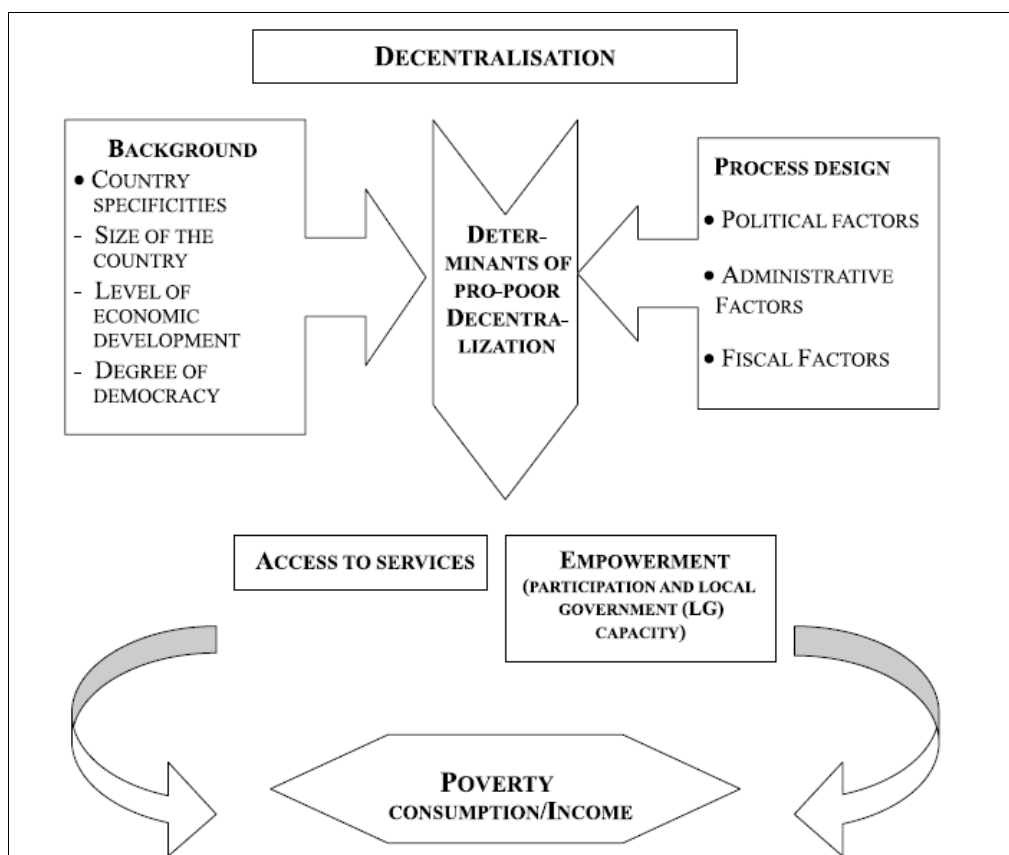
elettiva);

- la trasparenza dei processi e delle informazioni;
- la possibilità di assistere e partecipare a discussioni pubbliche sui temi;
- la presenza di processi partecipativi definiti;
- l'educazione civica;
- la vicinanza e prossimità degli organismi ed eletti rispetto alle popolazioni locali e il grado di coinvolgimento di questi rispetto agli ambiti di decentramento;
- l'azione dei funzionari pubblici;
- il legame di dipendenza tra amministrazione locale e organismi politici locali democraticamente eletti;
- la responsabilità locale su risorse e parte del gettito fiscale;
- la libertà di associazione e di dare vita a movimenti democratici anche a livello locale.

Nell'esplorare il legame tra decentramento, partecipazione e riduzione della povertà un gruppo di autori⁶⁶⁹ segnala che una effettiva devoluzione di poteri dovrebbe incentivare la partecipazione dei più poveri nei processi decisionali o almeno l'intento di influenzare i processi e quanto più queste persone saranno in grado di monitorare i processi decisionali tanto più trasparente sarà il Governo decentrato. Un modello / schema raffigura gli elementi rilevanti in questo processo di decentramento pro – poveri (Fig.5.1).

⁶⁶⁹ Jütting J., Corsi E., Kauffmann C., McDonnell I., Osterrieder H., Pinaud N., Wegner L. (2005), "What Makes Decentralisation in Developing Countries Pro-poor?", in *The European Journal of Development Research*, 17: 4, pagg. 626 — 648.

Fig.5.1: Decentramento pro - poveri



Fonte: Fig. 1 in Jütting J., Corsi E., Kauffmann C., McDonnell I., Osterrieder H., Pinaud N., Wegner L. (2005), "What Makes Decentralisation in Developing Countries Pro-poor?", in *The European Journal of Development Research*, 17: 4, pag. 626 — 648.

L'interazione tra elementi strutturali locali e i processi di definizione del decentramento incideranno le forme di influenza sulla povertà da parte del modello di decentramento realizzato e, a cascata, sul livello di *empowerment*, accesso ai servizi e quindi livello di povertà. Anche questi autori segnalano come il decentramento sia un processo complesso e delicato e come la redistribuzione di potere e risorse collegato a un reale impegno dello Stato centrale siano essenziali per un suo adeguato funzionamento e non si limiti a forme di deconcentrazione. Tra i fattori di successo in termini di relazione tra decentramento – partecipazione e riduzione della povertà vengono segnalate:

- la partecipazione diretta in organismi locali;

- reale devoluzione di poteri nell'organizzazione ed erogazione di servizi e dello sviluppo locale;
- forme democratiche di elezione degli organismi locali.

Tra i fattori critici rispetto alla positiva relazione tra decentramento democratico e partecipazione vi sono:

- l'atteggiamento degli organi centrali;
- la delega ad attori non eletti (capi tradizionali, leader cooptati, organismi provati);
- l'atteggiamento dei donatori;
- le dinamiche di potere del contesto di decentramento.

Riprendendo il ragionamento di Ribot⁶⁷⁰ relativamente al circolo virtuoso fra reali poteri dell'autorità decentrata e partecipazione, diviene di interesse il tema dello sviluppo locale, come primo banco di prova di queste autorità decentrate.

Nel considerare questo aspetto, collegandolo alla partecipazione, Carrino⁶⁷¹ segnala l'importanza di permettere a tutti gli individui di essere attivi rispetto a modelli di sviluppo (da lui definiti "autoritari", seppur prodotti anche da democrazie occidentali) che producono povertà, violenza, danni ambientali. La partecipazione a livello locale non va confusa, secondo Carrino,⁶⁷² con processi decisionali pilotati (non solo dal Governo ma anche da Ong) ove le persone non hanno tutte le informazioni necessarie e non vi sono strumenti e spazi ove realmente avere un "peso" nella decisione finale. In ambito locale / decentrato allora la partecipazione è un processo critico che necessita di informazioni e spazi di concertazione e dialogo tra istituzioni e attori sociali. Deve prevedere la possibilità di incidere realmente su programmazione e uso delle risorse, oltre che coinvolgere nelle fasi di valutazione e controllo. Il concetto di sviluppo locale è essenziale, ma va chiarito il significato del termine e per questo Carrino ne espone alcune concezioni secondo le visioni correnti, e di conseguenza forme diverse di partecipazione.

Le concezioni schematicamente sintetizzate da Carrino⁶⁷³ sono tre, a cui corrispondono un preciso significato attribuito al termine "locale", definite connotazioni e un certo rapporto con il territorio.

Nella concezione autoritaria "locale" significa un qualche luogo, periferico, ove si manifestano le ricadute dello sviluppo nazionale; terreno dove di manifestano gli effetti delle politiche e delle scelte strategiche del settore pubblico e privato; luogo da cui estrarre le materie prime; luogo di delocalizzazione produttiva; ambito di proselitismo. Il termine locale evoca sentimenti negativi,

⁶⁷⁰ Ribot J. (2002), Op. Cit.; Ribot J. (2007), Op. Cit.

⁶⁷¹ Carrino L. (2005); Carrino L. (2010), "Development Local, Participation et Changement", Universitas Forum, Vol. 2, No. 1, September 2010.

⁶⁷² Carrino L. (2010), Op. Cit.

⁶⁷³ Carrino L. (2010), Op. Cit., pagg. 4 e 5

associati all'idea di marginale, limitato, poco importante e arretrato. Rispetto al territorio il termine locale indica un ambito periferico di competenza delle istituzioni centrali dello Stato.

Nella concezione partecipativa si richiama il concetto di “comunitario”, vicino alle persone. E' l'ambito in cui i partiti, le associazioni e gli attori della società civile e del settore privato sviluppano il loro operato. La parola “locale” evoca un sentire positivo e si riferisce a luoghi, persone, culture che sono rilevanti e importanti per la qualità della vita. Il concetto è utilizzato come sinonimo di comunitario, ambito di azione di Ong, organizzazioni religiose o laiche, servizi locali. E' il territorio della comunità con cui si opera. Indica un livello ideale di azione per facilitare la partecipazione popolare.

Infine nella concezione e nelle elaborazioni più critiche rispetto a prassi consolidate, il termine "locale" è contrapposto al concetto di centralizzato, e indica un ruolo attivo di popolazioni ben organizzate che vivono in un territorio definito, in cui i problemi possono essere affrontati facendo convergere il contributo di vari soggetti istituzionali e sociali, tra loro complementari nella gestione di un problema anche complesso.

Il "locale" è collegato a processi di decentramento e deconcentrazione politico – amministrativa. Il termine è associato a sentimenti di complicità e amicizia tra coloro che vedono nelle società locali, i protagonisti politici di mutamento sociale per uno sviluppo di qualità, capace di valorizzare le diversità, il bene comune, la partecipazione, la coesione sociale, la natura e le radici culturali. Locale indica un territorio ben definito, dotato di autorità pubbliche, attori sociali, forme di partecipazione, storia, potenzialità naturali e culturali, problemi e progetti. Nella definizione del territorio di questa concezione critica il "locale" indica il territorio di società locali organizzate corrispondenti ad autonomie locali: Regioni, Province, Dipartimenti, Municipi, Comuni etc. Lo sviluppo locale viene realizzato dalla popolazione di un dato territorio tramite il dialogo e la negoziazione con le autorità nazionali e gli attori di sviluppo globale. La società locale è un soggetto politico collettivo, ma per pesare nelle negoziazioni la sua dimensione territoriale deve essere sufficientemente piccola per permettere dinamiche partecipative effettive, nel contempo sufficientemente grande per avere la massa critica necessaria (popolazione, risorse, etc.).

Spesso anche concezioni partecipative con meccanismi democratici non mettono in discussione la gestione complessiva dello sviluppo e quindi tramite il centralismo mantiene un forte importanza e ruolo nelle politiche di sviluppo. Il centralismo spesso viene giustificato dal bisogno di coordinare processi complessi e si accompagna spesso al “verticalismo”, ovvero la trasmissione delle decisioni dal centro verso la periferia o i livelli amministrativi inferiori, senza un ritorno in termini di influenza dal basso verso l'altro / periferia verso centro. Altro strumento collegato a centralismo e

verticalismo è il “paternalismo”⁶⁷⁴: l'azione è direzionata verso una forma di pensiero che non mette in discussione i meccanismi di esclusione e inoltre il ruolo dei cosiddetti “beneficiari” non è rilevante. Il rischio per politiche di sviluppo locale è proprio quello di riprodurre le stesse dinamiche centralistiche, autoritarie, settoriali e paternalistiche del livello centrale.

5.1.3 Esperienze presenti in letteratura e di rilievo per il processo di ricerca

Community Monitoring Programme (CMP), Community Based Research (CBR) e Participatory Reflection and Action (PRA)

Tra le esperienze di rilievo e di lunga pratica vi è quella del TARSC - *Training and Research Support Centre* di Harare,⁶⁷⁵ con la Dott.ssa Loewenson esperta di lunga data. Al TARSC si collega anche l'esperienza nell'area dell'Africa meridionale del network TARSC (*Equity in Health in East and Southern Africa*). Secondo l'approccio sperimentato da TARSC il monitoraggio da parte delle comunità non è un elemento isolato ma parte di un processo di trasformazione dello Stato articolato in 3 processi principali: *Community Monitoring Programme (CMP), Community Based Research (CBR) e Participatory Reflection and Action (PRA)*.

Il CMP: nel contesto dello Zimbabwe si sono poste storicamente questioni di abuso di potere politico ed economico e vi sono notevoli problematiche da affrontare quali ad esempio la redistribuzione delle terre, l'accesso alle risorse, al cibo e il mutamento democratico. Al fine di proteggere la popolazione il CMP è stato condotto da una rete di Ong che ha presentato i risultati del monitoraggio su varie questioni tra cui l'accesso al cibo e alle cure sanitarie, al parlamento nazionale al fine di incidere sui processi politici.

Il CBR: a livello di distretto sono stati creati dei gruppi di ricerca che a partire dai dati dei CMP hanno lavorato con esponenti della società civile e operatori sanitari. Il processo di CBR è stato particolarmente utilizzato per raccogliere elementi relativi alla salute di base secondo un approccio PHC e per influenzare sull'allocazione di risorse alle strutture di base.

La PRA: questo metodo è stato utile per coinvolgere membri delle comunità e farli riflettere ed agire sui problemi che sperimentano quotidianamente e identificare azioni volte al cambiamento. Questo processo è teso a creare fiducia nella comunità relativamente alla possibilità di poter cambiare qualcosa e a favorire il dialogo tra i vari portatori di interesse nel sistema sanitario dello Zimbabwe.

⁶⁷⁴ Carrino L. (2010), Op. Cit.

⁶⁷⁵ <http://www.tarsc.org/> (Settembre 2011)

Nell'esperienza del TARSC elementi caratteristici sono la tensione al mutamento, la creazione di spazi di mutamento progressivo seppur non lineare, la necessità di collegare diversi livelli di intervento e settori differenti.

Accountability for Reasonableness (AfR)

Altro approccio è quello dell' *Accountability for Reasonableness (AfR)* applicato in Danimarca, ma anche Kenya, Tanzania e Zambia dal *Centre for Health Research and Development*, che mira a caratterizzare con legittimità ed equità i processi decisionali nel settore sanitario. Questo implica l'accettazione dell'autorità morale dei decisori e la moralità (equità e accettabilità) del processo decisionale. I principi etico – operativi del modello sono:

- decisioni assunte sulla base di ragioni che i portatori di interessi condividono;
- le motivazioni sono pubbliche e accessibili a tutti;
- vi sono meccanismi di revisione delle motivazioni;
- vi sono processi di *accountability* pubblica, monitoraggio dei servizi.

L'approccio ha trovato applicazione, come visto, in alcuni paesi africani tramite il progetto REACT - *Response to Accountable priority setting for Trust in health systems*, finanziato dall'Unione Europea⁶⁷⁶ avviato nel 2006 e finalizzato a comprendere i criteri di decisione a livello distrettuale alla luce dell'approccio AfR. *Focus* del progetto utilizzare questo approccio per migliorare la legittimità, l'*accountability* e l'equità della definizione delle priorità a livello di Distretto sanitario. Altro esito atteso quello di migliorare il livello di conoscenze relative all'applicazione di valori nei processi decisionali da parte degli operatori sanitari preposti come pure delle comunità coinvolte. Altre esperienze fanno riferimento ai *social audits* (Brasile, Kenya ma anche India) e si caratterizzano per la partecipazione di persone adeguatamente formate a sessioni di *audit* sociale ma anche finanziario rispetto alle strutture di servizio sanitario. L'azione di raccolta di dati e di ricerca è condotta dalle popolazioni e si caratterizza per una condivisione di informazioni e dati da parte delle strutture pubbliche. Inoltre lo Stato è attivo nel creare strutture e condizioni perchè il processo si realizzi. A differenza dell'esperienza di CBM il *social audits* riguarda la disanima di documenti ufficiali e la sua validazione, pur contemplando un ruolo attivo della comunità, ma non partendo da una azione di monitoraggio comunitario. Vi sono poi esperienze di *Social Accountability* e *Budget Monitoring* (Tanzania, Kenya, Messico e potremmo aggiungere lo Zambia con l'esperienza dei

⁶⁷⁶ Byskov J., Ngulube T., et al. (2009), "Accountable Priority Setting for Trust in health systems - the need for research into a new approach for strengthening sustainable health action in developing countries", in *Health Research Policy and Systems*.

Budget Tracking e tutta l'attività del C SPR): il punto di partenza di queste esperienze è il bilancio o la pianificazione a livello nazionale. La comunità è chiamata a individuare delle priorità e affida a un soggetto terzo il monitoraggio del bilancio o della pianificazione. La comunità viene poi coinvolta nuovamente per analizzare gli esiti e pianificare l'azione sociale. Quindi vi è una sorta di fase – delega a favore di reti di organizzazioni della società civile o da gruppi di persone. Il tentativo è quello di coinvolgere sia organismi statali che non statali rispetto alle priorità identificate dalle comunità.

Accountability / monitoraggio e partecipazione

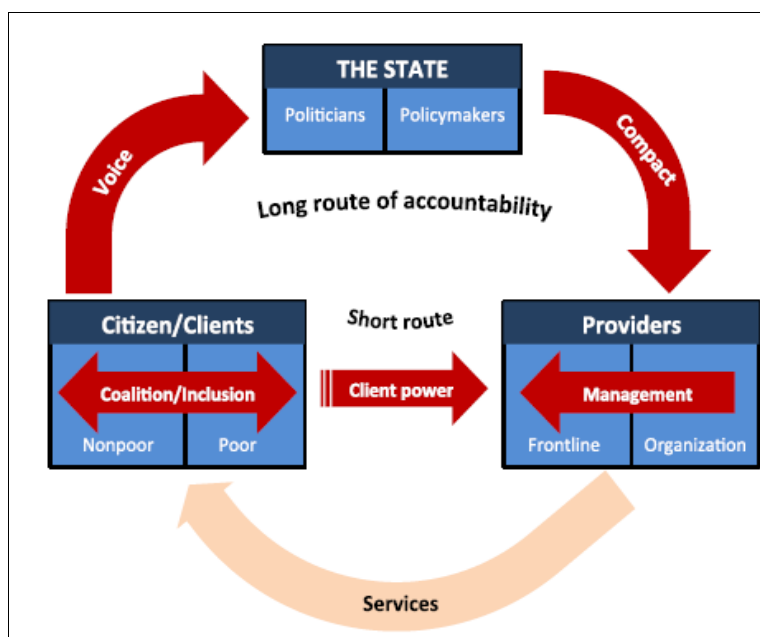
Le esperienze di partecipazione e monitoraggio/*accountability* possono essere suddivise in alcune tipologie:

1. raccolta di dati a base comunitaria con metodi partecipativi;
2. valutazione dei servizi sanitari con visite e questionari;
3. *social audits*;
4. *social accountability* e monitoraggio del bilancio.

Le esperienze di partecipazione e *accountability* si rifanno ad alcuni modelli, in parte accennati precedentemente nei paragrafi dedicati al concetto di *accountability*:

- Struttura di *Accountability* Pubblica: secondo questo approccio le vie dell'*accountability* sono due, una attraverso lo Stato e poi a cascata sui fornitori del servizio, l'altra direttamente rivolta ai fornitori di servizio a partire dal concetto di "cliente" e di "potere del cliente" (Fig. 5.2)

Fig. 5.2: *Accountability* Pubblica



Fonte: Fig. 5 in Health Initiative, Open Society Foundations (2011), *Detailed report of the proceedings from the Practitioners Convening on Community Monitoring for Accountability in Health*, Johannesburg

- Struttura di *Accountability* Sociale: si basa sul principio di dare maggiore rilevanza alla voce della popolazione / comunità e rilevanza ai sistemi di delega delle funzioni da parte dello Stato ai livelli di erogazione dei servizi.
- Struttura di *Accountability* basata sul diritto umano alla salute: basato sull'approccio già illustrato del diritto alla salute, implica un complesso sistema di monitoraggio a cura dello Stato o della società civile o di entrambi, con ampia partecipazione delle persone, inserendo elementi di correzione e rimedio agli errori o deficienze.

Nell'agire per un sistema sanitario caratterizzato dall'equità, la rete EQUINET ha concentrato la sua attenzione su metodologie di *Participatory Research Action* (PRA) in particolare rivolte al personale sanitario e alle comunità al fine di costruire sistemi sanitari, dal basso, focalizzati sulla persona e basati sul diritto alla salute, la giustizia sociale, l'equità e sull'idea di sistema sanitario universale e riferito alla PHC. L'azione di *empowerment* è rivolta pertanto sia alle comunità che al personale sanitario. Parte del processo di ricerca è stato quello di comprendere le relazioni tra operatori sanitari e comunità e comprendere come queste possono agire su un miglioramento della

salute.⁶⁷⁷ Altre esperienze di partecipazione sono rintracciabili nello spazio delle valutazioni dei servizi,⁶⁷⁸ ad esempio nelle esperienze vissute nel Regno Unito tramite i *Community Health Committees* (CHC)⁶⁷⁹ negli anni '70 e successivamente le *Citizen Juries* di epoca laburista dalla fine degli anni '90.

Se oltre ai meccanismi di *accountability* e valutazione si cerca di considerare i benefici in termini di efficacia (considerati in parte precedentemente dalle riflessioni sui determinanti sociali) una analisi di alcuni casi presenti in letteratura⁶⁸⁰ ci fornisce alcune indicazioni:

- l'esperienza degli *Health Centre Committees* in Zimbabwe⁶⁸¹: miglioramento negli standard di salute comunitari, migliori conoscenze delle questioni relative alla salute dei membri della comunità, legami più forti tra operatori sanitari e popolazione, maggiore presenza di staff sanitario, maggiore disponibilità di risorse;
- l'esperienza in alcune aree del Kenya nei *Dispensary Health Committee - DHC*⁶⁸²: elezione democratica dei membri del DHC, presenza di una costituzione democratica per ogni DHC con regole e mandato, aumento dell'utilizzo dei servizi sanitari, servizi a favore dei villaggi più remoti, maggiore disponibilità di medicinali, ripristino di figure di *Health Workers* di villaggio, minori barriere in entrata in termini di costo dei medicinali, maggiore efficienza finanziaria, formazione delle comunità e dei partecipanti al DHC;
- le *Health Unit Management Committee* (HUMC) in Uganda: struttura deputata a collegare le comunità con i servizi sanitari: progressiva creazione di meccanismi di monitoraggio comunitario del piano di sviluppo frutto di un meccanismo partecipativo – consultivo, aumento dell'utilizzo dei servizi, crescita delle immunizzazioni e vaccinazioni, calo della mortalità infantile.

La partecipazione incide, rispetto al funzionamento degli *Health Centres* o *Health Facilities* (HF) in vari modi:

- sul funzionamento degli HC e HF;
- sul ruolo dei comitati in seno a HC e HF;
- sul ruolo e dinamiche della comunità.

⁶⁷⁷ EQUINET (2009), *Participatory Methods for a People centred Health System*, EQUINET, Harare

⁶⁷⁸ Altieri L. (2009), Op. Cit.

⁶⁷⁹ Con una composizione in parte a nomina delle autorità locali, in parte delle organizzazioni di volontariato.

⁶⁸⁰ McCoy D., Hall J., Ridge M. (2011), Op.Cit.

⁶⁸¹ Loewenson R., et al. (2004), *Assessing the impact of Health Centre Committees on health system performance and health resource allocation*, EQUINET Discussion Paper 18, Harare; Loewenson R. (1999), Op.Cit.

⁶⁸² Sohani S. (2005), *Health care access of the very poor in Kenya. Workshop Paper 11. Meeting the health related needs of the very poor*, DFID Workshop 14–15 February, Aga Khan Health Service, Nairobi.

Se ci concentriamo su una analisi per livelli / modalità di partecipazione esposti da Báez e Barron,⁶⁸³ troviamo:

- Partecipazione a livello comunitario:
 - partecipazione nei programmi e nella PHC: in Zimbabwe dopo l'indipendenza del 1980 si assistette a un processo di decentramento del sistema sanitario con adozione dell'approccio PHC. Per circa 6 villaggi era stabilito un *Health Centres* con funzioni preventive, di promozione, riabilitazione e cura. Vi era un legame tra il team sanitario di Distretto e i Comitati per lo sviluppo e furono organizzati gruppi di vigilanza sanitaria composti anche da membri delle comunità. In Sud Africa l'approccio PHC fu introdotto nel tra il 1993 e il 1994 ("National Health Act", cap. 6)⁶⁸⁴ con un ruolo di gestione di un area affidata alla *District Health Authority* (DHA) e di consiglio affidato al *District Health Council* (DHC), mentre la partecipazione trovava ambito di realizzazione nel *Community Health Committee* (CHC). In Zambia la struttura di base, di cui parleremo anche in seguito, era costituita dai *Neighbourhood Health Committees* (NHCs). Tra i pregi di queste strutture partecipative vi sono quello di accrescere accettabilità e accessibilità delle cure, la presenza di un manager nell'ambito dell'*health facility* per mediare tra personale sanitario e comunità, un'attenzione formativa, la presenza di attività intersettoriali, un'attenzione alle segnalazioni e proteste degli utenti, una attenzione all'informazione rivolto alla popolazione;
 - partecipazione nella pianificazione e gestione di servizi: ad esempio per quanto attiene le decisioni sull'utilizzo di *user fees* e piani di azione specifici (per una certa fase in Zambia) o in Malawi tramite l'applicazione di una *Score Card* (vista precedentemente in un caso in India) che viene presentata all'*Health Centres* tramite i *Village Health Committee* (VHC): la valutazione viene applicata ad ogni aspetto del servizio;
 - partecipazione in valutazioni locali orientate all'azione e alla ricerca: finalizzata ad ottenere programmi maggiormente contestualizzati e in linea con le priorità locali, ad esempio tramite pratiche di PRA in Zimbabwe o come nel caso del *Community Responsiveness Programme* (CRP) in Sud Africa. In questo caso un'organizzazione della società civile ha condotto una ricerca sulla violenza su bambini, donne e uomini e la ricerca è stata utilizzata per definire piani intersettoriali. Altro caso in Mozambico

⁶⁸³ Báez C., Barron P. (2006), Op. Cit.

⁶⁸⁴ Glattstein-Young G., London L. (2010), Op.Cit.

(Chiure) con il coinvolgimento della comunità nel delineare le forme di prevenzione dell'HIV;⁶⁸⁵

- partecipazione a Fondi Sociali: contribuzione economica ai fondi;
 - partecipazione a progetti per la realizzazione di reddito al fine di rispondere a problemi sanitari: ad esempio nei NHCs zambiani si sono avuti esempi di utilizzo di fondi HIV/AIDS, in altre aree si sono creati dei *Widow Support Groups* per realizzare attività che possano aumentare il livello di reddito;
 - partecipazione attiva tramite le figure degli *health workers* o *volunteers* o forme di comitati locali ad attività: ad esempio in Sud Africa e non solo il ruolo delle comunità nello sviluppo dell'*Home Based Care* (HBC) per gli affetti da HIV/AIDS in particolare in aree rurali o remote.
- Partecipazione comunitaria a livello di Distretto sanitario o municipale: tali forme sono fortemente influenzate dalla tipologia, livello e forma del decentramento, sintetizzato da Tab.5.2:
 - partecipazione a strutture di *governance* distrettuale: in varie forme all'interno dei *District Health Boards* o *Steering Committee*; in alcuni casi si tratta di consiglieri eletti che rispondono ai loro elettori.⁶⁸⁶ Nel sistema di decentramento convivevano e convivono forme elettive e forme con nomina top – down e con forme di partecipazione spesso delimitate e guidate secondo criteri e contenuti in parte prestabiliti a livello nazionale;
 - forme di partecipazione a livello municipale: in Tanzania ad esempio tramite i *Council Health Management Teams* (CHMT) o i *Ward Health Committee* (WHC), sostenendo la partecipazione tramite forme di *Participatory Action Research*;
 - partecipazione a processi di educazione e formazione uniti a metodologie di ricerca azione partecipata (progetto *Auntie Stella*, citato in precedenza come altri progetti sviluppati in Sud Africa relativi alla gestione dell'acqua e alle condizioni sanitarie).

⁶⁸⁵ EQUINET, CHESSORE, TARSC (2005), *Strengthen Community voice and agency*, Lusaka.

⁶⁸⁶ Fig. 2 pag. 152 in Mubyazi G., Mushi A. Et al. (2007), "Community views on health sector reform and their participation in health priority setting: case of Lushoto and Muheza districts, Tanzania", in *Journal of Public Health* | Vol. 29, No. 2, pagg. 147–156.

Nel 1992 in Kenya vennero avviati i District Health Management Boards (DHMB) al fine di inserire la rappresentanza della comunità nei processi di pianificazione e implementazione. Questi DHMB avevano il compito di sovrintendere la gestione di ospedali, *Health Centres* e dispensari e sostenere programmi di salute pubblica. Le nomine avvenivano per selezione da parte dei Medical Officer all'interno delle comunità e ratificate dal ministero (pertanto una nomina non democratica ma cooptativa) con conseguenze problematiche sui processi di reale partecipazione e incidenza sulle decisioni; altro caso i District Health Service Board in Tanzania per la gestione e monitoraggio degli Health Community Funds. In Tanzania il processo di decentramento prese avvio sin dagli anni '70 con una divisione in livelli regionali e a cascata in ambiti distrettuali, municipali, di "division", circoscrizione, villaggio / quartiere, gruppo di case / vicinato.

- partecipazione ed utilizzo del sistema informativo del Distretto: richiamando quanto dichiarato nella Conferenza di Alma Ata, i programmi e le azioni sanitarie devono avere una forte base scientifica e quindi dati;
- partecipazione nella gestione e allocazione delle risorse: i processi di decentramento mettono i distretti in grado di prendere decisioni relativamente alla allocazione di risorse, agli *user fees*, spese e investimenti. Essenziali sono meccanismi di decisione e *accountability* aperti alla partecipazione delle comunità.

Tab.5.2: Forme del decentramento

Forma	Descrizione	Esempio
Deconcentrazione	le responsabilità amministrative vengono trasferite a uffici locali del Governo; <i>accountability</i> verso il Governo e gli uffici centrali;	<i>Zambia, Malawi: District Health Management Team</i> <i>Mozambique: Uffici Provinciali</i>
Devolution	l'autorità politica è trasferita ad agenzie o municipalità; le funzioni relative alla sanità vengono decentrate ai governi locali in grado di generare risorse; <i>accountability</i> nei confronti dell'elettorato;	<i>South Africa: funzioni devolute ad alcuni governi locali ma senza autonomia</i> <i>Mozambique: ambiente e cimiteri vengono delegati</i>
Delega	le responsabilità gestionali sono trasferite a organizzazioni semi – autonome (forme para – statali) che restano collegate e devono rendere conto all'autorità centrale;	<i>Zambia: Hospital Boards</i> per la gestione degli ospedali e <i>District Boards</i>
Privatizzazione	le funzioni di Governo sono trasferite a organismi privati (for profit e non – profit) rispondenti al Governo e agli utilizzatori dei servizi;	<i>Kenya: trasferimento a forme private per servizi curativi;</i> presenza generalizzata di organizzazioni di volontariato e missionarie che forniscono servizi con l'accordo del Governo.

Fonte: Table 3: Forms of decentralisation in selected countries in Africa, in Báez C., Barron P. (2006), *Community Voice and Role in District Health Systems in Africa – Literature Review*, EQUINET DISCUSSION PAPER 39, Harare

- Rappresentazione degli interessi della comunità a livello nazionale: spesso le riforme sanitarie che si sono succedute hanno stabilito strutture di *governance* a partire dal livello comunitario sino al livello nazionale. Specifiche linee guida specificano come i livelli distrettuali vengano rappresentati a livello nazionale e le forme di comunicazione bottom – up. In generale si sono osservate alcune forme di *governance*:

- *National Health Boards*: in Zambia tra il 1995 e la metà del primo decennio del XXI secolo con il *Central Board of Health*, in Kenya con analoga struttura;
- Consigli Nazionali su HIV / AIDS: Zambia e Mozambico;
- audizioni parlamentari: presso commissioni parlamentari sulla salute da parte di Ong oppure organizzazioni di base, in particolare in fasi di riforma dei sistemi e di elaborazione delle politiche (Sud Africa, Zimbabwe);
- comitati *ad hoc* come il *Permanent Committee on Patient Care* in Namibia o la forma analoga in Zambia;
- azione di *advocacy* e *lobbying* / pressione politica tramite Ong e gruppi per i diritti umani: *Community Monitoring Programme* in Zimbabwe, il *South African Health Review* (SAHR) in Sud Africa, la *Treatment Advocacy Literacy Campaign* (TALC) in Zambia promosso da una rete di organismi con l'obiettivo di assicurare un equo e sostenibile accesso a trattamenti dell'HIV, *Equity Gauge* in Sud Africa e Zambia.

Esempi analoghi di applicazione di un modello di PHC con approcci di CIH e CAH sono riscontrabili in alcuni studi di caso, in Africa un esempio è il Senegal.⁶⁸⁷ In Senegal a partire dagli anni '70 prese avvio un processo di decentramento e di cogestione da parte delle comunità in vari settori. L'articolazione nel settore sanitario alla fine degli anni '80 era (dal centro alla periferia): Ministero della Salute, Regioni Mediche, Distretti Sanitari, *Health Posts* urbani e *Health Huts* (case / "capanne" della salute) rurali. Tra le figure di rilievo dello sviluppo sanitario: gli agenti di salute comunitaria, le associazioni di promozione sanitaria, i comitati di salute. Progressivamente fu introdotto un sistema ispirato alla *Bamako Initiative* (di cui parlerò successivamente) con un progressivo coinvolgimento delle popolazioni nel finanziamento e nei processi decisionali.

Riferito invece a un approccio collegato alla generazione e gestione di risorse come forma di partecipazione è la *Bamako Initiative*⁶⁸⁸ basato sul principio della contribuzione delle comunità anche con il fine di accrescere la capacità di gestione e controllo delle risorse, si è basata in alcuni paesi africani quali Benin, Mali e Guinea, sui seguenti elementi:

- decentramento dei processi di decisione e gestione;
- istituzionalizzazione di forme di *cost-sharing* (tramite schemi di finanziamento comunitario) e cogestione dei servizi sanitari anche per accrescere l'*accountability* degli staff sanitari locali e assicurare l'accesso e la qualità delle cure;

⁶⁸⁷ Kahssay H.M., Oakley P. (1999), Op. Cit.

⁶⁸⁸ Knippenberg R., Traore Nafu F., Osseni R., Boye Camara Y., El Abassi A., Soucat A. (2004), *Increasing clients' power to scale up health services for the poor: the Bamako Initiative in West Africa*, Background paper to the World Development Report, Washington.

· gestione locale dei fondi raccolti anche per assicurare la fornitura di medicinali.

Questo tipo di intervento viene giustificato dalla scarsa o bassa capacità dello Stato di provvedere ai servizi e basato sul concetto di utilizzatore – cliente che a partire dalla sua contribuzione può negoziare con i fornitori di servizi e migliorare l'*accountability* e l'equilibrio di potere con essi (ci si riferisce a un modello simile a quello della *Social Accountability* vista precedentemente e a una visione neo-liberista dei servizi e del ruolo dello Stato).

Questa esperienza ha come fonte di ispirazione quanto emerso nella riunione regionale a Bamako nel 1987 dei Ministri della Salute africani con OMS/WHO e UNICEF. Viene vista come una delle fasi di re-interpretazione del principio della PHC attraverso la generazione di risorse da parte delle comunità anche per assicurare una costante fornitura di medicinali. Gli obiettivi prefissati da questa iniziativa erano:

1. fornire un pacchetto di servizi minimi a livello di *Health Centres* al fine di rispondere ai bisogni di base delle popolazioni;
2. assicurare la fornitura di medicinali e un contatto regolare con gli operatori sanitari;
3. migliorare alcuni indicatori quali la mortalità infantile;
4. coinvolgere le comunità nella gestione, controllo e nell'*accountability*;
5. recuperare parte dei fondi spesi dalle famiglie nel settore informale per convogliarli nel settore formale di cura.

Equity Gauge

Nel quadro di politiche e iniziative che uniscano la partecipazione, il miglioramento della *governance* con una maggiore equità si inserisce l'esperienza dell'*Equity Gauge* (avviata nel 2001) che ha trovato applicazione in alcuni paesi dell'Africa Sub-Sahariana: Sud Africa, Zambia, Harare e Kenya⁶⁸⁹. L'*Equity Gauge* è un progetto di sviluppo sanitario che utilizza un approccio attivo e partecipato per monitorare e agire sulle ineguaglianze in salute. Secondo un approccio di promozione della salute (guidato dai principi di equità e giustizia sociale, *empowerment* e approcci partecipativi⁶⁹⁰) promuove una serie di azioni coordinate interdisciplinari e intersettoriali.

I tre pilasti dell'azione dell'*Equity Gauge* sono: la ricerca e il monitoraggio per misurare ed evidenziare le ineguaglianze, l'*advocacy* e la partecipazione pubblica per promuovere l'uso delle informazioni come motore di cambiamento coinvolgendo tutti i portatori di interesse, il

⁶⁸⁹ <http://www.gega.org.za/profiles/sa.php> (Ottobre 2011)

⁶⁹⁰ Ngulube T.J. (2007), *The Equity Gauge approach to enhancing equity of access to public health services: Research challenges for health in developing countries from the African Gauges' experience*, Global Forum for Health Research, Beijing.

coinvolgimento dei più poveri e marginalizzati come soggetti attivi di cambiamento. Gli indicatori per il monitoraggio saranno individuati da parte della popolazione in base alle sue esigenze e visione delle informazioni necessarie per una azione di *advocacy*.

Nel caso dell'Africa meridionale, i paesi coinvolti hanno visto *focus* differenti da parte dei rispettivi progetti *Equity Gauges* come da Tab.5.3.

Tab.5.3: *Focus* dei progetti di *Equity Gauge* nell'area Sub-Sahariana

The focus	The main Pillars (methodology) used	The Gauges
Resource allocation formula for equity in health	<ul style="list-style-type: none"> ● Measuring & monitoring ● Advocacy 	Zimbabwe gauge
Defining the socio-cultural context of Equity in health and generating advocacy for corrective action to feed into policy implementation	<ul style="list-style-type: none"> ● Public participation ● Measuring & monitoring ● Advocacy – for action 	Equity Gauge Zambia (EGZ)
Framework and equitable allocation of Resources for Health in the Cape Town municipality	<ul style="list-style-type: none"> ● Measuring & monitoring ● Advocacy – for action 	The Cape Town Equity Gauge
Influencing the policy environment & framework for equitable health policies	<ul style="list-style-type: none"> ● Measuring & monitoring ● Advocacy – for action 	The South African Equity Gauge

Fonte: Ngulube T.J. (2007), *The Equity Gauge approach to enhancing equity of access to public health services: Research challenges for health in developing countries from the African Gauges experience*, Global Forum for Health Research, Beijing

Tra le azioni principalmente sviluppate:

- azione diretta sui governi relativamente a politiche di equità in salute;
- sostegno ai governi locali nell'individuare problematiche di equità;
- sviluppo di *advocacy* locali, nazionali e globali con altri *Equity Gauges*.⁶⁹¹

Tra le azioni / esempio di promozione della partecipazione tesa a modificare le situazioni di squilibrio di potere, ineguaglianza e iniquità, vi è quanto sviluppato dal *People Health Movement*, quindi da un'entità della società civile, con cui intendo concludere questa parte dedicata ad esempi e

⁶⁹¹ Per dettagli sulle esperienze nei diversi paesi: <http://www.gega.org.za/docs.php> ; <http://www.hst.org.za/content/south-african-equity-gauge-archived>; <http://www.gega.org.za/profiles/Harare.php> (Gennaio 2012).

pratiche di partecipazione.⁶⁹² Quello che emerge dall'analisi di questi casi è pertanto sia un insieme di forme organizzative collegate al decentramento che una serie di indicazioni metodologiche che favoriscono la partecipazione e il suo corretto e pieno sviluppo.

⁶⁹² People Health Movement: www.phmovement.org (Gennaio 2012).

5.2 *Partecipazione istituzionalizzata in Zambia: cenni storici, linee guida, proposte politiche e realtà*

Per comprendere la visione della partecipazione in seno a meccanismi istituzionali, al di là delle procedure elettorali, è bene partire sia dalle previsioni presenti nelle Costituzioni dello Zambia dopo il 1991 (anno del ritorno a elezioni multi-partitiche), sia dei diversi processi di riforma del settore sanitario che delle politiche di decentramento, nonché della documentazione prodotta dal Ministero della Salute in merito a linee guida e programmazioni pluriennali.

5.2.1 *Cenni storici*

Le forme istituzionali di partecipazione in Zambia trovano nelle regolamentazioni degli enti locali e nelle politiche di decentramento un primo essenziale punto di riferimento, anche perchè anticipano alcune forme di partecipazione al Governo e alla programmazione del settore sanitario. La letteratura consultata⁶⁹³ e i vari riferimenti normativi⁶⁹⁴ ci mostrano alcuni passaggi di interesse per comprendere meglio quali modelli di *governance* decentrata e partecipata hanno trovato spazio in ambito istituzionale.

Successivamente all'indipendenza prese avvio un immediato dibattito sui temi del decentramento e della partecipazione e su come modellare le forme di *governance* a livello locale. Il motto chiave di questo periodo era "taking power to the people"⁶⁹⁵ e nel 1965 fu varato il primo "Local Government Act" che stabilì 67 autorità locali: 24 urbane, 43 rurali. A queste entità locali erano attribuiti vari compiti e funzioni nel territorio di attribuzione. Nel 1968 fu avviato un processo di decentramento secondo la filosofia della "decentralization in centralism" (secondo la citazione del Presidente

⁶⁹³ AA.VV. (2000), Op.Cit.; Levers L.L., Magweva F.I., Mpofu E. (2006), *A literature review of district health systems in east and southern Africa: Facilitators and barriers to participation in health*, EQUINET Discussion Paper n.40, Harare; Macwan'gi M., Ngwengwe A. (2004), Op. Cit.; Ngulube T.J., Mdhului L., Gondwe K. (2005), *Planning and budgeting for Primary Health Care in Zambia: A policy analysis*, CHESSORE, Lusaka; Ngulube T.J., Mdhului L., Gondwe K., Njobvu C.A. (2004), *Governance, participatory mechanisms and structures in Zambia's health system: An assessment of the impact of Health Centre Committees (HCCs) on equity in health and health care*, EQUINET Discussion Paper Number 21, Harare; Republic of Zambia APRM National Governing Council, Gov. Republic of Zambia Governance Secretariat (2009), *Country Self Assessment Report Zambia*, Lusaka; <http://www.aprmzambia.org.zm/index.html> (Marzo 2012); <http://www.governance.gov.zm/> (Marzo 2012).

⁶⁹⁴ Government of Republic of Zambia – GRZ (1991, 1996, 2000 draft), *Constitution*, Lusaka; Gov. Republic of Zambia (1965, 1991) *Local Government Act*, Lusaka; Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (1991), *National Health Policies and Strategies – Health Reforms*, Lusaka; Gov. Republic of Zambia (1995), *Public Health Act*, Lusaka.

⁶⁹⁵ Government of Zambia (1972), *Humanism in Zambia: and A Guide to its Implementation, Parts I and II*, Government Printer, Lusaka citato in: Chikulo B. (2009), "Local Governance Reforms in Zambia: A Review", Commonwealth Journal of Local Governance Issue 2.

Zambiano Kenneth Kaunda⁶⁹⁶), con la nomina da parte del Governo centrale di Governatori di Distretto demandati a governare gli apparati amministrativi distrettuali e rendere coeso il Governo del paese nei differenti territori. Dato che nel 1965 erano state abolite le *Native Authorities* ritenute un retaggio dell'epoca coloniale, si era venuto a creare un vuoto di rappresentanza e partecipazione, in particolare a livello rurale, e per questo furono istituiti i *Village Productivity Committees (VPC)*⁶⁹⁷ in particolare nei villaggi, organi elettivi con durata triennale, con le seguenti funzioni:

- a) Eleggere uno dei propri membri per rappresentare il VPC nel *Ward Council*.
- b) Pianificare lo sviluppo del villaggio e promuovere il benessere e la salute degli abitanti attraverso opere di pubblica utilità (scuole, pozzi, *Health Centres*, strade, centri atti alla ricreazione e al benessere del villaggio) e programmare l'espansione e la nascita di nuovi villaggi.
- c) Prendere decisioni su materie delegate dagli abitanti del villaggio.
- d) Promuovere uno spirito di unità tra gli abitanti.
- e) Organizzare la commercializzazione dei prodotti del villaggio.
- f) Organizzare forme di cooperative per le attività commerciali.
- g) Promuovere gli investimenti e il risparmio familiare.
- h) Favorire il progresso nell'educazione.
- i) Fare tutto quanto sia necessario o desiderabile per il benessere sociale, culturale, economico e politico del villaggio, sensibilizzando gli abitanti rispetto a questi temi.

Furono inoltre creati i *Ward Development Council* in aree rurali con meccanismi analoghi ai VPC e con funzioni quali:

- a) Eleggere i componenti del *Ward Development Committee (WDC)*.
- b) Discutere dei problemi del *Ward* anche per dare indicazioni al WDC.
- c) Collaborare con il WDC nei processi di formulazione (anche con la consultazione degli abitanti dei villaggi) e di verifica dei piani di sviluppo del *Ward*.⁶⁹⁸

I WDC a loro volta avevano nel mandato:

- a) Supervisionare il lavoro dei VPC.
- b) Valutare le necessità della popolazione del territorio del *Ward*, le risorse umane e naturali

⁶⁹⁶ Chikulo B. (2009), Op. Cit.

⁶⁹⁷ Gov. Republic of Zambia (1971) *Registration and Development of Villages Act (Cap 289)*, Lusaka (www.saflii.org/zm/legis/consol_act/radova398/, 2011).

⁶⁹⁸ Gov. Republic of Zambia (1971), Op. Cit.

disponibili, al fine di definire piani e priorità da coordinare con i piani del Governo nazionale sul territorio.

- c) Creare meccanismi in cui le persone possano assumere crescenti responsabilità per affrontare i problemi del *Ward*.
- d) Assistere gli abitanti nel comprendere il ruolo degli individui, delle famiglie, dei villaggi nella Repubblica dello Zambia.
- e) Dare sostegno alla pianificazione regionale tramite i *Rural Council* responsabili per il *Ward*.
- f) Adoperarsi per accrescere la produttività delle coltivazioni, degli allevamenti, anche con interventi tesi a favorire spostamenti di famiglie verso aree più produttive, realizzazione di opere irrigue e reti stradali.
- g) Favorire la nascita di cooperative di produzione e di consumo, il risparmio, la nascita di piccole imprese.
- h) Favorire forme di collaborazione tra *Wards* e tra villaggi.
- i) Assicurare che ogni villaggio goda di servizi igienico – sanitari.⁶⁹⁹

Di fatto i WDC erano i "motori" dello sviluppo a livello locale, con particolare riferimento alle aree rurali e secondo lo schema di rappresentanza dovevano essere collegati ai *Ward Council*, organi elettivi. I *Ward* erano le aree sotto il Governo di un'ente locale in cui veniva eletto un consigliere nell'ente locale territoriale. Questo sistema di comitati e consigli dovevano garantire una forma di decentramento e di partecipazione nel quadro delle politiche complessive di sviluppo intraprese dal Governo dello Zambia negli anni '70. E' interessante il riferimento, per il WDC, a un'opera di responsabilizzazione, una sorta di *empowerment* teso a coinvolgere le persone singole, le famiglie e i villaggi (le tre entità fondamentali, si potrebbe dire) nei processi di sviluppo in modo attivo.

Appena un anno dopo, 1972, lo Zambia fu dichiarato da parte del Presidente Kaunda "One Party Participatory Democracy" in cui si univa la struttura del partito di Governo (UNIP) alla struttura amministrativa creando un'unica struttura sotto il controllo del partito di Governo. A tale scopo nel 1980 fu approvato il "Local Administration Act" che garantiva il controllo politico degli organi di livello distrettuale tramite i *District Council*.⁷⁰⁰ Anche i *Ward Council/Committee* e i VPC entrarono nello stretto controllo dell'apparato del partito UNIP che li trasformò in *Ward / Branch / Section Committees* alla cui elezione potevano partecipare i soli membri del partito unico. Con la fine del regime a partito unico (1991) e il varo di una nuova Costituzione (1991) e di un nuovo "Local Government Act" (1991) fu ripristinata la divisione tra Governo centrale, partito di Governo e

⁶⁹⁹ Gov. Republic of Zambia (1971), Op. Cit.

⁷⁰⁰ Chikulo B. (2009), Op. Cit.

governi locali. Con il varo del "Local Government Elections Act" (1991) fu reintrodotta l'elezione per i governi locali, recuperando il meccanismo di elezione dei consiglieri nei *Ward*. Furono creati 4 *City Councils*, 12 *Municipal Councils* e 56 *District Councils*.⁷⁰¹ Nei *Councils* potevano sedere i Consiglieri eletti, i membri del Parlamento eletti nel Distretto, 2 rappresentanti dei capi tradizionali presenti nel Distretto. Ai Consigli ("Council") furono attribuite 63 funzioni tra cui quelle di salute pubblica e ambientale. Nel quadro di modifiche al "Local Government Act" e delle politiche di riforma della struttura amministrativa pubblica, varate anche nel quadro dei Piani di Aggiustamento Strutturale e dei *Poverty Reduction Strategy Papers*, sono stati successivamente creati organismi decentrati di programmazione dello sviluppo territoriale nel quadro delle linee guida di politica nazionale quali i *District Development Coordination Committee*, gli *Area Development Coordination Committee* - che a volte possono assumere le caratteristiche di *Residential Development Coordination Committee* - (presenti ad esempio nei grandi *Compound* di Ndola come riferitomi da un componente di tale comitato per il *Compound* di Nkwazi) e i *Rural Development Coordination Committee*.

Per quanto attiene lo specifico del settore sanitario una prima iniziativa di decentramento si verificò nel 1985 con il varo del "Medical Service Act" (poi emendato e riassorbito nel "National Health Services Act" del 1995) che prevedeva la creazione di *Hospital Management Boards*. Le riforme degli anni '90 portarono al varo di strutture decentrate quali il *District Health Board* (DHB) e il *District Health Management Team* (DHMT) e una struttura a livello nazionale: il *Central Board of Health* (CBoH). L'esplicita assunzione di un approccio ispirato alla PHC ha portato, in continuità con le politiche di sviluppo avviate sin dagli anni '70, al varo di *Health Centres / Rural Centres Advisory Committee* e NHC come ambiti primari di partecipazione delle comunità di riferimento. Ai NHC fu assegnato il compito di identificare i bisogni della comunità, farli presenti nella fase di programmazione, essere il collegamento tra la popolazione e i vari fornitori di servizi sanitari oltre che il personale degli *Health Centres / Post*, sviluppare attività a sostegno degli *Health Workers* comunitari, collaborare con altri uffici nello sviluppo locale, identificare le necessità di formazione per i volontari della comunità coinvolti in ambito sanitario, raccogliere dati epidemiologici e gestire risorse economiche (spesso tramite *user fees*) con trasparenza. Secondo le previsioni ministeriali la metà dei componenti dei NHC doveva essere donna. Il compito di coordinare i vari *Boards* decentrati venne affidato al CBoH, tramite i *Provincial Health / Medical Office* riducendo il ruolo del Ministero della Salute (MoH).⁷⁰²

Uno dei primi nodi nella continuità della partecipazione nei vari processi di riforma è legato al fatto

⁷⁰¹ Chikulo B. (2009), Op. Cit.

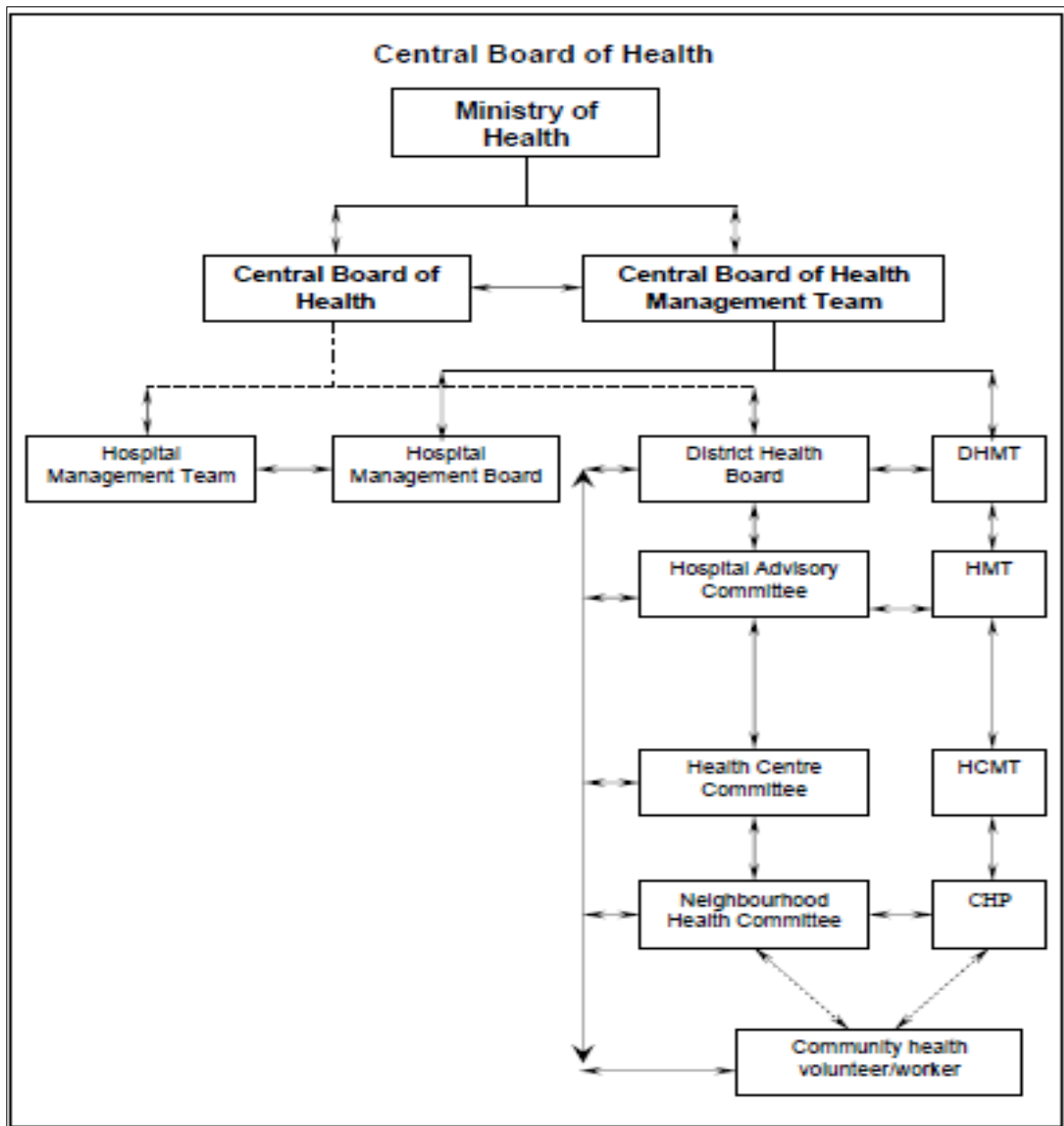
⁷⁰² Chikulo B. (2009), Op. Cit.

che mentre *Health Centres / Rural Centres Advisory Committee* e NHC prevedevano un meccanismo di elezione democratica, la composizione degli *Hospital Boards* e dei *District Boards* avveniva (e avviene) per nomina ministeriale con un ruolo decisivo svolto dalla struttura amministrativa e gestionale del DHMT che indica e seleziona le persone del territorio per *District* e *Hospital Boards*, inoltre i *Boards* possono essere sciolti con decisione del CBoH⁷⁰³. A questo si deve aggiungere la scissione tra il sistema di *governance* della struttura sanitaria e quello delle strutture di amministrazione locale, che ha avuto, sino alle riforme relative al decentramento degli anni successivi, un effetto disincentivante nell'azione delle autorità locali sui servizi sanitari per cui le politiche di programmazione di sviluppo territoriale apparivano sganciate o elaborate separatamente rispetto a quelle sanitarie, nel quadro di una delega specifica del MoH ai *Boards* locali.⁷⁰⁴ La Fig. 5.3 A indica la struttura prevista dalla riforma del 1995 mentre la 5.3 B la forma di elaborazione dei piani nazionali per la salute.

⁷⁰³ AA.VV. (2000), *The Decentralization of the Health System in Zambia*, Op.Cit.; Gov. Republic of Zambia (1995), Op. Cit. *Public Health Act*, Lusaka; Gov. Republic of Zambia (1995) *National Health Services Act*, Lusaka.

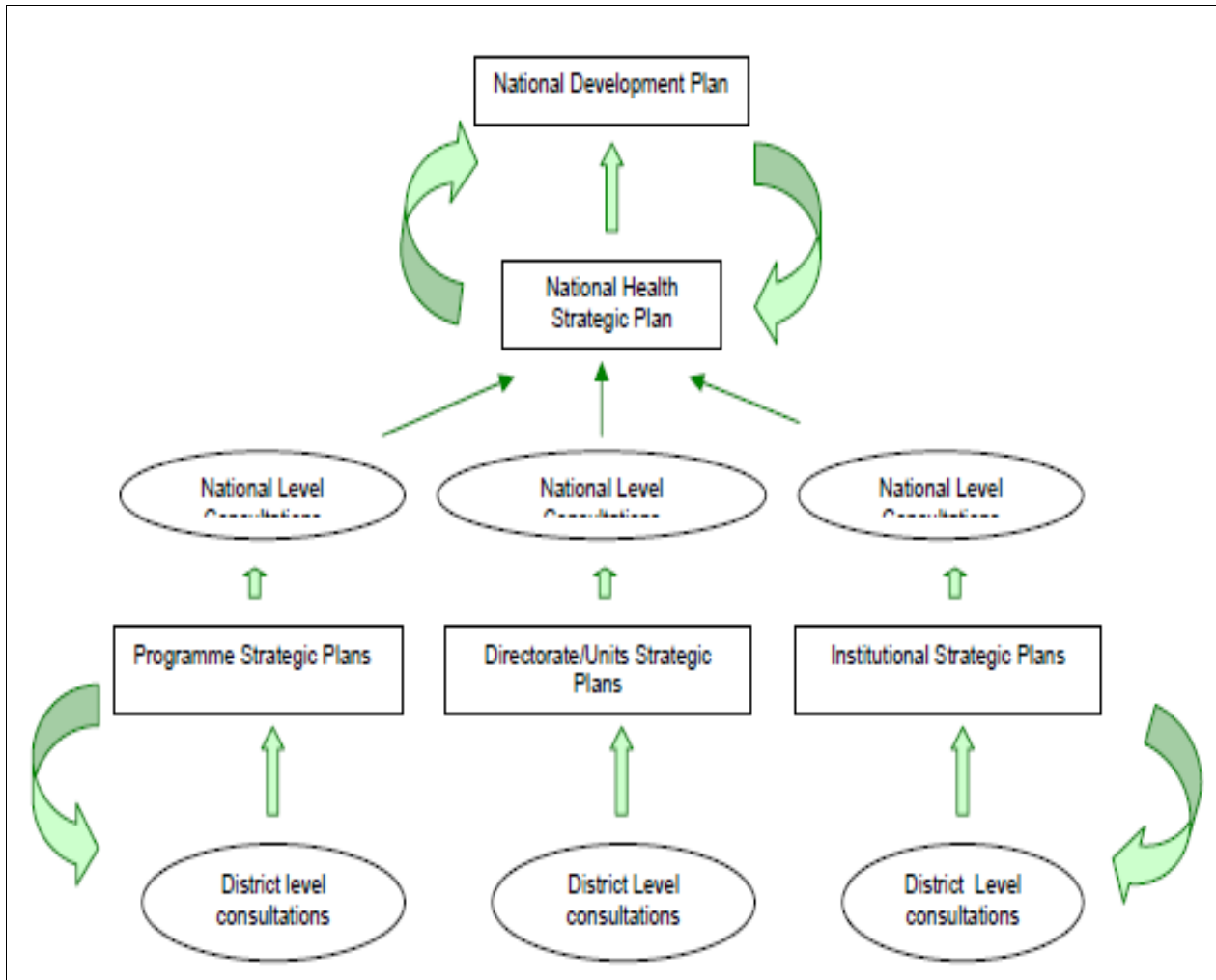
⁷⁰⁴ Jeppsson A., Okuonzi S.A. (2000), "Vertical or Holistic Decentralization of the Health Sector? Experiences from Zambia and Uganda", in *International Journal of Health Planning and Management*; pagg. 273-289.

Fig. 5.3 A: Strutture di partecipazione comunitaria e collegamenti con gli organismi di *governance* del sistema sanitario



Fonte: Macwan'gi M., Ngwengwe A. (2004), *Effectiveness of District Health Boards in interceding for the community*, EQUINET DISCUSSION PAPER 19, Harare

Fig. 5.3 B: Pianificazione sanitaria nazionale



Fonte: Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2005), *National Health Strategic Plan 2006 – 2010, Towards Attainment of the Millenium Development Goals and National Health Priorities*, Lusaka

Nella Tab. 5.4 che segue è schematizzata la struttura per livello di servizio.

Tab. 5.4 Strutture per livello di servizio e relativi *Boards* o *Committees*

Level of service	Type of institution	Committees
District	Large district hospital 60,000 to 100,000 people 100-120 beds	District Health Board Area Board of Health
	Small district hospital 30,000-60,000 people 40-100 beds	Area Board of Health
Health Centre	Zonal health centre (Urban clinic) 10,000-30,000 people 13-40 beds	Health team CBHC committee (inter-sectoral)
	Large rural health centre 5,000-10,000 people 6-12 beds	Health team CBHC Committee (intersectorial)
	Small rural health centre 2500-5000 people 6 beds	Health team CBHC committee (intersectorial)
Community	PHC unit 500 people	Village Health Committee

Fonte: Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (1991), *National Health Policies and Strategies – Health Reforms*, Lusaka

Le funzioni attribuite al DHB sono indicate dalle linee guida del CboH riportate in Macwan'gi e Ngwengwe⁷⁰⁵ e si sostanziano nell'approvazione degli *Health Development Plans* dei Distretti e con questi di tutto quanto attiene i piani e i bilanci annuali di previsione. Inoltre il DHB approva i rapporti quadrimestrali e la revisione dei piani distrettuali e dei bilanci. Inoltre il DHB deve assicurare le attività di revisione e *audit* e fare rapporto al CBoH. Inoltre il DHB ha il compito di monitorare eventuali problemi e criticità relative alle condizioni di lavoro dei sanitari e intervenire a proposito. Infine al DHB spetta il compito di attivare e favorire il funzionamento operativo degli operatori di salute comunitari (*Community Health Worker*, CHW) che degli organismi di partecipazione quali gli *Area Health Boards* e i NHCs.

E' interessante quanto riportato dal documento del Ministero della Salute Zambiano del 1991,⁷⁰⁶ con riferimento al ruolo degli organismi di distretto:

"The main core of the health strategy shall be managing for quality

⁷⁰⁵ Macwan'gi M., Ngwengwe A. (2004), Op. Cit.

⁷⁰⁶ Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (1991), *National Health Policies*, Op.Cit.

through a District Health Management System. *The district shall be the basic unit of management where bottom-up planning and implementation initiatives meet the thrust of national policies.* Therefore, it forms the basic point of reference for the articulation of *peoples' power in health care*".

E successivamente:

"The Government will decentralise financial and managerial authority to districts. The people will be encouraged to take responsibility for their own health by enabling them to participate in the planning and management of community health and family health programmes to promote responsible self care".

Definendo le caratteristiche della PHC in Zambia come:

"In a Zambian context Primary Health Care would not merely mean 'accessibility to health services' but peoples' participation in improving their quality of life and gaining power to master their affairs for health improvements".

Una dichiarazione politica di indirizzo che, in coerenza con i principi della PHC riconosce l'importanza dei meccanismi di partecipazione accanto a una struttura di management (*in primis* i DHMT) e tocca con oltre un decennio di anticipo il tema del potere (*power*) e del suo esercizio nel quadro delle politiche sanitarie e di erogazione dei servizi.⁷⁰⁷

E' altrettanto importante ricordare come queste politiche si siano accompagnate all'introduzione degli *user fees* (con tutte le conseguenze negative accennate in precedenza tra le quali il circolo vizioso tra povertà, *user fees*, ridotto utilizzo dei servizi, malattia, povertà) e come gli stessi, nelle previsioni del MoH e dei proponenti delle riforme nei vari settori dello Stato, avrebbero dovuto costituire la base per l'autonomia dei posti / centri di salute e una forma di attiva partecipazione alla

⁷⁰⁷ Nel medesimo documento (Ministry of Health Zambia Republic of Zambia - MoH (1991), Op. Cit., pag. 41) troviamo un'interessante espressione relativa al ruolo degli Area Boards of Health: "The DHBs shall be subordinate to the entire district management body. The DHBs are to establish Area Boards of Health which will *function as the eyes and ears of the DHBs within the communities*".

gestione dei servizi.⁷⁰⁸ La struttura fin qui delineata, a partire dal 2005 è stata modificata con l'abolizione del CBoH, decisione questa operata tramite la revisione nel 2005 del "National Health Service Act", che ha inoltre abolito gli *Hospital Management Boards* e i *District Health Management Boards*.

La continuità della partecipazione, secondo il disegno di riforma e il parallelo varo di un piano di decentramento dello Stato⁷⁰⁹, doveva essere garantito da degli *Advisory Councils*⁷¹⁰. Nel considerare l'abolizione del CBoH il Ministero della Salute così motiva questo atto e le criticità che ne potrebbero conseguire:⁷¹¹

"The Ministry has however faced significant challenges, which include duplication of functions between MOH-HQ and CBoH, failure to implement de-linkage of staff from Public Service to the Health Boards, and an overall bloated and costly central level structure. In view of the foregoing, in August 2004 the Government made a policy decision to restructure the health sector by repealing the NHSA/1995 to facilitate the merger of the MOH-HQ and CBoH functions at the centre and dissolution of the hospital and district management boards, and the introduction of a new organisational structure for the health sector in order to bring the much needed improvements to service delivery".

Le preoccupazioni espresse nel medesimo documento si riferiscono all'interruzione del sostegno

⁷⁰⁸ Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (1991), Op. Cit., pag. 43, 44, 75: "**2.6.3 User fees** A flat registration fee for outpatient (OPD) and in-patient care at all levels of health service, excluding rural health centres (secondary and tertiary) shall be charged to patients for using Government health services that are not covered by the insurance schemes. The issue of not charging the Rural Health Centres may need to be reviewed in the future. A user fee which is economically equivalent to services rendered shall be charged to all expatriates. Zambian citizens shall pay full cost user fees for non-preventive and non-curative related services such as medical examinations for employment, accident reports, autopsies and sick-reports. People who bypass an urban clinic or rural health centre and go directly to referral hospital shall be charged. a progressive (the higher the level, the higher the fee) bypass fee. **2.6.4 Drug charges** Charges for drugs shall be instituted at all levels of health institutions except Rural Health Centres and Health Centres in slum areas. **2.6.5 Community financing** Community financing schemes shall continue to encouraged. These will be linked to such services as revolving drug funds; contributions in kind donations by individuals/communities of either cash, or labor to help provide a service, or construct buildings. Some existing experiences in different parts of the country will be built upon and utilized. Incentives for promoting local initiatives will be looked into (...) The Government will decentralise financial and managerial authority to districts. The people will be encouraged to take responsibility for their own health by enabling them to participate in the planning and management of community health and family health programmes to promote responsible self care".

⁷⁰⁹ Gov. Republic of Zambia (2003), *The National Decentralisation. Policy Towards Empowering the People*, Lusaka.

⁷¹⁰ Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2005), *National Health Strategic Plan 2006-2010 - "... Towards Attainment of the Millennium Development Goals and National Health Priorities..."*, Lusaka.

⁷¹¹ Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2005), *National Health Strategic Plan 2006-2010*, Op. Cit.

tecnico che il CBoH realizzava, a criticità dovute ad attriti con il personale assegnato al CBoH, alla possibile riduzione di aiuti esteri al settore per le preoccupazioni legate a trasparenza e *accountability* che facevano capo al CBoH tramite: *Health Management Information System* (HMIS), *Financial and Administrative Management Systems* (FAMS), *Planning Systems e Sector-wide Approach* (SWAp).

Tra le preoccupazioni manca però un'attenzione al tema della partecipazione e alle conseguenze dell'abolizione dei *Boards*, anche se resta prioritario il tema del decentramento e l'armonizzazione della struttura del sistema sanitario secondo il modello del 1995 aggiornato al 2005 rispetto alle politiche di decentramento avviate nel 2003.⁷¹² Perché questa mancanza di attenzione? Con quali concrete conseguenze rispetto a una struttura in cui era in qualche modo abbozzata la partecipazione in vari livelli?

D'altro cando tra i principi guida enunciati⁷¹³ vi è il decentramento nella forma della devoluzione di responsabilità (si vedano a tale proposito le definizioni di decentramento e devoluzione date nei capitoli precedenti)⁷¹⁴ Questo non fugava il dubbio, presente nei colloqui avuti in Zambia, di un indebolimento delle forme e strutture di partecipazione nel settore sanitario.

Andando ad analizzare il piano di decentramento si osserva il principio guida:⁷¹⁵

“Achieve a fully decentralised and democratically elected system of *governance* characterised by open, predictable and transparent policy making and implementation processes, effective community participation in decision-making, development and administration of their local affairs while maintaining sufficient linkages between the centre and the periphery”.

Tradotti in obiettivi politici:

"a) empower local communities by devolving decision-making authority, functions and resources (...); b) design and implement mechanisms to ensure a “bottom-up” flow of integrated development planning and budgeting from

⁷¹² Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2005), *National Health Strategic Plan 2006-2010*, Op. Cit., pag. 16.

⁷¹³ Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2005), *National Health Strategic Plan 2006-2010*, Op. Cit., pag. 21.

⁷¹⁴ Nel documento Gov. Republic of Zambia (2003), *The National Decentralisation. Policy Towards Empowering the People*, Lusaka; la definizione di Devolution è: "devolution is the transfer of some powers and authority, functions and resources by legal and constitutional provisions to the lower levels. The transfer is within formal political structures and is institutionalised by constitutional means".

⁷¹⁵ Gov. Republic of Zambia (2003), Op. Cit.

the District to the Central Government; (...) e) develop the capacity of Councils and communities in development planning, financing, coordinating and managing the delivery of services in their areas; (...) h) provide a legal and institutional framework to promote autonomy in decision-making at local level".⁷¹⁶

Una delle applicazioni di questi obiettivi è stata la diffusa implementazione di pratiche partecipative nel quadro del FNDP e del SNDP a partire dal livello locale (tramite gli organismi distrettuali e locali). Il piano prevedeva tre fasi di realizzazione: 2003 – 2005, 2006 – 2010, 2011 – 2012, ma a fronte di un impegno di spesa previsto da parte del GRZ di oltre 59 milioni di dollari tra il 2007 e il 2009, il Governo poteva coprire solo la metà dei fondi necessari.⁷¹⁷ Ancora prima (2000) era stato varato il "National Capacity Building Programme for Good Governance", mentre nel piano sul decentramento un capitolo era dedicato alla formazione ed educazione civica delle persone al fine di accrescere la consapevolezza e la partecipazione delle popolazioni ai processi di decentramento e al funzionamento degli organismi definiti in questo quadro. La partecipazione era prevista anche nei processi di monitoraggio e valutazione delle politiche di sviluppo a livello locale per i vari settori. Per tutte queste ragioni i vari piani di decentramento (non ultimo quello del 2009)⁷¹⁸ avevano previsto il progressivo recupero / costituzione degli *Area Development Committees*. Il documento del 2009⁷¹⁹ ribadiva più volte il valore della partecipazione fino ad affermare:

"The communities are the ultimate beneficiaries of decentralised local governance. Community participation is important at the local level in terms of decision making, identification, planning, implementing, monitoring and evaluation of local projects. (...) Participatory mechanisms will therefore be defined to allow for enhanced community participation in the Decentralisation process".

Quindi:

- un collegamento tra partecipazione, *accountability* e decentramento molto forte;
- un rimando alla definizione di meccanismi di partecipazione da istituire: in particolare ci si riferisce agli *Area development Committees* da istituirsi a livello di *Ward* (di fatto in sostituzione dei

⁷¹⁶ Gov. Republic of Zambia (2003), Op. Cit.

⁷¹⁷ Gov. Republic of Zambia (2003), Op. Cit.

⁷¹⁸ Gov. Republic of Zambia (2009), *Decentralisation Implementation Plan 2009-2013*, Lusaka

⁷¹⁹ Gov. Republic of Zambia (2009), Op. Cit.

Ward Development Committees istituiti nel 1971).⁷²⁰

Il MoH, a sua volta, nel quadro del decentramento prevedeva una stretta integrazione nei processi di programmazione tra le autorità provinciali e distrettuali sanitarie e i *District Development Coordinating Committees* al fine di integrare sempre più i piani sanitari locali nei *District Development Plans*.⁷²¹

5.2.2 Linee guida e programmi

Per quanto attiene la realizzazione delle pratiche di partecipazione in seno alla struttura sanitaria, come pure ai meccanismi relativi alle politiche complessive di sviluppo a livello territoriale, troviamo riscontro in alcune delle linee guida relative alla pianificazione dello sviluppo a livello distrettuale, nella programmazione delle attività ospedaliere, come pure nella pianificazione di interventi sanitari a livello di centro / posto di salute (*Health Centres / Post*).

Nel quadro delle politiche di decentramento l'*empowerment* partecipativo delle comunità trova realizzazione tramite pratiche di sensibilizzazione e programmi di educazione civica, come pure training relativi a diritti umani, elementi di cultura democratica e forme di "power sharing" nel quadro del funzionamento dello Stato. Anche la struttura degli organismi di partecipazione richiede formazione e strutturazione e per questo viene proposto di rivedere e verificare composizione e funzionamento dei vari organi (*Area Development Committees*, DDCC, PDCC) alla luce delle politiche di decentramento.⁷²² A queste proposte di azione si aggiungono, nel quadro dei processi di consultazione e programmazione nazionale delle politiche, di sviluppo, la necessità di coordinare e sincronizzare le attività a livello sub-distrettuale, distrettuale e nazionale, la concreta introduzione di pratiche partecipative nelle attività di programmazione ai livelli di Distretto e sub- Distretto, il rafforzamento di capacità e meccanismi di verifica e controllo da parte delle comunità, tramite gli ADC, degli aspetti contabili e di gestione dei vari settori in ambito distrettuale. Tramite un *Decentralisation Secretariat* i diversi Ministeri verranno coordinati nella effettiva attuazione delle forme di decentramento previste dai vari programmi e piani pluriennali. La partecipazione non solo

⁷²⁰ Gov. Republic of Zambia (2009), Op. Cit., pag. 11: "Area Development Committees (ADCs) shall be introduced as formal multi-functional developmental institutions that shall be run by citizens at the ward level. ADCs are intended to facilitate local-level dialogue on developmental matters and are primarily intended to facilitate practical involvement of people in project formulation and implementation. They will also support Councils through the generation of timely, reliable and accurate data for service delivery planning. In addition, ADCs shall monitor the performance of councils and provide a mechanism for holding councils accountable to the people in the execution of agreed annual investment plans. In this regard, ADCs' mandates shall include the preparation and approval of integrated ward development plans and budgets before they are transmitted to the district level, where they will form a key input into the district planning and budget processes".

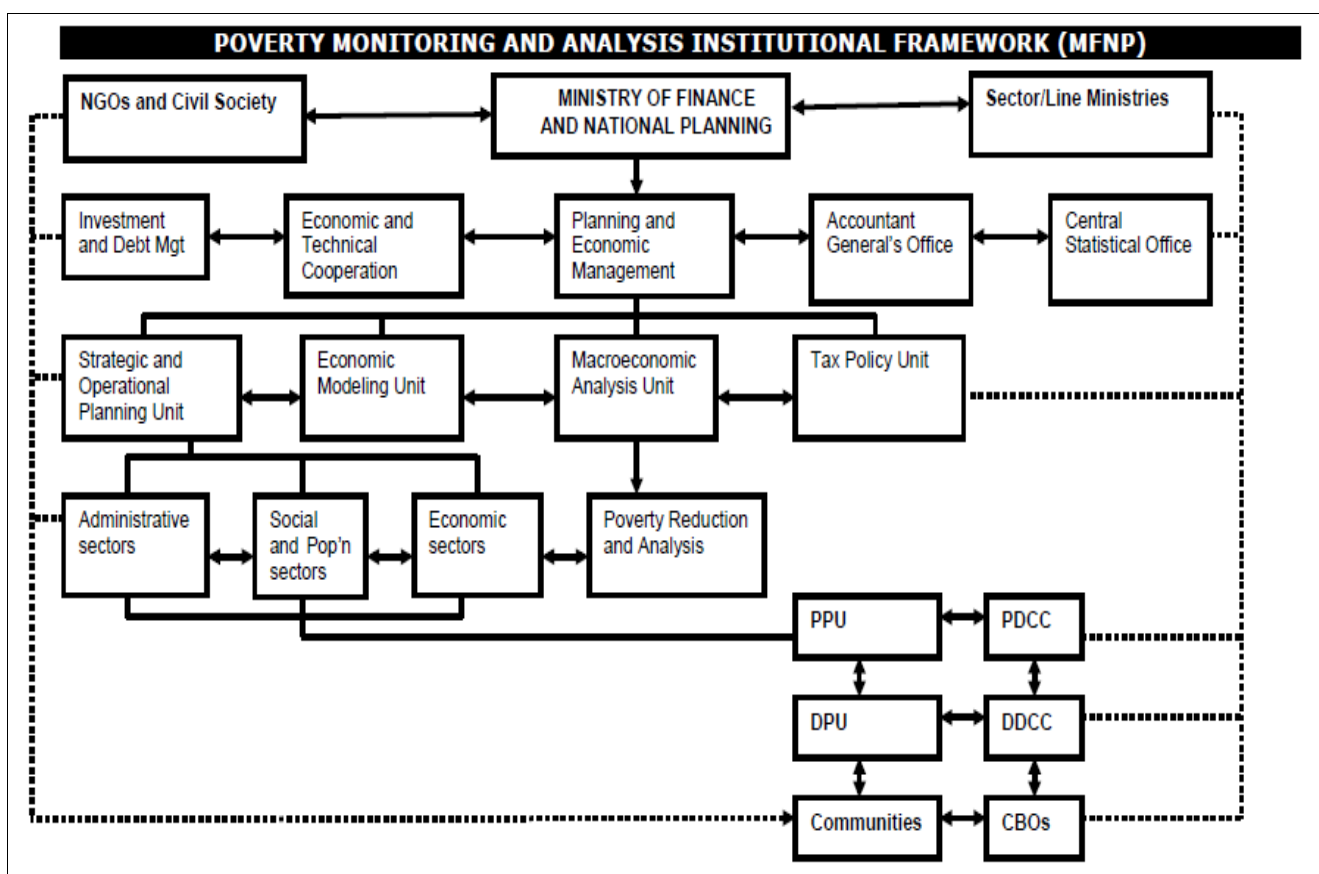
⁷²¹ Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2005), *National Health Strategic Plan 2006-2010*, Op. Cit.

⁷²² Gov. Republic of Zambia (2009), Op. Cit.

è un fine, ma anche un mezzo e condizione essenziale perchè il decentramento abbia effettivamente luogo, unitamente a una reale volontà politica del Governo di dare seguito a quanto stabilito.⁷²³

Nella programmazione dello sviluppo nazionale e delle politiche di lotta alla povertà, la preparazione del PSRP 2002 – 2004 prevedeva una serie di meccanismi di consultazione a livello provinciale e distrettuale a partire da consultazioni a livello provinciale (conferenze provinciali) a cui partecipavano 10 delegati per ogni Distretto e la partecipazione di organizzazioni della società civile. Le forme di consultazione erano relative ad aree tematiche preventivamente definite dal MoFNP con conseguente creazione di tavoli di lavoro aperti alla società civile. Inoltre i 10 delegati per ogni Distretto erano scelti dalle autorità provinciali, a loro volta a nomina governativa. Più dettagliato il ruolo dei PDCC e DDCC per quanto atteneva l'attuazione e il monitoraggio (Fig.5.4)⁷²⁴

Fig. 5.4. Attuazione e monitoraggio del PRSP: livelli organizzativi e struttura



Fonte: Ministry of Finance and National Planning MoFNP - GRZ (2002), *Poverty Reduction Strategy Paper Zambia 2002 – 2005*, Lusaka

⁷²³ Gov. Republic of Zambia (2009), Op. Cit.

⁷²⁴ Ministry of Finance and National Planning MoFNP - GRZ (2002), Op.Cit.

Tra i primi documenti contenenti istruzioni su pratiche di partecipazione troviamo il "Guidelines for District Planning for Development and Poverty Reduction"⁷²⁵ utilizzato per l'elaborazione del "Fifth National Development Plan 2006 – 2010" che sostituisce la redazione del *Poverty Reduction Strategy Plan*, fino ad allora utilizzato come principale strumento di programmazione dello sviluppo nazionale e di lotta alla povertà. Queste linee guida sono state accompagnate da una serie di manuali operativi (*Facilitating Social Development – A handbook for use by facilitators; District Implementation Manual – Participatory Monitoring and Evaluation; A Trainers Guide on Participatory Monitoring and Evaluation*).

Tesi a fornire agli operatori a livello distrettuale strumenti concreti per un *empowerment* della partecipazione e pratiche partecipate di programmazione e pianificazione dello sviluppo territoriale e dei servizi connessi.⁷²⁶ Come debba funzionare la programmazione e il flusso delle informazioni è illustrato dalla Fig. 5.5.

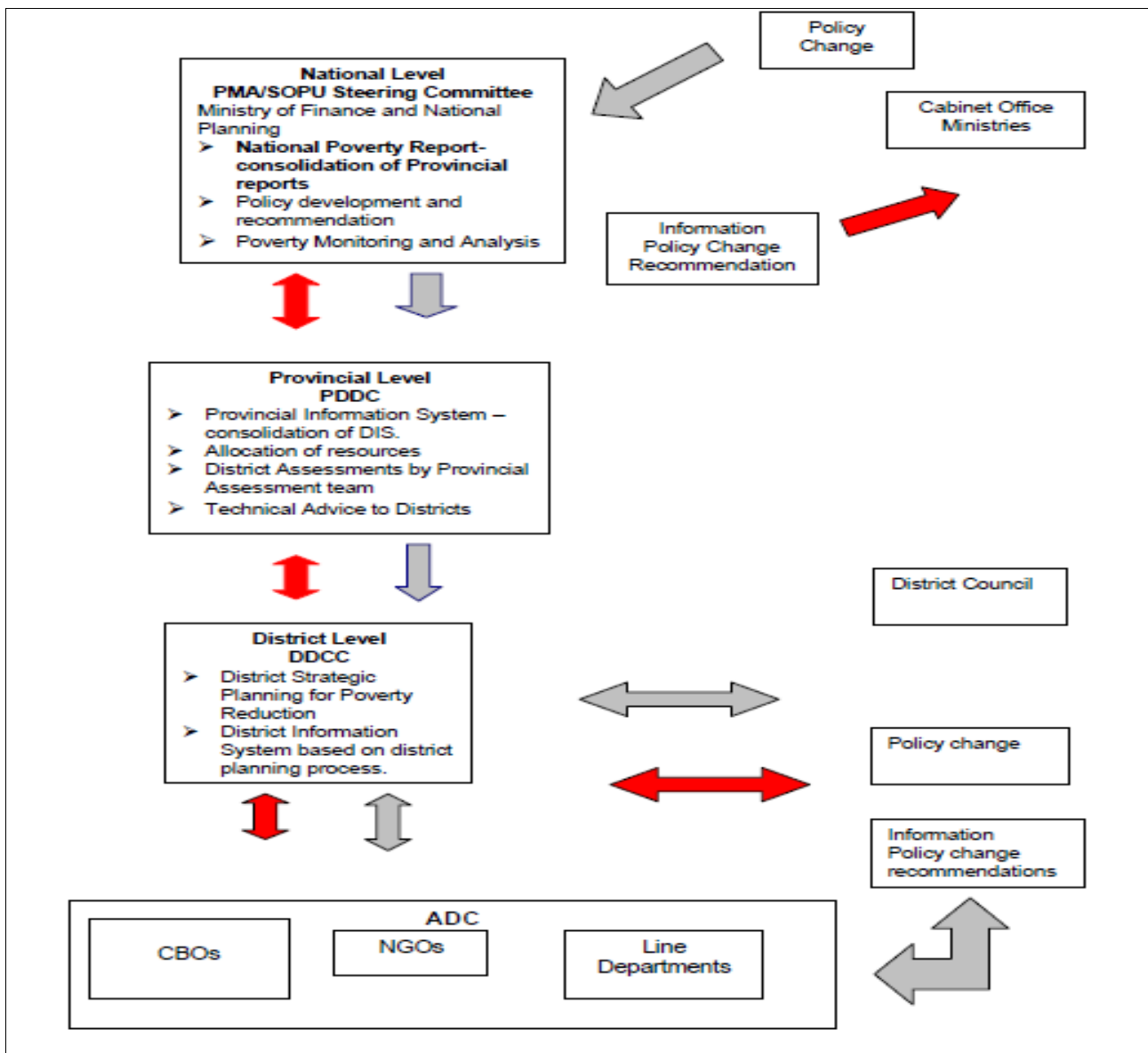
Tramite le organizzazioni comunitarie, gli ADCs, la partecipazione comunitaria contribuirà principalmente alla raccolta e produzione di dati e alla valutazione delle condizioni dei servizi e delle strutture (anche sanitarie) presenti sul territorio contribuendo anche all'analisi SWOT (Strength, Weakness, Opportunities, Threats). Inoltre le comunità saranno chiamate a partecipare a dei *Poverty Assessment* tramite *focus groups* e discussioni plenarie sul tema della povertà identificando cause e strategie territoriali.⁷²⁷

⁷²⁵ Ministry of Finance and National Planning – MoFNP (2004), *Guidelines for District Planning for Development and Poverty Reduction*, Lusaka.

⁷²⁶ Tra i principali donatori impegnati nelle politiche di decentramento tra il 2001 e il 2010 troviamo: UNDP, GTZ (cooperazione tedesca), Netherland Development Organization (SNV), World Bank attraverso il *Zambian Social Investment Fund*.

⁷²⁷ Ministry of Finance and National Planning – MoFNP (2004), Op. Cit., Pagg. 29 -36, 51-55.

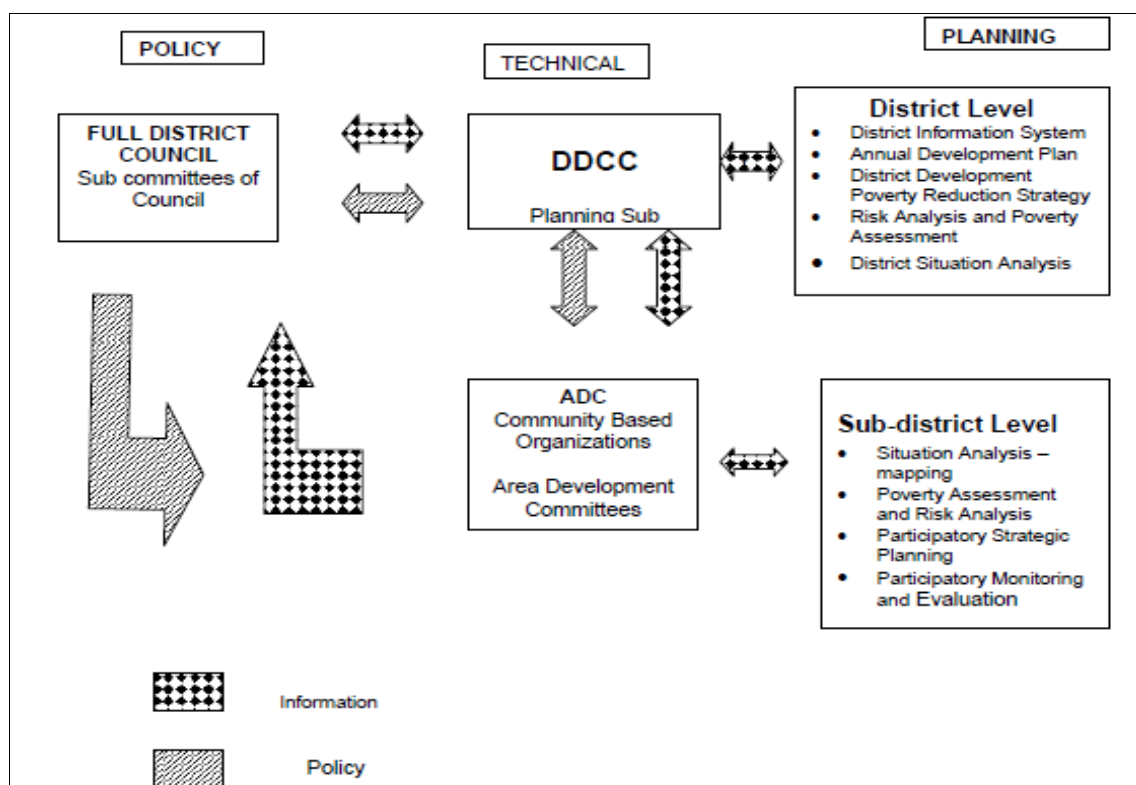
Fig. 5.5. Flussi di informazione nel quadro della programmazione dello sviluppo



Fonte: Ministry of Finance and National Planning – MoFNP (2004), *Guidelines for District Planning for Development and Poverty Reduction*, Lusaka

Per quanto attiene la programmazione a livello di Distretto si indica (MoFNP, 2004, pag. 7) come il processo di pianificazione deve essere aperto e flessibile rispetto alla partecipazione e alle informazioni che provengono dalle comunità (il modello è in Fig. 5.6).

Fig. 5.6 Modello di interazione a livello distrettuale e sub-distrettuale



Fonte: Ministry of Finance and National Planning – MoFNP (2004), *Guidelines for District Planning for Development and Poverty Reduction*, Lusaka

Riprendendo il tema della programmazione in campo sanitario è bene sapere che a partire dalla riforma degli anni '90 erano presenti manuali relativi al ruolo delle comunità secondo un approccio PHC⁷²⁸, successivamente alla riforma del 2005 (quella dell'abolizione dei *Boards*) vennero elaborati altri manuali operativi tra cui quelli per il livello ospedaliero e per quello comunitario (si tratta infatti delle 5^e edizioni di tali manuali a dimostrazione di un'attenzione al tema ma anche di frequenti modifiche nelle pratiche anche a seguito di mutamenti politici ed istituzionali).⁷²⁹

Nel processo di pianificazione ospedaliero è interessante sapere che il *Provincial Health Office* (PHO) di fatto è l'organo che può dare seguito, per conto del MoH, al piano presentato dal singolo ospedale, e quindi la struttura di gestione a livello di *Province* (le nostre regioni) è garante della coerenza e sostenibilità dei piani presentati rispetto alle disponibilità finanziarie centrali e locali e a

⁷²⁸ Kahssay H.M., Oakley P. (1999), Op.Cit.

⁷²⁹ Ministry of Health (2009), *Action Planning Handbook for Hospitals*, Lusaka; Ministry of Health (2009), *Action Planning Handbook for Health Centres, Health Posts and Communities*, Lusaka.

quanto previsto nelle politiche nazionali.

Il compito di programmare è affidato prioritariamente agli *Hospital Health Teams* in coordinamento con i DHMT e il *Provincial Health Office* (PHO). Durante i diversi passaggi di programmazione l'*Hospital Health Team* (HHT) consulta l'*Hospital Advisory Committee* (HAC) come il DHMT consulta il *District Health Advisory Committee* (DHAC), organi consultivi che dovrebbero essere i garanti di una partecipazione di base recependo input dei pazienti, della società civile e delle comunità del territorio, mentre a sua volta l'HHT si fa tramite verso l'HAC delle informazioni pervenute dal MoH tramite il PHO. Nel processo di consultazione dell'HAC inoltre:

"The meeting shall also review the hospital's performance against the plan for the previous year as well as the results of the last hospital accreditation survey, where applicable. The Hospital Advisory Committee at this stage should provide guidance on issues that should be incorporated in the Plan for the following three years".⁷³⁰

Una volta che il piano annuale o pluriennale viene elaborato, nel caso di Ospedali di 2° e 3° livello questo verrà sottoposto nuovamente all'HAC per un parere e poi al PHO, mentre gli ospedali di 1° livello procederanno attraverso il DHMT (gli ospedali di 1° livello hanno una minore specializzazione e meno reparti di quelli di 2° e 3° livello). Il manuale per gli *Health Centres/Post*⁷³¹ indica a sua volta il ruolo di questi organismi nella pianificazione territoriale e il genere di rapporti con le comunità e le tipologie di partecipazione. Tra le azioni intraprese vi sono l'incontro tra HC e rappresentanti delle comunità, l'incontro tra rappresentanti della comunità e la comunità e incontro tra rappresentanti della comunità e staff dell'HC. Tutto per rivedere i piani e le esigenze sanitarie. L'incontro con i rappresentanti delle comunità avviene in seno agli HP / HC *Committees* o tramite forme organizzate della comunità. In questi incontri oltre a una verifica e una revisione dei piani precedenti, vengono date indicazioni sul metodo di lavoro da impostare con l'intera comunità al fine di identificare bisogni e necessità in campo sanitario. Inoltre vengono indicate risorse umane e finanziarie della comunità utili alla realizzazione del programma annuale. Viene indicata anche una possibile agenda.⁷³²

- Revisione dei piani comunitari degli anni precedenti al fine di identificare gli esiti e i problemi e verificare cosa realizzare nell'anno.
- Comunicare ai rappresentanti della comunità l'importanza di identificare con le comunità

⁷³⁰ Ministry of Health (2009), *Action Planning Handbook for Hospitals*, Lusaka.

⁷³¹ Ministry of Health (2009) *Action Planning Handbook for Health Centres, Health Posts and Communities*, Lusaka.

⁷³² Ministry of Health (2009) *Action Planning Handbook for Health Centres, Health Posts and Communities*, Lusaka.

stesse i principali problemi sanitari secondo quanto percepito dalla comunità, non dimenticando il tema dell'HIV/AIDS.

- Verificare cosa la comunità è in grado di fare rispetto ai problemi segnalati.
- Stabilire una agenda di incontri e un insieme di informazioni (anche in termini di risorse finanziarie e di bilancio) necessarie al confronto con le comunità e all'elaborazione di piani di comunità.

Analoga è l'agenda di incontro tra i rappresentanti della comunità (*Health Posts/Centre Committee*) e la comunità.⁷³³ Una chiara indicazione di metodo, tesa a guidare il processo di partecipazione (in forma di consultazione). A questa fase di consultazione della comunità segue il *feed back* all'HC tra lo staff e i rappresentanti di comunità per redigere la proposta di *Community Action Plan* che verrà sottoposto al DHMT sulla base di una analisi accurata della situazione relativa all'HC/HP⁷³⁴ in cui quanto espresso e percepito dalla comunità, unitamente a indicatori oggettivi e quantitativi, forniscono elementi essenziali per la pianificazione a questo livello e per il Distretto. In un successivo incontro convocato dal DHMT con HC/HP, Organizzazioni Non Governative e altri team sanitari si procederà alla definizione degli *Health Centre Plan* che confluiranno nel piano distrettuale da approvare a cura del PHO. Gli HC/HP dovranno procedere con i loro Committes a monitorare l'effettiva realizzazione in termini qualitativi e quantitativi dei piani relativi sulla base di schede e format predisposti a livello ministeriale.

Quello descritto dai manuali operativi appare come un processo di programmazione, certamente partecipata, in cui esistono flussi di informazione sia *top – down* che *bottom – up*, e in cui la partecipazione, che viene auspicata come sollecitata, informata e attiva, ha la forma di una consultazione, dato che spetta ad entità organizzative di livello superiore la definitiva approvazione dei piani territoriali e di quelli che ne derivano a livello di HC/HP, secondo una clausola di coerenza con le linee nazionali garantite dal PHO e dal DHMT.

Quali effetti sulla partecipazione? E quale effettiva partecipazione? Quale effettiva attenzione nella programmazione nazionale e locale viene data a questo aspetto al di là delle declaratorie e dei manuali operativi? Sono quesiti che trovano alcune risposte nei documenti di analisi, nei paper, prodotti prevalentemente da alcuni autori dello Zambia nel quadro di EQUINET e TARSC oltre che

⁷³³ Ministry of Health (2009) *Action Planning Handbook for Health Centres, Health Posts and Communities*, Lusaka.: "2) The community representatives should then lead a discussion on what the 5 most important (in the community's view) health problems are that the community is facing. If the issue of HIV/AIDS has not been mentioned, community representatives should find out what community members think and how they have handled the problem at Community Level. These should be listed in order of priority (based on perceptions about which are the most common and the most serious)".

⁷³⁴ Ministry of Health (2009) *Action Planning Handbook for Health Centres, Health Posts and Communities*, Lusaka, pag. 9.

nelle interviste sul campo con alcuni informatori chiave.⁷³⁵

5.2.3 Dati di realtà sulla partecipazione e i meccanismi di empowerment in ambito istituzionale

Nel verificare quanto delle norme e delle previsioni dei documenti di programmazione ufficiali trova riscontro nella realtà e nelle prassi, sia tramite alcune interviste a informatori chiave che durante alcune visite nell'area urbana e rurale di Ndola, ho avuto modo di rilevare alcuni dati di realtà rispetto alle politiche e prassi di *empowerment* partecipativo e pratiche di partecipazione.

Ripartiamo dalle forme previste dalle politiche di decentramento e dal loro funzionamento in sede di programmazione delle politiche di sviluppo.

Se guardiamo ai documenti di programmazione delle politiche di sviluppo⁷³⁶ con una particolare attenzione alle parti dedicate alla *governance* e al decentramento troviamo:

- a) l'indicazione chiara dei piani di sviluppo nazionale come esito di un processo di consultazione *bottom – up*;
- b) la previsione della partecipazione della società civile alla revisione annuale dei piani di sviluppo;
- c) la proposta di un coinvolgimento anche delle comunità nel contrasto a tutte le forme di corruzione e di cattivo uso dei fondi per lo sviluppo;
- d) la richiesta / impegno per una democratizzazione della gestione della finanza pubblica attraverso una vera decentralizzazione fiscale pur in presenza di meccanismi di monitoraggio e verifica di coerenza con le politiche nazionali;
- e) l'indicazione del *National Development Plan* come frutto e motore di un'ampio processo di partecipazione *top – down* e *bottom – up* che necessita di unità provinciali e distrettuali *efficienti* nella programmazione dello sviluppo e nelle decisioni a livello locale;⁷³⁷
- f) un richiamo continuo e generale alla partecipazione delle comunità e delle persone, senza distinzione di genere, alle attività nei vari settori economici che possano favorire lo sviluppo del paese, anche se nella parte dedicata al settore sanitario non vi è una specifica attenzione al ruolo delle comunità, e degli organismi decentrati a maggiore contatto con queste, nella

⁷³⁵ Macwan'gi M., Ngwengwe A. (2004), Op. Cit.; Ngulube T.J, Mdhluli L., Gondwe K. (2005), Op. Cit.; Ngulube T.J, Mdhluli L., Gondwe K., Njobvu C.A. (2004), Op. Cit.; Republic of Zambia APRM National Governing Council, GRZ Governance Secretariat (2009), Op. Cit.

⁷³⁶ Mi riferisco a: Ministry of Finance and National Planning – MoFNP (2005), *Zambia Aid Policy and Strategy*, Lusaka; Ministry of Finance and National Planning – MoFNP (2006), *Fifth National Development Plan*, Lusaka; Government of Republic of Zambia (2006), *Vision 2030*, Lusaka; Ministry of Finance and National Planning – MoFNP (2009), *Mid-Term review Fifth National Dev. Plan 2006 – 2010*, Lusaka; Lusaka; Ministry of Finance and National Planning – MoFNP (2011), *Sixth National Development Plan*, Lusaka.

⁷³⁷ Ministry of Finance and National Planning – MoFNP (2006), *Fifth National Development Plan*, Lusaka; Government of Republic of Zambia (2006) *Vision 2030*, Lusaka.

- pianificazione del settore sanitario;⁷³⁸
- g) un dettagliato piano di strategie dedicato al decentramento nella direzione di un rafforzamento delle capacità di programmazione e gestione finanziaria a livello locale, inclusi processi di *empowerment* delle comunità locali;
 - h) la definizione di target precisi per quanto attiene l'esistenza di organismi decentrati quali gli *Area Development Committees* e di ministeri che hanno delegato i municipi su alcune funzioni;⁷³⁹
 - i) un chiaro investimento a favore del rafforzamento delle capacità delle amministrazioni locali nel dare seguito ai piani di decentramento e devoluzione;⁷⁴⁰
 - j) il riaffermarsi di un ruolo delle comunità locali sia nella gestione e nel sostegno delle strutture di erogazione dei servizi sia perchè queste effettivamente rispondano ai bisogni della popolazione e delle fasce più povere di questa;
 - k) l'obiettivo di una società democratica in cui vi sia una effettiva partecipazione alle decisioni in campo politico, sociale, economico e culturale;
 - l) lo spazio dedicato nel quadro dei piani nazionali ai piani distrettuali frutto del processo di consultazione e comune elaborazione a livello di distretto;⁷⁴¹
 - m) l'assenza di indicazioni e impegni a livello distrettuale per quanto attiene la partecipazione nei servizi socio – sanitari, contrariamente alle indicazioni di ruolo nel campo della gestione dell'ambiente e delle iniziative turistiche;
 - n) la presenza di chiare e dettagliate indicazioni rispetto alle fasi di attuazione, monitoraggio e valutazione per i DDCC e PDCC, come pure per i SAG con la attiva partecipazione delle organizzazioni della società civile (SAG) e dei *Ward / Area / Residential Development Committees* a livello locale e comunitario.⁷⁴²

Sostanzialmente i processi di intervento e partecipazione, tramite gli organismi previsti dai piani di decentramento risultano illustrati nella Fig.5.7

⁷³⁸ *Ministry of Finance and National Planning – MoFNP (2006) Fifth National Development Plan*, Lusaka; Government of Republic of Zambia (2006) *Vision 2030*, Lusaka.

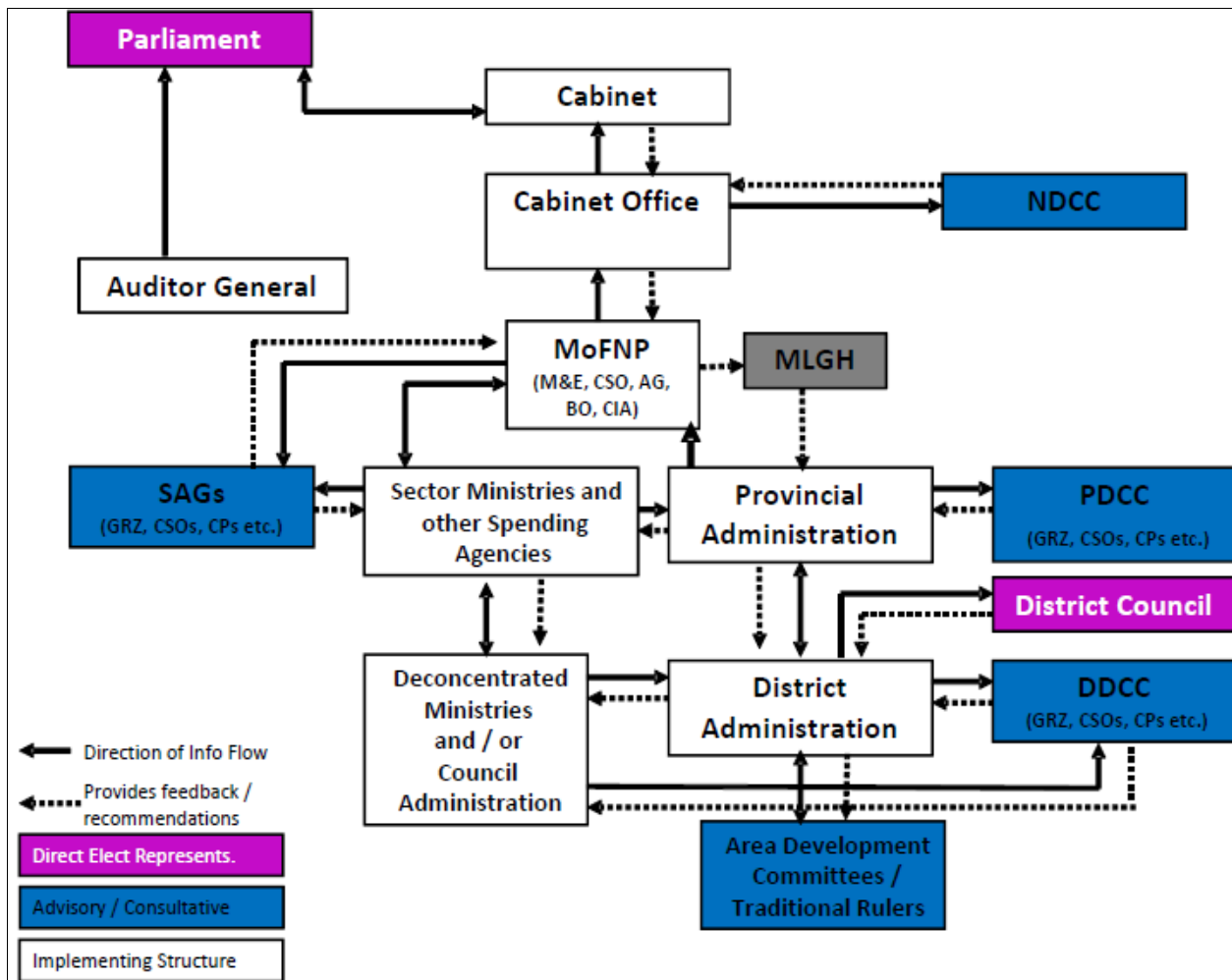
⁷³⁹ Ministry of Finance and National Planning – MoFNP (2011), Op. Cit.

⁷⁴⁰ Ministry of Finance and National Planning – MoFNP (2011), Op. Cit.

⁷⁴¹ *Ministry of Finance and National Planning – MoFNP (2006) Fifth National Development Plan*, Lusaka.

⁷⁴² *Ministry of Finance and National Planning – MoFNP (2006) Fifth National Development Plan*, Lusaka; Ministry of Finance and National Planning – MoFNP (2011), *Sixth National Development Plan*, Lusaka.

Fig. 5.7. Pianificazione delle politiche di sviluppo in Zambia: organismi e interazioni



Fonte: Ministry of Finance and National Planning – MoFNP (2011), *Sixth National Development Plan*, Lusaka

Il SNDP sostanzialmente precisa e articola in modo più dettagliato il piano di decentramento e le fasi di attuazione di questo, ma nel contempo lo spazio per la partecipazione diretta delle comunità sembra meno marcato, anche se l'accento a progetti e piani di sviluppo di livello comunitario è riscontrabile in tutti i settori indicati dai piani nazionali. L'*empowerment*, più che attento alla partecipazione (salvo quella dei processi elettorali) è indirizzato alla capacità di contribuire alla crescita economica anche con iniziative individuali commerciali e imprenditoriali. Nel SNDP

l'empowerment è rivolto alle istituzioni locali, viste come essenziale strumento per le politiche di decentramento e *governance* locale. *L'empowerment* partecipativo è lasciato a piani di sensibilizzazione ed educazione civica nel quadro delle iniziative previste dai piani di decentramento come visto anche precedentemente e con poche specifiche rispetto al settore sanitario in cui l'attenzione resta concentrata sul miglioramento dell'accesso e di vari indicatori dello stato di salute della popolazione.

Alcuni limiti di quanto evidenziato come proponimento, piano, strategia, emergono anche dalla documentazione ufficiale di revisione dei piani di sviluppo.⁷⁴³

- rispetto alla *governance*, viene rilevato come permanga (al 2009) una notevole confusione sul finanziamento dei diversi programmi di *governance* e come i fondi erogati siano stati inferiori a quelli previsti dal FNDP;
- la mancanza di chiari indicatori nel FNDP rende complesso definire quali siano i punti di forza e debolezza;
- anche i piani di sviluppo regionali hanno sofferto di erogazioni dissimili e irregolari, compromettendo un reale decentramento dello sviluppo;
- quanto al ruolo di PDCC e DDCC:

" (...) continued to serve as forums for discussions of development programmes at provincial and district levels. However, it was established that these development committees have unclear reporting channels, which tended to reduce their worthy in programme monitoring"⁷⁴⁴

- i SAG sono stati raramente convocati e utilizzati;
- viene ribadita la necessità di un'ampia partecipazione, anche delle fasce più deboli, per garantire trasparenza e *accountability*;
- viene messo in evidenza la mancata attuazione dei piani di decentramento, eccessivamente dipendenti da risorse esterne, con uno scarso impegno finanziario da parte del MoFNP a favore delle municipalità;
- mancanza di una vera volontà politica favorevole al decentramento;
- i meccanismi di monitoraggio partecipato a livello di comunità sono spesso non funzionanti e con poche competenze diffuse nelle comunità per dare effettiva attuazione al ruolo di

⁷⁴³ Ministry of Finance and National Planning – MoFNP (2009) *Mid-Term review*, Op. Cit.

⁷⁴⁴ Ministry of Finance and National Planning – MoFNP (2009) *Mid-Term review*, Op. Cit.

- monitoraggio e valutazione;
- scarsa collaborazione tra organismi pubblici e privati nelle attività di raccolta ed elaborazione delle informazioni sia per la pianificazione che per il monitoraggio;
 - la necessità di lavorare su un *empowerment* partecipativo viene messa in evidenza per i settori della gestione delle risorse idriche, ambientali, della *governance*, del monitoraggio a livello sub-distrettuale, della raccolta di dati a tutti i livelli;
 - ritardi nell'approvazione del *Decentralization Implementation Plan*.

Dominique Liche, referente per il JCTR per quanto attiene la *Governance* e l'*African Peer Review Mechanism*, con riferimento agli organi e meccanismi previsti nella pianificazione dello sviluppo mi aveva riferito:

"La *Governance* in Zambia è fortemente centralizzata, con un approccio principalmente top – down. Gli organismi di livello provinciale vengono interpellati per delle proposte e lo stesso vale per gli organismi di Distretto mentre il Ministro delle Finanze e della Programmazione gestisce il bilancio e l'erogazione delle risorse sulla base dell'approvazione dei piani, tenendo conto delle linee nazionali. Quindi dopo il processo di consultazione e presentazione dei piani le decisioni relative al bilancio e alla sua distribuzione avvengono centralmente. A livello provinciale sono attivi alcuni organismi ad hoc per consultazione e programmazione: *Provincial Development Coordinating Committee* (PDCC), in cui si incontrano i funzionari provinciali, i parlamentari dell'area e la società civile. A livello distrettuale troviamo i *District Development Coordinating Committee* (DDCC). Vi sono poi i *Rural Development Coordinating Committee* (RDCC). Teoricamente tutti questi organismi dovrebbero riunirsi con regolarità ed essere fora del dibattito sullo sviluppo locale per contribuire alla ideazione delle politiche nazionali (*National Development Plans - NDP*)".

Confermata a livello locale:

"Per quanto attiene la partecipazione gli strumenti istituzionali

dovrebbero essere: *Resident Development Committee; Neighbourhood Health Committee*; ma la partecipazione è "supposta" esistere, anche se spesso così non è. Non mancano problemi a riguardo e lo si vede quando si chiede in sede di PDCC o DDCC come sono state elaborate alcune proposte o richieste avanzate da alcuni comitati" (Sr. Christine Mwape, Caritas Ndola).

Ma solo parzialmente confermata in sede EU/UE:

"Con riferimento al processo di decentramento, la novità presentata nel 6 NDP si riferisce alla creazione di un livello sub-distrettuale (area) in cui sviluppare un *Area Development Coordination/Committee* (ADC). Le aree erano probabilmente già presenti nel Local Government Act di alcuni anni fa. Non è chiara la funzione di tali aree nel processo di decentramento, se non che si colloca a un livello inferiore al Distretto (che è a metà tra area urbana e provincia)" (Sabrina Bazzanella, EU).

Chikulo⁷⁴⁵ rileva come gli organismi di partecipazione di base quali i VDC e i WDC non siano più operativi e scollegati dalla struttura di Governo locale successiva alle riforme del 1991 (come confermato anche dal documento relativo all'*African Peer Review Mechanism*⁷⁴⁶) facendo venire meno un forum di partecipazione di base a livello comunitario o di villaggio al di là dei meccanismi elettorali relativi ai *Council*, indebolendo la capacità complessiva di partecipazione e di interazione rispetto alle politiche di sviluppo del territorio e alle decisioni rilevanti per la vita quotidiana delle persone, soprattutto in area rurale.

Rimanendo sulle fonti ufficiali scritte molte informazioni rispetto ai processi di *governance*, partecipazione, e decentramento ci vengono dalla revisione svolta dall'*African Peer Review Mechanism* (APRM) con la produzione di un'autovalutazione racchiusa in un corposo e interessante documento a cui hanno contribuito varie personalità dello Stato e della società civile⁷⁴⁷.

Il rapporto evidenzia fin dalle prime pagine descrittive dello Zambia la natura del decentramento zambiano come una forma di de-concentrazione di funzioni centrali dello Stato con notevoli

⁷⁴⁵ Chikulo B. (2009), Op. Cit.

⁷⁴⁶ Republic of Zambia APRM National Governing Council, GRZ Governance Secretariat (2009), Op. Cit.. L'APRM è uno strumento promosso nel quadro della New Partnership for Africa's Development (NEPAD) per valutare la governance di un paese sulla base di parametri e criteri condivisi. Lo Zambia ha aderito all'APRM nel 2006.

⁷⁴⁷ Republic of Zambia APRM National Governing Council, GRZ Governance Secretariat (2009), Op. Cit.

problemi e debolezze. E' interessante notare che lo Zambia, pur avendo sottoscritto molti documenti e convenzioni internazionali, non ha, ad esempio, aderito alla Carta Africana per la Partecipazione Popolare allo Sviluppo del 1990.⁷⁴⁸

Il rapporto del 2009 relativo all'APRM mette in evidenza alcune criticità rispetto a meccanismi teoricamente esistenti:

- nonostante il piano di decentramento preveda l'esistenza degli ADC e dei *Residential Development Committees*, questi non hanno una chiara definizione normativa e i DDCC sono stati creati con una circolare del Governo nel 1995;
- spesso la partecipazione non è adeguatamente formalizzata in molti settori e mancano spesso le risorse per dar seguito alla partecipazione stessa;
- la natura centralistica del Governo zambiano rende complessa la partecipazione delle persone soprattutto in ambito locale e comunitario. Come esempio chiarificatore si riporta l'irrelevanza dei PDCC a fronte della presenza nelle *Province* di funzionari dei vari ministeri;
- i fondi trasferiti dal centro alle autorità locali sono inadeguati e si concretizzano nella incapacità delle autorità locali di garantire alcuni servizi cui sono chiamate;
- la partecipazione delle persone avviene soprattutto nella realizzazione dei progetti più che nella definizione e nei processi di monitoraggio;
- nel settore sanitario viene rilevata la scarsa rispondenza delle politiche ai bisogni delle comunità;
- è esplicito nell'individuare i *gap* dei meccanismi di partecipazione, quali il mancato funzionamento dei *Boards* di vari livelli;
- Nel valutare la formulazione e l'attuazione del FNDP il rapporto fornisce una versione meno positiva di quanto riportato nel FNDP rispetto alla partecipazione delle parti interessate e delle comunità: le strutture di partecipazione comunitaria non hanno funzionato come previsto nella maggior parte dei casi, vi è un forte ruolo delle organizzazioni della società nelle fasi di monitoraggio a livello nazionale e regionale ma vi è una scarsa partecipazione a livello locale e di base e viene segnalato come i parlamentari influenzino o determinino le priorità per le comunità senza una reale consultazione. Secondo i dati di alcuni campionamenti solo l'8% degli intervistati ritiene che le comunità abbiano la possibilità di incidere sulle priorità nelle politiche sociali e sanitarie. Questa percentuale scende al 4% nel Copperbelt;

⁷⁴⁸ <http://www.afrimap.org/english/images/treaty/file4239ac8e921ed.pdf> (Aprile 2012)

- le conclusioni del Rapporto per l'APRM sono chiare: al di là di provvedimenti legali e di documenti politici finalizzati a garantire un'ampia partecipazione, molto resta da fare e da migliorare a partire dalla piena operatività delle politiche di decentramento nella programmazione dello sviluppo a partire dall'effettivo coinvolgimento di RDC e ADC.⁷⁴⁹

Quanto rilevato per il processo di decentramento e per la partecipazione nella programmazione dello sviluppo è riscontrabile anche nel settore sanitario. Alcune valutazioni delle prime riforme del sistema sanitario (anni '90)⁷⁵⁰ illustrano i limiti, le carenze e le contraddizioni dei processi stabiliti quali ad esempio la mancanza di rappresentatività dei delegati delle comunità, il conflitto tra le istanze della comunità e quanto riportato negli incontri con i team addetti alla programmazione, gli stessi *Health Centres* spesso meri erogatori e non *partner* attivi nell'attivazione di servizi, carenze nei meccanismi di informazione alla comunità /villaggio, il rifiuto di ulteriori contributi al di là degli *user fees*.⁷⁵¹

Milimo⁷⁵² segnala a sua volta come alla fine degli anni '90 molti *Health Centres Committees*⁷⁵³ non erano ancora operativi, mentre la formazione dei NHC era iniziata nel 1995 a partire dalle esperienze delle *Community Based Organisations* (CBOs) impegnate anche nel settore agricolo e nelle questioni di igiene pubblica.⁷⁵⁴

Altri problemi riguardavano la vaghezza delle definizioni date per quanto atteneva i DHMT, gli HC e i NHC oltre che i meccanismi di formazione dei *Boards*. Nella pratica i DHMT hanno giocato un ruolo fondamentale nella composizione dei *Boards* del distretto e degli ospedali di competenza: nella maggioranza dei casi i componenti venivano selezionati tra l'élite urbana (insegnanti, uomini d'affari, proprietari agricoli) anche se a volte erano presenti persone provenienti dalle aree rurali.

⁷⁴⁹ Republic of Zambia APRM National Governing Council, GRZ Governance Secretariat (2009), Op. Cit.

⁷⁵⁰ Kamwanga J., Macwan'gi M., Van der Geest S. (1999), *Health Reforms and the Quality of Health Care in Zambia*, Amsterdam; Jeppsson A., Okuonzi S.A. (2000), Op. Cit.; Bossert T.J., Beauvais J.C. (2002), "Decentralization of Health Systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space", in *Health Policy and Planning*, 17 (1), pagg. 14 – 31.

⁷⁵¹ Kamwanga J., Macwan'gi M., Van der Geest S. (1999), Op. Cit.

⁷⁵² Milimo J.T. (2000), "Health Partnerships in Zambia", *IDS Bulletin*, Vol. 31 n. 1.

⁷⁵³ Gli *Health Centre Committees* dovevano essere composti da membri dei NHC, da *Health Workers* comunitari e da *Traditional Birth Attendance*.

⁷⁵⁴ Tipicamente in un *Health Centre / Post* le figure che erano previste vengono descritte da Milimo J.T. (2000), Op. Cit.: "Staff at modern health facilities, including fully trained medical doctors, nurses and support staff (cleaners, security guards, etc.), some of whom often carry out the functions of trained staff because of shortage of the latter. Community Health Workers (CHWs) run remote health posts. They have some basic training and administer some essential drugs. Being predominantly male, they are often unable/disqualified from attending to specifically women's needs. Traditional Birth Attendants (TBAs) are an important component of health service delivery systems, given the long distances expecting mothers have to travel to health centres, especially in rural areas. Many have received some training from the formal health service delivery system. Community Based Distributors (CBDs) distribute family planning products (FPPs). They are either private entrepreneurs, mainly grocery owners, who sell FPPs in their shops, or have been especially hired by donor and non-governmental organisations (NGOs) to distribute these products. Both groups of CBDs receive some training".

Anche la formazione dei NHC, come visto, ha risentito negli anni '90 della vaghezza delle definizioni e con linee guida spesso interpretate dai DHMT con una forte attenzione al tema degli *user fees* e della loro gestione tramite i comitati di HC/HP.⁷⁵⁵ Quindi la prima fase della riforma sanitaria (anni '90) vede ancora un quadro confuso dei meccanismi partecipatori nella programmazione e pianificazione, mentre sembra essere funzionante e funzionale alla raccolta degli *user fees* e di altre risorse utili al funzionamento dei servizi; inoltre resta la separazione tra gli organismi di Governo locali eletti e la struttura di Governo, di pari livello, del sistema sanitario. Un altro problema, condiviso dagli autori citati, è quello della scarsità delle risorse, al di là degli *user fees*, per dare effettiva attuazione al disegno di riforma e all'organizzazione della *governance* locale del sistema. Infine sia le popolazioni che gli operatori degli HC/HP non avevano un'elevata conoscenza dei meccanismi approvati nei programmi di decentramento e una mancanza di formazione nella gestione dei processi.⁷⁵⁶

Nel complesso non è semplice comprendere quale tipologia di reale delega ed *empowerment* si sia attuata negli anni '90. Vi è chi lo definisce come una forma di “deconcentrazione” soprattutto a favore dei Distretti delle decisioni allocative in condizioni di risorse limitate dal centro e scarsa raccolta di risorse locali,⁷⁵⁷ altri parlano di “deconcentrazione” quanto accaduto in Zambia negli anni '90 a fronte di riforme analoghe in altri paesi africani (Ghana e Uganda) che hanno scelto rispettivamente forme di “delega” e “devoluzione”, valutando a un livello intermedio il grado di partecipazione comunitaria, grazie a quella che sulla carta è definita come una struttura rilevante di partecipazione comunitaria, rilevando al contempo una limitata realizzazione di quanto previsto e una non chiara efficacia di azione e funzionamento.⁷⁵⁸

All'inizio del XXI secolo il Governo dello Zambia procedette al varo di ulteriori riforme del sistema sanitario e al varo di una nuova strategia di decentramento che coinvolgesse anche le strutture sanitarie. Con quali esiti sulla partecipazione? Nei più recenti documenti nazionali di programmazione⁷⁵⁹ oltre a ribadire i principi delle riforme degli anni '90 e degli inizi del decennio con il riferimento al passaggio dai *Boards* agli *Adivosry Council / Committees*, molta attenzione è dedicata ai meccanismi di partecipazione delle CSOs ai SAG e ai vari organismi a livello centrale. Collins Chansa, funzionario del MoH, con riferimento alla partecipazione della società civile a livello nazionale così mi rispondeva:

⁷⁵⁵ AA.VV. (2000), *The Decentralization of the Health System in Zambia*, Op. Cit.

⁷⁵⁶ Kamwanga J., Macwan'gi M., Van der Geest S. (1999), Op. Cit.

⁷⁵⁷ AA.VV. (2000), *The Decentralization of the Health System in Zambia*, Op. Cit.

⁷⁵⁸ Bossert T.J, Beauvais J.C. (2002), Op. Cit.

⁷⁵⁹ Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2005), *National Health Strategic Plan 2006 – 2010*, Op.Cit.; Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2011), Op. Cit.

"Tutti i comitati inquadrati nel SWAp sono composti da un'ampia gamma di portatori di interesse collegati con il Ministero della Salute o comunque al settore sanitario. Vi possiamo trovare funzionari di ministeri collegati, membri delle Università, donatori, organizzazioni della società civile e del settore privato".

E poi con riferimento al sostegno alle CSOs:

"Il Governo dello Zambia ha una specifica linea di bilancio dedicata alle Ong chiamata "Support to NGOs", con erogazione di contributi. Inoltre vari donatori hanno progetti attivi (come ad esempio CRAIDS) e forme di sostegno diretto alle comunità. Nel quadro del Global Fund (GFATM), lo Zambia National Aids Network è il principale soggetto ricevente erogazioni".

Per quanto atteneva lo specifico ruolo dei SAG e l'attenzione a temi collegati con equità e partecipazione la risposta di Collins Chansa era:

"Il SAG del Ministero della Salute è attivo dal 1994. Inizialmente era denominato *Health Sector Committee* ma dal 2005 è denominato SAG e si riunisce in Aprile e Settembre, ogni anno. Vi è inoltre un *Health Care Financing Technical Working Group* (TWG) che ha il compito di discutere degli aspetti finanziati, di pianificazione, bilancio, risorse e *governance* del sistema sanitario. Nel lavoro di questo gruppo tecnico si possono ritrovare temi quali l'equità, il finanziamento del sistema sanitario, i sistemi di assicurazione sanitaria".

Considerando il tema dell'*empowerment* partecipativo comunitario (ma non finalizzato direttamente alla partecipazione bensì a uno stile di vita salutare), questo si ritrova nelle attività di sensibilizzazione ed educazione ovvero nel settore della promozione della salute in cui individui, famiglie e comunità sono partecipi di processi di informazione e sensibilizzazione più che soggetti attivi nel dare un indirizzo politico. Maggiore è l'attenzione al rafforzamento delle strutture istituzionali decentrate (soprattutto a livello di Distretto) che possano concretizzare il progetto di

devolution / decentramento lanciato nel 2003. Nel documento del 2011,⁷⁶⁰ anche in virtù dell'*International Health Partnership* (IHP), si avverte una rinnovata attenzione al ruolo delle comunità, citate come *partner* chiave del Ministero della Sanità che riconosce come il rafforzamento del sistema sanitario passa anche per il rafforzamento delle strutture di partecipazione. Questa tendenza è confermata dall'analisi della situazione dove a fronte del riconoscimento dell'esistenza di strutture per la partecipazione si riconosce la debolezza del sistema di partecipazione e *accountability* e la necessità di re-investire in questo aspetto. Vi è poi un continuo riferimento alle forme di intervento comunitario per varie patologie e problematiche sanitarie, mantenendo di fatto un approccio basato sul modello PHC che vede la salute come un processo costruito a partire dalle e con le comunità. In questo aspetto i diversi paragrafi dei due documenti si concentrano su attività che sostengano e rafforzino il ruolo della comunità sia nella prevenzione che nella cura, anche se rimane del tutto non citato un ruolo più dialogico delle comunità anche nello specifico di questi programmi comunitari.⁷⁶¹

Scendendo a un livello micro / locale, la documentazione di programmazione della Provincia del Copperbelt⁷⁶² e del Municipio di Ndola⁷⁶³, su cui ho concentrato parte della mia analisi, mostra che a livello di *Provincial Health Office* non vi è un'attenzione a un *empowerment* partecipativo per quanto attiene la *governance* complessiva, mentre emerge un *empowerment* partecipativo più diretto alla partecipazione in interventi di prevenzione, educazione sanitaria e ripristino (anche con un contributo in risorse) di *Health Centres / Post*, riproponendo in qualche modo l'idea di partecipazione presente anche negli anni '90 e collegata a un contributo in risorse economiche o lavorative per il sistema sanitario. Altro riferimento al livello comunitario è quello del ruolo dei *Community Health Workers* (CHW) e dei NHCs come risorse per le cure e la prevenzione. A tal proposito nel processo di pianificazione viene indicato un ruolo attivo e partecipe per i CHW, ma non per le comunità coinvolte, nonostante quanto sia previsto da norme e manuali. La limitatezza di risorse è alla base del mancato coinvolgimento nella programmazione del piano di sviluppo della città di Ndola. Con estrema onestà gli estensori del piano ammettono i limiti del processo di coinvolgimento delle comunità nonostante il contributo e il sostegno di *Care International* e della cooperazione irlandese:

“Since time and funds could not allow the involvement of entire

⁷⁶⁰ Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2011), Op. Cit.

⁷⁶¹ Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2005), Op. Cit.; Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2011), Op. Cit.

⁷⁶² Provincial Health Office Copperbelt (2010), *Annual Report*, Ndola.

⁷⁶³ City of Ndola (2006) *The City of Ndola Strategic Development Plan* (CNSDP 2006-2010), Ndola.

communities, the planning process involved representatives of communities at RDC and Ward levels. Area Councillors (Elected Leaders) were also involved at all stages of the planning process”.⁷⁶⁴

E' interessante notare come nel documento di programmazione ampio spazio sia dedicato al miglioramento della *governance* e della partecipazione soprattutto tramite un forte investimento in educazione civica per stimolare alla partecipazione e rafforzando il ruolo dei *Ward Development Committees* e dei RDCs. Una nota a margine riguarda il fatto che nel Maggio del 2011 a Ndola si è svolto un workshop rivolto al personale del PHO dal titolo "Orientation of Provincial Staff in strengthening community participation" promosso dal MoH unitamente a un programma finanziato dalla World Bank (*Zambia integrated Systems Strengthening Programme*).

Gli interlocutori di tipo istituzionale a livello di PHO e DHMT mi hanno sostanzialmente confermato quanto riportato nei manuali per quanto atteneva il ruolo dei NHCs e dei CHWs, sottolineando l'importanza di poter disporre di persone capaci e con una formazione culturale e personale non bassa, seppur nel quadro di processi di elezione della comunità.

Nel considerare gli effetti della riforma del 2005, considerata da alcuni una sorta di "contro-riforma", una voce meno conforme ai documenti ufficiali è quella di Clara Mbwili, medico di Lusaka con un ruolo di responsabilità a livello distrettuale:

“Dal 2005 la partecipazione a livello comunitario non trova più interlocutori a livello nazionale e di Distretto essendosi realizzato un processo di ri-concentrazione a capo del Ministero della Salute che distribuisce le risorse centralmente senza una azione di consultazione e verifica, come precedentemente svolto dal *Central Board*. Prima del 2005 il *Central Board* con i *District Boards* e gli *Hospital Boards* svolgevano una funzione di programmazione e pianificazione, mentre il Ministero aveva un ruolo di tipo prevalentemente politico. (...) Formalmente dovrebbe essere in atto un nuovo processo di decentramento ma anche a livello di autorità e governi locali vi sono difformità: il Governo delle *Province* è nominato dal Governo centrale, come pure quello a livello distrettuale, mentre le municipalità hanno consigli eletti dalla popolazione, come pure del resto il

⁷⁶⁴ City of Ndola (2006), Op. Cit.

parlamento e il Presidente della Repubblica. Questa difformità e questo decentramento non omogeneo o completo si ritrova ora anche nel sistema sanitario ove solo a livello comunitario continuano a esistere e funzionare i NHC ma poi a livello di Distretto e *Province* non vi sono ambiti di confronto e partecipazione. Il tema del decentramento e della partecipazione si intersecano. La questione è prevalentemente politica (...). Non ci sono persone che a livello di Ministero della Salute sono responsabili direttamente per la questione dei NHCs. Alcuni Distretti, come quello di Lusaka, hanno proceduto a nominare un coordinatore delle attività a livello comunitario ma non è una struttura ufficialmente prevista per tutti i Distretti. A livello di HC è possibile invece trovare dei referenti per i volontari e i NHCs”.

Più diplomatici e vaghi i commenti in sede Unione Europea, ma con alcune analogie:

"La riforma del 2005 – 2006, procedendo in direzione opposta rispetto agli anni '90 e alle promesse di decentramento, abbia abolito i *Boards of Health* in particolare il *Central Board* dove si riunivano insieme al Ministero anche i distretti e nei distretti vi erano opportunità di partecipazione, come pure nei *Boards* degli ospedali. Si è quindi verificata una politica di concentrazione, con i Distretti Regionali e Provinciali che rispondono al Ministero, cancellando i già deboli meccanismi di partecipazione e dando spazio a forme di patronage centralizzato. A livello di Distretto la struttura sanitaria up – bottom è : Distretto – *Health Centres* – *Health Posts*. Il luogo di partecipazione era il Distretto, forse qualcosa è rimasto a livello di *Health Centres* (...) Una delle questioni che si aprono rispetto alle forme di devolution è come armonizzare l'utilizzo del *Community Development Fund* a livello locale e quindi armonizzare le politiche locali con quelle del settore sanitario. " (Paul Kalinda, EU).

Verificando la situazione in ambito locale ho rilevato alcune discrasie tra le versioni dei diversi interlocutori. La referente del DHMT di Ndola per le comunità mi ha confermato il suo ruolo rispetto alle questioni della salute delle comunità e il tentativo di raccordo con i NHCs e le

comunità soprattutto per quanto attiene alla sensibilizzazione e informazione, infatti periodicamente vengono effettuate delle visite e degli incontri a livello di HC/HP per informare e sensibilizzare. Inoltre il personale del Distretto tramite una serie di workshop è stato formato rispetto ai meccanismi di partecipazione esistenti e al ruolo esercitato dai NHC e dagli *Health Centre Advisory Committee*.

D'altro canto invece uno dei problemi segnalati nel corso di incontri nei *Compounds* di Ndola da parte di operatori e membri dei NHCs è la carenza strutturale di risorse anche da dedicare alla partecipazione, oltre che la totale gratuità, con connessi problemi di accesso a tali funzioni, del ruolo di componente del NHC. Riporto a tal proposito alcuni passaggi delle conversazioni con un'operatrice sanitaria e con alcuni membri di NHCs:

“Nei *Compounds / slum* ci sono mediamente 2 NHC e 1 HC (con alcune infermiere e a volte un clinical officer: non un medico ma un operatore sanitario con competenze di screening e prima diagnosi, inoltre si trova anche l'*Environmental Health Technician* (EHT), che dovrebbe occuparsi di bonifiche, lotta alla malaria, inquinamento, water e sanitation) per popolazioni che variano tra le 6.000 e le 40.000 persone. I NHCs fanno riferimento prevalentemente alla struttura della HC ed in questa all'EHT o alla *Sister in Charge* (la capo – infermiera della HC). A seconda del problema che rilevano si rivolgono alle due figure dette, ma anche al *Chariman* del *Development Residential Committee* (DRC). I NHC hanno funzioni sia di counselling che di interventi ad hoc (assistenza alla nascita, campagne di vaccinazione, peso dei bambini per monitorare la denutrizione, monitoraggio TBC) come pure hanno la funzione di early warning sanitario in un'ottica di *public health*”.

Per approfondire alcuni elementi del ruolo dei NHC mi rifaccio a quanto riportato da alcuni operatori di un *Compound*:

"Nel *Compound*, di oltre 25000 persone, sono attivi circa 73 operatori del NHC suddivisi in alcune funzioni e competenze che si realizzano in servizi gratuiti alla comunità del *Compound*:

- Traditional Midwife;

- TBC test;
- Weigh Point per bambini + counselling;
- Water and sanitation monitoring;
- HIV counselling, awareness, reproductive education;

Gli operatori si turnano durante la settimana nelle zone in cui è suddiviso il *Compound* (di prassi 2 – 3 zone al massimo) essendo una azione volontaria. Il punto di riferimento per segnalare emergenze e per interventi sanitari più strutturati è la *Health Clinic* del *Compound* (1 clinica con infermiere e *clinical officer* in cui si svolge anche il programma contro la denutrizione, ndr). Gli operatori del NHC vengono eletti dalle persone del *Compound* in assemblee pubbliche per le varie zone del *Compound* stesso. La gente partecipa mediamente in modo consistente e i componenti del NHC vengono di prassi trovati, l'esperienza conta e spesso si è membri del NHC per lungo tempo. Ricevono una prima formazione a cura del Distretto Sanitario, ma gli aggiornamenti della formazione restano un problema. Vi sono problemi di informazione, formazione, comunicazione e trasporto. I fondi per le attività provengono dal *budget* della *Health Clinic* che a sua volta li riceve dal Distretto Sanitario e si riferiscono prevalentemente a parte dei *fees* pagati dalle persone per alcuni servizi (in area urbana a quanto pare esistono ancora forme di fees, ndr). Annualmente il NHC in collaborazione con la *Health Clinic* elabora un piano strategico della Clinic e della salute nel *Compound*. Il piano viene inviato poi al Distretto che dovrebbe approvare e dare le risorse. A questo sforzo collabora anche il RDC che a sua volta segnala esigenze (I componenti del NHC interpellati in merito mi hanno detto che non era loro chiaro se poi, a livello di Distretto, vi fosse un analogo processo di partecipazione o fosse solo compito del *District Health Management* e poi del *Provincial Health Management*, nota personale)".

Avendo poi l'opportunità di dialogare con un membro del RDC del *Compound* di Nkwazi (il più grande di Ndola, con circa 40.000 – 50.000 abitanti) ho raccolto queste informazioni:

"Il RDC promuove la partecipazione o dovrebbe promuoverla al fine di realizzare il miglioramento delle condizioni nel *Compound*. Nel RDC si discutono i problemi di sviluppo della comunità, anche i problemi sanitari e ci si raccorda con gli HC. Vi sono non pochi problemi di coordinamento con il Municipio dato che gli aiuti di donatori devono comunque passare per il Municipio e non direttamente al RDC e spesso non giungono in tempo o come necessario. L'RDC è eletto da assemblee convocate nelle varie zone del *Compound* e monitorate dalla autorità municipale. Le riunioni dell'RDC sono aperte. Durano in carica circa 3 anni. Non tutti i *Compound* hanno l'RDC o organi simili e non è chiara la loro situazione".

L'assenza di strutture di rappresentanza comunitaria o il loro scarso o cattivo funzionamento, risulta inoltre connesso con la precarietà della situazione dell'insediamento e delle complessive condizioni sociali e sanitarie, in un circolo vizioso di mancata rappresentatività delle istanze e povertà in cui trovano conferma le analisi già precedentemente citate relative alla condizione di salute e alla condizione socio – politica delle persone. Quest'ultima affermazione ha trovato conferma durante la mia visita a un *Compound* più piccolo, ancora considerato illegale, e in una situazione di forte povertà, carenza di servizi e condizioni igienico sanitarie molto precarie (MacKanzie *Compound*). Inoltre l'interlocutore non ha fatto alcun cenno agli ADCs a conferma di una struttura sub-distrettuale non chiaramente definita, con organi eletti a livello di RDC e Municipio/*District*, coabitanti in forme non chiare con organi decentrati di ministeri e forme non elettive quali DHMT, HMT e PHO o DDCC e PDCC.

Riporto altresì alcune annotazioni dell'osservazione svolta nel *Compound* nel ruolo "coperto" di visitatore di una Ong locale (Rainbow Project):

"Il *Compound* è situato tra il fiume e l'aeroporto di Ndola, vicino ad un'area residenziale elegante. Non ha alcun servizio sanitario di base (nessuna *local clinic*, l'ospedale più vicino richiede una buona mezza ora a piedi), una piccola *community school* ed una struttura per servizi pubblici inutilizzata. Da poco è stata portata l'acqua potabile con condotte e punti di prelievo a pagamento. L'acqua di uso comune è

prelevata da pozzi scavati nel terreno che pescano l'acqua delle falde collegate al vicino corso del fiume, ma senza alcuna protezione dai liquami delle latrine e con conseguenti elevati rischi e casi di colera. Visito il *Compound* in lungo e largo e in particolare alcune famiglie, coinvolte dal *Rainbow Project* sia nel progetto nutrizionale per i bambini che nello sviluppo dell'*home gardening*, ovvero mini orticelli sopraelevati o in sacchi per supportare la differenziazione della dieta della famiglia e dei bambini nella fase post-emergenza/ricovero. Il progetto è in una fase sperimentale e di valutazione dei risultati. Gli aspetti di interesse sono la determinazione, con metodo partecipativo, delle prime colture da porre in essere, il forte coinvolgimento delle figure materne, l'utilizzo di strumenti non onerosi e a scarso impatto ambientale per la protezione delle colture (usano come anti-parassitari delle miscele di acqua e tabacco o acqua e peperoncino).

Nella perlustrazione del *Compound* è evidente, avvicinandosi all'area della riva del fiume, come le condizioni di vita e salute siano ad alto rischio per quanto detto precedentemente e per i frequenti allagamenti. Gli allagamenti inoltre rendono impraticabili alcuni lotti di terreno inizialmente dedicati alle colture agricole di sussistenza, per cui l'*home gardening* rialzato si pone come attuale valida alternativa in assenza di politiche di bonifica, che non paiono nei piani del Governo locale. Il referente del RP mi racconta che dovrebbe esserci un piano per "water and sanitation" ma non se ne sa nulla al momento. Inoltre, con riferimento alla situazione legale complessiva del *Compound*, mi conferma che la situazione è congelata e che la legalizzazione dell'insediamento, inizialmente attesa per questo anno, dovrà attendere le elezioni (sarà quindi materia di consenso elettorale....).

Mi mostrano il funzionamento dell'accesso alla pompa dell'acqua potabile con un'addetta alla distribuzione e ritiro del denaro, segnalandomi come comunque le condizioni di precarietà di molte famiglie per quanto riguarda il reddito, rendono difficile l'accesso all'acqua potabile. Il problema della assenza di una local clinic è forte e il solo progetto relativo alla denutrizione è del tutto insufficiente per tutte le questioni sanitarie presenti. Mi viene confermata la mancata

realizzazione dell'HC e di altri servizi per la comunità".

Quali analisi si trovano consultando le organizzazioni della società civile, gli ambiti accademici e di ricerca? Confermano quanto riportato dalle voci dei testimoni e dai documenti ufficiali di programmazione e di analisi? Emergono ulteriori elementi di analisi delle questioni relative a decentramento e partecipazione nel settore sanitario (e del collegato settore dello sviluppo locale)? Quali i nodi rispetto alla partecipazione e le cause delle mancanze? Alcuni passaggi di alcune delle interviste raccolte nel corso della ricerca di campo per quanto riguardava la questione centrale della partecipazione e delle politiche a suo favore nel settore sanitario illustrano i punti principali del problema.

Per iniziare decentramento e partecipazione ricorrono spesso in modo correlato:

"Il Governo a fine 2009 si è impegnato con un documento ufficiale a rilanciare il processo di decentramento (*Decentralization Implementing Plan*) ma al momento non vi sono atti concreti: manca la volontà politica. Caritas si impegna in un lavoro di *advocacy* attiva e di educazione delle persone in particolare degli operatori Caritas sul territorio per monitorare tale processo. Sono in particolare coinvolti il Ministero dell'Educazione e quello della Salute, anche se non stanno monitorando in particolare il processo in campo sanitario" (Milimo Mwiba, Caritas Zambia).

E viene ribadito il problema di una riforma della sanità (2005) che ha inciso sui meccanismi di partecipazione:

"Dopo la riorganizzazione del Ministero della salute del 2005, è stato abolito il CBoH e i *District Board of Health* come pure gli *Hospital Boards*, dove vi erano alcuni spazi di partecipazione e di confronto sulle politiche nazionali e locali rispetto alla salute. Gli NHCs sono ancora attivi ma non è chiaro il loro ruolo" (Sr. Matilda Mubanga, ZEC).

Il tema della partecipazione viene interpretato come parte di una più complessa questione politica e

costituzionale in Zambia rispetto alla salute:

"Il problema nazionale è riprioritizzare la salute come tema di politica nazionale: vi è un problema di volontà politica nazionale. Inoltre i progetti di *Public Health* sono deboli e sulla carta (*Community Health Strategy*) come pure i processi di decentramento, dato che dal 2005 si è verificato un nuovo accentramento delle competenze con scioglimento progressivo degli organi consultivi e partecipativi nazionali e decentrati (...) Con l'abolizione degli *Health Boards* non è chiaro il ruolo dei NHC. Sono strumento di comunicazione con le comunità più che reali strumenti di partecipazione. La spinta è quindi per un rafforzamento del ruolo dei NHC. La società civile è stata consultata in vari modi nella fase di programmazione del NHSP 2011 – 2015 ma non si sa quanto verrà accolto dal Governo" (Monica Mutesa, Oxfam Zambia).

"Uno dei nodi è la carenza di indicazioni nella Costituzione del 1996 rispetto ad alcuni diritti economici e sociali, per cui è difficile incidere sulla loro attuazione e sulla partecipazione rispetto a questi. E' necessario incidere sui processi di revisione costituzionale (...) Nel settore sanitario con l'abolizione dei *Boards*, abbastanza autonomi, non è più chiaro lo spazio di partecipazione e tutto è controllato dal MoH. Gli organi decentrati vengono consultati ma nel quadro di un meccanismo decisionale top – down e solo consultivo rispetto alle aree decentrate. Vi è poi un profondo problema di motivazione ed educazione alla partecipazione nel quadro di un sistema fortemente centralizzato nei meccanismi e nelle informazioni" (Dominic Liche, JCTR).

La ricaduta a livello locale è resa evidente da altre interlocuzioni che sottolineano gli aspetti di gestione delle risorse, di carenza del personale e di definizione dei ruoli che incidono sui processi di partecipazione al di là dell'esistenza di figure previste dai documenti ufficiali:

"I limiti principali alla partecipazione nella *governance* del settore

sanitario, nel Copperbelt e in Zambia, sono il mancato coinvolgimento e/o l'inefficace partecipazione da parte dei membri delle comunità. Il *budget* è centralizzato tramite il Distretto. Anche se i membri della comunità e i componenti dello staff dell'HC/HP elaborano un piano di azione, spesso non è sostenuto e finanziato. Gli *Health Committees* locali mancano di una legittimazione normativa chiara. Le comunità hanno un ruolo di promozione della salute, vigilanza rispetto a problemi sanitari e raccolta di informazioni. Le persone poi ritengono che la partecipazione sia riservata alle persone che hanno studiato e questo comporta scoraggiamento e apatia" (Pascal Bwalya, Bethesda Zambia, Copperbelt).

Quindi il tema di una carenza normativa e i "determinanti culturali" della partecipazione, che tanto hanno a che vedere con quei concetti di status socio – economico che rientra nei determinanti della salute. In questo quadro la comunità / le comunità hanno un ruolo limitato e circoscritto alla consultazione e fornitura di informazioni:

"Nelle *Province* e nei Distretti esistono degli staff tecnici ben organizzati (PHO, DHMT) e vengono svolti vari workshop ed eventi su temi specifici. A livello comunitario esistono ancora i NHCs ma sono più dei ricettori di istruzioni e attuatori che ambiti di partecipazione per la programmazione (...) le comunità prevalentemente forniscono informazioni su input degli HC/HP e non vengono coinvolte in un vero dialogo politico ma solo nelle attività di informazione e sensibilizzazione" (Charlene Bangwe, CINDI – Kitwe).

Vi sono poi relazioni di potere interne alle stesse comunità a livello di *Health Posts / Center* come del resto alcune analisi di EQUINET hanno segnalato:

"La partecipazione è limitata anche a quanto consentito dagli *Health Workers*, dalla loro volontà, capacità, possibilità, dato che a loro volta devono affrontare sfide non semplici e non sono formati allo scopo. Inoltre c'è una situazione di carenze nelle risorse umane negli HC /

HP. La partecipazione, negli anni '90, aveva anche precise *guidelines* che ora non sono più state aggiornate. Forme di sperimentazione a favore della partecipazione come l'*Equity Gauge* si sono esaurite e sopravvivono solo per volontà dei singoli Distretti ma senza una politica nazionale" (Dott. Ngulube, CHESSORE).

Al fine di ricavare alcune indicazioni più standardizzabili, ho rivolto a tutti i miei interlocutori una domanda relativa, da un lato, a quali fossero i problemi e limiti della partecipazione e quali gli effettivi ruoli della comunità nel settore sanitario. Nella tabella di seguito ho voluto rendere esplicite le risposte e gli interlocutori, anche per non trascurare il collegamento tra soggetto rispondente e tipologia di risposta⁷⁶⁵.

Tab.5.5. I limiti alla partecipazione

Interlocutore	Indicazione dei maggiori limiti alla partecipazione
Monica Mutesa, Oxfam Zambia	lack of knowledge and skills to gain access to resources because of social and economics structures; the lack of community knowledge about the structures of participation; lack of community empowerment and of structures for debate and/or feedback that are oriented to strengthening community skills and abilities to participate and to elect their own representatives in the structures of participation.
Cannon Mukuma, CSHF Copperbelt	lack of knowledge and skills to gain access to resources because of social and economics structures; lack of self-confidence; 'scarcity' of resources to meet needs; lack of community empowerment and of structures for debate and/or feedback that are oriented to strengthening community skills and abilities to participate and to elect their own representatives in the structures of participation.
Pascal Bwalya, Bethesda Zambia, Copperbelt	lack of knowledge and skills to gain access to resources because of social and economics structures; lack of self-confidence; difficulties around how to deal with knowledge and power relations; 'scarcity' of resources to meet needs; the lack of community knowledge about the structures of participation; the weak links and ineffective flow of information between these

⁷⁶⁵ Le riporto in inglese, dato che sia le domande che le risposte secondo uno schema di intervista semi – strutturata, erano in tale lingua anche con riferimento a un modello della Loewenson R., mi riferisco a Loewenson R. (1999), Op.Cit.; Loewenson R. (2000), Op.Cit.

Interlocutore	Indicazione dei maggiori limiti alla partecipazione
	<p>structures and the community; lack of community empowerment and of structures for debate and/or feedback that are oriented to strengthening community skills and abilities to participate and to elect their own representatives in the structures of participation.</p>
Milimo Mwiba, Caritas Zambia	<ul style="list-style-type: none"> • lack of knowledge and skills to gain access to resources because of social and economics structures; • lack of time and energy to change the situation; • lack of self-confidence; • difficulties around how to deal with knowledge and power relations; and · the so-called ‘scarcity’ of resources to meet needs.
Dominic Liche, JCTR	<ul style="list-style-type: none"> • lack of knowledge and skills; • difficulties around how to deal with knowledge and power relations and lack of interest; • the lack of community knowledge about the structures of participation; • lack of community empowerment and of structures for debate and/or feedback that are oriented to strengthening community skills and abilities to participate and to elect their own representatives in the structures of participation; • centralization of the system of governance also of the NGOs.
Charlene Bangwe, CINDI - Kitwe	<ul style="list-style-type: none"> – lack of knowledge and skills to gain access to resources because of social and economics structures; – lack of self-confidence; – difficulties around how to deal with knowledge and power relations; – the lack of community knowledge about the structures of participation; – the weak links and ineffective flow of information between these structures and the community; – lack of community empowerment and of structures for debate and/or feedback that are oriented to strengthening community skills and abilities to participate and to elect their own representatives in the structures of participation.

In un interessante filmato sugli effetti delle riforme sanitarie curato dalla cooperazione olandese⁷⁶⁶ incentrato sul SWAp emerge come da un lato le riforme del sistema sanitario abbiano (almeno fino all'abolizione dei *Boards*) consentito una serie di miglioramenti nel coinvolgimento della popolazione, ma al contempo il permanere di forme di scarsa trasparenza, carenze strutturali, messaggi contraddittori dal MoH

⁷⁶⁶ Stekelenburg R., Peepkorn R. (2004), Op. Cit.

Come conseguenza dei problemi evidenziati (attinenti prevalentemente alla mancanza di strutture e meccanismi ma anche di un *empowerment* partecipativo contenente informazione e formazione, processi educativi adeguati, miranti non solo alla mera partecipazione agli organi ma a una consapevolezza dei propri diritti relativamente alla salute) il ruolo delle comunità si restringe, secondo larga parte degli interlocutori, a una funzione di supporto, di compartecipazione anche economica (nonostante l'abolizione degli *user fees* in area rurale e per le fasce più vulnerabili), di raccolta e trasmissione di informazioni, di azione nella prevenzione delle malattie e nella vigilanza sanitaria, in un quadro complessivo di risorse scarse, personale sanitario carente quantitativamente, operatori volontari e dei NHCs non sempre formati e privi di qualsiasi supporto economico e logistico. Quello che tutti gli interlocutori intervistati e incontrati informalmente, come pure l'osservazione e il dialogo nelle visite ai *Compounds* e agli HC/HP nell'area di Ndola, fanno emergere non è la mancanza di interesse o potenziale capacità delle comunità a partecipare, ma una situazione di complessiva mancanza: di risorse, strutture, mezzi.

Quanto evidenziato è dato recente o meno? Quali sono i nodi legati a quella che la CSDH richiama come una redistribuzione della risorsa potere?

Una raccolta di esperienze dei primi anni '90 in Zambia relative all'applicazione della PHC a cura di organismi di cooperazione in collaborazione con autorità sanitarie locali⁷⁶⁷ evidenzia alcuni nodi nelle carenze della partecipazione comunitaria: la comunità che vede se stessa essenzialmente come ricettore di cura da parte delle strutture sanitarie che essenzialmente erogano servizi, una visione condivisa dalla struttura sanitaria stessa, mentre le Ong sono essenzialmente delle attuatrici di progetti di cui la comunità beneficia passivamente. Tutto questo porta all'attuazione di programmi sanitari che insistono prevalentemente sulla cura e non sull'insieme di fattori che creano la malattia, non avendo dato spazio alle esigenze della comunità e alla sua capacità di esprimere priorità politiche e di programma non solo sanitario.

A questo si aggiunge l'osservazione che la PHC invece che costituire una sorta di complessiva filosofia organizzativa e pratica della sanità, viene considerata uno dei programmi verticali che a partire dal Ministero della Salute viene applicata ai livelli gerarchici inferiori dell'organizzazione, senza integrare altri aspetti. A questo si aggiunge la carenza di risorse finanziarie e l'assenza di un vero decentramento decisionale e di gestione di risorse. Quindi l'esito delle politiche degli anni '70 e '80 in termini di partecipazione e applicazione del modello del PHC risulta fortemente deficitario, probabilmente anche a causa della complessiva struttura politica dello Stato in cui la partecipazione, se presente, avveniva nei limiti del controllo del partito unico, in un quadro di complessiva crisi dello Stato come fattore / promotore dello sviluppo.

⁷⁶⁷ Kasonde J.M., Martin J.D. (1994) *Experiences with Primary Health Care in Zambia*, WHO, Ginevra.

Le riforme degli anni '90, e la riorganizzazione del MoH dello scorso decennio, unitamente all'introduzione di alcuni "esperimenti" ispirati alla PHC e ai temi della partecipazione hanno portato ad alcuni filoni d'analisi rispetto alle criticità della partecipazione: la questione dei meccanismi e dell'organizzazione, la questione dell'informazione ed educazione, la questione dei rapporti di potere micro e macro, la questione dell'accountability e della gestione delle risorse come elemento e occasione di partecipazione ma anche redistribuzione di potere, il ruolo delle Ong e delle CSOs.

L'esperienza dell'*Equity Gauge* che ha caratterizzato alcuni distretti in Zambia nello scorso decennio in un *report* del 2002⁷⁶⁸ evidenzia il carente funzionamento degli organi di partecipazione, quando esistenti, e la carenza di sistemi di monitoraggio e *accountability*. La strategia del *District Equity Gauge* evidenzia la necessità di sensibilizzare e informare le comunità relativamente ai loro diritti in campo sanitario e di partecipazione al di là dei processi elettorali.

In uno studio sui meccanismi partecipativi e i loro esiti sulla salute e l'equità⁷⁶⁹, una disanima degli *Health Centre Committees* - HCCs (l'organismo partecipativo di più basso livello nel sistema sanitario) emergono non pochi problemi di effettiva rappresentatività (a favore di determinati gruppi socio – economici) con una bassa rappresentatività delle categorie socio – economiche più basse e con una bassa percezione di accessibilità. Inoltre larga parte delle comunità interpellate nella ricerca ha evidenziato una scarsa conoscenza dei canali di comunicazione e partecipazione. Inoltre nel funzionamento e nell'elezione degli HCCs lo studio rileva una forte influenza da parte del DHMT e del personale sanitario degli HC. Inoltre, in numerosi casi, per alcune fasce della popolazione le difficoltà di accesso agli HC si sommano alle difficoltà di accedere alle attività degli HCCs e ne riducono ulteriormente la capacità di esprimere bisogni e priorità, che non vengono adeguatamente considerate nella raccolta di informazioni e anche nella pianificazione.

Quindi pur in presenza di organismi (HCCs) stabiliti secondo precise norme nazionali, la mancanza di chiare e aggiornate direttive operative, l'intervento discrezionale di ogni DHMT e i rapporti di potere esistenti tra struttura sanitaria e popolazione e all'interno della comunità / popolazione costituiscono limiti e ostacoli alla partecipazione da un lato e alla piena equità e miglioramento delle condizioni sanitarie dall'altro, a questo si aggiunge la differenza tra HCCs anche sulla base della capacità di mobilitare e raccogliere risorse in denaro o natura, in presenza di scarse allocazioni da parte dei DHMT. Nel contempo gli autori rilevano un forte desiderio delle comunità di partecipare e un ruolo estremamente positivo degli HCCs con performance elevate di incidere sulle condizioni di salute della popolazione. Un organismo pertanto rilevante ma, nel 2004, con

⁷⁶⁸ *Equity Gauge Zambia (2002) Coordinator's Report, CHESSORE, Lusaka.*

⁷⁶⁹ Ngulube T.J., Mdhului L., Gondwe K., Njobvu C.A. (2004), *Op. Cit.*

differenze tra distretti rilevanti e non pochi aspetti non chiari o non sufficientemente definiti da parte del legislatore e del MoH.

Un passaggio nell'analisi del livello gerarchico successivo (*District Health Boards* - DHBs) in relazione al rapporto con le comunità e alla partecipazione⁷⁷⁰ riporta alcuni esiti analoghi: l'esistenza a partire dalle riforme degli anni '90 di strutture di partecipazione (NHCs, HCCs, DHBs, *Hospital Boards* etc.) ma con una scarsa conoscenza di funzioni e ruolo da parte delle comunità; mancanza di conoscenze e sensibilizzazione della popolazione; carenze nel collegare la *governance* e i suoi organismi alla popolazione e ai suoi bisogni. Se la struttura maggiormente nota sono i NHCs, solo circa un terzo della popolazione era a conoscenza nel 2004 dell'esistenza di HCCs e DHBs. Il meccanismo di nomina a cura del DHMT nella composizione dei DHBs non solo non favorisce la partecipazione ma era largamente ignoto alla popolazione. Ancora una volta poi nei DHBs la selezione è a favore di persone con una posizione socio – economica e culturale non bassa (a conferma di quanto osservato e riportato nelle interviste). Questo insieme di fattori istituzionali e di funzionamento ha comportato una mancanza di reale partecipazione e incidenza nei processi di pianificazione e di decisione di larga parte della popolazione. A questo si aggiunga l'esistenza di meccanismi di patronage e di conoscenza personale che agiscono al di fuori dei canali di partecipazione prescritti, ma frammentariamente realizzati. Anche se il modello zambiano presenta alcuni punti di forza quali l'esistenza di forme di consultazione della popolazione, i contatti con i NHCs, la presenza nei NHCs di membri della comunità, di fatto la pianificazione bottom – up come prescritta dalle norme pre e post – riforme anni '90 non ha realmente, se non occasionalmente, trovato attuazione.

Nel verificare il processo di elaborazione dei bilanci e delle risorse necessarie nei distretti secondo i dettami della PHC e della progettazione *bottom-up* dichiarati dal MoH, alcuni autori⁷⁷¹ hanno rilevato l'assenza di spese per formare e informare i portatori di interesse a livello comunitario e la mancata applicazione di alcune linee guida ministeriali quali ad esempio la condivisione delle informazioni e la discussione sui dati e sulle esigenze sanitarie che ne derivano. Ngulube, Mdhuli e Gondwe⁷⁷² inseriscono in modo esplicito la questione del potere negoziale di alcuni portatori di interesse nel processo di pianificazione del bilancio e quindi di allocazione di risorse secondo i bisogni espressi da chi ha maggiore potere. Siamo di fronte a una riflessione che intreccia non solo il tema dell'esistenza e funzionamento degli ambiti partecipativi ma di come questi non siano neutri rispetto a dinamiche di potere e siano arene di scontro tra interessi o spazio monopolizzato solo da alcuni di questi, in presenza di una scarsità di risorse da allocare. Dalla periferia al centro, dal

⁷⁷⁰ Macwan'gi M., Ngwengwe A. (2004), Op. Cit.

⁷⁷¹ Ngulube T.J, Mdhuli L., Gondwe K. (2005), Op. Cit.

⁷⁷² Ngulube T.J, Mdhuli L., Gondwe K. (2005), Op. Cit.

distretto al ministero, il livello di potere discrezionale cresce e questo inficia i già deboli processi partecipativi e diminuisce l'*accountability* non solo a livelli alti ma anche in ambito di distretto. Se a questo si somma il fatto che il livello centrale controlla rigidamente anche le scarse risorse gestite localmente (sia per un'errata applicazione del decentramento che per i limiti gestionali spesso presenti nei distretti) il processo di devoluzione o deconcentrazione non ha alcun esito reale.

L'abolizione dei *Boards* ha rafforzato la struttura ministeriale centrale e decentrata (PHO, DHMT). Se a questo si sommano i problemi di legittimità e rappresentatività già riportati per gli HCCs, la carenza di formazione al ruolo di membri degli HCCs e la carenza di informazioni, prevale un funzionamento burocratico della pianificazione.

Volgendo infine lo sguardo al processo di decentramento avviato nell'ultimo decennio è bene ricordare quale fosse la *vision* del Governo dello Zambia: un sistema di *governance* decentrato democraticamente eletto, con un'effettiva partecipazione comunitaria ai processi di policy – making. La stessa struttura dei PDCC e dei DDCC, prevalentemente composti da funzionari del Governo centrale con l'inclusione delle Ong e la scarsa rappresentatività delle municipalità (democraticamente elette) e di rappresentanti degli ADC e dei RDC, ha determinato un blocco del processo del decentramento e la presenza di un livello democratico e partecipato (comunità e municipi) ed uno amministrativo non elettivo a livello distrettuale e provinciale⁷⁷³. La stessa presenza delle Ong, se può segnalare un'apertura alla società civile, non è esente da problemi legati alla reale autonomia delle Ong, alla loro *governance* democratica e alle limitazioni e intimidazioni ad esse indirizzate dalle norme recentemente proposte in Zambia.⁷⁷⁴

Il CSPR nel 2010⁷⁷⁵ segnalava, con riferimento alla partecipazione nell'elaborazione del bilancio e dei piani di sviluppo del paese, come il coinvolgimento delle comunità fosse molto ridotto in tutti i Distretti oggetto di uno studio dello stesso CSPR e come fosse necessario agire perché i limitati spazi presenti nei PDCC, DDCC, ADC. Larga parte dei responsabili di queste strutture infatti, nonostante linee guida e documenti ufficiali, non riteneva di dover coinvolgere le comunità in attività relative al bilancio. Salvo una consultazione nel settore sanitario e in quello educativo (ma pur sempre semplice consultazione e non compartecipazione nel determinare l'ammontare delle risorse necessarie e la loro allocazione) in generale le comunità e la società civile non vengono coinvolti in materia di bilancio e allocazione di risorse.

Due ultimi documenti aggiornano le osservazioni riportate sino ad ora e confermano larga parte

⁷⁷³ Caritas Zambia – Economic Justice Programme (2007) *Decentralization through the District Development Coordinating Committee (DDCC) and Provincial Development Coordinating Committee (PDCC)*, Lusaka.

⁷⁷⁴ Si veda: Henriot P. (2010), "Ngo Act: What Purpose and What Effect?", The Post 14.12.2010, Lusaka.

⁷⁷⁵ CSPR (2010), *Baseline Study*, Op.Cit.

delle informazioni riscontrate sul terreno⁷⁷⁶:

- il fatto che l'impegno delle Ong nell'*advocacy* nel settore sanitario sia relativamente recente e che debba ancora trovare uno spazio appropriato, mentre sono ben strutturate e istituzionalmente presenti Ong che erogano servizi sanitari (*CHAZ in primis*);
- spesso le Ong hanno scarsa autonomia e dipendono da finanziamenti esterni, inoltre sono da verificare i legami sul territorio e con le comunità;
- solo recentemente alcune Ong hanno trovato spazio nei meccanismi di consultazione (SAG, TWGs) del MoH;
- I meccanismi di partecipazione nel settore sanitario previsti dalle riforme degli anni '90 e ridisegnati nel 2006 non sono stati adeguatamente valutati prima di ogni riforma o modifica di funzione e l'esito è un complessivo deficit di strutturazione degli stessi, inoltre una volta strutturati e legalmente supportati necessitano di risorse per poter effettivamente coinvolgere le fasce più marginali della popolazione.

Sulle contraddizioni rilevate ha certamente pesato la situazione di un paese che a partire dal 1989, con il varo delle prime politiche di liberalizzazione (soprattutto nel settore estrattivo) è stato in qualche modo "ostaggio" di decisioni prese altrove con il proprio bilancio controllato da "transnational debt – masters in Washington".⁷⁷⁷

In questa condizione il rischio è quello di una cittadinanza potenzialmente svuotata da una capacità di incidere sui processi decisionali e con un difficile spazio per la partecipazione e la contestazione politica delle decisioni, al di là di carenze organizzative o normative (che sono causa ed effetto al contempo dei deficit partecipativi). In un tale quadro termini come *ownership*, *good governance* e *rule of law* non si riferiscono a una dinamica interna a uno Stato bensì prioritariamente agli obblighi e alle condizioni poste dall'esterno, creando una sorta di democrazia sostanzialmente limitata nella sua capacità decisionale, non tanto nei suoi meccanismi di funzionamento elettorale.

Deficit strutturali, carenza di risorse, riforme incomplete e contraddittorie, un decentramento burocratizzato hanno progressivamente fiaccato la partecipazione comunitaria al di là dei documenti ufficiali e delle linee guida. In questa situazione problematica, aggravata da situazioni di povertà estrema e di minimali progressi degli indicatori di salute, è interessante esaminare alcune iniziative della società civile che hanno recentemente contribuito a rilanciare il tema della partecipazione in ambito sanitario.

⁷⁷⁶ University of Zambia Department of Economics, Ministry of Health, TARSC (2011), OpCit.; Pereira J. (2009), Op.Cit.

⁷⁷⁷ Gould J. (2008), "Subsidiary Sovereignty and the Constitution of Political Space in Zambia" in Gewald JB, Hinfelaar M., Macola G. (2008), Op. Cit.

5.3 *Proposte e azioni della società civile su Determinanti Sociali e partecipazione*

Sia prima che durante la ricerca di campo ho cercato di rilevare esperienze e buone prassi della società civile che interagissero, e/o integrassero, le politiche di cooperazione e quelle pubbliche relative all'*empowerment* partecipativo nel settore sanitario, per capire quali iniziative *bottom-up* esistessero e quale rapporto avessero con le politiche di cooperazione internazionale. I documenti e le interviste mi hanno condotto a raccogliere informazioni su alcune iniziative, che ho cercato di conoscere meglio e che di seguito illustro. Abbiamo detto dell'impegno relativamente recente delle organizzazioni della società civile nell'*advocacy* in campo sanitario e ne è dimostrazione la recente creazione del *Civil Society Health Forum* (CSHF) di cui parlerò.⁷⁷⁸

La presenza di organizzazioni della società civile precede l'indipendenza del 1964, costituita principalmente dalle organizzazioni sindacali, da organizzazioni promosse dalla popolazione dei coloni bianchi (*settlers*) e da organizzazioni promosse dalle missioni cristiane e dalle chiese. La nascita di movimenti e partiti operanti per l'indipendenza e per forme democratiche di rappresentanza arricchì ulteriormente il panorama delle organizzazioni presenti. Sia durante che successivamente al periodo di Governo a partito unico, con l'avvicinarsi delle elezioni multipartitiche del 1991 (non le prime della storia dello Zambia, essendo la forma – Stato del partito unico presente dagli anni '70) oltre alla rinascita dei partiti si registrò la progressiva crescita di altre organizzazioni tra cui *Law Association of Zambia* (LAZ), *Economics Association of Zambia* (EAZ) e *University of Zambia Students Union* (UNZASU).⁷⁷⁹ E' necessario inoltre non dimenticare il fondamentale ruolo avuto dal sindacato (*Zambia Congress of Trade Unions, ZCTU*) nella nascita del *Movement for Multiparty Democracy*, esprimendone il leader e futuro Presidente dello Zambia, Fredrick Chiluba.⁷⁸⁰ E' bene osservare come tra il 1996 e il 2003 si passò da 1000 a 10.000 organizzazioni della società civile registrate presso l'apposito registro governativo e la nascita di molte Ong impegnate non solo nell'erogazione di servizi ma anche in azioni di *advocacy* e promozione / protezione dei diritti umani.⁷⁸¹ Dopo essersi largamente identificata nel MMD, la società civile e in particolare i sindacati avviarono un processo di critica autonomia dal Governo dell'MMD non privo di accenti autoritari non dissimili da quelli dei governi a partito univo

⁷⁷⁸ Pereira J. (2009), Op. Cit.

⁷⁷⁹ Mumba M. H. (2010), "Civil Society Activism in Zambia: A Historical Perspective" in F. Mutesa (2010), *State-Civil Society and Donor Relations in Zambia*, University of Zambia Press, Lusaka; Mumba M. H. (2004), *Marriage of Convenience: State-Civil Society Partnership in the PRSP Process in Zambia*, Institute of Social Studies, Hague.

⁷⁸⁰ Larmer M. (2007), Op. Cit.

⁷⁸¹ Zambia Council for Social Development - ZCSD, World Alliance for Citizen Participation – CIVICUS (2010), *The Status of Civil Society in Zambia: Challenges and Future Prospects*, http://www.civicus.org/images/stories/csi/csi_phase2/zambia%20final%20acr.pdf (Agosto 2011).

dell'UNIP di Kenneth Kaunda.⁷⁸² Al termine del suo secondo mandato, il Presidente Chiluba avviò un processo di modifica per potersi candidare a un terzo mandato presidenziale, mobilitando in suo favore una parte della società civile, sulla cui autonomia più autori manifestano dubbi⁷⁸³, iniziativa contrastata da un ampio ombrello di organizzazioni raccolte nell'OASIS FORUM, che mobilitando ampi strati della popolazione e una gamma trasversale e variegata di entità della società civile (incluse organizzazioni ecclesiali e ambiti accademici ed economici), coinvolgendo numerosi parlamentari e membri del Governo, costrinse il Presidente Chiluba a rinunciare alla riforma costituzionale.

L'azione dell'OASIS FORUM⁷⁸⁴ non fu estemporanea ma arrivò dopo un lungo periodo (anni '90) dove a fronte di riforme rilevanti dei Governi targati MMD e della Presidenza Chiluba (incluse le riforme del settore sanitario), l'ideazione e attuazione dei Piani di Aggiustamento Strutturale e dei *Poverty Reduction Strategy Papers* aveva visto una limitata o assente consultazione della società civile e un basso livello di partecipazione oltre che una forte conflittualità con le parti sociali, sindacati in testa.⁷⁸⁵

Nella piattaforma di OASIS FORUM si ritrovano molti elementi riscontrabili nei documenti di organismi ufficiali internazionali (*accountability*, trasparenza, *gender equity* etc.) frutto delle relazioni tra molte Ong e *donors* internazionali, ma al contempo nelle pratiche si riscontrano elementi di originalità e proposte che caratterizzeranno alcune prassi di seguito esposte; mi riferisco in particolare a:

- dare vita a dibattiti pubblici e consultazioni sulle riforme costituzionali e dei vari settori;
- campagne di educazione e alfabetizzazione civica rispetto allo Stato di diritto, alla costituzione, alla *governance*, attraverso varie forme e mezzi;
- organizzazione di punti di raccolta e ascolto di proposte e istanze della popolazione;
- redazione di una "Costituzione popolare".⁷⁸⁶

Quanto accaduto nel 2001 segna a tutti gli effetti la definitiva frattura tra l'MMD e le organizzazioni della società civile, e nonostante i tentativi e le richieste di un dialogo strutturato a partire dalle ipotesi di riforma costituzionale, un clima di conflittualità e di accuse alla società civile di essere a tutti gli effetti una sorta di "partito di opposizione ombra" continuerà sino alle elezioni del 2011

⁷⁸² Zambia Council for Social Development - ZCSD, World Alliance for Citizen Participation – CIVICUS (2010), Op. Cit.

⁷⁸³ Gould J. (2008), Op. Cit.; Chomba C., Kabanda S. (2008) "Lessons in effective Citizen Activism: the Anti – Third Term Campaign in Zambia", Occasional Papers n. 6, South African Institute of International Affairs Jan Smuts House East Campus, University of the Witwatersrand;

⁷⁸⁴ Tra gli organismi maggiori dell'OASIS FORUM: *Christian Council of Zambia (CCZ)*, *Zambia Episcopal Conference (ZEC)*, *Evangelical Fellowship in Zambia (EFZ)*, *NGOCC (coordinamento di NGO impegnate sulle questioni di genere)*, LAZ.

⁷⁸⁵ Saasa O., Carlsson J. (2002), Op. Cit.; Larmer M. (2007), Op. Cit.

⁷⁸⁶ Gould J. (2008), Op. Cit.

come ho avuto modo di constatare di persona durante la mia permanenza nel 2010 e dalla frequente lettura dei giornali tra il 2010 e il 2011, nonché dal dialogo continuato con alcuni dei miei interlocutori in loco. Questa emancipazione della società civile dal partito di Governo segna un passaggio traumatico ma importante nella storia della società civile zambiana e nel suo sviluppo. Non mancano nella struttura della società civile forme di distorsione quali Ong di fatto emanazione del Governo, Ong espressione di figure individuali e Ong con mere finalità di visibilità politica e neppure mancano i tentativi del Governo MMD di porre un freno all'autonomia della società civile a partire dalle prime proposte di legge del 2006.⁷⁸⁷ Le pressioni dei donatori, il sostegno di questi allo sviluppo di organizzazioni della società civile (non senza distorsioni e il rischio di una società civile "dipendente" dagli aiuti internazionali) e l'apertura, anche per le riforme avviate e per i meccanismi creatisi nella elaborazione e realizzazione delle politiche di sviluppo (*in primis* i SAG), alla partecipazione della società civile, hanno consentito uno sviluppo del ruolo e della diffusione della società civile e della sua capacità di essere motore di partecipazione e di intervento a partire dalle istanze e dalle analisi del livello comunitario anche nei processi di revisione costituzionale.

Tra gli elementi caratterizzanti le organizzazioni non governative e della società civile zambiana vi è una forte tendenza all'adesione a reti e organizzazioni "ombrello", anche per rafforzare la capacità di incidere nei processi decisionali e nella raccolta di fondi da parte di donatori. Tra le principali reti troviamo:

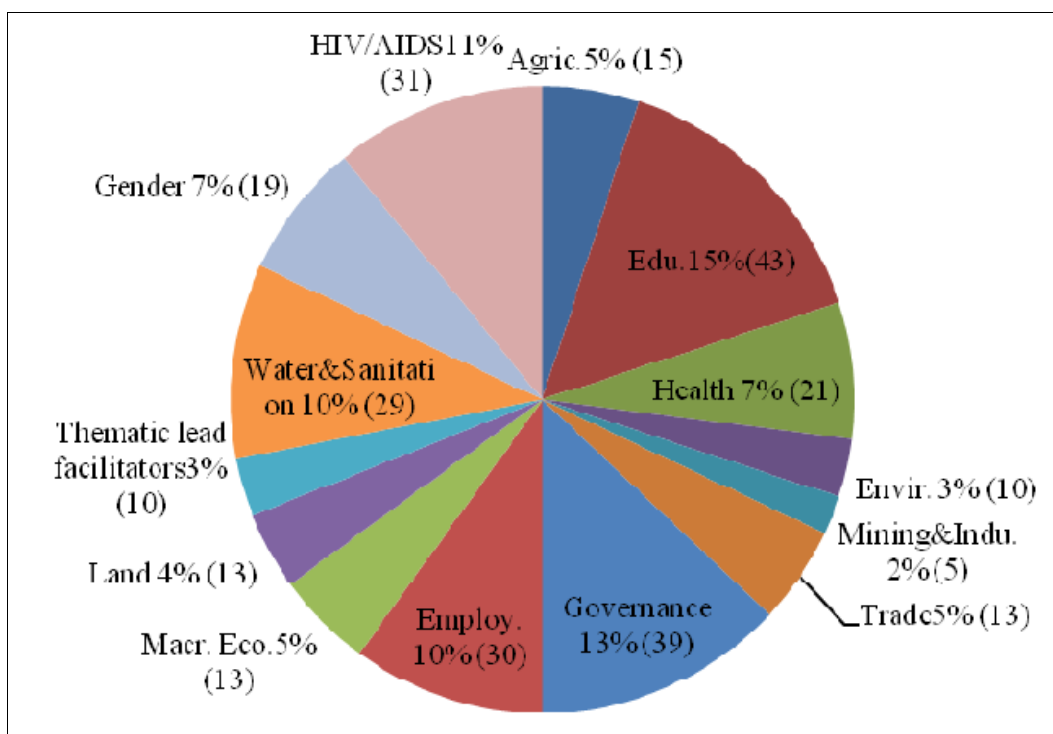
- *Civil Society for Poverty Reduction (CSPR)*;
- *Non-Governmental Organisations Coordinating Committee (NGOCC)*;
- *Women for Change*;
- *Children in Need Network (CHIN)*;
- *Zambia Land Alliance (ZLA)*;
- *Zambia National AIDS Network (ZNAN)*;
- *Churches Health Association of Zambia (CHAZ)*;
- *Zambia National Education Coalition (ZANEC)*;
- *Zambia Civic Education Association (ZCEA)*;
- *Zambia Council for Social Development (ZCSD)*.

A questi vanno aggiunti indubbiamente la Caritas Zambiana, il *Jesuit Centre for Theological Reflection (JCTR)* e il *Civil Society Health Forum (CSHF)* per il ruolo sia di coordinamento che di

⁷⁸⁷ Zambia Council for Social Development - ZCSD, World Alliance for Citizen Participation – CIVICUS (2010), Op. Cit.

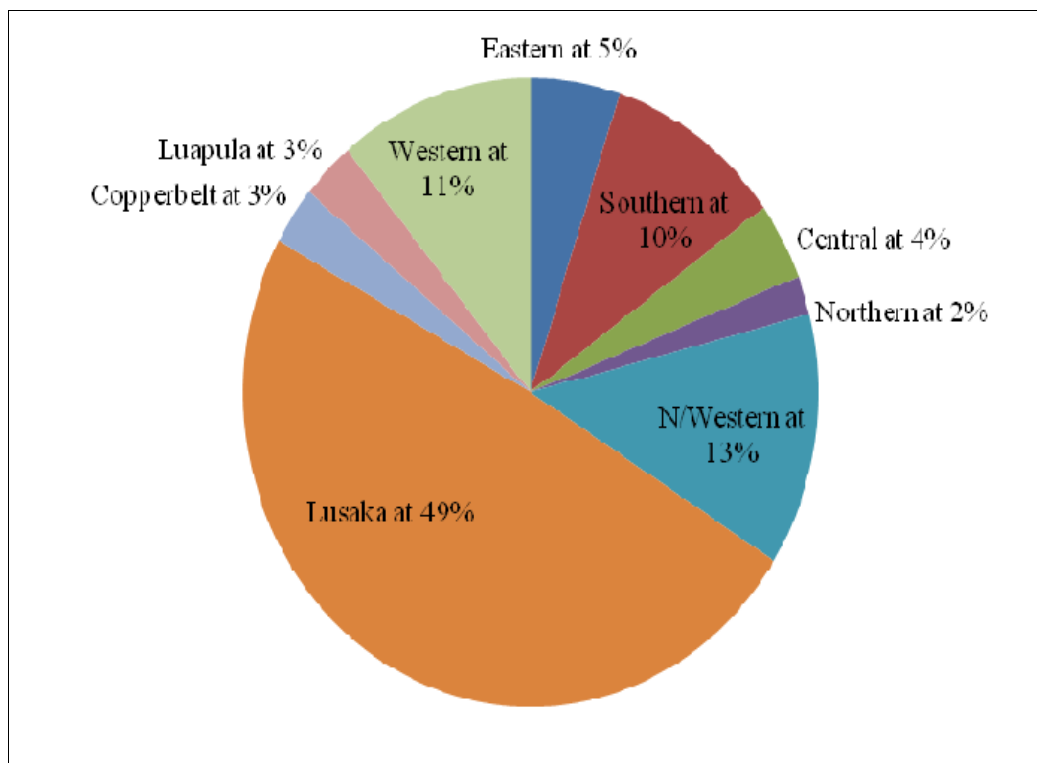
impulso e *leadership* in alcuni settori della società zambiana. Per quanto attiene la distribuzione tematica e geografica rimando alle successive Fig. 5.8

Fig.5.8. Distribuzione tematica Ong Zambia



Fonte: Zambia Council for Social Development - ZCSD, World Alliance for Citizen Participation – CIVICUS (2010), *The Status of Civil Society in Zambia: Challenges and Future Prospects*, http://www.civicus.org/images/stories/csi/csi_phase2/zambia%20final%20acr.pdf (Agosto 2011)

Fig.5.9. Distribuzione geografica Ong Zambia



Fonte: Zambia Council for Social Development - ZCSD, World Alliance for Citizen Participation – CIVICUS (2010), *The Status of Civil Society in Zambia: Challenges and Future Prospects*, http://www.civicus.org/images/stories/csi/csi_phase2/zambia%20final%20acr.pdf (Agosto 2011)

Quindi una società civile certamente attiva attraverso varie forme organizzative, incluse le forme delle organizzazioni comunitarie di base molto attive nelle politiche relative all'HIV/AIDS e nel settore educativo e agricolo; una società civile capace di incidere sui processi di programmazione e pianificazione a livello nazionale (seppur in un ambiente istituzionale non del tutto favorevole) e capace di interloquire con i donatori internazionali e capace di fare rete. Allo stesso tempo, per osservazione personale - riscontri nella ricerca territoriale (Copperbelt) e letteratura citata in questo paragrafo – alcune caratteristiche: la tendenza a una forte centralizzazione nazionale o al più provinciale con il rischio manifesto di trascurare le aree rurali e la difficile sostenibilità in assenza di aiuti internazionali o di istituzioni quali chiese o fondazioni. A questo vanno aggiunti le difficoltà di contesto politico, normativo e socio – culturale (elevata povertà e tassi di analfabetismo) che non favoriscono la partecipazione spontanea delle popolazioni. Gould⁷⁸⁸ in maniera più critica delinea una società civile che, in particolare nel fenomeno dell'OASIS FORUM, di fatto è composta da un

⁷⁸⁸ Gould J. (2008), Op. Cit.

ceto medio ben educato e con condizioni di vita più che dignitose, che costituisce uno dei gruppi di potere della società politica zambiana, definita come ambito di condivisione o conflitto tra gruppi elitari politici distanti e distaccati dalla maggioranza della popolazione. Una descrizione che a un primo approccio con le Ong presenti a Lusaka potrebbe trovare riscontro, ma che appare semplicistica alla luce della conoscenza delle persone e del loro operato. Certo è che accanto a un ceto medio dell'apparato statale possiamo trovare un ceto medio, ben educato e formato anche in università europee o statunitensi, operante nelle Ong, ma questo non significa automaticamente che la dinamica della realtà politica si riduca a questi ambienti.

Quali pratiche di *empowerment* partecipativo trovino spazio in questo contesto è un quesito che progressivamente mi sono posto e che dalla analisi che segue confido possa emergere. Ho scelto di parlare dell'esperienza dell'*Equity Gauge* e del lavoro di organismi come CHESSORE (*Centre for Health, Science and Social Research*) e ZAMFOHR (*Zambia Forum for Health Research*) perchè sono ambiti che, sia nella metodologia, che nel promuovere iniziative concrete hanno avuto ed hanno a cuore la partecipazione delle comunità e di tutti i soggetti coinvolti, inoltre, come think tank del settore, sono partecipi di alcuni TWG del MoH e l'attuale Ministro della Salute dello Zambia proviene proprio dallo ZAMFOHR. Il progetto CASE (*Civil Society Advocacy Sensitization and Empowerment*) rappresenta un esempio di cooperazione tra organismo locale e Ong internazionale con fondi di donatore istituzionale (EU/UE) di recente realizzazione, mentre l'esperienza del CSPR, della Caritas e del JCTR segnalano organismi che da tempo sono impegnati sui temi della giustizia sociale e della lotta alla povertà che hanno dato vita a iniziative di *empowerment* partecipativo e inclusione della visione delle fasce più deboli della popolazione nelle loro analisi e proposte politiche. Infine il CSHF e Oxfam Zambia portano il luce il recente organizzarsi della società civile rispetto al tema dell'*advocacy* e partecipazione in campo sanitario.

5.3.1 CHESSORE e l'*Equity Gauge*

Tra le esperienze che ho cercato di approfondire vi è quella dell'*Equity Gauge*, citata anche nel rapporto della CSDH come una buona prassi, una sorta di modello, teso a favorire l'*empowerment* partecipativo, la fattiva partecipazione e l'equità in salute.

Durante la mia permanenza in Zambia ho avuto modo di incontrare e dialogare con il Dottor Thabale Jack Ngulube, coordinatore di CHESSORE, esperto per l'IHP e propositore / attuatore non solo del progetto dell'*Equity Gauge*, ma di numerosi progetti di ricerca sulla partecipazione nei distretti e negli HC. CHESSORE e il Dott. Ngulube sono collegati con EQUINET e TARSC due

ambiti fortemente impegnati sulle tematiche dell'equità e della partecipazione in ambito sanitario alle cui metodologie e pubblicazioni ho fatto riferimento in precedenza.

Il progetto *Equity Gauge* nasce dalla *Global Equity Gauge Alliance* (GEGA), una rete internazionale di gruppi lanciata nel 2001 e impegnata nel contrasto delle iniquità presenti nel settore sanitario. Il punto di partenza di questa esperienza era la consapevolezza che, a partire dalla dichiarazione di Alma Ata del 1978, le diseguaglianze in salute non si erano ridotte ed era necessario un impegno per misurare le diseguaglianze e individuare i determinanti sociali delle ineguaglianze (una azione che anticipava in parte gli esiti e le riflessioni presenti nei lavori della CSDH, che del resto ha ampiamente tenuto conto di esperienze come questa ed analoghe). Abbiamo già detto che i tre pilasti dell'azione dell'*Equity Gauge* sono: la ricerca e il monitoraggio per misurare ed evidenziare le ineguaglianze, l'*advocacy* e la partecipazione pubblica.⁷⁸⁹

L'azione di *empowerment* partecipativo mira, nel modello della GEGA, a dare spazio alle istanze delle comunità di base e dei soggetti più marginali. Accanto a questa azione dell'*Equity Gauge* vi è una particolare attenzione rivolta alla promozione della salute, anch'essa finalizzata a rafforzare le capacità delle persone di intervenire sui determinanti della loro salute, dai comportamenti ai fattori sociali, culturali, economici e politici. L'approccio dell'*Equity Gauge* in tutte le attività è partecipativo, infatti il principio della partecipazione unitamente al concetto di *empowerment* e al valore della giustizia sociale, sono alla base delle azioni dei diversi *Equity Gauge* nei vari continenti.

Con riferimento ai pilasti dell'azione, nel dettaglio possiamo evidenziare quanto segue⁷⁹⁰:

➤ Assessment e Monitoraggio:

- identificare contesti e processi che contribuiscono alle ineguaglianze in salute attraverso l'analisi delle circostanze sociali, politiche ed economiche rilevanti per l'equità: diseguaglianze socio – economiche; popolazioni discriminate ed emarginate; meccanismi di emarginazione e discriminazione (fonti della discriminazione); diseguaglianze tra aree rurali e urbane; rappresentazione dei bisogni della popolazione; relazione tra condizione di salute e mancata rappresentazione; analisi del Governo in relazione alle decisioni sulla salute; analisi di altri centri di potere decisionale anche con riferimento al ruolo dei donatori e del settore privato; analisi della società civile; analisi del contesto macroeconomico e ambientale; analisi del sistema sanitario;
- monitorare le ineguaglianze nel loro andamento temporale rispetto al contesto e ai processi: attraverso attività di descrizione, misurazione, comprensione e analisi delle

⁷⁸⁹ Ngulube T.J. (2007), Op. Cit.

⁷⁹⁰ Global Equity Gauge Alliance (2003), *The Equity Gauge: Concepts, Principles and Guidelines*, South Africa; Ngulube T.J. (2007), Op. Cit.

ineguaglianze utilizzando gruppi demografici di riferimento e indicatori chiave: ricerca qualitativa e quantitativa: producendo dati, ampliando informazioni esistenti, estraendo dati da fonti esistenti; svolgendo comparazioni tra gruppi in situazioni differenti; gruppi definiti secondo alcuni elementi; indicatori relativi alla condizione rispetto alla salute e ai servizi sanitari;

- *Advocacy*: è il processo attraverso cui sostenere posizioni e idee, usando in modo strategico le informazioni prodotte al fine di ottenere un mutamento politico a favore delle popolazioni svantaggiate / marginalizzate. Nel caso dell'*Equity Gauge*, l'*advocacy* si indirizza a supportare e realizzare politiche a favore dell'equità, favorendo inoltre la presa di coscienza e la manifestazione dei propri diritti da parte delle fasce di popolazione svantaggiate e marginalizzate. Lo schema di azione è riportato in Fig.5.10.

Fig.5.10. Azione di *advocacy*



Fonte: Global Equity Gauge Alliance (2003) *The Equity Gauge: Concepts, Principles and Guidelines*, South Africa

→ Azioni:

- ◆ informare i portatori di interesse anche con attività di tipo educativo;
- ◆ influenzare il dibattito pubblico portandovi elementi relativi all'equità in salute, come pure nel dibattito politico;
- ◆ sensibilizzare le organizzazioni della società civile e coinvolgerle in coalizioni a favore dell'equità in salute, realizzare l'*empowerment* della comunità (terzo pilastro dell'*Equity Gauge*);
- ◆ svolgere una azione di pressione sui decisori politici, anche partecipando ad ambiti

- cosultivi, nella preparazione di documenti politici, nella formazione di esperti;
 - ◆ Promozione di campagne (azione sociale), promozione di azioni parlamentari e legali.
- Soggetti cui principalmente rivolgersi a livello locale, nazionale e globale:
 - ◆ i decisori politici e amministrativi;
 - ◆ la società civile;
 - ◆ i gruppi svantaggiati.
- La partecipazione pubblica e l'*empowerment* delle comunità: vi sono collegamenti con l'azione di *advocacy* ma mentre questa rappresenta in qualche modo l'azione di parlare anche per vece delle comunità in condizioni marginali o di svantaggio, l'azione di partecipazione e di *empowerment* rafforza la capacità di rappresentarsi e di agire autonomo delle comunità: questo pilastro implica un approccio allo sviluppo di tipo *bottom-up* e il rafforzamento dei meccanismi di *accountability*.
- Le ragioni alla base di un impegno dell'*Equity Gauge* per il rafforzamento delle capacità delle popolazioni e la loro partecipazione sono:
 - la necessità che le comunità agiscano e interagiscano perchè anche buone politiche "sulla carta" trovino effettiva realizzazione: quando le comunità sono sensibili relativamente a questioni di equità, allora sono in grado di esprimere una domanda di cambiamento e porre in atto meccanismi di controllo ed esercitare una pressione politica e sociale per l'equità;
 - vi è complementarità tra la capacità di elaborare proposte da parte dell'*Equity Gauge* e la scelta delle comunità di sostenerle e dar loro supporto sociale. E' particolarmente rilevante a tal fine che le comunità partecipino sin dal principio nell'individuare le ineguaglianze e le strategie di azione;
 - la possibilità per gli *Equity Gauge* di essere a loro volta messi in grado, dall'interazione con la comunità interessata, di elaborare proposte e analisi più pertinenti e concrete;
 - la necessità per gli *Equity Gauge* di essere in relazione e connessione con le necessità e i problemi segnalati dalle popolazioni.
 - Tra le principali azioni di *empowerment*:
 - ◆ dare informazioni relativamente al diritto alla salute e ai principali problemi della salute;
 - ◆ facilitare l'organizzarsi a livello locale;

- ◆ coinvolgere le comunità nelle attività dell'*Equity Gauge* in tutte le fasi;
- ◆ sostenere la valutazione delle comunità rispetto alle loro necessità, problemi etc.;
- ◆ facilitare il dialogo con i fornitori dei servizi sanitari e gli operatori;
- ◆ promuovere un sistema di monitoraggio da parte delle comunità e un sistema di valutazione dei dati raccolti;
- ◆ fornire strumenti per campagne a livello locale;
- ◆ assistere la creazione di progetti modello a base comunitaria per migliorare condizioni di vita e i servizi, offrire occasioni di formazione a tal fine.

In particolare in Zambia⁷⁹¹ tra le criticità che CHESSORE rilevava nel lanciare il progetto dell'*Equity Gauge* in un numero definito di Distretti, al fine di avviare una sperimentazione da allargarsi ad ampia scala, vi erano:

- gli scarsi benefici nelle aree rurali dei processi di riforma e degli stanziamenti di bilancio (e aiuti) nel settore sanitario;
- l'ampio *gap* esistente tra proclami e la realtà della sanità in Zambia;
- la scarsa operatività dei piani e degli obiettivi relativi alla partecipazione;
- una mancanza di consapevolezza del ruolo e rilevanza della partecipazione comunitaria.

Da questo i principali obiettivi e strategie dell'*Equity Gauge* in Zambia schematizzati in Tab.5.6.

⁷⁹¹ Equity Gauge Zambia (2002), *GEGA visit to the Zambia Gauge*, Lusaka; Ngulube T.J. (2007), Op. Cit.; dialogo con il Dott. T.J. Ngulube.

Tab. 5. 6 Obiettivi e strategie dell'*Equity Gauge* in Zambia

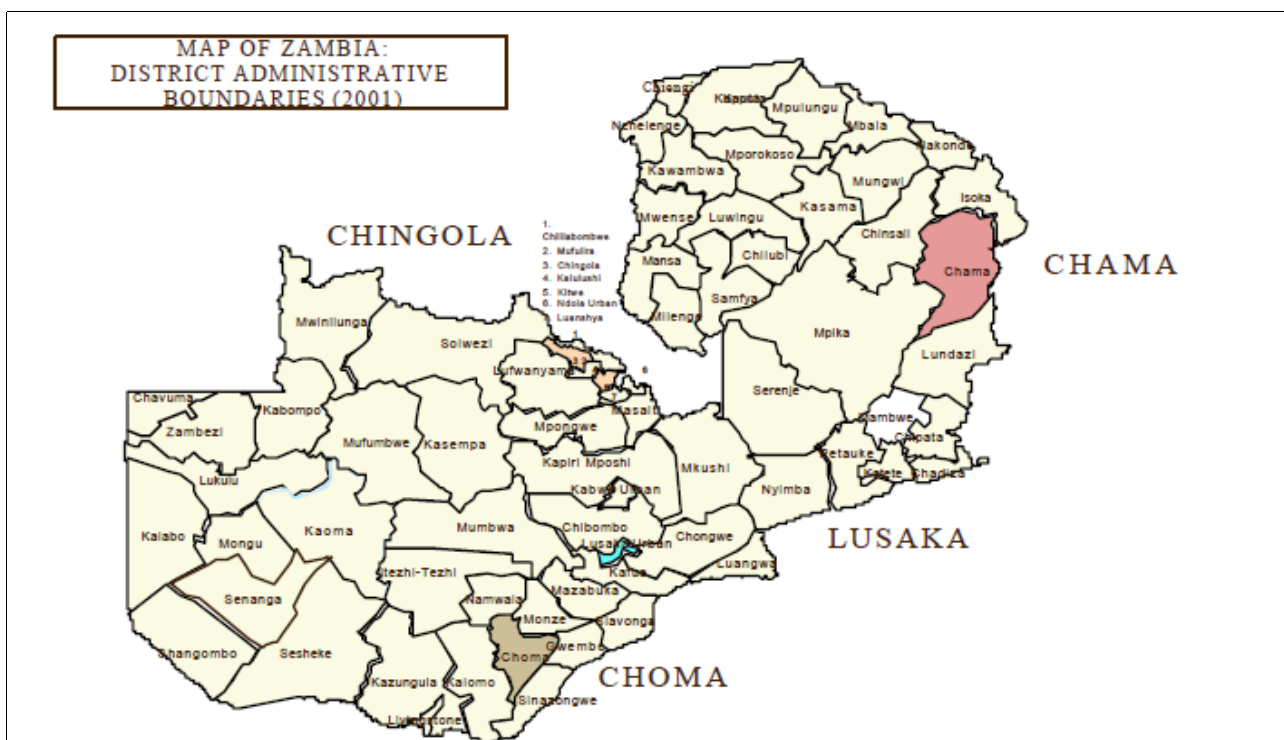
Obiettivi	Strategia
Avviare un processo di rilevazione dati per produrre informazioni sui principali problemi di equità esistenti: nel fare questo l' <i>Equity Gauge</i> zambiano ha investito nella formazione degli operatori dei Distretti (DHMT) nella realizzazione di interviste, nell'inserimento e analisi dei dati. Tra i quesiti inoltre non vi erano solo domande relative alla condizione sanitaria ma anche ai temi dell'equità, dell'accessibilità dei servizi, delle condizioni socio – economiche, per comprendere anche come e dove intervenire nel rafforzare la consapevolezza dei propri diritti in salute e delle capacità di intervenire e partecipare in merito.	<p>a. Usare i dati per approfondire il profilo socio – economico dei distretti.</p> <p>b. Misurare eventuali cambiamenti sociali e nello stato di salute.</p> <p>c. Mettere in luce le diseguglianze tra / nei Distretti.</p> <p>d. Informare le persone e le comunità, generare discussioni sui problemi.</p> <p>e. Interpellare le autorità amministrative e politiche a livello locale e nazionale sulla base di dati per richiedere un intervento.</p>
Stimolare la comunità a identificare e rappresentare i principali problemi di equità anche attraverso competizioni finalizzate a produrre messaggi per tutta la comunità rispetto all'equità.	a. Usare quanto prodotto dalla comunità, in forma anche artistica, per far crescere la consapevolezza dei problemi di equità in tutti gli ambiti comunitari: educativi, religiosi, etc.
Incidere sull' <i>empowerment</i> partecipativo della comunità.	<p>a. Promuovere la nascita di un <i>District Equity Gauge</i> con l'incarico di coinvolgere la comunità sui problemi di equità esistenti.</p> <p>b. Formare il <i>District Equity Gauge</i> rispetto al Distretto, ai metodi di coinvolgimento della comunità e ai metodi di pianificazione.</p>
Interpellare i livelli politici chiedendo un intervento concreto sui problemi	<p>a. Invitando ai momenti di partecipazione e incontro comunitario i rappresentanti politici locali, i membri del parlamento.</p> <p>b. Portare il dialogo a livello nazionale tramite le forme di rappresentazione, comunicazione e drammatizzazione create dalle comunità, oltre che diffondendo i dati raccolti e suscitando un dibattito nazionale.</p>

Fonte: Global Equity Gauge Alliance (2003) *The Equity Gauge: Concepts, Principles and Guidelines*, South Africa

Il lavoro dell'*Equity Gauge*, come documentato anche dal progetto realizzato a Cape Town in Sudafrica⁷⁹² (di cui ho avuto modo di parlare direttamente con una delle protagoniste, la Prof.ssa Ruth Stern, durante un corso di formazione a Londra nel 2010 promosso dall'*International People's Health University del People Health Movement*)⁷⁹³ comporta un processo di ricerca partecipativo⁷⁹⁴ che se da un lato accresce la consapevolezza e il coinvolgimento delle comunità interessate sia nell'analisi che nelle proposte e nella loro perorazione, dall'altro ha come esito la produzione di informazioni utili e necessarie per incidere nella sensibilizzazione e nell'*advocacy* a livello politico perché vengano poste in atto determinate azioni che affrontino i problemi di equità in salute delle comunità interessate.

Il progetto di *Equity Gauge* in Zambia è stato attivo tra il 2001 e il 2007 grazie a finanziamenti provenienti sia da SIDA che dall'agenzia di cooperazione del Canada. I Distretti interessati sono stati 4 su 72 come da Fig. 5.11.

Fig. 5.11: Distretti coinvolti in Zambia nel progetto *Equity Gauge*



Fonte: Equity Gauge Zambia (2002), *GEGA visit to the Zambia Gauge*, Lusaka)

⁷⁹² Scott V., Stern R., Sanders D., Reagon G., Mathews V. (2008), "Research to action to address inequities: the experience of the Cape Town Equity Gauge", in *International Journal for Equity in Health*.

⁷⁹³ <http://www.iphu.org/en/london/announce> (Marzo 2010).

⁷⁹⁴ "Research for action is best conducted through a participatory approach that enables ownership of the research by the researchers, the communities being researched and those who have the responsibility to implement the findings" (Scott V., Stern R., Sanders D., Reagon G., Mathews V. (2008), Op. Cit.).

A Lusaka sono stati coinvolti anche 4 sub-Distretti e l'intervento è stato sull'ambito urbano di una grande città. Chingola è stata scelta in quanto sito minerario, Choma e Chama per la loro caratterizzazione di area prevalentemente rurale e per l'isolamento e le distanze delle comunità. In ogni Distretto è stato creato un *Equity Gauge Committee* con un referente di ogni località coinvolta, inoltre sono stati creati dei team di progetto in ogni Distretto con la partecipazione di numerosi soggetti istituzionali e non. E' interessante nell'approccio dell'*Equity Gauge* Zambiano questo profondo coinvolgimento di ogni attore, sempre in una dinamica *bottom – up*, dando vita a un processo di *empowerment* e conoscenza non solo per la comunità ma per tutti i componenti della struttura sanitaria e della struttura socio – politica dei distretti coinvolti a partire dalla consapevolezza e dall'approccio teorico teso a prendere in considerazione tutte le forme di iniquità incluse quelle nella distribuzione e gestione del potere⁷⁹⁵ e nella negoziazione tra i diversi attori (attori dei vari livelli e a pari livello, ad esempio nelle dinamiche a livello di *Health Centres* comunitario tra operatori sanitari, comitato locale e popolazione)⁷⁹⁶.

Il progetto dell'*Equity Gauge* si è interrotto nel 2007 e non vi è stata la volontà politica, nonostante l'interesse internazionale e del *Committee On Health Community Development and Social Welfare* del Parlamento dello Zambia, di proseguire e ampliare il modello *Equity Gauge*, che ha continuato a funzionare in alcuni dei distretti ove era stato sperimentato ma solo sulla base della volontà degli operatori del Distretto. Il recente impegno del Dott. Ngulube, tramite uno dei TWG del Ministero della Salute, per il rafforzamento degli operatori comunitari della salute e della loro formazione è inquadrabile nell'insieme delle azioni di rafforzamento della salute comunitaria e dell'equità del sistema.

Questa esperienza e le ricerche condotte da CHESSORE da un lato hanno portato a una complessiva crescita nella sensibilità al tema dell'equità in Zambia (come dimostra il documento "*Equity Watch: Assessing Progress towards Equity in Health in Zambia*", dall'altro ad alcune proposte operative in merito all'*empowerment* partecipativo e ai processi decisionali⁷⁹⁷:

- partecipazione intesa come la possibilità di proporre idee, di influenzare le decisioni, la presenza di una politica a sostegno della partecipazione con incentivi per le comunità, la possibilità di intervenire concretamente nelle fasi di realizzazione delle politiche sanitarie,

⁷⁹⁵ Ngulube T.J. (2005), *Analysing experiences surrounding the introduction of bottom up priority-setting approaches in Zambia*, in AA.VV. (2006) *Applying Policy Analysis in Tackling Health Equity Related Implementation Gaps*, EQUINET Discussion Paper n. 28, Harare.

⁷⁹⁶ Ngulube T.J, Mdhului L., Gondwe K., Njobvu C.A. (2004), Op. Cit.

⁷⁹⁷ University of Zambia Department of Economics, Ministry of Health, TARSC (2011), Op. Cit.; Training and Research Support Centre (TARSC), Lusaka District Health Management Team (LDHM), Regional Network for Equity in Health in east and Southern Africa (EQUINET), (2011) *Strengthening Health Worker-Community Interactions through Health Literacy and Participatory approaches*, Lusaka; Ngulube T.J, Mdhului L., Gondwe K. (2005), Op. Cit.

incidere sulle scelte di allocazione;

- formare ed equipaggiare adeguatamente il personale degli *Health Centre Committees* perchè siano in grado di leggere i problemi sanitari della comunità e di includere le istanze comunitarie nei processi di programmazione;
- inserire meccanismi di *accountability* degli HCCs verso la comunità;
- formare gli operatori sanitari rispetto al rapporto con le comunità con riferimento alla dimensione sociale e culturale e alla percezione dei problemi di salute;
- introdurre l'analisi politica dei processi anche a livello comunitario come mezzo di *empowerment*;
- applicare metodi partecipativi (come il Participatory Reflection and Action) per migliorare la comunicazione e l'interazione tra la comunità e gli operatori sanitari e favorire la partecipazione comunitaria alle attività degli HC. I metodi partecipativi devono costituire una delle competenze degli operatori sanitari e del DHMT.

5.3.2 Il progetto CASE (*Civil Society Advocacy Sensitization and Empowerment*)

Il progetto CASE è frutto della collaborazione tra Action Aid International Zambia e la rete di Ong facenti parte dello ZCSD. Il progetto è finanziato dalla EU/UE nel quadro dei fondi per i "Non State Actors and Local Authorities in Development", cui abbiamo fatto riferimento in precedenza trattando le politiche di cooperazione europee per quanto attiene la società civile e il decentramento. Durante la mia ricerca in Zambia ho avuto modo di conoscere questo progetto, principalmente attraverso Action Aid International Zambia e l'organizzazione Bethesda di Kitwe facente parte dello ZCSD e realizzatrice del progetto nella *Province* del Copperbelt.⁷⁹⁸

Lo ZCSD è una delle prime organizzazioni "ombrello" della società civile nate in Zambia (1975), con oltre 100 organizzazioni aderenti è da lungo tempo impegnata sui temi dello sviluppo sociale ed economico e del rafforzamento del ruolo della società civile zambiana nelle politiche di sviluppo del paese.⁷⁹⁹

La *mission* di ZCSD è :

"To promote and facilitate sustainable, socio-economic development through collaboration and networking among NGO's, CBO's, partners and

⁷⁹⁸ ActionAid Zambia (2008), Op.Cit.; ActionAid Zambia (2010), Op. Cit.

⁷⁹⁹ <http://www.zcsd.org.zm> (Ottobre 2011). Facebook: <http://www.facebook.com/pages/Zambia-Council-for-Social-Development-ZCSD/173049339408707?sk=info> .

other stakeholders".

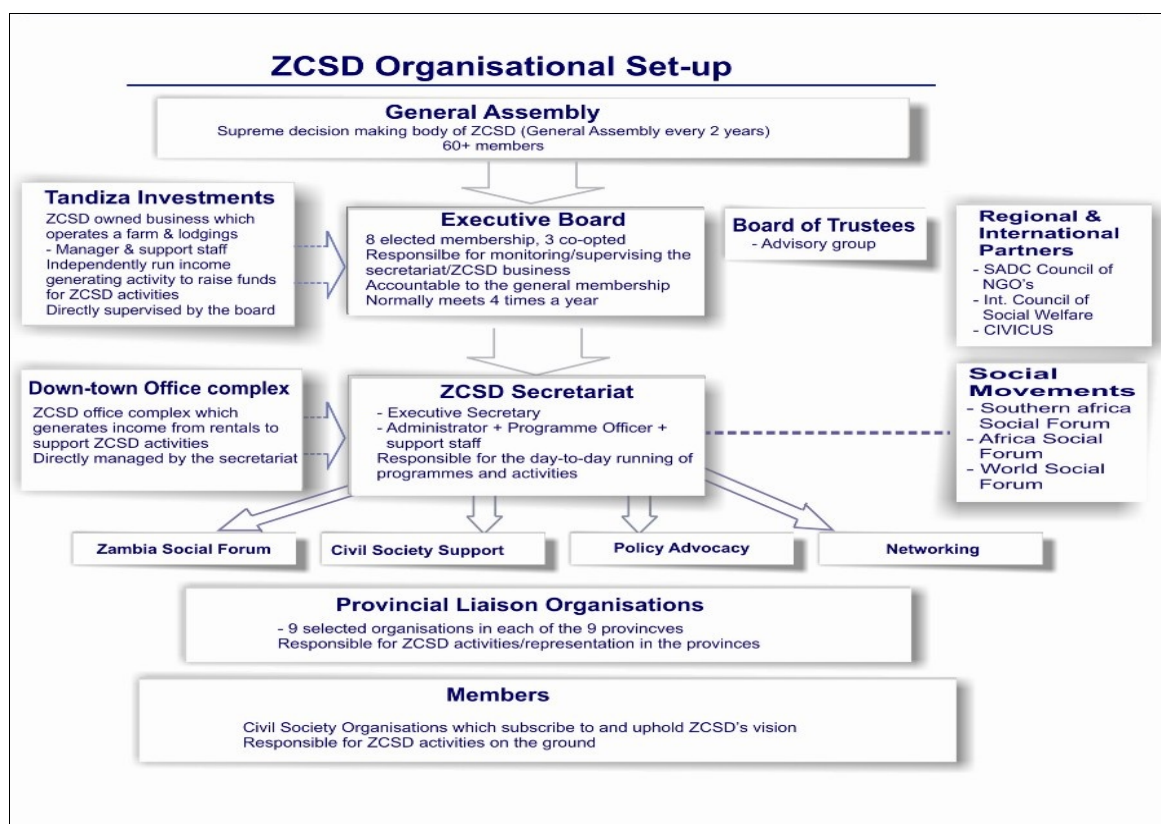
Lo ZCSD, dotato di un'organizzazione e *governance* interna ben strutturata (Fig. 5.12) è strutturato e collegato in tutte le 9 Province dello Zambia attraverso Provincial Liaison Organisations (PLOs) con il compito di coordinare e collegare ZCSD ai gruppi ed associazioni aderenti in ogni Provincia. Lo ZCSD coordina inoltre il *Social Forum* dello Zambia collegato al Social Forum mondiale e ha numerosi contatti nell'area Sub – Sahariana per quanto riguarda reti di Ong. Inoltre ZCSD in *partnership* con *Institute of Democracy* (Idasa-South Africa) è impegnato nel progetto "Local Governance Capacity Development Support Project (LGCDSPP)" finanziato dalla cooperazione svizzera. ZCSD collabora altresì con UNDP (*United Nation Development Programme*) nel *Civil Society Index*, di cui ho accennato precedentemente.⁸⁰⁰ ZCSD è inoltre impegnata nell'educazione civica rispetto al diritto di voto. La strategia dello ZCSD è quella, tramite le reti provinciali, di rafforzare la struttura decentrata della partecipazione della società civile, con un obiettivo di *empowerment* delle organizzazioni di base e più marginali. Pur non avendo come tema specifico quello della salute, l'interesse per la partecipazione, l'*empowerment* partecipativo e la promozione del decentramento e di una buona *governance*, sono tra le ragioni di adesione al progetto CASE. Infatti tra gli scopi e le strategie del ZCSD troviamo:

"ZCSD focuses its attention on building the linkages, collaboration and sharing of information between district/provincial CSOs and CBOs, and national and regional CSOs. The organisation provides back-stopping, advice, support, mediation and training of key-district and provincial CSOs, in order to enhance their ability to participate in the democratic debate, and lobby and advocate for real policy change. ZCSD also focuses on supporting social movements like the Zambian Social Forum, to enhance young people's awareness of social issues and increase people's popular participation in the democratic process. ZCSD wants to promote, support and defend civil society organizations that can critically interact and influence policy and decision-makers in Zambia at all levels. ZCSD believes that to make a real difference in furthering the democratic process and developing Zambia, civil society organizations need to be informed, empowered

⁸⁰⁰ Zambia Council for Social Development - ZCSD, World Alliance for Citizen Participation – CIVICUS (2010), Op. Cit.

and independent".⁸⁰¹

Fig. 5.12: Organizzazione della ZCSD



Fonte: <http://www.zcsd.org.zm> , (Luglio e Ottobre 2011)

L'impegno di ZCSD a favore dell'*accountability* e della partecipazione, riportato anche nel progetto CASE si concretizza nell'utilizzo di un metodo chiamato *Economic Literacy and Budget Accountability for Governance* (ELBAG)⁸⁰². Tale metodo, essenzialmente l'uso di metodologie partecipative per sviluppare e sostenere le iniziative della popolazione nel richiedere i propri diritti di cittadinanza, viene applicato al settore dello sviluppo economico e della gestione delle risorse pubbliche al fine di farne una materia alla portata delle conoscenze delle comunità di base perché queste possano intervenire politicamente sulle decisioni prese sia localmente che a livello centrale. Uno sforzo di *empowerment* partecipativo per rafforzare non solo l'*accountability* pubblica nell'uso delle risorse ma anche per incidere sulle decisioni allocative. Questo consente un'azione non solo sui propri diritti umani fondamentali, sulla cui consapevolezza è avvenuto un percorso di crescita,

⁸⁰¹ <http://www.zcsd.org.zm> (Ottobre 2011). Facebook: <http://www.facebook.com/pages/Zambia-Council-for-Social-Development-ZCSD/173049339408707?sk=info> (Ottobre 2011).

⁸⁰² <http://www.elbag.org/main/> (Gennaio 2012); ActionAid Zambia (2008), Op. Cit.; ActionAid Zambia (2010), Op. Cit.

ma anche sulle decisioni relative al bilancio in un ottica di bilancio partecipativo.⁸⁰³

I pilastri dell'azione secondo il metodo ELBAG sono:

- la mobilitazione popolare al fine di porre le premesse per un'azione collettiva su diritti, bilanci e sviluppo economico;
- un processo di educazione popolare continuativo;
- l'analisi dell'economia locale e della situazione dei diritti umani;
- promozione dell'accesso a informazioni relative ai bilanci e alla situazione economica a partire da analisi locali prodotte dalle comunità;
- azioni di *advocacy* condotte dalle comunità;
- costruzione di forum, piattaforme di azione per incidere sui processi decisionali.

Il progetto CASE avviato nel 2010 con termine progetto 2014 gode di un finanziamento dell'EU/UE di oltre 500.000 Euro ed è attivo in 4 delle 9 Province dello Zambia.

Il progetto CASE parte da alcune premesse:

- la scarsa partecipazione delle popolazioni, la scarsa qualità della *governance* e le carenze nel processo di decentramento sono fattori che contribuiscono a perpetrare e accrescere le condizioni di povertà e mancato sviluppo, oltre che la possibilità di malversazioni e corruzione con perdita di risorse necessarie alle comunità e al loro benessere;
- il processo di decentramento lanciato dal Governo Zambiano nel 2002 è di fatto fermo (al 2010);
- le carenze della società civile e delle sue organizzazioni, spesso deboli e tendenzialmente concentrate a Lusaka con uno scarso collegamento rispetto alle aree più povere e marginali;
- la forte dipendenza delle organizzazioni della società civile rispetto ai fondi dei donatori internazionali;
- la scarsa collaborazione tra Ong locali;
- le tensioni a livello nazionale e locale tra Ong e organismi di Governo;

e ha come obiettivi: il rafforzamento e l'*empowerment* delle popolazioni e delle organizzazioni locali per promuovere e richiedere *accountability* e trasparenza dai governi locali e da quello centrale in merito alla gestione e allocazione delle risorse in particolare nel settore sanitario e dell'educazione, lo sviluppo della partecipazione dei cittadini nel quadro di un funzionante sistema decentrato di Governo, un rafforzamento delle capacità tecniche e organizzative delle organizzazioni locali per essere operative anche in aree rurali remote rafforzando le reti locali delle

⁸⁰³ Si vedano i manuali e i materiali alla pagina: http://www.elbag.org/main/index.php?option=com_docman&Itemid=176 (Febbraio 2012).

Ong nelle Province coinvolte dal progetto.⁸⁰⁴

Ne derivano attività di formazione, sensibilizzazione a favore di organizzazioni e popolazione rispetto ai diritti civili e al decentramento decisionale, come pure attività di *advocacy* e di formazione specifiche per le Ong. Tra gli esiti attesi del progetto vi è certamente quello della crescita della partecipazione civile, una maggiore trasparenza nell'allocazione e nelle spese da parte degli organismi distrettuali, una maggiore consapevolezza del decentramento e dei diritti di cittadinanza, il rafforzamento delle capacità operative e di rete delle Ong dei distretti coinvolti.⁸⁰⁵

Relativamente all'*empowerment* partecipativo due sono gli elementi: da un lato rendere i cittadini capaci di interloquire con consapevolezza rispetto ai temi del bilancio e delle spese nei settori sanitario ed educativo del proprio distretto attraverso forme di *budget tracking* ovvero di ricostruzione delle decisioni allocative e di spesa nel percorso dal centro alla periferia, dall'altro un'azione di vera e propria educazione civica per mettere in grado le persone di partecipare (e chiedere di partecipare) agli organismi e momenti di programmazione dello sviluppo territoriale con riferimento a salute ed educazione: far conoscere il piano di decentramento nazionale e il ruolo di organismi quali DDCC, PDCC, ADC, RDC etc. Unire quindi una crescita nelle capacità sia di controllo che di utilizzo consapevole della partecipazione per aumentare trasparenza e congruenza delle decisioni rispetto ai bisogni delle comunità, in particolare di quelle più marginali (e qui entra in gioco anche la capacità delle Ong di essere in contatto con queste realtà e non riprodurre i meccanismi emarginanti e stigmatizzanti delle entità pubbliche).

Beneficiari e gruppi target del progetto sono ovviamente le popolazioni delle 4 province coinvolte (Luapula, Copperbelt, Eastern e Lusaka), almeno 10.000 persone, e 8 organizzazioni della società civile, circa 20 portatori di interesse tra rappresentanti di comunità di base, referenti di ADC e organi di Governo locale, nonché capi tradizionali.

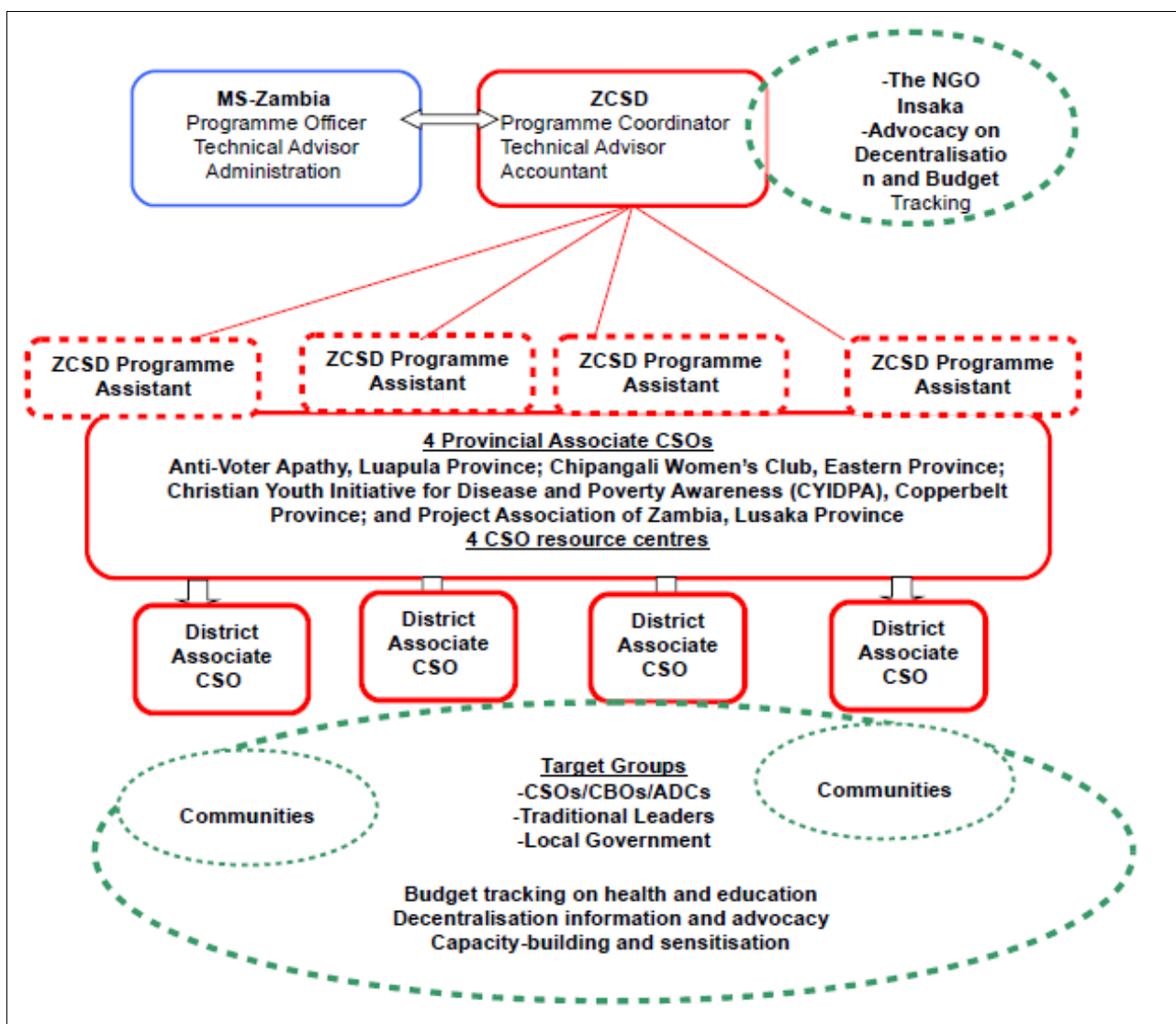
La diffusione di materiali informativi e l'organizzazione di momenti di sensibilizzazione e formazione tra la popolazione civile, oltre che la messa a disposizione in alcuni siti delle Province di accessi informatizzati alle informazioni, sono tra le azioni a favore della popolazione. Inoltre le popolazioni vengono coinvolte con metodologie partecipative nelle attività di *budget tracking* su salute ed educazione e campagne di informazione sulle decisioni relative ai bilanci pubblici. A questo si devono aggiungere tutte le attività rivolte alle organizzazioni di base sul decentramento, i meccanismi di pianificazione, la gestione economica e finanziaria, la progettazione di interventi.

La struttura organizzativa del progetto è esposta in Fig. 5.13.

⁸⁰⁴ ActionAid Zambia (2008), Op. Cit.

⁸⁰⁵ ActionAid Zambia (2008), Op. Cit.

Fig. 5.13: Organizzazione del progetto CASE



Fonte: <http://www.zcsd.org.zm> , (Luglio e Ottobre 2011)

Già nel corso del 2010 e del 2011 varie azioni di *budget tracking* e di formazione erano stati posti in atto anche con il coinvolgimento di pubblici funzionari e con discussioni e confronti tra le realtà comunitarie e i funzionari su decisioni allocative e di spesa, oltre che sulle priorità nei programmi di settore. Quello che è interessante rilevare è che a fronte di una crescente partecipazione comunitaria, documentata dai *report* di progetto a cui ho avuto accesso, si è anche manifestata una disponibilità dei funzionari ministeriali a livello provinciale e distrettuale nell'applicare il *budget tracking*. Proprio durante la mia permanenza a Ndola, l'Ong che mi ospitava era stata informata dal DHMT che si sarebbe attuata un'azione di questo genere coinvolgendo anche le Ong dell'area (a loro volta interpellate su *accountability* e trasparenza). Ciò che è rilevante è che le informazioni

derivanti dal *budget tracking* vengono rese pubbliche e su queste interpellati i livelli di Governo locale anche alla luce delle richieste e delle informazioni derivanti dalle comunità sulla base di processi partecipativi, al fine di migliorare sia le decisioni allocative che l'effettiva disponibilità di servizi e risorse (ad esempio medicinali).

Un'altro esempio di esito dell'azione di *budget tracking* viene riportato in uno dei *report* di progetto fornitomi ed è assai chiarificatore dei problemi in essere: in una data località è stato rilevato come uno stanziamento per un'opera in un dato ospedale non era mai stata realizzata per una serie di incongruenze amministrative e si era proceduto perché quanto previsto ed allocato fosse realizzato e utilizzato interpellando i vari livelli operativi e decisionali della struttura del MoH in una vera e propria azione di *advocacy bottom-up*. Analoghe le iniziative sul tema del decentramento con tavole rotonde, incontri a livello sia locale che nazionale con i principali referenti istituzionali del Governo.

Per quanto attiene il Copperbelt, il *partner* del progetto, *Bethesda Zambia* (denominata anche *Christian Youth Initiative for Disease and Poverty Awareness Campaign, CYIDPA*) con sede a Kitwe è un'organizzazione di base prioritariamente impegnata nella prevenzione della diffusione dell'HIV/AIDS a Kitwe e nel distretto di Kalulushi. A partire dalla collaborazione con ZCSD CYIDPA / Bethesda si è impegnata anche sui temi della *governance* attivandosi soprattutto sull'ambito educativo e formativo coinvolgendo circa 48.000 persone. Tra le recenti iniziative di questo organismo la richiesta a tutti i candidati alle elezioni del 2011 di sottoscrivere una sorta di manifesto / contratto con gli elettori. Tra le realizzazioni del progetto nel Copperbelt, possono essere annoverati: la costituzione di un centro di informazione per le comunità a Kitwe, il lancio di programmi radio (un mezzo atto a raggiungere anche le zone rurali) sul decentramento, la creazione di un *Decentralization Task Force Team* a opera delle autorità del Distretto, la realizzazione di percorsi di educazione e formazione sui diritti umani.⁸⁰⁶

Il progetto CASE unisce pertanto un'azione di educazione civica basata sui diritti umani, di informazione sul decentramento a un rafforzamento delle strutture della società civile e ad un impegno comune a tutti i portatori di interesse sul *budget tracking* in ambito sanitario ed educativo finalizzato a incidere su *accountability* e trasparenza, parallelamente alla effettiva realizzazione dei dettami del decentramento politico e amministrativo in cui comunità capaci di partecipare possano incidere sui meccanismi di pianificazione e allocazione.

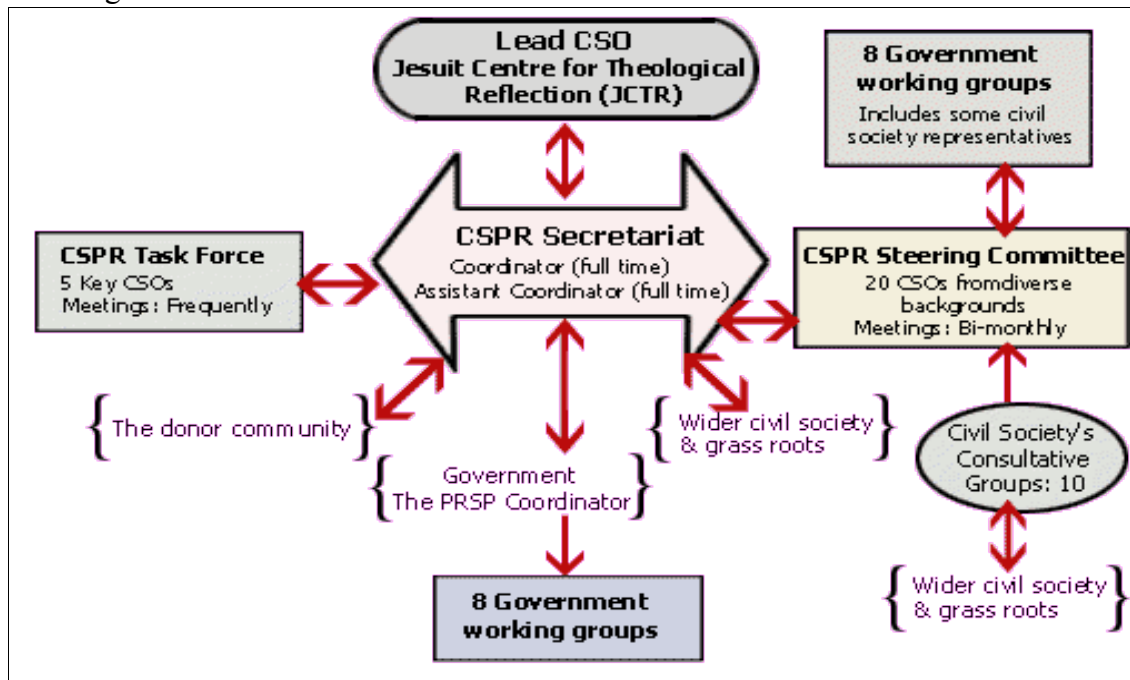
⁸⁰⁶ ActionAid Zambia (2008), Op. Cit.

5.3.3 CSPR e budget tracking

Anche il *Civil Society Poverty Reduction*⁸⁰⁷ è un ombrello di organizzazioni della società civile (circa 140) e da alcuni anni è attivamente impegnato nel coordinare tavoli e network tematici oltre che promuovere le proposte della società civile e delle comunità per quanto attiene i piani di sviluppo nazionale. Williamo Chilufya, tra i responsabili dell'organizzazione, durante un colloquio mi ha spiegato che il CSPR coordina vari gruppi tematici per elaborare proposte in merito ai NDP e tra questi gruppi tematici vi è ovviamente quello dedicato alla salute. Quanto elaborato dai gruppi tematici e quanto raccolto nelle varie province tramite una intensa attività di rilevazione e dialogo con le comunità locali (per quanto attiene bisogni, istanze, proposte) trova sintesi nel lavoro del CSPR e nelle proposte rispetto ai NDP che vengono pubblicate e diffuse oltre che costituire la piattaforma delle Ong nell'ambito dei SAG.

Di fatto la partecipazione comunitaria avviene sia tramite le Ong facenti parte dei vari tavoli e forum tematici, sia a livello provinciale tramite le rilevazioni che i *regional point* di CSPR effettuano costruendo veri e propri dossier regionali frutto della consultazione e partecipazione delle comunità.

Fig.5.14: Organizzazione del CSPR



Fonte: <http://www.sarpn.org/CountryPovertyPapers/Zambia/CSPR2/index.php> (Aprile 2012)

⁸⁰⁷ <http://www.csprzambia.org/> (Gennaio 2012).

La C SPR, fondata nel 2000 ha come *mission* la partecipazione della popolazione nella formulazione, realizzazione e monitoraggio dapprima dei *Poverty Reduction Strategy Papers* e poi dei vari NDP.

Tra le prime esperienze di intervento di C SPR vi fu quella rispetto al PRSP 2002 – 2004 organizzando gruppi tematici sulla base dei TWG creati dal MoFNP e intervenendo tramite le Ong presenti nei TWG al dibattito sul PRSP 2002 – 2004. Inoltre C SPR, considerati i limiti della consultazione avviata dal GRZ a livello provinciale e distrettuale, organizzò un processo parallelo di consultazione e programmazione del PRSP (prassi poi continuata nei successivi NDP) fino all'elaborazione di un documento "A PRSP for Zambia – A Civil Society Perspective".⁸⁰⁸

La *vision* di C SPR è quella di uno Zambia ove tutte le persone possano soddisfare i propri bisogni di base. Articolata, oltre che in forum tematici, anche in programmi, ha tra questi il *Civic participation and engagement* allo scopo di promuovere un'efficace *advocacy* rispetto ai PRSP e NDP attraverso la crescita delle capacità delle comunità di esprimere bisogni e analisi sulle condizioni di povertà e gli interventi necessari e di intervenire negli ambiti e spazi di partecipazione portando le proprie istanze. A tale scopo C SPR coordina, tramite le organizzazioni aderenti nelle varie Province, la partecipazione delle comunità e delle Ong nei processi di programmazione territoriale (ADC, RDC, DDCC, PDCC).

Un'altra attività di rilievo è quella legata alla realizzazione di analisi politiche con riferimento ai problemi della povertà e dello sviluppo, nel quadro della quale viene anche sviluppato il progetto di *budget tracking* che ha goduto in questi ultimi anni del sostegno dell'EU/UE Delegation in Zambia, infatti nel 2009 C SPR ha avuto accesso a un *grant* dell'EU/UE per un progetto intitolato "Enhancing Government's Public Service Delivery and Budget Execution for the poor" con lo specifico obiettivo di rafforzare la partecipazione dei cittadini e la loro domanda di *accountability* al Governo per quanto attiene il bilancio (e sua attuazione) e l'erogazione dei servizi.⁸⁰⁹

L'azione di *budget tracking* si svolge a due livelli:

- macro: analisi delle allocazioni per settori e nei settori e monitoraggio delle effettive erogazioni valutandone l'effettiva coerenza con la lotta alla povertà;
- micro: il monitoraggio dei programmi che a livello comunitario dovrebbero esse realizzati nei vari settori tramite una forma di monitoraggio partecipato, cercando di raccogliere dati anche su risultati e impatto rispetto alle condizioni di povertà. Un processo parallelo al lavoro di rilevazione e ricerca sulle condizioni della popolazione.

Frutto dell'azione a cui si affianca un monitoraggio relativo all'erogazione dei servizi per unire

⁸⁰⁸ C SPR (2002), *PRSP: A Civil Society Perspective*, Lusaka.

⁸⁰⁹ C SPR (2010), *Baseline Study*, Op.Cit.

un'analisi quantitativa a una qualitativa, è la pubblicazione di un rapporto relativo alla attuazione del bilancio (secondo le indicazioni dei NDP) e alla situazione dei servizi erogati alla popolazione⁸¹⁰ pubblicato periodicamente e diffuso a livello nazionale oltre che presentato al Governo dello Zambia. Il documento valuta i processi di allocazione delle risorse e di erogazione dei servizi sulla base di alcuni elementi tra cui:

"1. Citizens' Participation and Civic Engagement in Development Processes

This thematic area focuses on two main issues of promoting participatory budgeting and promoting community voices in decision-making process. The thematic area also links state obligations with citizen entitlements in as far as ensuring participation in development processes is concerned. (...) 3. Transparency and Accountability. This thematic area focuses on mechanisms used to ring fencing of pro-poor resources, accountability of these resources and the mechanisms used by the local and national government structures to explain and justify its decisions, policies and programmes".⁸¹¹

I processi di *budget tracking* e *service delivery monitoring* vengono così definiti:

"- Budget Tracking: Allocation of Funds to particular sectors, the actual flow of funds towards specific developmental area, the utilisation of funds in addressing developmental issues and evidence of such utilisation.

- Service Delivery Monitoring: Perceptions of government services present in the province in general and more specific at district and community level and feedback from service providers and service users on the quantity and quality of specific government services they have received".⁸¹²

A un primo livello di rilevazione vengono interpellati vari portatori di interesse locali, incluse le comunità, una successiva elaborazione dei dati avviene da parte di un gruppo di esperti. Un

⁸¹⁰ CSPP (2010), *Budget Execution, Op.Cit. and Service Delivery Barometer*, Lusaka.

⁸¹¹ CSPP (2010), *Budget Execution, Op.Cit.*

⁸¹² CSPP (2010), *Budget Execution, Op.Cit.*

esempio di rilevazione partecipata è esposta nella Tab. 5.7 per quanto attiene il settore sanitario.

Tab. 5.7: Schema di rilevazione rispetto al Service Delivery Monitoring - CSPR

Health Community Scorecard

	Standard Performance Indicators	Score (1-5)	Reasons/Comments
1.	Positive Attitude of Staff		
1.1	Observing working hours		
1.2	Polite behaviour		
2.	Management of the Health Centre		
2.1	Cleanliness		
2.2	Availability of rules to guide operations		
3.	Quality of Health Centre Services Offered		
3.1	Adequate drugs available		
3.2	Proper medical treatment of patients		
3.3	Availability of food for in-patients		
4.	Human resources		
4.1	Qualified staff		
4.2	Fair staff welfare conditions		
4.2	Adequate number of Clinical officers		
4.3	Adequate number of Enrolled nurses		
4.4	Adequate number of Midwives		
4.5	Adequate number of Environmental Health Technicians		
4.6	Adequate number of Lab technicians		
4.7	Adequate number of Pharmacists		
5.	Relations with the patients		
5.1	Reception of patients		
5.2	Positive relationship between staff and patients		
6.	Infrastructure and equipment		
6.1	Availability of good and safe water		
6.2	Availability of transport/ambulance		
6.3	Adequate number of staff houses		
6.4	Adequate toilets, kitchen, and shelter		
6.5	Availability of beds and beddings		
6.6	Communication facilities		
6.7	Availability of Maternity Unit		
6.8	Availability of a Laboratory		
6.9	Availability of Examination room		
7.	Equal access to the health services for all members of the community		
7.1	No discrimination in providing drugs to the patients		
7.2	No preferential treatment		
7.3	Maintaining a first come-first serve policy		

1 = Very Bad situation; 2 = Bad Situation; 3 = Average Situation; 4 = Good Situation; 5 = Ideal Situation

Fonte: CSPR (2010), *Budget Execution and Service Delivery Barometer*, Lusaka

Nello scorso decennio CSPR ha condotto numerose analisi partecipate (con metodi affini a *Participatory Poverty Assessment* e *Participatory Rural Appraisal*) anche per determinare con le comunità il grado di inclusività dei PRSP nella loro creazione e implementazione.⁸¹³

Il documento relativo al *Barometer*⁸¹⁴ conferma largamente la valutazione sui deficit partecipativi esposti nei paragrafi precedenti valutando 4 indicatori principali dell'azione del Governo: la creazione di spazi formali per la partecipazione, il rafforzamento di pratiche di genere inclusive, il rafforzamento del ruolo delle organizzazioni della società civile nel processo di sviluppo del paese, le *partnership*, la partecipazione dei cittadini ai livelli locali di *governance*.

Sulla *local governance* il rapporto evidenzia come:

"The current Local Government Legislation provides a clear basis for citizens' participation, it has however, fundamental weaknesses that have left room for local authorities to abdicate their responsibility to actively enhance such participation. Participation of citizens in local *governance* and exercise of its voice in development processes has been weak. Without legal provisions and real spaces for citizen engagement in the fiscal fields of local governance, the effectiveness and impacts of citizen participation are restricted. Although participation of citizens in local government fiscal process has been bleak in the past, especially in rural areas where electorates as well as the elected are not well aware, some (of the case studies) cases brought to light interesting efforts by local and state government to improve citizens participation".⁸¹⁵

CSPR propone quindi un processo di partecipazione delle comunità, previa una adeguata formazione e informazione con conseguente *empowerment* partecipativo, non solo nel *budget tracking* con analogie al progetto CASE, ma anche nella valutazione dei servizi utilizzati valutando le politiche del Governo anche alla luce del tema della partecipazione. A questo proposito è interessante il questionario da proporre in riunioni di piccoli gruppi comunitari in cui compaiono numerose questioni rispetto alla partecipazione. Le domande hanno la doppia funzione di raccogliere l'informazione ma anche di informare il membro della comunità rispetto a meccanismi partecipatori (Tab. 5.8).

⁸¹³ CSPR (2006), *Observing Poverty Reduction*, Lusaka.

⁸¹⁴ CSPR (2010), *Budget Execution*, Op.Cit.

⁸¹⁵ CSPR (2010), *Budget Execution*, Op.Cit.

Tab. 5.8 Indicatori sulla rilevazione della partecipazione come base di discussione comunitaria

Indicator
Extent of communities /local CSO participation/involvement in national budget processes and service delivery (involvement, engagement)
Who participates/is involved in the national budget and service delivery processes
How often in a year they participate or are involved
Extent of communities /local CSO capacity to independently monitor national budget processes and service delivery (independent monitoring)
Who is involved in independently monitoring the national budget and service delivery processes
How often in a year they independently monitor
What kind of monitoring methods are used: 1. Score cards 2. Expenditure tracking surveys 3. Notice boards of disbursements 4. Other (specify)
Extent of communities /local CSO hold government accountable on national budget processes and service delivery (advocacy)
Who is involved in holding government accountable on the national budget and service delivery processes
How often in a year they hold government accountable
Types of advocacy methods used (specify)
Extent of communities/local CSO to engage with government regarding the government's policies on national budget processes and service delivery
Number of policies that were influenced by the community/local CSO in the past 12 months due to engagement with government at local level
Whether the community/local CSO participates in DDCC or PDCC meetings
Whether the community/local CSO participates in ADC/RDC or district line ministry planning meetings on budget and service delivery
How often in a year they engage on policy issues with government at local level
Types of budget or service delivery policy issues influenced
Extent of space provided by the government for your community/local CSO to engage on national budget processes and service delivery at local level
Number of engagement spaces made available to the community/local CSO in the past in the past 12 months
How often in the past 12 months the community/local CSO utilised the spaces provided to engage with government at local level

Fonte: CSPR (2010), *Baseline Study of the Project on: Enhancing Government's Public Service Delivery and Budget Execution for the Poor*, CSPR, Lusaka

Nel medesimo testo⁸¹⁶ il CSPR afferma come il contesto normativo e politico freni la partecipazione ben più dell'indifferenza delle persone. Il CSPR lamenta che le norme in vigore non forniscono un quadro normativo certo per la consultazione sui piani di sviluppo né per quanto attiene attività di *budget tracking*. Il risultato è la mancata partecipazione per "ignoranza" ovvero mancata informazione e conoscenza e non tanto per un assente potenziale interesse alla partecipazione. Per questo CSPR tramite le sue iniziative ha inteso l'*empowerment* delle comunità come la messa in grado di domandare il rispetto e la realizzazione dei propri diritti e la creazione di spazio per partecipare ai processi di sviluppo del paese, a partire dal processo di formazione e messa in atto del bilancio dello Stato. Infatti secondo il CSPR:

"Budgets are a vital policy tool that governments use to promote their objectives, from ensuring macroeconomic stability to allocating resources and delivering services. The budget is therefore the most important economic policy instrument for governments (...) While a government's budget directly or indirectly affects the life of all its citizens, frequently people with modest means are affected the most by allocations made in the budget. They tend to be made worse off particularly by weak economic growth or high inflation. The current well-being of those with low incomes, and their future prospects, also can hinge on expenditure decisions in areas such as health and education" (CSPR, 2010b).

Per questo CSPR, in base al lavoro di oltre un decennio, ha elaborato alcune proposte di azione per il futuro da parte della società civile che rappresentano il *focus* dell'azione di *empowerment* partecipativo di CSPR:⁸¹⁷

- i centri regionali del CSPR devono continuare a richiedere agli uffici ministeriali decentrati i dati necessari per il monitoraggio dei bilanci e dei servizi;
- avviare una pratica estensiva di formazione dei cittadini e delle organizzazioni della società civile relativamente al *budget tracking* e al *service delivery monitoring*;
- sostenere le comunità e le organizzazioni di base nel loro confronto con le autorità locali rispetto alle loro esigenze di servizi e di sviluppo;
- ampliare la diffusione e la conoscenza del *budget monitoring and service delivery*

⁸¹⁶ CSPR (2010), *Baseline Study*, Op.Cit.

⁸¹⁷ CSPR (2010), *Baseline Study*, Op.Cit.

barometer come strumento di monitoraggio a livello comunitario;

- favorire i contatti tra le comunità e i membri del parlamento / comitati parlamentari.

Allo stesso modo non mancano proposte relative alla partecipazione e alla *governance* del bilancio e dei servizi anche con riferimento ai vari NDP del Governo Zambiano a partire dall'idea di "Inclusive Governance Approach", basata da un lato su un forte *empowerment* partecipativo delle fasce della popolazione più povere ("Promoting the Voice of the Poor and Vulnerable") e dall'altro dall'attuazione di una seria *accountability* dello Stato verso i propri cittadini⁸¹⁸:

- piena attuazione del decentramento;
- dare una quadro normativo certo e stabile a SAG, PDCC, DDCC, ADC, RDC, favorevole alla partecipazione ampia della popolazione e della società civile;
- ampliare e rafforzare la formazione e l'educazione civica dei cittadini;
- l'allocazione delle risorse, in particolare nei settori a maggior impatto per le fasce più povere (educazione, salute, politiche sociali), deve essere pubblicizzato laddove le risorse sono destinate anche per favorire forme di monitoraggio e verifica;
- assicurare forme di partecipazione a livello locale nei processi decisionali;
- incoraggiare la partecipazione dei cittadini nei processi collegati all'APRM;
- sostenere un approccio basato sui diritti umani in tutte le politiche di sviluppo;
- varare norme a sostegno non solo dei diritti civili ma anche di quelli economici e sociali.⁸¹⁹

Infine con riferimento alle politiche in campo sanitario CSPR afferma in perfetta coerenza con quanto detto:

"Any strong public health system depends on strong public participation in health, and not otherwise. The rising burden of disease in Zambia is in part a manifestation of weak public participation in health. Rather than downgrading public participation in health to being merely advisory, this should have been strengthened".

Il modello CSPR di *governance* inclusiva richiama in parte gli approcci basati sui diritti umani esposti nei capitoli iniziali (HRBA) e dall'altro adotta due strumenti di azione – conoscenza – *empowerment* delle comunità in un quadro istituzionale della partecipazione che deve essere

⁸¹⁸ CSPR (2010), *Sixth National Development Plan*, Op. Cit. ; CSPR (2005), *Governance and Poverty Reduction: Proposals for the Fifth National Development Plan-2006-2011*, Lusaka; CSPR (2011), *Press Statement*, Op. Cit.

⁸¹⁹ Analoghe le osservazioni e le proposte che erano state fatte per il FNDP (2006-2010) a dimostrazione, purtroppo, di una situazione bloccata sul tema della partecipazione da parte del Governo Zambiano.

riformato.

5.3.4 *Civil Society Health Forum Zambia e Copperbelt (e Oxfam Zambia)*⁸²⁰

Sia a seguito dell'organizzazione per aree tematiche del CSPR che per i processi di consultazione a livello nazionale del settore sanitario nel quadro dei SAG, le organizzazioni della società civile (sia fornitrici di servizi – CHAZ - che impegnate sui temi dello sviluppo, della tutela dei diritti umani e dell'*advocacy* – Oxfam - che della ricerca sociale in campo sanitario – CHESSORE e ZAMFOHR) hanno dato vita al *Civil Society Health Forum* (CSHF). Sostanzialmente del CSHF fanno parte le organizzazioni del gruppo tematico relativo alla salute nel quadro del CSPR a livello nazionale:

1. *Care International*
2. *Caritas Zambia*
3. *CHESSORE*
4. *Child Fund*
5. *Churches Health Association of Zambia (CHAZ)*
6. *Civil Society for Poverty Reduction (CSPR)*
7. *Network Of Zambian People Living With Aids*
8. *Nutrition Association of Zambia*
9. *OXFAM*
10. *Plan Zambia*
11. *Sight Savers International*
12. *Sweden University*
13. *Tigwirizane Youth Vision*
14. *World Vision*
15. *Zambia Episcopal Council – Health Desk*
16. *Zambia Union of Nurses Organisation*

Soprattutto grazie all'azione e al finanziamento di Oxfam, la struttura del CSHF si è progressivamente organizzata per forum provinciali (nelle *Province*). A livello nazionale un ruolo di coordinamento e promozione del forum è svolto da Oxfam Zambia e l'ambito di prioritario intervento sono i SAG e i TWG del MoH ove sviluppare l'azione di *advocacy* a partire da quanto emerge a livello di Province tramite i forum locali e da progetti che le organizzazioni di livello

⁸²⁰ <http://www.oxfam.org/en/zambia> (Dicembre 2011).

nazionale hanno in ambito locale nel settore sanitario.

Tra gli strumenti utilizzati da Oxfam vi sono la promozione di una conoscenza del diritto alla salute, il rafforzamento delle organizzazioni di base rispetto ai processi di consultazione per la pianificazione degli interventi sanitari e forme di *budget tracking* analoghe a quelle del CSPP oltre che l'avvio di forme di "Track the Drugs" per intervenire, a partire dagli HC, sulle carenze di medicinali, sempre con l'attiva partecipazione e il dialogo con le comunità.

Nel mio processo di ricerca ho preso contatto con il CSPP del Copperbelt per comprendere meglio quali attività e approcci avessero con riferimento alla partecipazione delle comunità.

I miei interlocutori a livello locale mi hanno fatto presente che il CSPP del Copperbelt è di recente costituzione ma che è stato in grado di intervenire nelle fasi di consultazione del NHSP 2011 – 2015 e del SNDP. Per portare la voce delle comunità in forum di livello distrettuale e provinciale aperti alla consultazione delle Ong, CSPP Copperbelt attraverso le 20 organizzazioni aderenti hanno proceduto a una mappatura della situazioni dei distretti e dei principali problemi che incidono sul diritto alla salute nel Copperbelt: questioni strutturali / infrastrutturali delle strade da e per i centri sanitari, carenza o assenza di medicinali e tecnologie per il test di alcune malattie, carenze di personale.

L'approccio proposto dal CSPP è quello di affermare e fare crescere il diritto alla salute e la capacità di controllo sui flussi di denaro pubblico (*budget tracking*, e come detto *Track the Drugs*) come pure l'*accountability* degli enti pubblici nel settore sanitario. Tra gli scopi del CSPP Copperbelt vi è quello di rendere pubblico e noto alla popolazione il bilancio del settore sanitario per consentire azioni di *advocacy* e partecipazione delle comunità rispetto alla sua attuazione. Inoltre annualmente il CSPP conduce alcune indagini nei distretti del Copperbelt al fine di raccogliere le valutazioni e le esigenze delle popolazioni rispetto ai servizi sanitari, raccogliendo dati utili in fase di programmazione distrettuale e provinciale. Secondo i piani di CSPP Copperbelt la partecipazione delle comunità avviene previa una sensibilizzazione e presa di coscienza dei propri diritti in campo sanitario, processo che avviene principalmente attraverso un programma radiofonico dal titolo "Know your Health Rights", che costituisce occasione di incontro nelle comunità e a cui seguono oltre che i monitoraggi e le raccolte dati, oltre che incontri a livello distrettuale e comunitario a cura delle organizzazioni aderenti al CSPP Copperbelt nello stile dei *focus group* guidati da un operatore delle organizzazioni aderenti. A tale scopo CSPP promuove un "Capacity Building Programme" per tutti i suoi operatori e una stretta collaborazione con i DHMT nella realizzazione delle proprie attività di sensibilizzazione e raccolta dati. Agli incontri nelle comunità possono partecipare anche gli operatori dei NHCs il cui ruolo, a parere del CSPP Copperbelt andrebbe potenziato come operatori di salute comunitari.

Il modello di intervento rispetto alla partecipazione deve essere ancora precisato dato che il CSHF ha pochissimi anni di vita ed è nato su iniziativa di Oxfam Zambia, quello che è certo secondo gli interlocutori è che strumenti quali il *budget tracking* sono al momento i più praticati essendo il problema della trasparenza e dell'allocazione fortemente correlato con la situazione dei servizi e delle strutture sanitarie, pertanto la partecipazione ha *in primis* il ruolo di accrescere trasparenza e *accountability* congiuntamente alla consapevolezza dei propri diritti di cittadini.

5.3.5 *Caritas*⁸²¹ e *JCTR (Jesuit Centre for Theological Reflection)*⁸²²

La Caritas dello Zambia è organismo della Conferenza Episcopale Zambiana (*Zambian Episcopal Conference - ZEC*) ed è fondamentale articolata in due macroaree: quella collegata al Programma Giustizia e Pace e quella impegnata in progetti di sviluppo ed erogazione di servizi alla popolazione, strettamente connessa con Caritas Internationalis, organizzazione internazionale non governativa di cooperazione allo sviluppo. Per quanto attiene il Programma Giustizia e Pace (ex-Commissione Giustizia e Pace della ZEC istituita nel 1986 e dal 2000 programma della Caritas), questo si articola in alcune aree tematiche e sub-tematiche, così illustrate dai miei interlocutori in Caritas, in particolare Milimo Mwiba:

"1. *Governance* e diritti umani

1.1. Programma di accesso alla giustizia: è impegnato in particolare nel garantire alle comunità ed ai loro membri, l'accesso al sistema giudiziario, tramite un sistema di operatori para-legali formati dalla Caritas. Il problema della tutela legale è particolarmente forte per quanto attiene la questione della proprietà delle terre (*land tenure*) da parte delle comunità. L'assenza e debolezza della normativa sulla "land tenure" lascia infatti spazio ad arbitri, in particolare da parte delle compagnie minerarie. Ci sono varie cause per "forced displacement" e conflitti sulle terre tra comunità e compagnie.

1.2. *Parliamentary Liason Programme*: l'obiettivo è quello di avvicinare i membri del parlamento al proprio elettorato e nel contempo promuovere l'educazione civica degli elettori. Inoltre vi è un lavoro di *advocacy* sui processi di riforma costituzionale in atto, che

⁸²¹ http://www.catholiczambia.org.zm/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=67 ;
<http://www.caritas.org/worldmap/africa/zambia.html> (Marzo 2012). Il precedente sito
<http://www.caritaszambia.org.zm/index.php> non è più valido dal Gennaio 2012.

⁸²² <http://www.jctr.org.zm/> (Ottobre 2011).

possono essere approvati con maggioranza del 50%+1 dei parlamentari (quindi non con una maggioranza qualificata ampia). Recentemente è stata proposta una riforma del Parlamento per favorire la trasparenza e la creazione di commissioni tematiche.

1.3. *Decentralization Programme*: il Governo a fine 2009 si è impegnato nuovamente con un documento ufficiale a rilanciare il processo di decentramento ma al momento non vi sono atti concreti: manca, secondo Caritas, la volontà politica. Caritas per questo si impegna in un lavoro di *advocacy* attiva e di educazione delle persone in particolare degli operatori Caritas sul territorio per monitorare tale processo.

2. *Economic and Environmental Justice Programme* (EEJP)

2.1. Mining: *advocacy* e monitoraggio della politica di sfruttamento delle risorse naturali. Rispetto alle miniere, che producono notevoli profitti, Caritas ha denunciato più volte come le entrate fiscali per il Governo siano scarse e non vi sia la dovuta redistribuzione della ricchezza.⁸²³ Dal 2008 la Caritas appoggia una tassazione dei profitti delle imprese minerarie. Altro problema è l'assenza di una Corporate Social Responsibility delle imprese sia per i danni ambientali che per la violazione dei diritti umani dei lavoratori.

2.2. Social Accountability.

2.3. Economic Justice: Si riferiscono alla azione di monitoraggio del processo di approvazione del bilancio statale ed azioni di *advocacy* per un *budget* "pro – poors".

Nelle recenti elezioni legislative Caritas Zambia è stata attivamente coinvolta in progetti di educazione civica, promozione della partecipazione democratica e monitoraggio della campagna e dei processi elettorali con un forte coinvolgimento di molti operatori. L'attenzione a un bilancio nel quadro dei NDP favorevole alle fasce più deboli della popolazione è impegno di lungo termine della Caritas Zambia, come testimonia l'impegno per il monitoraggio del bilancio e delle decisioni allocative dallo scorso decennio⁸²⁴ e la continua azione di *advocacy* e pressione sui Governi

⁸²³ Rispetto a questo tema prendono posizione per una riforma fiscale e una maggiore trasparenza nel settore minerario anche per rispondere efficacemente alla incipiente crisi economica gli autori: Ndulo M., Mudenda D., Ingombe L., Muchimba L. (2009), *Global Financial Crisis Discussion Series – Paper 10: Zambia*, ODI.

⁸²⁴ Catholic Commission for Justice and Peace, Caritas (2004), Op.Cit.

Zambiani per un bilancio caratterizzato da equità, lotta alla povertà e riforma del sistema tributario, al fianco di altre organizzazioni quali CSPR e JCTR.⁸²⁵

Nello sviluppo della propria azione la Caritas si basa sulle sue articolazioni nelle diocesi e nelle parrocchie cattoliche dello Zambia dove si sviluppano le principali azioni con risvolti di *empowerment* partecipativo delle comunità. Grazie a un incontro con due esponenti della Caritas – Commissione Giustizia e Pace della Diocesi di Ndola ho potuto raccogliere utili informazioni sulle attività territoriali.

La principale missione della Commissione Giustizia e Pace nella Diocesi di Ndola e in generale è preparare gruppi di persone a rilevare le problematiche sociali del proprio territorio. Per questo motivo vengono condotti, a favore di persone delle diverse comunità parrocchiali, dei training e dei percorsi formativi che hanno al centro i temi sociali, l'analisi sociale e la dottrina sociale della Chiesa Cattolica ed elementi di spiritualità della giustizia. I partecipanti sono messi in grado di effettuare una lettura della realtà e dei problemi sociali, acquisiscono elementi di ricerca sociale con particolare riferimento alla povertà ed altri elementi di disagio sociale. Ad esempio nel Distretto di Ndola sono attivi 16 *teams* di ricerca, mentre a Kitwe sono 18. Ogni tre mesi viene convocato un incontro tra i *teams* a livello di Distretto e si procede ad una analisi comune dei problemi sociali da cui viene successivamente elaborato un *report* per la Commissione Pace e Giustizia, che a sua volta utilizza tale *report* per quanto attiene le proposte della Caritas nelle sedi di discussione di programmi di sviluppo territoriale (i noti PDCC, DDCC etc.) e la programmazione dei propri interventi sociali. La rotazione dei componenti dei *teams* e di chi partecipa alle attività formative e alle successive attività di ascolto e ricerca costituiscono un forte stimolo alla partecipazione e all'azione sociale. Nel quadro delle attività collegate ai temi di giustizia sociale ed economica sono state realizzate alcune pubblicazioni sulla privatizzazione delle miniere, sulla *Corporate Social Responsibility* e sull'inquinamento ambientale, anche a seguito di iniziative di denuncia e protesta di alcune comunità del Copperbelt e con il coinvolgimento delle persone nelle ricerche e nella raccolta dei dati.⁸²⁶

La Caritas inoltre si occupa di questioni sociali quali i servizi sociali, le infrastrutture e le strutture sanitarie. Il metodo è quello di una *analisi bottom – up* seguita dall'*advocacy* verso le autorità competenti. Come Commissione Giustizia e Pace / Caritas di Ndola l'azione negli ambiti istituzionali locali si articola tramite delegati nei sub – *committee* del DDCC.

La Caritas, con altri soggetti, ha dato vita nel Copperbelt a una sorta di network chiamato "Peace,

⁸²⁵ Caritas Zambia, CSPR, JCTR (2011), *Submission on 2011 National Budget and Medium Term Expenditure Framework 2011-2013 To The Ministry of Finance and National Planning*, Lusaka.

⁸²⁶ Caritas Ndola (2009), *Research Report in Mufulira's Kankoyo Township on the Effects of Sulphur Dioxide on Human and Natural Environment*, Ndola; Lungu J., Fraser A. (2006), Op. Cit.

Principles and Participation" di cui fanno parte Caritas, DECOP (*Development Education and Empowerment*), *Miner Union Zambia* (MUZ), *Zambia Congress of Trade Union* (ZCTU), *Copperbelt Heealt Education Programme* (CHEP).

Altro organismo cattolico è il JCTR nato nel 1988 e si è impegnato a lungo sul tema del debito zambiano e della sua riduzione, spostando la sua attenzione progressivamente allo studio dei consumi e del paniere di beni utile a definire il reale costo della vita nel paese: parlo del programma "Basic Needs Basket", oramai punto di riferimento per società civile e autorità governative per comprendere l'andamento dell'inflazione e i suoi effetti sulle fasce più povere del paese. A partire da una raccolta dati con team di ricerca diffusi in tutto il paese, JCTR ha in questi anni comunicato a larga parte della pubblica opinione zambiana quali siano le effettive condizioni di sopravvivenza di larga parte della popolazione in relazione agli andamenti dei prezzi del paniere selezionato, influenzando alcune decisioni in campo fiscale del Governo Zambiano.⁸²⁷

Con riferimento alla questione di proposte in merito al bilancio e alle politiche fiscali il contributo della società civile, basato su raccolte dati e processi partecipativi, appare rilevante a fronte di un processo di definizione del bilancio e dei regimi fiscali fortemente interpellato da *lobbies*.⁸²⁸ La Tab. 5.9 mostra l'interessante andamento, per il 2008, delle proposte in materia fiscale. Al di là dell'approvazione e accoglimento in sede di bilancio di provvedimenti a favore delle fasce più povere della popolazione, è rilevante verificare l'effettiva allocazione delle risorse e l'uso che ne viene effettivamente fatto, confermando l'importanza dei processi partecipati di *budget tracking* e *service delivery monitoring* già citati.

⁸²⁷ JCTR (2010) *The JCTR Basic Needs Basket: A Comprehensive Overview*, Lusaka.

⁸²⁸ Bwalya S., Phiri E., Mpembamoto K. (2009), *How Non – State Actors lobb to influence Budget Outcomes in Zambia*, IPPG discussion papers.

Tab. 5.9: Gruppi / lobbies e provvedimenti in sede di approvazione del bilancio in Zambia

Interest groups	Number of Submission (a)	Total no. of proposals (b)	No. of successful proposals (c)	Average proposals per institution $d=b/a$	Success rate (%) $e=c/b$
Business&Profes. Associations	11	134	12	12.2	1.5
Companies	16	40	3	2.5	7.5
Government	8	55	12	6.9	21.8
Civil Society Organisation(s)	1	10	8	10.0	80.0
Individuals	3	10	0	3.3	0
Total	42	249	36	5.9	14.5

Fonte: Bwalya S., Phiri E., Mpembamoto K. (2009), *How Non – State Actors lobby to influence Budget Outcomes in Zambia*, IPPG discussion papers

A partire dalla campagna sul debito il JCTR si è occupato attivamente di *governance* e da alcuni anni partecipa attivamente ai SAG collegati ai temi della *governance* e del decentramento, sostenendo la realizzazione e il rispetto dell'APRM di cui abbiamo già parlato. Nel meccanismo dell'APRM il JCTR ha proposto l'istituzione di un "APRM Civil Society Coordinating Body" che possa attivamente coinvolgere i cittadini e non solo le Ong, promuovendo dibattiti, discussioni, sensibilizzazione dei cittadini zambiani rispetto al tema della *governance* in Zambia e di una sua valutazione nel quadro di un meccanismo promosso da un'organizzazione africana. Quindi JCTR oltre che lavorare per una complessiva conoscenza della situazione di povertà (premessa per un'azione di mutamento sociale) ha visto nell'APRM un meccanismo per "scardinare" l'immobilità della struttura di *governance* del paese e per coinvolgere le persone in un'azione concreta di valutazione.⁸²⁹

Questa rapida carrellata di alcune delle iniziative oggi in atto in Zambia (ma altre ho tralasciato per mancata conoscenza diretta e per limitatezza dei dati raccolti) indica come la società civile zambiana, seppur di recente sviluppo, abbia adottato strumenti e metodi di *empowerment* della partecipazione facenti riferimento ad alcuni dei filoni teorici esposti nei primi capitoli di questa tesi. In particolare mi pare di poter dire che prevalgano nelle prassi delle organizzazioni esaminate i seguenti approcci:

- *Empowered Participatory Governance*,⁸³⁰ caratterizzato come detto da un *focus* su problemi

⁸²⁹ JCTR (2007), *Is Good Governance possible in Zambia? Churches and CSOs and the APRM Process*, Lusaka.

⁸³⁰ Fung A., Wright E.O. (2003), *Thinking about Empowered Participatory Governance*, Op. Cit.

tangibili e specifici; il coinvolgimento di persone comuni che siano toccate da questi problemi; attuare forme deliberative per sviluppare percorsi di soluzione dei problemi. Mentre a livello istituzionale le proposte coerenti con questo modello sono: forme di devoluzione (devolution); la definizione chiara di livelli di responsabilità, di forme di distribuzione delle risorse e di canali di comunicazione tra unità locali e centrali; il dare vita a forme istituzionali che sostengano la scelta del decentramento. Il raggiungimento dell'equità nelle politiche avviene tramite un'azione di inclusione dei più poveri e delle loro istanze tramite un processo di partecipazione attiva.

- HRBA con particolare riferimento ad alcune azioni: le persone dovrebbero essere capaci / messe in grado di esprimere gli obiettivi per loro essenziali ovvero incidere sulla definizione della agenda delle azioni e dei temi in discussione; la partecipazione nella fase di indicazione delle priorità e nella scelta tra opzioni che dovranno essere comunicate con chiarezza e trasparenza; il monitoraggio e la valutazione per cui le persone su cui ricadono gli effetti delle politiche devono poter partecipare alle fasi di monitoraggio e valutazione, anche collaborando nel definire indicatori e parametri. Tutto questo senza trascurare i valori guida di equità, trasparenza, *accountability*, accessibilità e rappresentatività.

Inoltre ritrovo nelle attività di queste organizzazioni alcune delle categorie utilizzate da Kuruvilla⁸³¹ quali la "diagnosi comunitaria", l'alfabetizzazione comunitaria sui temi di diretto interesse e partecipazione, la ricerca sociale finalizzata a un modello di decisione partecipata, la formazione di reti e l'organizzazione in strutture di partecipazione.

Resta originale, collegato al recente "rilancio" della CSDH e di forte impatto l'analisi dei rapporti di potere nel sistema sanitario (e nei vari spazi di decisione partecipata) evidenziata da T.J. Ngulube e dal filone di ricerca collegato a EQUINET e alla Dott.ssa Loewenson. Il tema del potere non viene esplicitato in molti degli approcci esaminati, anche se le analisi della situazione non lesinano critiche e osservazioni sulle distorte pratiche di potere che limitano partecipazione e sviluppo delle popolazioni.

⁸³¹ Kuruvilla S. (2005), Op. Cit.

Conclusioni

Nello sviluppo della tesi ho anticipato alcune riflessioni e considerazioni rispetto a come, quanto e dove la partecipazione nel sistema sanitario sia presente e quali fattori possano aver inciso su essa. Vorrei cercare di fare sintesi di quanto esposto a partire dalle proposte indicazioni che sia la Commissione sui Determinanti Sociali della Salute⁸³² che i lavori della World Conference di Rio hanno elaborato.⁸³³

La World Conference di Rio ha individuato cinque temi chiave per incidere sui Determinanti Sociali della Salute, e tra questi compare ancora una volta la partecipazione, accanto al tema della *governance* e del sistema sanitario (Fig. 1).

Nel trarre le mie conclusioni vorrei concentrarmi su alcuni aspetti rilevanti: la presenza di un approccio nelle politiche sanitarie che richiami gli elementi dei Determinanti Sociali della Salute, l'applicazione delle proposte in merito alla partecipazione e all'*empowerment* partecipativo e i principali limiti alla partecipazione cercando di ipotizzare alcune ragioni in merito.

⁸³² WHO (2008), *Closing the Gap in a Generation*, Op. Cit.

⁸³³ WHO (2011), *Closing the Gap: Policy into Practice*, Op. Cit.; WHO World Conference on Social Determinants of Health (2011), *Rio Political Declaration*, Op. Cit.

Fig. 1: I cinque temi chiave della World Conference e l'interazione con i Determinanti Sociali della Salute



Fonte: WHO (2011), *Closing the Gap: Policy into Practice on Social Determinants of Health : Discussion Paper*, Ginevra

Politiche e Determinanti Sociali della Salute

Una prima questione è quindi rilevare quanto sia presente nella documentazione e nell'attività di tutti gli *stakeholders* interpellati e studiati, un'attenzione e un approccio che assuma le caratteristiche e la struttura teorica dei Determinanti Sociali della Salute e una visione complessa e articolata della condizione di salute è dell'equità in salute. A tal proposito se è vero che l'approccio di *Primary Health Care* è da lungo tempo presente nelle politiche del sistema sanitario zambiano (sia nelle politiche degli anni '80 che nelle riforme avviate negli anni '90 e ribadite in tutti i

documenti politici e di programmazione sino ad oggi), esso viene prevalentemente considerato più come forma di erogazione del servizio, una formula organizzativa, che come filosofia complessiva del sistema sanitario, per cui l'iniziativa *Basic Health Care Package* rispecchia una visione della *Primary Health Care* come via costo - efficiente e costo – efficace di erogare il servizio e garantire l'equo accesso ai servizi. Vengono considerati alcuni degli elementi della struttura dei Determinanti Sociali (struttura sanitaria, comportamento individuale, livello di esposizione alle malattie) a livello intermedio più che strutturale (si vedano al Cap. 1 le figure descrittive dei Determinanti Sociali della Salute).

Lo stato di salute viene considerato funzionale allo sviluppo economico più che a quello complessivo della persona e alla piena fruizione di diritti e opportunità (come ribadito anche nel recente *National Health Strategic Plan* per il periodo 2011 – 2015)⁸³⁴, l'equità declamata e inserita negli obiettivi, ma senza considerare a fondo gli elementi redistributivi che essa comporterebbe, in termini di mero accesso e utilizzo.

Solo negli anni più recenti, sia per parziale impulso della locale sede dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che per iniziativa della società civile (mi riferisco sia al lavoro che ha portato all'elaborazione del documento "*Equity Watch: Assessing Progress towards Equity in Health in Zambia*")⁸³⁵ il tema dei Determinanti Sociali della Salute ha trovato spazio nel NHSP 2011 – 2015,⁸³⁶ seppur in una analisi che non approfondisce le iniquità e asimmetrie presenti nella società zambiana e nel sistema sanitario e le sue cause profonde legate a meccanismi distributivi in termini di risorse economiche e di potere (utilizzando la terminologia propria della Commissione sui Determinanti Sociali della Salute). L'equità in salute (*health equity*), certamente più presente nell'elaborazione delle strategie di settore, non è considerata nella complessità e multidimensionalità dei fattori che abbiamo esposto nel Cap. 1, ma inserita nelle parti dedicate all'accessibilità e all'abolizione degli *user fees*, inserita a sua volta nell'area della *governance*.

Nel NHSP 2011- 2015,⁸³⁷ al di là di rilevare un elevata iniquità socio-economica, non vi sono riferimenti a politiche intersettoriali macro che incidano su quelli che abbiamo indicato come Determinanti Strutturali delle iniquità (Cap. 1, paragrafo 1.2.5 in particolare), delegando al livello distrettuale forme di raccordo e coordinamento con altre tematiche, in particolare quelle relative alle condizioni ambientali (il tutto dovrebbe avvenire nei PDCC e DDCC citati nei Cap. 3 e 5, con i limiti dovuti a un processo di decentramento ancora incompleto e contraddittorio). L'attenzione a un approccio multisettoriale manifestato nell'analisi dell'HIV dal Comitato Parlamentare dello Zambia

⁸³⁴ Ministry of Health Republic of Zambia – MoH (2011), *National Health Strategic Plan 2011 – 2015*, Op.Cit.

⁸³⁵ University of Zambia Department of Economics, Ministry of Health, TARSC (2011), Op. Cit.

⁸³⁶ Ministry of Health Republic of Zambia – MoH (2011), *National Health Strategic Plan 2011 – 2015*, Op.Cit.

⁸³⁷ Ministry of Health Republic of Zambia – MoH (2011), *National Health Strategic Plan 2011 – 2015*, Op.Cit.

per la salute⁸³⁸ come pure le missioni dello stesso Comitato Parlamentare volte a conoscere l'azione degli *Equity Gauge*, pur rilevanti, non si sono tradotti in mutamenti sostanziali delle politiche nazionali.

E' certamente di rilievo l'attenzione progressivamente dedicata ai processi di educazione sanitaria delle comunità, pur essendo un processo formativo rivolto principalmente alla prevenzione delle malattie (coerentemente con un'ottica *Primary Health Care*) ma in essa appare assente un'azione di sensibilizzazione ed educazione alla partecipazione agli organi consultivi dei livelli decentrati e alla conoscenza di strumenti utili per dare un contributo informato e consapevole al processo di formulazione delle *policy* territoriali relative alla salute.

Tra i donatori e le organizzazioni intergovernative di cooperazione si rilevano attenzioni differenziate al tema. Se DANIDA e l'Organizzazione Mondiale della Salute non trascurano il tema dei Determinanti Sociali della Salute, considerati come elementi della loro azione e intervento, SIDA non li considera in modo esplicito pur ponendo in atto una strategia di cooperazione che mette in stretta relazione l'intervento settoriale in ambito socio – sanitario (con rafforzamento del sistema sanitario stesso) con un approccio teso a rafforzare la *governance* democratica e il rispetto e presa in carico dei diritti sociali ed economici della popolazione. E' evidente inoltre come SIDA, unitamente all'agenzia di cooperazione del Canada, mostri una forte attenzione sia a entità che svolgono attività di ricerca e sperimentazione nel campo della PHC (ad esempio ZAMFOHR e alcune attività di EQUINET e TARSC) che a progetti che pongano in essere i principi dei SDH quali ad esempio l'*Equity Gauge* (in Zambia e altri paesi). Un approccio in linea con quanto affermato sia dalla dichiarazione politica che dal *position paper* per la World Conference di Rio a cui abbiamo accennato precedentemente.⁸³⁹ Per quanto attiene l'Unione Europea la programmazione dell'intervento (il documento di strategia e programmazione per il periodo 2008 – 2013)⁸⁴⁰ non accenna specificamente al concetto di Determinanti Sociali della Salute, delineando il proprio intervento nel settore sanitario su alcuni temi (BHCP, risorse umane, HIV/AIDS, malnutrizione), e lo stesso vale per gli interlocutori a livello di Delegazione di Lusaka. L'intervento della Delegazione nel settore sanitario, in linea con i NHSP, sostiene le forme di PHC e l'obiettivo di un accesso equo ai servizi sanitari, di cui abbiamo parlato nel Cap. 3.

A livello di Direzione Generale Sviluppo e Cooperazione (EuropeAid)⁸⁴¹ e di proposte politiche

⁸³⁸ Musuka G., Chingombe I. (2007), *Building equitable, people-centred national health systems: the role of Parliament and parliamentary committees on health in East and Southern Africa*, a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health, Ginevra.

⁸³⁹ WHO (2011), *Closing the Gap: Policy into Practice*, Op. Cit.; WHO World Conference on Social Determinants of Health (2011), *Rio Political Declaration*, Op. Cit.

⁸⁴⁰ European Community, Government of Zambia (2008), Op.Cit.

⁸⁴¹ http://ec.europa.eu/europeaid/index_it.htm (Maggio 2012).

macro di intervento nel settore sanitario, nel 2010, a partire dal confronto con numerose organizzazioni non governative,⁸⁴² l'Unione Europea ha considerato con maggiore attenzione il tema dei Determinanti Sociali della Salute (e della partecipazione). Anche se molte delle osservazioni riportate nella fase di consultazione rispetto a un approccio più coerente con i Determinanti Sociali della Salute (*Social Determinants of Health - SDH*), tesi a far prevalere ad esempio tale approccio rispetto a quello dei *Millennium Development Goals - MDGs*, non ha trovato effettivo riscontro nei documenti successivi, è importante rilevare come nelle conclusioni del Consiglio dell'Unione del Maggio 2010 l'approccio SDH e la necessità di politiche intersettoriali (*Equity and Health in all Policies*) sia presente e si propongano indicatori *ad hoc* per valutare l'impatto delle politiche nazionali e globali su determinanti sociali ed equità: resta da verificare quanto questo approccio verrà traslato nelle linee operative delle Delegazioni dell'EU/UE per quanto attiene le politiche di sviluppo. L'importanza di una strategia di *Global Health* dell'Unione Europea e di una considerazione sempre maggiore del tema dei determinanti sociali della salute mi era stata anticipata nel 2009 durante alcune interviste presso l'allora DEVCO (Direzione Generale Cooperazione e Sviluppo – settore sanitario)⁸⁴³ e indubbiamente segna nel panorama della *global health* un passaggio importante considerata la lunga tradizione dei sistemi sanitari europei, seppur con caratteristiche diverse, e l'attenzione al tema dell'equità. Sarà importante, e ce lo ha ricordato il *report* “Equity Watch Zambia”, la valutazione dell'impatto su equità e determinanti sociali a seguito degli accordi commerciali (in particolare gli EPA – *European Partnership Agreement*) proposti dall'EU/UE in Africa e fortemente criticati da larga parte delle società civili africane impegnate sui temi dell'equità in salute.

Volgendo lo sguardo al più recente degli strumenti di coordinamento tra i donatori e i governi beneficiari, nel settore sanitario, ovvero l'*International Health Partnership (IHP+)*, non troviamo alcun riscontro all'approccio complessivo dei SDH, ma di certo un'attenzione alla *governance* dei processi di pianificazione sanitaria e alla partecipazione della società civile non incoerente con quanto emerso a Rio de Janeiro nel 2011. IHP+ appare, però, più come una struttura volta a rendere efficaci ed efficienti i processi di pianificazione e attuazione dei programmi sanitari con particolare riguardo ai rapporti tra donatori e beneficiari. Meccanismi quali lo SWAp e IHP+ sono certamente più funzionali a garantire efficacia ed efficienza della "macchina" degli aiuti, e quindi possono contribuire al ruolo dei *Global Stakeholders* rispetto ai SDH e alla *governance*, ma l'assenza di una esplicita assunzione dell'approccio dei SDH rischia di limitarne gli esiti in termini di equità al di là del possibile miglioramento dei target dei *MDGs*.

⁸⁴² European Commission (2010), *Public Consultation on the EU Role in Global Health*, Bruxelles.

⁸⁴³ Mi riferisco in particolare al mio colloquio con il Dr. Juan Garay.

Volgendo lo sguardo alle organizzazioni della società civile, e in particolare a quanto elaborato dal CSPR e dal CSHF è evidente lo sforzo per inserire nelle politiche di sviluppo un approccio basato sia sul principio redistributivo di risorse e potere (in linea con quanto raccomandato dalla CSDH) come fondamentale per lo sviluppo, che sui diritti umani, modificando coerentemente sia i metodi di valutazione dei programmi che le norme costituzionali relative ai diritti individuali e collettivi, come garanzia dell'equità. L'approccio alle questioni redistributive di potere e risorse, pur con proponimenti fortemente inclusivi ed egalitari, non è direttamente collegato a una visione intersettoriale dell'azione sulla salute, bensì al raggiungimento di uno sviluppo equilibrato ed equo nel quadro di una buona *governance*. Si potrebbe dire che ci troviamo di fronte a un approccio più simile a quello di uno schema di "Determinanti dello Sviluppo Sostenibile", di cui la salute è un elemento costitutivo ma funzionale, che analogamente allo schema dei SDH individua questioni strutturali quali le politiche macroeconomiche e la *governance*.

Tra le questioni intersettoriali che possono incidere sullo sviluppo non troviamo di fatto la salute in generale ma l'HIV/AIDS e le questioni ambientali, senza che questi vengano collegati in modo coordinato con la salute. Le parti dedicate alla salute affrontano ancora una volta il tema investendo principalmente elementi intermedi della struttura dei determinanti, affidando al tema generale della *governance* la questione della redistribuzione del potere, e richiedendo maggiori risorse per il settore sanitario al fine di rispondere a deficit settoriali o a emergenze sanitarie (HIV/AIDS etc.). È emblematico il passaggio relativo alla "funzione" della salute, in linea con una visione dello sviluppo inteso come sviluppo economico:

"A health population is a prerequisite to wealth creation, economic growth and well-being of a nation. Wealth creation and economic growth are tools for fighting poverty. The well-being of people is a prerequisite for higher productivity and entrepreneurial capacity that enables individuals to innovate and get out of poverty. The implementation of programmes with an equity focus has implications to that all population groups are served, especially the poor and disadvantaged".⁸⁴⁴

Infine anche CSPR e CSHF separano nelle loro proposte il tema generale della salute dagli altri temi di politica sociale e dalle proposte relative all'HIV/AIDS, a *water and sanitation*, e alla

⁸⁴⁴ CSPR (2010), *Sixth National Development Plan*, Op. Cit.; CSHF (2005), *Governance and Poverty Reduction*, Op.Cit.; CSHF (2011), *Press Statement*, Op. Cit.

nutrizione. In conclusione un approccio allo sviluppo in linea con la questione dei determinanti sociali soprattutto per quanto attiene gli elementi strutturali, ma una concezione settoriale e verticale della salute, intesa funzionalmente allo sviluppo economico e frammentata tra strutture sanitarie ed emergenze specifiche.

In Zambia, e non solo, l'assenza di una visione intersettoriale macro e l'ortodossia e ortoprassi dello schema teorico dei *MDGs* e dei *Global Funds* restano forti sia in termini di progettazione e pianificazione che di allocazione delle risorse, rispetto a forme di azione inter-settoriale (*Equity and Health in all Policies*), comportando una sfida politica ed operativa per i donatori e i governi che volessero intraprendere politiche in linea con la seconda forma di azione. Il permanere di una prevalenza di aiuti in progetti settoriali e verticali rispetto a forme di *budget support* nè è manifestazione evidente. Ma questo non solo rischia di essere incoerente con una *governance* globale della salute finalizzata all'equità, ma contraddittoria rispetto ai propositi di *ownership*, *accountability*, *sustainability* e partecipazione spesso declamati. La prevalenza di aiuti nella forma di programmi verticali e monotematici incide sulle relazioni di potere tra donatori e tra questi e i governi beneficiari, con chiare ricadute nella formulazione di politiche caratterizzate dalla coabitazione forzata di approcci basati sulle malattie e i programmi e il parallelo impegno su forme di PHC.

La 65^a assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Maggio 2012), e la prossima assemblea mondiale del *People Health Movement* dal titolo "Health for All Now!"⁸⁴⁵ segnano due passaggi importanti nella definizione di politiche di *global health* favorevoli ai SDH e del resto la Commissione per i Determinanti Sociali della Salute nel *report* del 2008 proponeva:

"2008 – 2013: Increasing numbers of countries adopt a social determinants of health approach to health equity and develop and implement social determinants of health policies, so that by 2013 at least 50% of all low-, middle-, and high-income countries have a committed plan for action to reduce health inequity through action on the social determinants of health, with evidence that they are implementing the plan".⁸⁴⁶

Partecipazione ed empowerment partecipativo: tra raccomandazioni e dinamica realtà

⁸⁴⁵ <http://www.phmovement.org/en/pha3> (Maggio 2012).

⁸⁴⁶ WHO (2008), *Closing the Gap in a Generation*, Op. Cit., pag. 198.

Abbiamo visto, trattando il tema vasto dei SDH, che *empowerment* è inteso come un processo che passa sia attraverso la rappresentazione di istanze e la partecipazione a processi decisionali, sia attraverso forme di azione dal basso verso i livelli più alti della società e delle istituzioni (*bottom – up*), radicati nella società ai livelli di base. Accanto ad azioni che partono dalla società civile, inoltre sono necessari anche processi che hanno la loro origine nel Governo e nello Stato, finalizzati a garantire alcuni diritti fondamentali e l'equità distributiva di beni di natura economica e sociale.⁸⁴⁷

Abbiamo altresì messo in evidenza la complessità delle dimensioni dell'*empowerment* e della partecipazione e i diversi gradi, accompagnati da forme appropriate, di partecipazione delle comunità ai processi. Non solo le forme istituzionali, organizzative e legali, ma anche le modalità e le caratteristiche dello spazio di partecipazione e le caratteristiche degli attori, possono incidere sulla partecipazione e la forma di potere, nonché sulla sua gestione, condivisione, appropriazione, redistribuzione (attribuzione).

Come valutare quindi quanto accaduto e accade in Zambia? Quale applicazione delle proposte di partecipazione ed *empowerment* partecipativo, principalmente secondo lo schema dei SDH, e quali i principali limiti? Quali conflitti ed esiti?

Prima di tutto è necessario rilevare come nella vigente Costituzione dello Zambia⁸⁴⁸ sia assente una specifica e chiara tutela del diritto umano alla salute, un fatto che certamente incide nello sviluppo delle politiche e della concezione stessa di salute rispetto ad un approccio basato sui diritti umani. Questo dato di fatto, pur in presenza di proposte recenti di riforma costituzionale, ha indubbiamente avuto un peso nello sviluppo del settore sanitario e di politiche che avessero al centro lo Stato di salute delle persone, nonché sulle forme di coinvolgimento sia delle popolazioni che del Parlamento.

Abbiamo infatti rilevato che in Zambia i diversi governi hanno creato contenitori atti alla partecipazione delle comunità alle politiche sanitarie e di sviluppo (mi riferisco nel settore sanitario ai *Village Health Committee*, poi *Health Centre Committee* e infine *Health Advisory Committee*, i *Neighbourhood Health Committee*, fino al sistema dei *Boards* sostituiti poi da *Advisory Committee*; nella programmazione dello sviluppo abbiamo registrato il passaggio da *Village Productivity Committee*, ai *Ward Committee* e poi RDCC, DDCC, PDCC etc.) riconoscendo almeno formalmente la partecipazione delle comunità e dei singoli nei processi decisionali. Il varo di un programma di decentramento a partire dal 2002 – 2003⁸⁴⁹ segna un altro passaggio nel formalizzare la creazione di contenitori e spazi di decisione partecipati e non centralizzati. Quindi delle strutture esistono; ma queste permettono inclusione e partecipazione? Promuovono l'*empowerment*

⁸⁴⁷ WHO Commission on Social Determinants of Health (2008), *Closing the Gap in a Generation*, Op. Cit.

⁸⁴⁸ Government of Republic of Zambia – GRZ (1991, 1996, 2000 draft), *Constitution*, Lusaka.

⁸⁴⁹ Gov. Republic of Zambia (2003), *The National Decentralisation. Policy Towards Empowering the People*, Lusaka.

partecipativo dei più marginalizzati? Danno garanzie di rappresentatività?

Và innanzitutto detto che queste strutture hanno visto modificare numerose volte il loro ruolo e mandato (e denominazione) e oggi, nel paese, traspare chiaramente una non omogenea applicazione delle forme organizzative nonché una confusa conoscenza dei meccanismi, e dell'esistenza delle stesse, se non tra pochi addetti ai lavori. Inoltre la riforma sanitaria del 2005 ha certamente portato all'abolizione dei *Boards*, ma non ha altrettanto efficacemente messo in funzione gli *Advisory Committee* previsti e accentuato il peso delle strutture gestionali e organizzative (*DHMT*, *PHO*) rispetto a quelle partecipative per quanto attiene i processi decisionali e di programmazione. Quello che si registra nella realtà è un'assenza di strategia istituzionale volta a incentivare e strutturare appropriatamente le forme di partecipazione a livello decentrato, garantite invece a livello centrale, non senza dinamiche conflittuali e discontinuità, nel quadro dei *Sectory Advisory Group (SAG)* e *Technical Working Group (TWG)* di tipo ministeriale, a cui però partecipano non le comunità quanto le Organizzazioni Non Governative (ONG), o reti di ONG, la cui piena legittimazione, *accountability* e capacità di coinvolgimento delle popolazioni non è effettivamente verificata, in un processo di centralizzazione e ri-centralizzazione, che coinvolge quindi anche le organizzazioni della società civile. A tutto questo va aggiunto che i meccanismi di cooptazione spesso presenti a livello locale per quanto attiene i *Committee* di vario genere pongono una seria ipoteca sulla possibilità per gruppi marginali e vulnerabili di avere voce in capitolo.

Di fatto i meccanismi in atto, salvo le buone prassi che i Distretti (*DHMT*) scelgono di operare (anche sul modello dell'*Equity Gauge*), non garantiscono la piena inclusione delle comunità nei processi decisionali e non costituiscono una struttura chiara e definita con un forte supporto politico e legale. A questo ha certamente contribuito la mancanza di attuazione di piani di decentramento e lo scarso finanziamento dei meccanismi di partecipazione e delle forme di Governo locale elette. Inoltre il permanere di una forma di mera deconcentrazione dell'organizzazione delle strutture di Governo (che coabitano con organismi eletti ed esercitano un forte controllo e una effettiva influenza decisionale rispetto all'elaborazione dei piani di sviluppo locale) non ha favorito il funzionamento degli organi partecipativi, ripetendo invece meccanismi analoghi a quelli dei *SAG* e *TWG* di tipo centrale.

E' assente una politica istituzionale che rafforzi l'*empowerment* partecipativo del settore sanitario e consenta un'effettiva capacità delle comunità interessate a portare le proprie istanze nella programmazione delle politiche. Non siamo a un livello di garanzia piena di equa rappresentatività di istanze, bisogni e proposte anche in considerazione dei gravi deficit strutturali e di servizi che ancora caratterizzano le aree rurali rispetto a quelle urbane, per cui mancano non solo gli elementi base della partecipazione, ma anche gli elementi base per parlare di salute delle persone.

Lo stesso meccanismo del SWAp non appare attento alla strutturazione di ambiti di partecipazione diffusi, "accontentandosi" della presenza delle organizzazioni della società civile nei SAG e TWG, e il termine *governance* appare sempre più collegato a meccanismi di *accountability* e trasparenza nella gestione dei fondi più che di inclusione e partecipazione delle fasce più marginali.

Il finanziamento e la promozione recenti di progetti di singole ONG o reti di ONG, l'impegno volto a rilanciare il processo di decentramento nel paese, da parte dei donatori, seppur incoraggianti e positivi per la *governance* democratica, paiono essere più collocati nel solco della creazione di contrappesi al potere centrale volti a garantire trasparenza, efficacia ed efficienza nell'uso delle risorse più che effettiva partecipazione popolare. Inoltre i meccanismi di controllo e di coordinamento proposti/imposti dai donatori non paiono rafforzare il decentramento quanto un processo opposto di controllo e gestione delle risorse e lo stesso ricorso a forme di finanziamento a favore di reti e fondazioni con sede a Lusaka che a loro volta distribuiscano fondi, rende di certo più immediato e prossimo il controllo ma non garantisce effettivo decentramento e assenza di forme di *patronage* (è quindi il lavoro di rete e decentramento operato da CSPR, ZCSD e Oxfam nel sollecitare e sostenere le organizzazioni della società civile nelle *Province* e *District*). L'assenza di politiche del Governo dello Zambia volte a garantire la presenza di forti e libere organizzazioni della società civile, la percezione della società civile come opposizione politica e non come un garante e un necessario *watch dog*, sono segnali altrettanto evidenti dei limitati spazi di partecipazione ai processi decisionali, mentre non paiono esserci frizioni evidenti per quanto attiene il ruolo di *service provider*, svolto ad esempio da CHAZ. I recenti tentativi di limitare e interferire nell'azione delle ONG con provvedimenti legislativi contraddice di fatto la proposta della CSDH di facilitare la società civile nell'organizzarsi e agire per promuovere i diritti umani che sono collegati con l'equità in salute. Solo meccanismi esogeni (nel quadro dello SWAp o dell'IHP+ e dei PRSP, come pure l'*African Peer Review Mechanism*) hanno "sollecitato", al confronto con la società civile, le autorità politiche centrali. Contemporaneamente la società civile ha una storia piuttosto recente nell'*advocacy* e nella promozione dei diritti umani e della partecipazione nel settore sanitario, al di là della lunga presenza di CHAZ (che pur essendo impegnata in azioni di *advocacy* è prioritariamente un *partner* del Governo nell'erogazione di servizi sanitari con un delicato equilibrio politico da gestire).

La nascita del *Civil Society Health Forum*, su azione di Oxfam, è circa del 2008/2009 e recenti (2010) gli interventi nella programmazione decentrata del settore sanitario nel quadro delle consultazioni a livello di *Province*. La stessa formazione del personale ed *empowerment* organizzativo delle ONG più decentrate sono un passaggio essenziale, curato in questa fase più da entità con collegamenti internazionali (Oxfam) e reti nazionali (ZCSD, CSPR) che dal Governo

dello Zambia. Indubbiamente nel settore sanitario la sfida della crescita di organizzazioni della società civile capaci di operare sui temi dell'equità, del diritto umano alla salute e sui determinanti sociali della salute resta aperta ed è solo agli inizi, né è confermata la progressiva strutturazione di forum distrettuali collegati al CSHF solo nel periodo tra il 2010 e il 2011 e la questione di una sostenibilità di lungo termine in assenza di sostegni da parte di donatori internazionali.

Se infine volgiamo lo sguardo all'effettivo ruolo delle comunità / popolazioni nel settore sanitario in Zambia e ai problemi che ne limitano l'attiva partecipazione possiamo concludere quanto segue:

limiti organizzativi, istituzionali e normativi degli organi di partecipazione sviluppano un circolo vizioso di *dis-empowerment* partecipativo delle popolazioni causa ed effetto di: carenze strutturali dei servizi; mancanza di capacità e conoscenze rispetto all'accesso alle risorse, alle informazioni e ai meccanismi di partecipazione (quando esistenti); mancanza di conoscenza delle forme e modi di partecipazione e del ruolo delle comunità;

l'affermarsi di un ruolo delle comunità e degli individui non tanto nella definizione di priorità e strategie (e quindi un ruolo attivo nel processo decisionale) quanto nella promozione della salute / educazione sanitaria, nella prevenzione della diffusione di patologie, nel fornire informazioni e nel mobilitare risorse (*user fees*, lavoro). Recuperando alcuni degli schemi proposti sia da Renee Loewenson⁸⁵⁰, si veda l'Introduzione a questa tesi, che dalla CSDH e dalla World Conference di Rio del 2011, possiamo arrivare a definire lo stato attuale della partecipazione comunitaria in Zambia come un livello di bassa partecipazione principalmente tramite processi di consultazione, ricezione / erogazione di informazioni, messa in atto di azioni disposte dagli organismi sanitari. Altrettanto ridotti appaiono i meccanismi di informazione, consultazione e coinvolgimento secondo lo schema in Fig. 2 e quindi fortemente carenti o assenti le forme di reale collaborazione e trasferimento di potere.

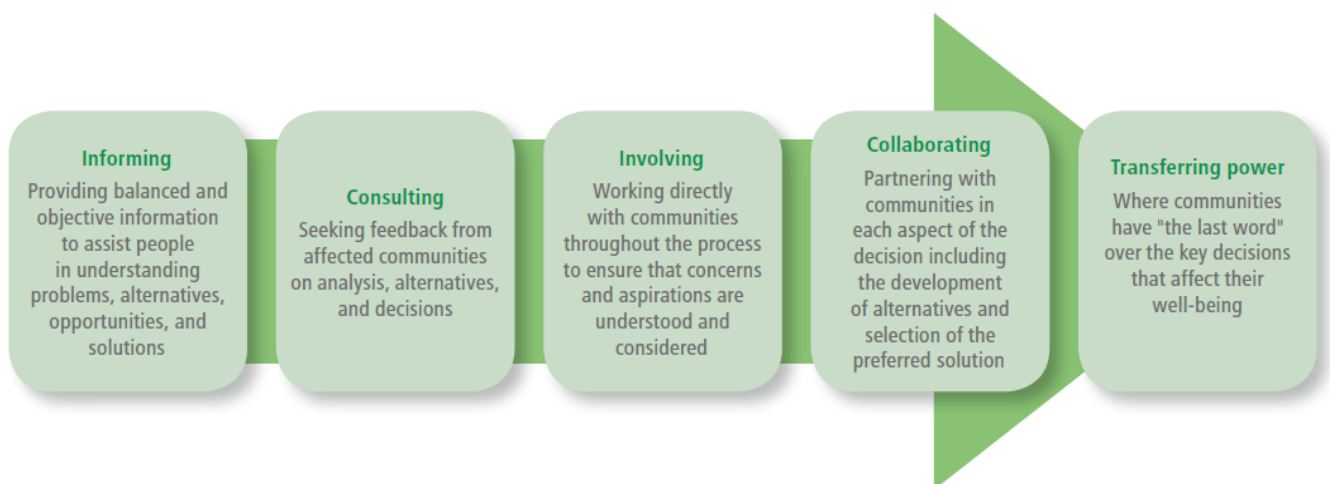
Rispetto a tale situazione la risposta istituzionale appare (almeno fino al 2011) ancora carente e fortemente concentrata sul tema dei comportamenti individuali e dell'educazione, mentre anche nel NHSP 2011 – 2016⁸⁵¹ ai richiami alla *good governance* non seguono linee operative dettagliate ma un rimando a una nuova riforma della *governance* sanitaria e all'attuazione del decentramento. La partecipazione è ancora una volta concentrata nelle azioni di educazione sanitaria e di raccolta delle informazioni sanitarie. La società civile nelle diverse esperienze analizzate, a partire dai limiti alla partecipazione, si è concentrata prioritariamente in azioni di *empowerment* partecipativo incentrate sulla conoscenza e consapevolezza del diritto alla salute (con campagne di informazione ed educazione) e del diritto di partecipare agli organismi decentrati. A partire da questi elementi si è

⁸⁵⁰ Loewenson R. (2000), Op. Cit.

⁸⁵¹ Ministry of Health Republic of Zambia – MoH (2011), *National Health Strategic Plan 2011 – 2015*, Op.Cit.

cercato di costruire pratiche di monitoraggio, denuncia e proposta da parte delle comunità con riferimento all'erogazione dei servizi, alla presenza e allocazione di risorse, all'elaborazione di proposte per i futuri bilanci del settore sanitario a livello distrettuale e/o provinciale, creando quindi veri e propri meccanismi di partecipazione e rafforzando le capacità comunitarie e individuali di intervento. Altro filone di intervento da parte delle ONG è stato quello di operare per la collaborazione tra gli operatori sanitari e le popolazioni non solo per il miglioramento delle relazioni e della comunicazione nell'erogazione dei servizi ma anche per evidenziare le dinamiche di potere e i conflitti che impediscono l'effettiva partecipazione delle comunità alle decisioni relative alla propria salute. E', in conclusione, interessante notare come molte di queste pratiche sono state svolte informando regolarmente gli uffici decentrati (PHO, DHMT) ed anzi cercandone il coinvolgimento, in uno sforzo teso a rafforzare anche la capacità istituzionale rispetto alla partecipazione e alle pratiche legate al decentramento per favorire un reale trasferimento di potere alle comunità.

Fig. 2 Percorso e tecniche per un progressivo coinvolgimento e partecipazione delle comunità



Fonte: WHO (2011), *Closing the Gap: Policy into Practice on Social Determinants of Health: Discussion Paper*, Ginevra

Alcune conclusioni

La partecipazione e le politiche di *empowerment* partecipativo, come del resto il perseguimento dell'equità in salute secondo l'approccio dei Determinanti Sociali della Salute, non sono uno strumento neutro applicabile in modo automatico. Richiedono, e lo abbiamo evidenziato sia nella parte dedicata all'approfondimento del modello teorico che nell'analisi delle pratiche, una volontà di reale redistribuzione di potere e risorse, una condivisione non monopolistica del controllo. Questo vale non solo per il Governo dello Zambia, ma anche per i cosiddetti paesi donatori (o *development/cooperating partners*) e per le ONG, e quindi i processi di delega e decentramento investono tutti i principali attori della scena dello sviluppo e del settore sanitario.

La difficoltà nella *governance* democratica dello Zambia, comune a molti paesi non solo africani, è quella di evitare l'utilizzo del potere democraticamente legittimato per gestire, con un ristretto gruppo di persone o network di interesse, il potere e le risorse dello Stato in senso auto-referenziale e funzionale al mantenimento del potere stesso; per cui la forma democratica del Governo viene progressivamente ad assumere caratteri autoritari e privi di trasparenza e *accountability*, limitando progressivamente ambiti di partecipazione e processi di decentramento politico.⁸⁵² A sua volta la competizione politica nei e tra i partiti rischia di assumere i caratteri di lotta tra elites in competizione per la gestione delle risorse politiche ed economiche al di là delle piattaforme elettorali presentate. In questa dinamica le stesso ONG possono essere strumentalizzate e/o considerate come avversarie politiche più che *partner* nella *governance* democratica e nel rafforzamento dei meccanismi di partecipazione. A tutto questo si aggiunge la forte dipendenza dello Zambia sia dagli aiuti che dalla domanda internazionale di beni (rame) prodotti dal paese, per cui la dinamica interna prima descritta si svolge negli / tra gli spazi che la dialettica con gli interlocutori esterni consente, indebolendo ancora di più le reali opportunità di intervento e partecipazione delle popolazioni e provocando forme di ri-concentrazione e politiche di decentramento stentoree (sia dello Stato che delle ONG).

Tutto questo ha comportato ad esempio: la sovrapposizione di politiche di cooperazione e politiche nazionali, non considerando o indebolendo strumenti già presenti, concentrando spesso il dialogo e l'attenzione su problemi strutturali e quantitativi ma trascurando il reale coinvolgimento delle popolazioni, escluse anche da meccanismi istituiti in seno alla società civile zambiana; la discontinuità nelle politiche di *governance* della sanità e quindi delle strutture di partecipazione;

⁸⁵² In Phiri B.J. (2006), Op. Cit., viene proposto il termine *mobocracy* con riferimento a pratiche di questo genere, con particolare riferimento al tentativo di Chiluba di legittimare un suo terzo mandato nelle elezioni del 2001.

l'attenzione più a meccanismi di controllo e *accountability*, secondo un'ottica tecnocratica di questi elementi, che al valore di questi in un processo complessivo teso a valorizzare e rafforzare il ruolo di partecipante delle popolazioni (popolazioni intese più come vigili guardiani dei propri fondi di cooperazione, che come soggetti attivi e capaci di proposte, azioni, cambiamento).

Il rilancio delle politiche di decentramento - che per essere tali devono riguardare anche forme di decentramento fiscale, l'allocazione di risorse *ad hoc*, il rafforzamento normativo e istituzionale dei governi locali e delle forme di partecipazione - unitamente a una revisione degli approcci di cooperazione internazionale (secondo le raccomandazioni della CSDH e della Conferenza di Rio del 2011 e ribaltando le logiche di *accountability* donatori – centriche spostandole a favore delle popolazioni coinvolte) e alle buone prassi messe in atto da numerose entità della società civile costituiscono elementi coerenti con un effettivo *empowerment* della partecipazione allo sviluppo e alla definizione delle politiche di equità in salute, in una situazione in cui, storicamente, anche sistemi sanitari universalistici di riferimento sono, in una fase di crisi economica globale, sottoposti a forti pressioni e riforme che possono incidere sull'equità in salute anche in paesi definiti "sviluppati". Le diverse concezioni di partecipazione, come pure di società civile e ruolo di questa, si riflettono nella realtà della cooperazione internazionale, come pure nel rapporto tra Stato e società civile e nelle forme di organizzazione della società civile, oltre che sulla complessiva *accountability* di questi "soggetti" dell'azione sociale e politica nella salute.

E' necessario altresì partire dalla consapevolezza che la partecipazione non è un meccanismo automatico, richiede tempo e risorse dedicate, analisi delle dinamiche di violenza e potere esistenti, scelte strategiche coerenti e continuative nel lungo periodo che tocchino gli ambiti dell'erogazione dei servizi, la costruzione di capacità adeguate, l'azione di *advocacy* e promozione dei diritti umani, la complessiva mobilitazione sociale, altrimenti il rischio è che lo sviluppo, privo di un'autentica partecipazione, sia come un regalo di Natale con la dicitura "batterie non incluse"⁸⁵³ incapace di dare alle popolazioni una capacità "trasformativa" della realtà.

⁸⁵³ Schuftan C. (1998), "Beyond Maldevelopment Praxis in Africa", Monograph Series 1/1998, CODESRIA, Senegal.

Bibliografia

- AA.VV. (1999), *L'Europa e il sud del mondo. Quali prospettive per il post-Lomé*, I libri di Afriche e Orienti, AIEP Editore, Repubblica di San Marino
- AA.VV. (2004), *Salute e Globalizzazione*, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Ed. Feltrinelli, Italia
- AA.VV. (2005), *Stato, Democrazia e Legittimità*, Carocci, Roma
- AA.VV. (2006), *A caro prezzo : le diseguaglianze nella salute : 2. rapporto dell'Osservatorio italiano sulla salute globale*, ETS, Pisa
- AA.VV. (2008), "Post-script: Resistance", in PHM, *Global Health Watch 2*, People Health Movement, Londra
- AA.VV. (2008), *Salute globale e aiuti allo sviluppo : diritti, ideologie, inganni : 3. rapporto dell'Osservatorio italiano sulla salute globale*, ETS, Pisa
- Altieri L. (2009), *Valutazione e partecipazione. Per una metodologia interattiva e negoziale*, FrancoAngeli, Milano
- Anthony J. Bebbington, Sam Hickey and Diana C. Mitlin (2008), *Can NGOs make a difference? : the challenge of development alternatives*, Neew York : Zed books, Londra
- Phiri B.J. (2006), *A political History of Zambia*, Lusaka
- Becker H. S. (2007), *I trucchi del mestiere: come fare ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna
- Carrino L. (2005), *Perle e pirati – Critica della cooperazione allo sviluppo e nuovo multilateralismo*, Ed. Erikson, Trento
- Chansa C.(2008), *Zambia's Health Sector Wide Approach (SWAp) Revisited*, Lambert, Koln
- Cheaveau J.P. (1994) in Tommasoli M. (2008), *Lo Sviluppo Partecipativo*, Ed. Carocci, Roma
- Cheelo C., Ndulo M., Odegaard K. (2006), *Policy Lessons and Emerging Challenges in the Zambian Health Sector*, Department of Economics University of Zambia, Swedish Institute for Health Economics, Lund
- Clark J., Allison C. (1989), *Zambia : debt & poverty*, Oxfam, Oxford
- Clenora Hudson-Weems (2008), *Contemporary Africana theory, thought and action : a guide to Africana studies*, Africa World Press, Trenton
- Collier P (2006), *Rethinking assistance for Africa*. Oxford, Institute of Economic Affairs
- Cooper F. (2002), *Africa since 1940: The Past of the Present*, Cambridge University Press, Cambridge
- Cornwall A., Coehlo, V. (2006), *Spaces for Change? The Politics of Citizen Participation in New Democratic Arenas*, Londra, Zed Books
- Correggia M. (2006), "La salute è movimento" in AA.VV. (2004), *Salute e Globalizzazione*, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Ed. Feltrinelli, Italia
- Diderichsen F., Evans T., Whitehead M. (2001), "The social basis of disparities in health" in: Evans

- T. et al. (2001), *Challenging inequities in health*. New York, Oxford UP
- Eastwood R. e Lipton M. (2000), *Rural-urban dimensions of inequality change*, Helsinki, World Institute for Development
- Farmer P., (2003), *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*, University of California Press, Berkeley
- Farmer P., (2006), “Sofferenza sociale e violenza strutturale”, in Quaranta I. (a cura di) *Antropologia medica I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore
- Ferguson J. (2006), *Global Shadows. Africa in the Neo-liberal World Order*, Duke University Press, Durham and London
- Fioramonti L. (2010), *European Union Democracy Aid – Supporting Civil Society in Post – Apartheid South Africa*, Routledge, Londra e New York
- Fung A., Wright E.O. (2003), *Thinking about Empowered Participatory Governance, in The Real Utopias Project: Deepening Democracy - Institutional Innovations in Empowered Participatory Governance*, Verso Books
- Gentili A.M., Doornbos M., Zamponi M., Khadiagala G. in AA.VV. (2005), *Stato, Democrazia e Legittimità*, Carocci, Roma
- Gentili A.M. (2008), *Il leone e il cacciatore : storia dell'Africa sub-sahariana*, Carocci, Roma
- Gewald JB, Hinfelaar M., Macola G. (2008), *One Zambia, Many Histories – Towards a History of Post – Colonial Zambia*, Ed. Brill, Leiden
- Guidicini P. (1987), *Nuovo manuale della ricerca sociologica*, Angeli, Milano
- Hart M., Kesterton A., Terlecki S. (2009), *La salute globale al tempo della crisi - Terzo rapporto : Perché, in piena crisi economica, l'Europa deve fare ancora di più per conseguire gli obiettivi di sviluppo del millennio per la salute*, Azione per la salute globale
- Haynes J. (2002), *Politics in the Developing World. A Concise Introduction*, Blackwell, Oxford
- Hulterström K. (2007), *Political opposition in African countries : the cases of Kenya, Namibia, Zambia and Zimbabwe*, The Nordic Africa Institute, Uppsala
- Ianni V. (2004), *La società civile nella cooperazione internazionale allo sviluppo – approcci teorici e forme di azione*, L'Harmattan Italia, Torino
- Ianni V. (2008), *I processi di decentramento e la questione democratica*, CESPI, Roma
- Ianni V. (2011), *Dizionario della Cooperazione Internazionale*, Ed. Carocci, Roma
- Ihonvbere O. J., (1996), *Economic crisis, civil society, and democratization: the case of Zambia* Africa world press
- Koivusalo M., Mackintosh M. (2005), “Health systems and commercialisation: in search of good sense” in: Mackintosh M., Koivusalo M. eds, *Commercialization of health care: global and local dynamics and policy responses*. Basingstoke, Palgrave Macmillan, UK
- Larmer M. (2007), *Mineworkers in Zambia : labour and political change in post-colonial Africa* Tauris, Londra and New York
- Laws S. (2007), *Research for development. A practical guide*, Sage, Londra

- Longwe S. (1991), "Gender Awareness: The Missing Element in the Third World Development Project" in: Wallace T., March C., eds. *Changing Perceptions: Writings on Gender and Development*, Oxfam, Oxford
- Lungu J., Fraser A. (2006), *For whom the windfalls? - Winners and losers in the privatisation of Zambia's Copper Mines*, CSTNZ – CCJDP, Zambia
- Mamdani M. (1996), *Citizen and Subject. Contemporary Africa and the Legacy of Late Colonialism*, Princeton Studies in Culture Power History, Princeton University Press, Princeton
- Mandel S. (2006), *Debt relief as if people mattered: a rightsbased approach to debt sustainability*, New Economics Foundation, Londra
- Marmot M., Wilkinson R.G., eds. (2006), *Social determinants of health*, Oxford University Press, Oxford
- Mikkelsen B. (2007), *Methods for Development work and research*, Sage, Londra
- Missoni E. , Pacileo G. (2005), *Elementi di salute globale: globalizzazione, politiche sanitarie e salute umana*, F. Angeli, Milano
- Mumba M. H. (2010), "Civil Society Activism in Zambia: A Historical Perspective" in F. Mutesa (2010), *State-Civil Society and Donor Relations in Zambia*, University of Zambia Press, Lusaka
- Ndulo M. (2006), *Democratic reform in Africa: its impact on governance & poverty alleviation*, Ohio University Press
- Pallotti A. (1999), *L'Europa e il sud del mondo : quali prospettive per il post-Lomé?*, AIEP, San Marino - Pubblicato nell'ambito del Progetto del COCIS Lomé 2000, con la collaborazione del Centro Amilcar Cabral di Bologna
- Phiri B.J. (2006), *A Political History of Zambia*, Africa world Press Inc.
- PHM, Medact & GEGA (2005), *Global Health Watch, 2005-2006: an alternative world health report*, Zed Books, Londra
- Rahnema M. (2004), "Partecipazione", in Sachs W. (2004) eds., *Dizionario dello Sviluppo*, Ed. EGA, Torino
- Raimondi A., Antonelli G. (2001), *Manuale di cooperazione allo sviluppo : linee evolutive, spunti problematici, prospettive*, SEI, Torino
- Rakner L. (2003), *Political and economic liberalisation in Zambia : 1991-2001*, The Nordic Africa Institute, Uppsala
- Saasa O., Carlsson J. (2002), *Aid and poverty reduction in Zambia : mission unaccomplished*, Nordic Africa Institute, Uppsala
- Sen A. (1999), *Development as freedom*, Alfred A Knopf Inc., New York
- Seshamani V., Mkiwisa C.N. (2002), *Zambia's Health Reforms Selected Papers 1995 – 2000*, Department of Economics University of Zambia, Swedish Institute for Health Economics, Lund
- Stefanini A. (1997), *Salute e Mercato*, EMI, Bologna

Summer A., Tribe M. (2008), *International Development Studies. Theories and Methods in Research and Practice*, Sage, Londra

Tarabusi F. (2009), *Tracce di inclusione : antropologia nello sviluppo e cooperazione decentrata in Bosnia-Erzegovina*, Guaraldi, Rimini

Tognoni G., Rivas R. A., Rossi E. (2005), *Se la salute diventa una merce ...*, L'altra pagina, Citta di Castello, Perugia

Touadi J.L. (2003), *Africa - La pentola che bolle*, EMI, Bologna

Zamponi M., Pallotti A. (2010), *L'Africa Sub-Sahariana nella Politica Internazionale*, Le Monnier

Documenti istituzionali

AA.VV. (2007), *Civil society report*, Final report of the Civil Society work team of the Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization, Ginevra

AA.VV. (2007), *Joint Assistance Strategy Zambia (JASZ) 2007 – 2010*, Lusaka

AA.VV. (2007), *Translating the social determinants evidence into a health equity agenda at the country level*, Report of the Country work team of the Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization, Ginevra

AA.VV. (2008) *Dichiarazione di Erice 2008 su Globalizzazione e Disuguaglianze nella Salute*, http://www.ao-siena.toscana.it/Coop_internazionale/formazione/%202009/19_maggio_2009/Dichiarazione_Erice.pdf (2010)

ActionAid Zambia (2008), *Grant Application Form - CASE- Civil Society for Advocacy, Sensitisation and Empowerment Programme*, Lusaka

ActionAid Zambia (2010), *CASE- Civil Society for Advocacy, Sensitisation and Empowerment Programme – 2010 Narrative Report*, Lusaka

Central Statistical Office (1992), *Demographic and Health Survey*, Lusaka

Central Statistical Office (2007), *Zambia Demographic and Health Survey*, Lusaka

Chan (2008), *Speech to the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*, Global Health and Care Forum 2008: primary health care starts with people, World Health Organization, Ginevra

Commission of the European Communities (2006), *A European Programme for Action to tackle the critical shortage of health workers in developing countries (2007-2013)*, Documento COM (2006) 870 final, Bruxelles

Council of EU (2010), *Council Conclusions on the EU role in Global Health*, Annex A, 9644/10, Bruxelles

DANIDA (2002), *Danida Health Sector Programme Support Phase III 2002-2006 Zambia, Copenhagen*, Lusaka oppure DANIDA, Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2002), *DANIDA Health Sector Programme Support –Phase III 2002 – 2006*, Embassy of Denmark, Lusaka

DANIDA (2009), *Health and Development, A Guidance Note to Danish Development Assistance to Health*, Kopenhagen

DFID (2000), *Human Rights for Poor People*, Londra

ECDPM, ACP Secretariat (2003), *The Cotonou Agreement - A User's Guide for Non-State Actors*, ACP Secretariat, Bruxelles

EU Commission (2002), *Participation of Non – State Actors in EC Development Policy*, Bruxelles

EU Commission (2003), *Governance and Development*, Bruxelles

EU Commission (2010), *The EU Role in Global Health*, COM(2010)128 final, Bruxelles

EuropeAid (2007), *Non-State Actors and Local Authorities in Development, 2007 – 2010 Strategy Paper*, Bruxelles

European Commission, Directorate-General for Development and Relations with African, Caribbean and Pacific States (2006), *Partnership Agreement ACP-EC Signed in Cotonou on 23 June 2000 Revised in Luxembourg on 25 June 2005*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg

European Commission (2010), *Public Consultation on the EU Role in Global Health*, Bruxelles

European Community, Government of Zambia (2001), *Country Strategy Paper and Indicative Programme for the period 2001 – 2007*, EuropeAid, Bruxelles

European Community, Government of Zambia (2008), *Country Strategy Paper and National Indicative Programme for the period 2008 – 2013*, EuropeAid, Bruxelles

European Parliament Committee on Development (2009), *Report on the second revision of the Partnership Agreement ACP-EC (the "Cotonou Agreement")*, A7-0086/2009, Bruxelles

European Parliament – Committee on Development (2011), *The future of EU budget support to developing countries*, A7-0206/2011, Bruxelles

European Union (2006), *Investing in people – Strategic Paper for the Thematic Programme 2007-2013*, Bruxelles

European Union (2006), *Regulation (EC) No 1905/2006 of the European Parliament and of the Council of 18 December 2006 establishing a Financial Instrument for Development Cooperation*, Bruxelles

Evaluation Department, Ministry of Foreign Affairs of Denmark (2010), *Joint Evaluation of the Joint Assistance Strategy for Zambia (JASZ) 2007-10*, Copenhagen

Government of Republic of Zambia (1965, 1991), *Local Government Act*, Lusaka

Government of Republic of Zambia (1971), *Registration and Development of Villages Act (Cap 289)*, Lusaka

Government of Republic of Zambia (1991, 1996, 2000 draft), *Constitution*, Lusaka

Government of Republic of Zambia (1995), *National Health Services Act*, Lusaka

Government of Republic of Zambia (1995), *Public Health Act*, Lusaka

Government of Republic of Zambia (2003), *The National Decentralisation. Policy Towards Empowering the People*, Lusaka

Government of Republic of Zambia (2006), *Vision 2030*, Lusaka

Government of Republic of Zambia (2009), *Decentralisation Implementation Plan 2009-2013*, Lusaka

Hunt P., (2007), *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, A/HRC/4/28, 17 January 2007, Geneva

Hunt, P. (2007), *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, UN Doc. A/62/214, Geneva

ILO (2007), *The decent work agenda in africa: 2007-2015*. Report of the Director-General to the Eleventh African Regional Meeting, Addis Ababa, April 2007

Independent Review Team (2008), *Report of the Mid-Term Review of the Zambia National Health Strategic Plan IV, 2006 – 2010*, Lusaka

MDG Report (2007), *The Millennium Development Goals report 2007*, New York, United Nations

Ministry of Finance and National Planning MoFNP (2002), *Poverty Reduction Strategy Paper Zambia 2002 – 2005*, Lusaka

Ministry of Finance and National Planning – MoFNP (2004), *Guidelines for District Planning for Development and Poverty Reduction*, Lusaka

Ministry of Finance and National Planning – MoFNP (2005), *Zambia Aid Policy and Strategy*, Lusaka

Ministry of Finance and National Planning - MoFNP (2006), *Fifth National Development Plan – Broad based Wealth and Job Creation through Citizenry Participation and Technological Advancement*, Lusaka

Ministry of Finance and National Planning –MoFNP (2009), *Mid-Term review Fifth National Development Plan 2006 – 2010*, Lusaka;

Ministry of Finance and National Planning – MoFNP (2010), *Development Cooperation Report 2009*, Lusaka

Ministry of Finance and National Planning MoFNP (2011), *Sixth National Development Plan – Sustained Economic Growth and Poverty Reduction*, Lusaka

Ministry of Foreign Affairs of Denmark (2010), *Evaluation of the Joint Assistance Strategy for Zambia (JASZ) 2007-10*,

Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (1991), *Country Health Profile*, Lusaka

Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (1991), *National Health Policies, and Strategies – Health Reforms*, Lusaka

Ministry of Health Republic of Zambia – MoH (1995), *National Health Strategic Plan 1995 – 1998, From Vision to Reality*, Lusaka

Ministry of Health Republic of Zambia - MoH, Central Board of Health (1998), *Zambia National Health Accounts 1995 – 1998*, Lusaka

Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2005), *Health Sector Joint Annual Review Report 2005*, Lusaka

Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2005), *National Health Strategic Plan 2006 – 2010, Towards Attainment of the Millenium Development Goals and National Health Priorities*, Lusaka

Ministry of Health Republic of Zambia – MoH (2006), *MOU between GRZ/MOH and the Cooperating Partners*, Lusaka

Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2009), *Action Planning Handbook for Health Centres, Health Posts and Communities*, Lusaka

Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2009), *Action Planning Handbook for Hospitals*, Lusaka

Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2009), *Addendum to the 2006 Memorandum of Understanding (MOU)*, Lusaka

Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2009), *Joint Annual Review Report*, Lusaka

Ministry of Health Republic of Zambia - MoH (2010), *National Health Strategic Plan 2011 – 2015*, (draft), Lusaka

Ministry of Health Republic of Zambia – MoH (2011), *National Health Strategic Plan 2011 – 2015, Towards Attainment of the Millenium Development Goals and National Health Priorities in a clean, caring, and competent Envirnoment*, Lusaka

MMD (2011), *MMD Manifesto – Development by all, for all*, Lusaka

OECD-DAC (1995), *Participatory Development and Good Governance – DAC Orientations on Participatory Development and Good Governance*, OECD, Parigi

OECD (2001) *Starting strong: early childhood education and care*, Parigi

OECD (2005) *Paris Declaration on Aid Effectiveness*, Parigi

OECD (2008), *2008 Survey on Monitoring the Paris Declaration: Making Aid more effective by 2010*, Parigi

OECD (2008), *Accra Agenda for Action*, Parigi

OECD – DAC (2010), *Development Cooperation Report 2010*, Parigi

OECD (2010) *Evaluation of the Implementation of the Paris Declaration in Zambia – Final Report*, Parigi

OECD-DAC (2011), *Development Co-operation Report 2011*, Parigi

Office of the UN High Commission for Human Rights (2004), *Draft Guidelines for a Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies*, Ginevra

OHCHR – WHO (2006), *The United Nations Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, Fact sheet n. 31/2006, Ginevra

Patriotic Front (2011), *Yes! a better Zambia for all*, Lusaka

PHM (2000), *People’s charter for health*, Cairo

Provincial Health Office (2010), *Annual Report 2010*, Ndola

Republic of Zambia APRM National Governing Council, Gov. Republic of Zambia Governance Secretariat (2009), *Country Self Assessment Report Zambia*, Lusaka

Republic of Zambia (2006), *Vision 2030 – A prosperous Middle – Income Nation by 2030*, Lusaka

SIDA (2008), *Strategy for development cooperation with Zambia 2008-2011*, Stokholm

Swedish Ministry for Foreign Affairs (2002), *Country Strategy for Development Cooperation Zambia, 2003 – 2007*, Stokholm

Swedish Ministry for Foreign Affairs (2008), *Strategy for Development Cooperation with Zambia, 2008 – 2011*, Stokholm

UN (1948), *Universal Declaration of Human Rights*. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 217 A (III) of 10 December 1948

UN (2000), *Millennium Development Goals*, New York

UN (2001), *Africa's capacity to deliver is huge. Africa Recovery*, <http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/afrec/vol15no1/151aids3.htm> (Agosto 2010)

UN (2005), *Resolution 60/1 adopted at the World Summit 2005 (60th Session of the General Assembly of the UN)*, New York

UN (2006), *General comment no. 7: implementing child rights in early childhood*, United Nations Committee on the Rights of the Child, Ginevra <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/AdvanceVersions/GeneralComment7Rev1.pdf> (Agosto 2010)

UN (2009), *General Comment No. 20 Non-Discrimination in Economic, Social and Cultural Rights (art. 2, para. 2)*, Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Ginevra, <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm> (Febbraio 2011)

UN Committee On Economic, Social and Cultural Rights (2000), *General Comment No. 14 (2000) - The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*, United Nations, Ginevra

UN General Assembly (1986), *Declaration on the Right to Development*, A/RES/41/128, 4 December 1986, 97th plenary meeting, New York

UN General Assembly - UNGA (2000), *United Nations Millennium Declaration*, New York

UNGA, United Nations General Assembly (2006), *Basic Principles and Guidelines on the Right to a Remedy and Reparation for Victims of Gross Violations of International Human Rights Law and Serious Violations of International Humanitarian Law*, UN Doc A/RES/60/147, New York

UN Millennium Project (2005), *Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals*, Londra, Earthscan

UNDESA (2006), *World economic situation and prospects, 2006*, United Nations Department of Economic and Social Affairs, New York

United Nation Development Group (2003), *The Human Rights Based Approach to Development Cooperation - Towards a Common Understanding Among UN Agencies*, United Nations, New York <http://www.undg.org/index.cfm?P=221> (Febbraio 2011)

WHO (1948), *Constitution of the World Health Organization*, 7 April 1948, Ginevra

WHO (1978), *Declaration of Alma-Ata - International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (Settembre 2011)

WHO (1986), *Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion*, Ottawa

WHO (1997), *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century, Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era — Leading Health Promotion into the 21st Century*, Jakarta

WHO (1999), *Community participation in local health and sustainable development: a working document on approaches and techniques*, European Sustainable Development and Health Series: 4, Ginevra

WHO (1999), *Lessons of Experience from Sector Wide Approaches in Health*, Ginevra

WHO (2001), *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*, Report of the Commission on Macroeconomics and Health, Ginevra

WHO (2002), *World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*, World Health Organization, Ginevra

WHO (2005), *Bangkok Charter for Health Promotion*, Ginevra

WHO (2007) *Medium-term Strategic Plan 2008-2013*, World Health Organization, Ginevra

WHO (2007) *The social determinants of health: Developing an evidence base for political action, Measurement and Evidence Knowledge Network*, WHO – CSDH, Ginevra, anche come: MEKN (2007), *The social determinants of health: developing an evidence base for political action. Final report of the Measurement and Evidence Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health*, World Health Organization, Ginevra

WHO (2007) *World health statistics*, Ginevra

WHO (2007), *Civil Society Report for CSDH*, Geneva

WHO (2008), *Closing the Gap in a Generation: health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health*, Ginevra

WHO - Commission on Social Determinants of Health (2007), *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper*, World Health Organisation, Ginevra

WHO - GKN (2007), *Towards health-equitable globalisation: rights, regulation and redistribution. Final report of the Globalisation Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health*, World Health Organization, Ginevra

WHO - MEKN (2007), *Constructing the evidence base on the social determinants of health: a guide, Background Document of the Measurement and Evidence Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health*, World Health Organization, Ginevra

WHO - MEKN (2007), *The social determinants of health: developing an evidence base for political action, Final Report of the Measurement and Evidence Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health*, World Health Organization, Ginevra

WHO - SEKN (2007), *Understanding and tackling social exclusion. Final Report of the Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health*, Ginevra

WHO – Regional Office for Africa (2008), *Ouagadougou Declaration on Primary Health Care and Health Systems in Africa: Achieving Better Health for Africa in the New Millennium*, Brazzaville

WHO (2008), *World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever)*, Ginevra

WHO (2009), *Reducing health inequities through action on the social determinants of health*, SIXTY-SECOND WORLD HEALTH ASSEMBLY WHA62.14, Ginevra, http://apps.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf (Ottobre 2009)

WHO (2011), *Closing the gap: policy into practice on social determinants of health: Discussion paper for the World conference on social Determinants of Health*, Ginevra

WHO World Conference on Social Determinants of Health (2011), *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*, 19 – 21 Ottobre 2011, Rio de Janeiro

- WHO Zambia (2002), *WHO Country Cooperation Strategy, 2002-2005 Zambia*, Brazzaville
- WHO Zambia (2009), *WHO Country Cooperation Strategy, 2008-2013 Zambia*, Brazzaville
- WHO, *A Human Rights – Based Approach to Health*, Ginevra
www.who.int/hhr/news/hrba_to_health2.pdf (Settembre 2010)
- WHO, MoH – GRZ (2006), *Service Availability Mapping – SAM*, Ginevra
- WHO, PHAC (2007), *Improving health equity through intersectoral action*, World Health Organization and Public Health Agency of Canada Collaborative Project, Ginevra
- World Bank (1993), *World Development Report: Investing in health*, Washington DC
- World Bank (2007), *Zambia Poverty and Vulnerability Assessment*, Report No. 32573-ZM, Washington
- World Bank (2009) *World Bank Country Brief: Zambia*,
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/ZAMBIAEXTN/0,,menuPK:375684~pagePK:141132~piPK:141107~theSitePK:375589,00.html> (Marzo 2009)
- World Commission on the Social Dimension of Globalization (2004), *A fair globalization: creating opportunities for all*, International Labour Organization

Articoli e paper

- AA.VV. (2000), *The Decentralization of the Health System in Zambia*, Major Applied Research 6, Technical Paper No. 2, Bethesda
- AA.VV. (2005), "Valutazione della strategia di Home Based Management of Fever in Uganda", in *Salute e sviluppo*, n. 2/2005
- AA.VV. (2008), "Europa e Africa : interdipendenza e cooperazione", in *Diario europeo : culture, prospettive e progetti per l'Europa*, Bologna
- AA.VV. (2011), *Between high expectations and reality: An evaluation of budget support in Zambia*, Ministry of Foreign Affairs of the Kingdom of the Netherlands, The Hague
- Abramson J.H. (1988), "Community-oriented primary care – strategy, approaches and practice: a review", in *Public Health Review*, 16:35-98
- Akhtar A., Macaluso A. (1999), "Riforme sanitarie, efficienza e equità nei paesi a basso reddito", in *Salute e sviluppo*, n. 2/1999
- Andersson F., Lyttkens C. (1999), "Preferences for equity in health behind a veil of ignorance", in *Health Economics* 1999, 8(5):369-78
- Andersson P., Bigsten A., Persson H. (2000), *Foreign Aid, Debt and Growth in Zambia*, Nordic Africa Institute, Uppsala
- Azione per la salute globale (2008), *Un aiuto in salute : secondo rapporto : perchè l'Europa deve erogare piu fondi e spenderli con piu efficacia per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del Millennio per la salute*, <http://www.actionforglobalhealth.eu/index.php?id=301> (Ottobre 2009)
- Azione per la salute globale (2011), *Efficacia degli aiuti per la salute – Verso il 4° Forum di Alto Livello , Busan 2011: Rendere più efficaci gli aiuti per la salute*, <http://www.actionforglobalhealth.eu/index.php?id=301> (Marzo 2011)
- Baez C., Barron P. (2006), *Community voice and role in district health care systems in east and southern Africa: a literature review*, EQUINET Discussion paper n.39, Harare
- Barbera G. (2000), "Unione Europea – una politica di sviluppo dalle scatole cinesi", in *Salute e sviluppo*, n. 3/2000
- Batliwala S. (2007), "Taking the power out of empowerment – an experiential account", in *Development in Practice*, Volume 17, Numbers 4–5, August 2007
- Beauclerk J. (2011), "A framework for understanding civil society in action", in *Development in Practice*, 21:6, pagg. 870-879
- Beltramello C. (2000), "La riforma sanitaria in Tanzania", in *Salute e sviluppo*, n. 1/2000
- Bergh S.(2004), "Democratic decentralisation and local participation: a review of recent research", in *Development in Practice*, 14:6, pagg. 780-790
- Blane D. et al. (1990), "Social class differences in years of potential life lost: size, trends, and principal causes", in *British Medical Journal*, 301(6749), pagg. 429-32
- Blas E., Limbambala M. (2001), "User-payment, decentralization and health service utilization in Zambia", in *Health Policy and Planning*, 16 (suppl. 2), pagg. 19-28

- Blas E., Sommerfeld J., Sivasankara Kurup A. (2010), *Social determinants approaches to public health: from concept to practice*, Department of Ethics, Equity, Trade, and Human Rights Health (ETH), World Health Organization, Ginevra
- Bodini C., altri (2011), "Determinanti Sociali di Salute. Le conclusioni della Conferenza di Rio", in <http://saluteinternazionale.info/2011/11/determinanti-sociali-di-salute-le-conclusioni-della-conferenza-di-rio/>, (Novembre 2011)
- Bond P., Dor G. (2003), "A critique of uneven health outcomes and neoliberalism in Africa" EQUINET <http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/DIS2trade.pdf> (Agosto 2010)
- Boone C., Batsell J. (2001) "Politics and AIDS in Africa: Research Agendas in Political Sciences and International Relations", *Africa Today*, Volume 48, Number 2, Summer 2001, pagg 3-33
- Boone P. (1996), "Politics and the effectiveness of foreign aid", *European Economic Review*, 40, pagg. 289-328.
- Bosisio E. (2000), "Il nuovo universalismo della Organizzazione Mondiale della Sanità", in *Salute e sviluppo*, n. 1/2000
- Bossert T.J, Beauvais J.C. (2002), "Decentralization of Health Systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space", in *Health Policy and Planning*, 17 (1), pagg. 14 – 31
- Bossuyt J. (2000), *Involving Non State Actors and Local Governments in ACP-EU Dialogue*, Policy Management Brief No. 13, ECDPM, Maastricht
- Braveman P. (1998), *Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries*, World Health Organization, Ginevra
- Braveman P.A., Krieger N., Lynch J. (2000), "Health inequalities and social inequalities in health", *Bulletin of the World Health Organization* 2000, 78(2), pagg. 232-33
- Braveman P.A. (2003), "Monitoring Equity in health and health care: a conceptual framework", in *Journal of Health Popul. Nutr.*, n. 21 (3) Sept. 2003, pagg. 181 – 192
- Braveman P.A.(2004), "Politica e pratica", in *Salute e sviluppo*, n. 2/2004
- Burnell P. (2005), "From Low-conflict Polity to Democratic Civil Peace: Explaining Zambian Exceptionalism", in *African Studies*, 64, 2, December 2005
- Bwalya S., Phiri E., Mpembamoto K. (2009), How Non – State Actors lobby to influence Budget Outcomes in Zambia, IPPG discussion papers
- Byskov J., Ngulube T., et al. (2009), "Accountable Priority Setting for Trust in health systems - the need for research into a new approach for strengthening sustainable health action in developing countries", in *Health Research Policy and Systems*
- Caritas Ndola (2009), *Research Report in Mufulira's Kankoyo Township on the Effects of Sulphur Dioxide on Human and Natural Environment*, Ndola
- Caritas Zambia – Economic Justice Programme (2004), *Budget Monitoring and Expenditure Tracking Consolidated Report*, Lusaka
- Caritas Zambia – Economic Justice Programme (2007), *Decentralization through the District Development Coordinating Committee (DDCC) and Provincial Development Coordinating Committee (PDCC)*, Lusaka

- Caritas Zambia, CSPR, JCTR (2011), *Submission on 2011 National Budget and Medium Term Expenditure Framework 2011-2013 To The Ministry of Finance and National Planning*, Lusaka
- Carlsson J., Chibbamullilo P., Orjuela C., Saasa O. (2000), *Poverty and European Aid in Zambia – A Study of the Poverty Orientation*, ODI Working Paper 138, Londra
- Carrino L. (2010), "Development Local, Participation et Changement", *Universitas Forum*, Vol. 2, No. 1, September 2010
- Cassel A. (1997), *A Guide to Sector Wide Approaches for Health Development*, WHO, Ginevra
- Cattaneo A. (1999), "La salute della donna e del bambino – al primo posto la lotta contro la povertà e contro i meccanismi che la producono", in *Salute e sviluppo*, n.1/1999
- Cattaneo A. (1999), "User fees: quali sono i risultati nell'Africa Sub-Sahariana?", in *Salute e sviluppo*, n. 3/1999
- Cattaneo A. (2006), "Sistemi sanitari, determinanti sociali della salute ed equità", in *Salute e Sviluppo* n. 1/2006
- Cattaneo A. (2007), "Le politiche sanitarie globali a 30 anni da Alma Ata", in *Salute e sviluppo*, n. 3/2007
- Cestas (2005), *Agenda per la salute globale 2005*, Cestas, Bologna
- Chakwe M. (2012), "Doctors warn Government over Healthcare System", in *The Post*, 19.4.2012, Lusaka
- Chandhoke N. (2007), "Civil Society", in *Development in Practice*, 17: 4, 607 — 614
- Changala A., Mukwasa B. (2011), "PF pledges to honour Abuja Declaration", in *The Post*, 11 Settembre 2011, Lusaka
- Cheelo C., Goldsbrough D. (2007), *IMF Programs and Health Spending: Case Study of Zambia*, Center for Global Development, Washington
- Chigunta F., Matshalaga N. (2010), *Evaluation of the Implementation of the Paris Declaration in Zambia*, OECD, Parigi
- Chikulo B. (2009), "Local Governance Reforms in Zambia: A Review", in *Commonwealth Journal of Local Governance* Issue 2
- Chitah M. B. (2001), *An Exploratory Investigation Into the Association of Health Expenditures With Health Indicators in Zambia and the Implications for a Resource Constrained Health System*, Harvard School of Public Health, Harvard
- Chomba C., Kabanda S. (2008), "Lessons in effective Citizen Activism: the Anti – Third Term Campaign in Zambia", *Occasional Papers* n. 6, South African Institute of International Affairs Jan Smuts House East Campus, University of the Witwatersrand
- City of Ndola (2006), *The City of Ndola Strategic Development Plan (CNSDP 2006-2010)*, Ndola
- Clark J., Allison C. (1989), *Zambia Debt & Poverty*, Oxfam, Oxford
- Concord, AidWatch (2011), *Challenging Self-Interest - Getting EU aid fit for the fight against poverty*, Bruxelles

- Cornwall A. (2000), *Making a difference? Gender and participatory development*, IDS Discussion Paper, IDS, Brighton
- Cornwall A., Gaventa, J. (2000), "From Users and Choosers to Makers and Shapers: Re-positioning participation in social policy", *IDS Bulletin* (31): 4, Brighton
- Cornwall A., Lucas H., Pasteur K. (2000), "Accountability through Participation – Developing Workable Partnership Models in the Health Sector", *IDS Bulletin Vol 31 No 1*, 2000
- Cornwall A. (2002), *Making Spaces, Changing Places: Situating Participation in Development*, IDS Working Paper 170, Brighton
- Cornwall A., Musembi N.C. (2004), "Putting the 'rights-based approach' to development into perspective", in *Third World Quarterly*, 25: 8, 1415 — 1437
- Cornwall A., Coehlo V. (2004), "New Democratic Spaces?", *IDS Bulletin* 35.2
- Cornwall A., Brock K. (2005), "What do buzzwords do for development policy? a critical look at 'participation', 'empowerment' and 'poverty reduction'", in *Third World Quarterly*, 26: 7, pagg. 1043 — 1060
- Cornwall A. (2007), "Buzzwords and fuzzwords: deconstructing development discourse", in *Development in Practice*, 17: 4, pagg. 471 — 484
- CSPR (2001), *A PRSP for Zambia – a Civil Society Perspective*, Lusaka
- CSPR (2002), *PRSP: A Civil Society Perspective*, Lusaka
- CSPR (2005), *Fifth National Development Plan for Zambia 2006 – 2010: A Civil Society Perspective*, Lusaka
- CSPR (2005), *Governance and Poverty Reduction: Proposals for the Fifth National Development Plan-2006-2011*, Lusaka
- CSPR (2008), *Evaluation of the FNDP*, Lusaka
- CSPR (2010), *Baseline Study of the Project on: Enhancing Government's Public Service Delivery and Budget Execution for the Poor*, Lusaka
- CSPR (2010), *Budget Execution and Service Delivery Barometer*, Lusaka
- CSPR (2010), *Sixth National Development Plan for Zambia, 2011 – 2015: A Civil Society Perspective*, Lusaka
- CSPR (2011), *Press Statement on the Launch of the Sixth National Development Plan*, Lusaka
- Dahlgren G, Whitehead M. (1991), *Policies and strategies to promote social equity in health*, Institute of Futures Studies, Stockholm
- Danaiya Usher A. (2010), "Donors lose faith in Zambian Health Ministry", in *The Lancet*, Vol. 376
- Davini D., G. Putoto (2006), "L'impegno dei donors per una maggiore coerenza dell'aiuto pubblico allo sviluppo", in *Salute e sviluppo*, n. 1/2006
- De Kemp A., Fuast J., Leiderer S. (2011), *Between high expectations and reality: An evaluation of budget support in Zambia*, Ministry of Foreign Affairs of the Kingdom of the Netherlands, The Hague

- De Maeseneer J et al. (2007), *Primary health care as a strategy for achieving equitable care*. Paper prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health, Ginevra
- De Vogli R. (2002), "La vulnerabilità all'HIV/AIDS dei bambini dell'Africa Sub-Sahariana durante le Politiche di Aggiustamento Strutturale", in *Salute e sviluppo*, n. 1/2002
- De Vos P., Malaise G., De Ceukelaire W., Perez D., Lefevre P., Van der Stuyft P. (2009), "Participation and empowerment in Primary Health Care: from Alma Ata to the Era of Globalization", in *Social Medicine* (www.socialmedicine.info) - Volume 4, Number 2
- De Vos P., De Ceukelaire W., Malaise G., Pérez D., Lefèvre P., Patrick Van der Stuyft P. (2010), "Health through people's empowerment: a rights-based approach to participation", in *Health and Human Rights*, volume 11, no. 1, www.hhrjournal.org
- Diderichsen F. (2004), *Resource allocation for Health Equity: Issues and Methods*, World Bank, Washington DC
- EQUINET, TARSC, CHESSORE (2002), *Impacts of Participation and Governance on Equity in Health Systems*, EQUINET – TARSC, Zimbabwe
- EQUINET, CHESSORE, TARSC (2005), *Strengthen Community voice and agency*, Lusaka
- EQUINET (2009), *Participatory Methods for a People centred Health System*, EQUINET, Harare
- Equity Gauge Zambia (2002), *Coordinator's Report*, CHESSORE, Lusaka
- Equity Gauge Zambia (2002), *GEGA visit to the Zambia Gauge*, Lusaka
- Eyben R. (2003), *International development organizations and rights-based approaches*, presentation to Rights and Power Workshop, IDS, November 2003
- Farmer P. (1999), "Pathologies of power: rethinking health and human rights", in *American Journal of Public Health*, 89:486-496
- Ferguson C. (1999), *Global Social Policy Principles: Human Rights and Social Justice*, DFID, Londra
- Fioramonti L. (indeterminato), "The European Community Promoting Democracy at the Local Level: the Case of Advocacy Community-Based Organisations in South Africa", da: <http://www.ukzn.ac.za/ccs/files/Paper%20Fioramonti%20CCS.pdf> (Novembre 2011)
- Fioramonti L., Finn Heinrich V. (2007), *How Civil Society Influences Policy: A Comparative Analysis of the CIVICUS Civil Society Index in Post-Communist Europe*, Research and Policy in Development (RAPID) e Overseas Development Institute (ODI)
- Foster M., Brown A., Conway T. (2000), *Sector – Wide Approaches for Health Development – A review of Experiences*, WHO Global Programme on Evidence for Health Policy, Ginevra
- Foster M., Mackintosh –Walker S. (2001), *Sector Wide Programme and Poverty Reduction*, ODI, Londra
- Francesconi P. (2005), "User fees in Africa", P. Francesconi, "User fees in Africa", *Salute e sviluppo*, n. 2/2005
- Frankisha C.J., Kwanb B., Ratner P.A., Higgins J.W., Larsene C. (2002), "Challenges of citizen participation in regional health authorities", *Social Science & Medicine* 54 (2002), pagg.1471–1480

- Fraser A. (2007), "Zambia back to the future?", in http://cambridge.academia.edu/AlastairFraser/Papers/251/Zambia_Back_to_the_Future, Cambridge
- Fraser A. (2009), "Zambia back to the future?", in Whitfield L. (2009), "The Politics of Aid – African Strategies for Dealing with Donors", Oxford University Press, New York
- Gaventa J., Valderrama C. (1999), *Participation, citizenship and local governance, background note prepared for workshop Strengthening Participation in Local Governance*, IDS, 21–24 June 1999, Brighton
- Gaventa J., (2002), "Exploring Citizenship, Participation and Accountability", in IDS Bulletin n.33, issue 2, 2002
- Gaventa J. (2006), "Finding the Spaces for Change: A Power Analysis", in IDS Bulletin, Volume 37 Number 6 November 2006
- Geddes M., Maciocco G. (2006), "Levelling up – Diseguaglianze nella salute e ingiustizia sociale in Europa", in Salute e sviluppo, n. 2/2006
- GEHA (nd) *The equity gauge: concepts, principles, and guidelines*. Global Equity Gauge Alliance & Health Systems Trust, Durban
- Geiger H. (2002), "Community-oriented primary care: a path to community development", in American Journal of Public Health, 92, pagg. 1713-1716
- Gilson L., Loewenson R., Doherty J., Francis V. (2007) *Challenging Inequity through Health Systems. Final Report Knowledge Network on Health Systems*, WHO Commission on the Social Determinants of Health, Ginevra
- Gilson L., Ngulube T.J., et al. (2006), *Applying Policy Analysis in Tackling Health-equity Related Implementation Gaps*, EQUINET Discussion Paper n. 28, Harare
- Glattstein – Young G., London L. (2010), "Community Health Committees as a vehicle for participation in advancing the right to health", Critical Health Perspectives, Publication of the People's Health Movement South Africa, September 2010 Volume 2. Issue 1
- Global Equity Gauge Alliance (2003) *The Equity Gauge: Concepts, Principles and Guidelines*, South Africa
- Gnesotto R. (2001), "Quando sono in gioco i diritti umani", in Salute e sviluppo, n. 2/2001
- Goetz A.M., Gaventa J. (2001) *Bringing Citizen Voice and Client Focus into Service Delivery*, IDS Working Paper 138, UK
- Govender V., McIntyre D., Loewenson R. (2008) *Progress towards the Abuja target for government spending on health care in East and Southern Africa*, EQUINET Discussion Paper n.60, Zimbabwe
- Graumans A. (1999), "Esperienze di dialogo tra la società civile e i governi nel partenariato UE-ACP", in AA.VV. (1999), *L'Europa e il sud del mondo. Quali prospettive per il post-Lomé*, I libri di Afriche e Orienti, AIEP Editore, Repubblica di San Marino
- Gwatkin D., Bhuiya A., Victoria C. (2004), "Making health care systems more equitable", in Lancet, 364:1272-1280
- Hedman J., Mc Donnell I. (2011), *How DAC Members work with Civil Society Organisations*, OECD, Parigi

- Henriot P. (2010), "Good Questions about Mobile Hospitals", in The Post, Lusaka, 17 August 2010
- Henriot P. (2010), "Ngo Act: What Purpose and What Effect?", The Post 14.12.2010, Lusaka
- Herrero Cangas, A. (2004), "The good governance agenda of civil society: implications for ACP-EU cooperation", ECDPM InBrief 12, Maastricht, http://www.ecdpm.org/Web_ECDPM/Web/Content/Navigation.nsf/index2?readform&http://www.ecdpm.org/Web_ECDPM/Web/Content/Content.nsf/7732def81ddd7ac1256c240034fe65/efd9bdbff347c311c1256fb3003de9c6?OpenDocument (Ottobre 2011)
- Higgins G. (1999), "Società civile, sviluppo e Lomé: opzioni politiche per le relazioni tra l'UE e i paesi ACP", in AA.VV.(1999), L'Europa e il sud del mondo. Quali prospettive per il post-Lomé, I libri di Afriche e Orienti, AIEP Editore, Repubblica di San Marino
- Horman C. (2010), "Zambia's Development Agreements and the Soaring Copper Prices", in Resource Insight, Issue 11, Southern Africa Resource Watch (SARW), Johannesburg
- Howard-Grabman L. (2000), "Bridging the Gap between Communities and Service Providers - Developing Accountability through Community Mobilisation Approaches", IDS Bulletin Vol 31, n.1
- Hunt P. (2007), "Right to the highest attainable standard of health", in Lancet, 370:369-371
- Hutton G., Tanner M. (2004), "The sector-wide approach: a blessing for public health?", in Bulletin of the World Health Organization, December 2004, 82 (12), Ginevra
- Iwami M., Petchey R. (2002), "A CLAS act? Community-based organizations, health service decentralization and primary care development in Peru", in Journal of Public Health 24, pagg. 246–51
- Jad I. (2007), "NGOs: between buzzwords and social movements", in Development in Practice, 17: 4, pagg. 622 – 629
- JCTR (2005), *Parallel Report - Submitted at the occasion of the 34th session of the United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2005) by Civil Society Organizations working in Zambia, in cooperation with Misereor Germany and with the support of FIAN International, both NGO's in consultative status at the ECOSOC*, Ginevra
- JCTR (2007), *Is Good Governance possible in Zambia? Churches and CSOs and the APRM Process*, Lusaka
- JCTR (2009), *Is another Debt Crisis?*, Lusaka
- Jenkins R., Goetz A.M. (1999), "Accounts and accountability: theoretical implications of the right-to-information movement in India", in Third World Quarterly, Vol 20, No 3, pagg. 603± 622
- Jeppsson A., Okuonzi S.A. (2000), "Vertical or Holistic Decentralization of the Health Sector? Experiences from Zambia and Uganda", in International Journal of Health Planning and Management; pagg. 273-289
- Jütting J., Corsi E., Kauffmann C., McDonnell I., Osterrieder H., Pinaud N., Wegner L. (2005), "What Makes Decentralisation in Developing Countries Pro-poor?", in The European Journal of Development Research, 17: 4, pagg. 626 — 648
- Kahssay H.M., Oakley P. (1999) *Community Involvement in Health Development : a Review of the Concept and Practice*, Public Health in Action n. 5, World Health Organization, Ginevra

- Kamwanga J., Macwan'gi M., Van der Geest S. (1999), *Health Reforms and the Quality of Health Care in Zambia*, Amsterdam
- Kasonde J.M., Martin J.D. (1994), *Experiences with Primary Health Care in Zambia*, WHO, Ginevra
- Knippenberg R., Traore Nafu F., Osseni R., Boye Camara Y., El Abassi A., Soucat A. (2004) *Increasing clients' power to scale up health services for the poor: the Bamako Initiative in West Africa*, Background paper to the World Development Report, WB, Washington
- Kragelund P. (2011), "Donors go back home: New financing possibilities and changing aid relations in Zambia", Roskilde University Dept. of Society and Globalisation, Roskilde.
- Krieger N. (2002), "A glossary for social epidemiology", in *Epidemiological Bulletin*, 2002, 23(1), pagg.7-11
- Kunst A., Mackenbach J., (2000), *Measuring socioeconomic inequalities in Health*. Copenhagen, WHO Regional Office Europe
- Kuruville S. (2005), *CSO Participation in Health, Research and Policy: A review of models, mechanisms and measures*, Working Paper 251, Overseas Development Institute, Londra
- Lasker R.D., Weiss E.S. (2003), "Broadening Participation in Community Problem Solving: a Multidisciplinary Model to Support Collaborative Practice and Research", in *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 80, No. 1, March 2003
- Leal, P. A. (2007), "Participation: the ascendancy of a buzzword in the neo-liberal era", in *Development in Practice*, 17: 4, pagg. 539 — 548
- Levers L.L., Magweva F.I., Mpofu E. (2006), *A literature review of district health systems in east and southern Africa: Facilitators and barriers to participation in health*, EQUINET Discussion Paper n.40, Harare
- Lewis, D. (2002), "Civil Society in African Contexts: Reflections on the Usefulness of a Concept", in *Development and Change*, 33
- Link 2007 – Cooperazione in rete (2011), *Sintesi del Rapporto AidWatch 2011*, <http://www.link2007.org/assets/files/documenti/Sintesi%20Aidwatch%20italiano%20%20DEF.pdf> (2011)
- Lister R. (1998), "Citizen in Action: Citizenship and community development in Northern Ireland Context", in *Community Development Journal* 33(3): pagg. 226-235
- Lister J. (2007), *Globalisation and health care systems change*, Background document of the Health Care Systems Knowledge Network of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health, Ginevra
- Lister, R. (2002), "A Politics of recognition and respect: Involving people with experience in poverty in decision making that affects their lives", in *Social Policy and Society* 1, pagg. 37 – 46
- Loewenson R. (1999) *Public Participation in Health*, IDS Working Paper n. 84
- Loewenson R. (2000) *Participation and accountability in health systems: The missing factor in equity?*, TARSC – EQUINET, Harare
- Loewenson R. (2003), *Civil Society – State Interactions in National Health Systems*, WHO e TARSC, Ginevra e Harare

- Loewenson R., et al. (2004) *Assessing the impact of Health Centre Committees on health system performance and health resource allocation*, EQUINET Discussion Paper 18, Harare, Zimbabwe
- Lungu J. (2008), "Socio-economic change and natural resource exploitation: a case study of the Zambian copper mining industry", in *Development Southern Africa* Vol. 25, No. 5, December 2008
- Lungu J. (2009), "The Politics of Reforming Zambia's Mining Tax Regime", in *Southern Africa Resource Watch*, Resource Insight, Issue 8, Johannesburg
- Luttrell C., Quiroz S., Scrutton C., Bird K. (2007), *Understanding and Operationalising Empowerment*, Paper prepared by the Overseas Development Institute (ODI) for the Poverty-Wellbeing Platform, http://www.poverty-wellbeing.net/en/Home/Empowerment/More_on_Empowerment (Agosto 2011)
- Macaluso A. (2000), "Il finanziamento dei sistemi sanitari e riforme nei Paesi in via di sviluppo – Gli schemi di finanziamento comunitario", in *Salute e sviluppo*, n. 1/2000
- Macinko J., Starfield B. (2002), "Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001", in *International Journal for Equity in Health*
- Maciocco G. (1999), "La mortalità come indicatore di sviluppo nella analisi di A. Sen", in *Salute e sviluppo*, n. 2/1999
- Maciocco G. (1999), "User fees – il tragico dilemma del finanziamento dei sistemi sanitari in Africa", in *Salute e sviluppo*, n. 3/1999
- Maciocco G. (2000), "Valutazione dei sistemi sanitari secondo l'OMS", in *Salute e sviluppo*, n. 3/2000
- Maciocco G. (2001), "HIV/AIDS Crisi globale - azione globale", in *Salute e sviluppo*, n. 2/2001
- Maciocco G. (2001), "The medical poverty trap", in *Salute e sviluppo*, n. 3/2001
- Maciocco G. (2002), "Le diseguaglianze nella salute all'interno di una nazione", in *Salute e sviluppo*, n. 2/2002
- Maciocco G. (2003), "Influenza del reddito sulla salute", in *Salute e sviluppo*, n. 2/2003
- Maciocco G. (2004), "La salute come merce: da Alma Ata all'epidemia globale delle riforme sanitarie", in AA.VV. (2004) *Salute e Globalizzazione*, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Ed. Feltrinelli, Italia
- Maciocco G. (2005), "Sistemi sanitari – quali scenari", in *Salute e sviluppo*, n. 2/2005
- Maciocco G. (2007), "Le buone pratiche della cooperazione sanitaria internazionali", in *Salute e sviluppo*, n. 1/2007
- Maciocco G. (2007), "Politica, salute e sistemi sanitari/1 e 2", in *Salute e sviluppo*, n. 1/2007 e n. 2/2007
- Maciocco G. (2009), "Assistenza sanitaria di base. Ora più che mai", in *Salute e sviluppo*, n. 1/2009
- Macwan'gi M., Ngwengwe A. (2004), *Effectiveness of District Health Boards in interceding for the community*, EQUINET DISCUSSION PAPER 19, Harare
- Magnussen L, Ehiri J & Jolly P (2004), "Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy", in *Health Affairs*, 23, pagg.:167-176

- Malunga C. (2006), "Civil Society Effort in Improving Accountability in Africa", EU-Africa e-alert no. 4, http://www.ecdpm.org/Web_ECDPM/Web/Content/Navigation.nsf/index2?readform&http://www.ecdpm.org/Web_ECDPM/Web/Content/Content.nsf/7732def81ddd7ac1256c240034fe65/4407146313c48776c125724400311911?OpenDocument (Ottobre 2011)
- Marmot M. (2005), "Social Determinants of health inequalities", in *Lancet*, 2005, 365, pagg. 1099–1014
- Marmot M. (2007), "Achieving health equity: from root causes to fair outcomes, Michael Marmot, on behalf of the Commission on Social Determinants of Health", in *Lancet* 2007; 370, pagg. 1153–63
- Masiwa M. (2011) *An Analysis of EU – Southern African Relations*, Occasional Paper n. 3 – June 2011, Centro di Studi Storici e Politici su Africa e Medio Oriente, Bologna
- McCoy D., Hall J., Ridge M. (2011), "A Systematic Review of the Literature for Evidence on Health Facility Committees in Low – and Middle – Income Countries", in *Health Policy and Planning*, Oxford University Press
- Medici con l'Africa CUAMM (2000), "Africa nel 2000: salute per tutti?", in *Salute e sviluppo*, n. 3/2000
- Medici con l'Africa CUAMM (2006), "Dalla politica della cooperazione alla politica per lo sviluppo globale", in *Salute e sviluppo*, n. 1/2006
- Mendell M. (2020), "Empowerment: from noise to voice", in *Universitas Forum*, Vol. 2, No. 1, September 2010
- Mesias R., Oliveras Gomez R. (2010), "Is what is essential invisible to the eye?", in *Universitas Forum*, Vol. 2, No. 1, September 2010
- Milimo J.T. (2000), "Health Partnerships in Zambia", in *IDS Bulletin*, Vol. 31 n. 1
- Missoni E. (2001), "Il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, la Tuberculosis e la Malaria", in *Salute e sviluppo*, n. 3/2001
- Missoni E., Pacileo G. (2008), "A trent'anni da Alma Ata: l'evoluzione delle politiche globali in sanità", in AA.VV. (2008) *Terzo Rapporto - Salute Globale e Aiuti allo Sviluppo. Diritti Ideologie, Inganni*, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Edizioni ETS, Pisa
- Mubyazi G., Mushi A. Et al. (2007), "Community views on health sector reform and their participation in health priority setting: case of Lushoto and Muheza districts, Tanzania", in *Journal of Public Health* |Vol. 29, No. 2, pagg. 147–156
- Mubyazi G., Hutton G. (2003), *Understanding mechanisms for integrating community priorities in health planning, resource allocation and service delivery*, EQUINET Discussion Paper n. 13, Harare
- Muchimba C.B. (2011), *The Zambia Mining Industry – A Status Report Ten Years After Privatization*, Friedrich Ebert Stiftung Zambia, Lusaka
- Muntaner C. (2004), "Social capital, social class and the slow progress of psychosocial epidemiology" in *International Journal of Epidemiology*, 2004, 33, pagg. 1-7
- Musembi N.C (2002), *Toward an actor-oriented perspective on human rights*, IDS Working Paper 169, IDS, Brighton

- Musuka G., Chingombe I. (2007), *Building equitable, people-centred national health systems: the role of Parliament and parliamentary committees on health in East and Southern Africa. A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health*, World Health Organization, Ginevra
- Mwansa L. K. (1989), "Rural-Urban Health Care Service Imbalances in Zambia — Forces and Outcomes", in *Journal of Social Development in Africa*, pagg. 69-83
- Mwitwa C., Kabemba C. (2007), *Copper Boom in Zambia: Boom for Whom?*, in *Southern Africa Resource Watch, Resource Insight*, Issue 3, Johannesburg
- Nanda P. (1999), "Global Agendas: Health sector reforms and reproductive health rights in Zambia", in *Development* 42(4), pagg. 59-63
- Navarro V. (2004), "Is capital the solution or the problem?" *International Journal of Epidemiology*, 2004, 33, pagg. 672-74
- Ndulo M., Mudenda D., Ingombe L., Muchimba L. (2009), *Zambia, Global Financial Crisis Discussion Series – Paper 10*, ODI
- Ngulube T.J, Mdhluli L., Gondwe K. (2005), *Planning and budgeting for Primary Health Care in Zambia: A policy analysis*, CHESSORE, Lusaka
- Ngulube T.J, Mdhluli L., Gondwe K., Njobvu C.A. (2004), *Governance, participatory mechanisms and structures in Zambia's health system: An assessment of the impact of Health Centre Committees (HCCs) on equity in health and health care*, EQUINET Discussion Paper Number 21, Harare
- Ngulube T.J. (2005), *Analysing experiences surrounding the introduction of bottom up priority-setting approaches in Zambia*, in AA.VV. (2006), *Applying Policy Analysis in Tackling Healthequity Related Implementation Gaps*, EQUINET Discussion Paper n. 28, Harare
- Ngulube T.J. (2007) *The Equity Gauge approach to enhancing equity of access to public health services: Research challenges for health in developing countries from the African Gauges' experience*, Global Forum for Health Research, Beijing
- NORAD (2004), *The role of Civil Society Organizations in Zambia's Basic Education Sub-Sector Investment Programme (BESSIP)*, Oslo
- Oakley P. (1989), *Community Involvement in Health Development – An examination of Critical Issues*, WHO, Ginevra
- Oakley P. (1991) *Projects with people: the practice of participation in rural development*, ILO, Ginevra
- Oden B., Wohlgemuth L. (2011), *Where is the Paris Agenda heading? Changing relations in Tanzania, Zambia and Mozambique*, Briefing note n. 21 – 2011, ECPDM, Bruxelles e Maastricht
- ODI e MOKORO (2009), *Sector Budget Support in Practice Case Study Health Sector in Zambia*, Londra
- OISG-Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (2006), "Da Alma Ata al Global Fund", in *Salute e sviluppo*, n. 3/2006
- Oyugi W. (2000), "Decentralization for good governance and development: The unending debate", in *Regional Development Dialogue*, Vol. 21, No. 1, Spring, pagg. 3–22

- Pereira J. (2009), *Zambia Aid Effectiveness in the Health Sector, Action for Global Health*, Bruxelles
- Peters D., Chao S. (1998), "The Sector-Wide Approach in Health: What is it? Where is it leading?", in *International Journal of Health Planning and Management*, 13, pagg.177 – 190
- Picazo O., Zhao F. (2009), *Zambia Health Sector Public Expenditure Review Accounting for Resources to Improve Effective Service Coverage*, World Bank, Washington
- Pivetta S. (1999), "Ong-anizzazione dei servizi sanitari", in *Salute e sviluppo*, n. 2/1999
- Piziali S. (2009), "Il forum di Accra – I grandi al capezzale della cooperazione allo sviluppo", in *Salute e sviluppo*, n. 1/2009
- Potts H. (2007), *Accountability and the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, Human Rights Centre of University of Essex
- Potts H. (2008), *Participation and the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, Human Rights Centre of University of Essex
- Quiroz S. (2006), *Empowerment: A Selected Annotated Bibliography*, Paper prepared by ODI for the SDC Poverty-Wellbeing Platform
- Ribot J. (2002), *African Decentralization*, UNRISD Programme on Democracy, Governance and Human Rights Paper Number 8
- Ribot J. (2007), "Representation, Citizenship and the Public Domain in Democratic Decentralization", in *Development*, 2007, 50(1), pagg. 43–49.
- Rifkin S. (1986), "Lessons from community participation in health programmes", in *Health Policy and Planning* 1986;1, pagg. 240-249
- Rifkin S. (1996), "Paradigms lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes", in *Acta Tropica* 1996;61, pagg. 79-92
- Robinson M. (2001), *Bridging the gap between human rights and development: from normative principles to operational relevance*, World Bank Presidential Fellows Lecture, 3 December 2001
- Saasa O., Carlsson J. (1996), *The Aid Relationship in Zambia – A Conflict Scenario*, Nordic Africa Institute, Uppsala
- Saasa O. (2002), *Decentralizing for Participatory Development: Theoretical Challenges and Assumptions*, paper per World Bank fornito dal Prof. Oliver Saasa
- Sachs J. (2004), "Health in the developing world: achieving the Millennium Development Goals (MDGs)", in *Bulletin of the World Health Organization*, 82, pagg. 947-952
- Sanz Corrella B., Mutesa F., Moon Hamabuyu I., Mpepo B. (2006), *Institutional Analysis of Non State Actors in Zambia, research study commissioned by the European Union and Ministry of Finance and National Planning*, Lusaka
- Schneider H., Libercier M.H. (1995), *Participatory Development: from Advocacy to Action*, pagg. 17 – 80, OECD, Parigi
- Schuftan C. (1998), "Beyond Maldevelopment Praxis in Africa", Monograph Series 1/1998, CODESRIA, Senegal

- Scott V., Stern R., Sanders D., Reagon G., Mathews V. (2008), "Research to action to address inequities: the experience of the Cape Town Equity Gauge", in *International Journal for Equity in Health*
- Sen A. (2000), "Salute e libertà", in *Salute e sviluppo*, n. 3/2000
- Sen A. (2008), "Why and how is health a human right?" in *Lancet* Vol 372 December 13, 2008, pag. 2010
- Seshamani V., Mkiwisa C.N. (2003), *Is there Health Equity in Zambia? A Case Study*, Lusaka
- Sibal B. (2006), "People's power in people's hands: the lesson we need to learn", in *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:521
- Sishuwa S. (2012), "Amputation of Districts, Provinces: Decentralization or Politics?", in *The Post*, 21.2.2012, Lusaka
- Sohani S. (2005), *Health care access of the very poor in Kenya, Workshop Paper 11. Meeting the health related needs of the very poor*, DFID Workshop 14–15 February, Aga Khan Health Service, Nairobi
- Solar O., Irwin A (2007 e 2010), *A conceptual framework for action on the social determinants of health*, Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization, Ginevra
- Starfield B. (2001), "Improving equity in health: A research agenda", in *International Journal of Health Services* 2001, 31(3), pagg. 545-66
- Starfield B. (2006), "State of the art research on equity in health", in *Journal of Health Politics Policy Law*, 31, pagg. 11-32
- Stefanini A. (1993), "A selected annotated bibliography on sustainability of health care in developing countries : with special reference to donor-supported health programmes", CUAMM, Padova
- Stefanini A. (1999), "I determinanti della salute – nuove strategie per la politica sanitaria", in *Salute e sviluppo*, n.1/1999
- Stefanini A. (2003), "Coesione sociale e salute", in *Salute e sviluppo*, n. 3/2003
- Stefanini A. (2004), "Diseguaglianze ed equità nella salute", in *Salute e sviluppo*, n. 1/2004
- Stefanini A. (2005), "Il diritto alla salute e la salute dei diritti", in *Salute e sviluppo*, n. 3/2005
- Stefanini A. (2006), "Da Alma Ata al global Fund" , in *Salute e Sviluppo* 3/2006, Italia
- Stefanini A. (2011), "Determinanti sociali della salute e diritti umani: dalla retorica alla pratica quotidiana", in <http://saluteinternazionale.info/2011/10/determinanti-sociali-della-salute-e-diritti-umani-dalla-retorica-alla-pratica-quotidiana/> (Ottobre 2011)
- Stekelenburg R., Peeperkorn R. (2004), *Health Reforms at Work: Experiences with the Sector Wide Approach in Zambia*, with financial support from the Ministry of Foreign Affairs of the Netherlands, Amsterdam
- Sundervall J., Forsberg B., Jonsson K., Chansa C., Tomson G.(2009), "The Paris Declaration in Practice: Challenges of Health Sector Aid Coordination at the District Level in Zambia", in *Health Research Policy and Systems*, 7:14

- Tajer D. (2003), "Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges", *American Journal of Public Health*, 93(12), pagg. 1989-91
- TARSC (2009), *Participatory methods for people centred Health Systems, Regional Review Workshop Report; TARSC with IHI, EQUINET*, Harare
- Tediosi F. (2002), "Il rapporto 'Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development' ", in *Salute e sviluppo*, n. 1/2002
- Tognoni G. (2007), "Capacità informativa, ruolo e utilizzo dei dati nei processi di policy making . I dati, ovvero dell'ambivalenza", in *La Rivista delle Politiche Sociali*, 4(1), 2007, pagg. 83-89
- Tognoni G. (2008), "I farmaci e il mercato", *Assistenza infermieristica e ricerca*, 27(4), 2008, pagg. 226-229
- Tognoni G. (2008), "Le morti-malattie evitabili come espressione moderna del genocidio?", in *Assistenza infermieristica e ricerca*, 27(4), 2008, pagg. 230-233
- Tognoni G. (2008), "Salute-sanità: come indicatore/i privilegiato/i?", in *Assistenza infermieristica e ricerca*, 27(4), 2008, pagg. 221-225
- Training and Research Support Centre (TARSC), Lusaka District Health Management Team (LDHM), Regional Network for Equity in Health in east and Southern Africa (EQUINET), (2011), *Strengthening Health Worker-Community Interactions through Health Literacy and Participatory approaches*, Lusaka
- Turiano L., Smith L. (2008), "The catalytic synergy of health and human rights: The People's Health Movement and the Right to Health and Health Care Campaign", in *Health and Human Rights: An International Journal* 10/1 (2008), p. 143
- University of Zambia Department of Economics, Ministry of Health, TARSC (2011), *Equity Watch: Assessing Progress towards Equity in Health in Zambia*, EQUINET, Lusaka and Harare
- Uvin P. (2007), "From the right to development to the rights-based approach: how human rights entered development", in *Development in Practice*, 17, 4, pagg. 597 — 606
- Van der Geest S. (2000), "User fees and drugs: what did the health reforms in Zambia achieve?", in *Health Policy and Planning*, 15(1), pagg. 59–65
- Van Donge J.K. (2007), "Flexible SWAps for Strategic Policy-making: Reflections on the Zambian Experience", in *Development Policy Review*, 2007, 25 (4), pagg. 473-494
- Vega Romero R., Torres Tovar M. (2007) *The Role of Civil Society in Building an Equitable Health System, Paper prepared for the Health Systems Knowledge Network of the WHO Commission on the Social Determinants of Health*, World Health Organization, Ginevra
- Viola I., Lupi N. (2007), *Allarme salute : Perché è necessaria un'azione immediata dell'Europa per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del Millennio per la salute*, Azione per la salute globale, Bologna
- Walford V. (2003), *Defining and Evaluating SWAps - A paper for the Inter-Agency Group on SWAps and Development Cooperation*, Institute for Health Sector Development, Londra;
- Walford V. (2007), *A review of health sector wide approaches in Africa*, HLPS Institute (<http://www.hlsp.org/Home/Aboutus/HLSPInstitute.aspx>), Londra

- Wallerstein N. (1992), "Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs", in *American Journal of Health Promotion* 1992;6, pagg.197– 205
- Williams L., Labonte R. (2003), "Changing health determinants through community action power participation and policy", in *Promotion and Education*; 2003; 10, 2
- Whitehead M. (1992), "The concepts and principles of equity and health", in *International Journal of Health Services*, 22 (3)
- Whitehead M. (2004), "Concetti e principi di equità in salute", in *Salute e Sviluppo* 1/2004
- Whitehead M., Dahlgren G., Evans T. (2001), "Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?", in *Lancet*, pagg. 833-836 , Volume: 358, Issue: 9284 September 8, 2001
- Whitehead M., Dahlgren G. (2006), *Levelling up (part 1 and 2): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- Wohlgemuth L., Saasa O. (2008), *Changing aid relations in Zambia*, European Centre for Development Policy management - ECDPM Discussion Paper n. 83, Maastricht
- Yamin A.E. (1996), "Defining Questions: Situating Issues of Power in the Formulation of a Right to Health under International Law", *Human Rights Quarterly*, 18 (2), pagg. 398-438
- Zambia Council for Social Development - ZCSD, World Alliance for Citizen Participation – CIVICUS (2010), *The Status of Civil Society in Zambia: Challenges and Future Prospects*, http://www.civicus.org/images/stories/csi/csi_phase2/zambia%20final%20acr.pdf (Agosto 2011)
- ZambianWatchDog (2011), "Full 2012 National Budget Proposal - 2012 Budget Address by Hon. Alexander B. Chikwanda, Mp Honourable Minister of Finance, Delivered to the National Assembly on Friday 11th November 2011", <http://www.zambianwatchdog.com/archives/26116> (Novembre 2011)
- Zamponi M. (2006), "Democrazia e Transizioni Politiche – L'Africa Sub-Sahariana nell'Era del Post – Washington Consensus", in *900 – Rassegna di Storia Contemporanea* n. 14-15 del 2006
- Ziersch A., Baum F. (2004), "Involvement in civil society groups: is it good for your health?", in *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, pagg. 493-500

Sitografia

Unione Europea

Delegazione dell'Unione Europea in Zambia: http://eeas.europa.eu/delegations/zambia/index_en.htm

ACP – EU Joint Parliamentary Assembly: <http://www.europarl.europa.eu/intcoop/acp/>

European Parliament: <http://www.europarl.europa.eu/en/headlines/>

European Parliament Comitato Foreign Affairs: <http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/homeCom.do?language=EN&body=AFET>

European Parliament Comitato Development: <http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/homeCom.do?language=EN&body=DEVE>

RELEX – European Union External Relations: http://eeas.europa.eu/background/index_en.htm

RELEX – European Union External Relations Diritti Umani: http://eeas.europa.eu/human_rights/index_en.htm

RELEX – European Union External Relations Health: http://eeas.europa.eu/health/index_en.htm

EUROPEAID – Development and Cooperation, Unione Europea: <http://ec.europa.eu/europeaid>

EUROPEAID – Development and Cooperation Health: http://ec.europa.eu/europeaid/where/worldwide/health/index_en.htm ;
http://ec.europa.eu/europeaid/what/health/index_en.htm

EUROPEAID – Development and Cooperation Budget Support: http://ec.europa.eu/europeaid/how/delivering-aid/budget-support/index_en.htm ;

EUROPEAID – Development and Cooperation Capacity4development: <http://capacity4dev.ec.europa.eu/home>

EUROPEAID – Development and Cooperation Non State Actors in Development: http://ec.europa.eu/europeaid/how/finance/dci/non_state_actors_en.htm

Africa – EU Partnership: <http://www.africa-eu-partnership.org/>

Sistema delle Nazioni Unite

World Bank: <http://www.worldbank.org/>

World Bank, Countries: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/0,,menuPK:3030988~pagePK:180619~piPK:3001866~theSitePK:136917,00.html>

World Bank, Participation and Civic engagement: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTPCENG/0,,menuPK:410312~pagePK:149018~piPK:149093~theSitePK:410306,00.html>

Nazioni Unite / UN system (Organismi per i Diritti Umani):

<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx>

Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health: <http://www2.ohchr.org/english/issues/health/right/>

OMS/WHO dedicato ai World Health Report: <http://www.who.int/whr/en/>

OMS/WHO, spazio dedicato ai Determinanti Sociali della Salute: http://www.who.int/social_determinants/en/

OMS/WHO: <http://www.who.int>

OMS/WHO Africa Regional Office: <http://www.afro.who.int/>

OHCHR, Office of the High Commissioner for Human rights: <http://www.ohchr.org/EN/Pages/WelcomePage.aspx>

OHCHR, civil society: <http://www.ohchr.org/EN/AboutUs/Pages/CivilSociety.aspx> ;
<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/UPR/Pages/NgosNhris.aspx>

OHCHR, human rights index documents: <http://www.universalhumanrightsindex.org/>

OHCHR, Zambia: <http://www.ohchr.org/EN/countries/AfricaRegion/Pages/ZMIndex.aspx>

OHCHR, Universal Periodic Review: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/UPR/Pages/UPRMain.aspx>

OHCHR, Universal Periodic Review, Zambia: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/UPR/Pages/zmsession2.aspx>

Zambia

CARITAS Zambia: <http://www.ccjdp.org.zm/>

CBU - Copperbelt University, Zambia:

Central Statistical Office Zambia: <http://www.zamstats.gov.zm/index.php>

CHAZ Zambia: <http://www.chaz.org.zm/>

CSPR - Civil Society Poverty Reduction, Zambia: <http://www.csprzambia.org/>

Equity Gauge Zambia: <http://www.gega.org.za/profiles/zambia.php>

JCTR - Jesuit Centre for Theological Reflection, Zambia: <http://www.jctr.org.zm/>

MoH - Ministry of Health, Zambia: <http://www.moh.gov.zm/>

NGOCC Zambia (Coordinamento Ong Zambia): <http://www.ngocc.org.zm/>

POST ZAMBIA, quotidiano: <http://postzambia.com/post-index.php?page=home>

TIMES OF ZAMBIA, quotidiano: <http://www.times.co.zm/>

TIZAMBIA – Transparency International Zambia: <http://www.tizambia.org.zm/>

WHO Zambia: http://www.afro.who.int/index.php?option=com_content&view=article&id=1058&Itemid=2024

ZAMBIAN WATCHDOG, sito di informazione on-line: <http://www.zambianwatchdog.com/>

ZAMFOHR, Zambian Forum for Health Research: <http://www.zamfohr.org/index.html>

Centri di ricerca, portali di ricerca, network di ricerca, siti di informazione

ACP Secretariat: <http://www.acpsec.org/>

ACP-EU Trade: <http://www.acp-eu-trade.org/>

Africa Power and Politics: <http://www.institutions-africa.org/page/home>

AfroBarometer, An African-led series of national public attitude surveys on democracy and governance in Africa: <http://www.afrobarometer.org/>

Centro Diritti Umani, Università di Padova: <http://unipd-centrodirittiumani.it/it/>

Centro Salute Internazionale, UNIBO: www.csiunibo.org

ELDIS, Eldis is one of a family of knowledge services from the Institute of Development Studies, Sussex : <http://www.eldis.org/>

EQUINET AFRICA (Regional Network on Equity in Health in Southern Africa): <http://www.equinet africa.org/>

Essays on Nutrition, Health Care, Human Rights and Development, Claudio Schuftan PHM: <http://www.humaninfo.org/aviva/>

Europe's Forum on International Cooperation (Euforic): <http://euforic.org/>

European Centre for Development Policy Management (ECDPM): <http://www.ecdpm.org/>

European Development Research Network: <http://www.eudnet.net/index.html>

GapMinder (statistiche dinamiche): <http://www.gapminder.org/>

GLOBAL HEALTH EUROPE: <http://www.globalhealth europe.org/index.php>

Global Health Watch: <http://www.ghwatch.org/>

GOOGLE LIBRI: <http://books.google.it/bkshp?hl=it&tab=wp>

GOOGLE SCHOLAR: <http://scholar.google.it/>

IDS – Institute of Development Studies: <http://www.ids.ac.uk/go/home>

Participation: <http://www.ids.ac.uk/go/research-teams/participation/-power-and-social-change-team/participation-themes>

Vulnerability and Poverty Reduction: <http://www.ids.ac.uk/go/research-teams/vulnerability-and-poverty-reduction-team>

Governance: <http://www.ids.ac.uk/go/research-teams/governance-team>

Social Change and Power: http://www.ids.ac.uk/index.cfm?objectID=173CCF55-5056-8171-7B7167F286A8A72B&pgno_news=2#news

JOINT RESEARCH CENTRE, European Commission: <http://ec.europa.eu/dgs/jrc/index.cfm>

OISG – Osservatorio Italiano Salute Globale: http://www.saluteglobale.it/index.php?option=com_content&task=view&id=57&Itemid=2

SALUTEINTERNAZIONALE.INFO: www.saluteinternazionale.info

Secretariat of the African, Caribbean and Pacific Group of States : <http://www.acpsec.org/index.htm>

TARSC (Training and Research Support Centre) : <http://www.tarsc.org/>

UNDP Zambia: <http://www.undp.org.zm/>

UNIMONDO : www.unimondo.org

WorldMapper: <http://www.worldmapper.org/>

Ong e network di Ong extra - Zambia

Civicus – World Alliance for Citizen Participation: <http://www.civicus.org/about-us>

CESTAS, Ong di cooperazione internazionale: <http://www.cestas.org/>

Global Equity Gauge Alliance: <http://www.gega.org.za/profiles/sa.php>

International Forum of national NGO platforms: http://www.ong-ngo.org/spip.php?page=sommaire&id_rubrique=4&lang=en

IFHHRO, International Federation of Health and Human Rights Organisations: www.ifhhro.org

Human Rights Watch: www.hrw.org

People Health Movement: www.phmovement.org

Link 2007, Cooperazione in rete: <http://www.link2007.org/66.html?start=6>

Banche Dati

OECD Creditor Reporting System: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=CRSNEW>

OECD Glossary: <http://stats.oecd.org/glossary/>

OECD QWIDS (Query Wizard for International Development Statistics): <http://stats.oecd.org/qwids/>

OECD International Development Statistics: www.oecd.org/dac/stats/idsonline

OECD Aid at Glance: www.oecd.org/dac/stats/aidcharts

OECD AidFlow: <http://www.aidflows.org/>

WHO Data and Statistics: <http://www.who.int/research/en/>

WHO Global Health Observatory Map Gallery: <http://gamapserver.who.int/mapLibrary/default.aspx>

WHO Geonetwork: <http://apps.who.int/geonetwork/srv/en/main.home>

WHO Library: <http://www.who.int/library/en/>

Central Statistical Office Zambia: <http://www.zamstats.gov.zm/>

World Data Bank: <http://databank.worldbank.org>

Appendice

I. Abbreviazioni e sigle

ACP	African, Caribbean, Pacific Countries
ADC	Area Development Committee
ANC	Antenatal Care
ARH	Adolescent Reproductive Health
ART	Anti Retroviral Therapy
ARVs	Anti-Retrovirals
BHCP	Basic Health Care Package / Programme
CBOs	Community Based Organizations
CHAZ	Churces Health Association of Zambia
CHESSORE	Centre for Health Science and Social Research
CIDA	Canadian International Development Agency
CMR	Child Mortality Rate
CP	Cooperating Partner
CSDH	Commission on Social Determinants of Health
CSO	Central Statistical Office
CSOs	Civil Society Organization
CSPR	Civil Society Poverty Reduction
DAC	Development Assistance Comittee dell'OECD/OCSE
DALE	Disability-Adjusted Life Expectancy
DANIDA	Danish International Development Agency
DDCC	District Development Coordinating Committee
DFID	Department for International Development, Gran Bretagna
DG DEV	Direzione Generale Sviluppo della Commissione Europea
DHMT	District Health Management Team
DHB	District Health Board
EIDHR	European Instrument for Democracy and Human Rights
EU /UE	European Union / Unione Europea
FAMS	Financial Administrative Management System
FAO	Food and Agriculture Organization
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GDP	Gross Domestic Product
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, TB, & Malaria
GRZ	Government of Republic of Zambia
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Ufficio della Cooperazione Internazionale Tedesca)
GTZ	German Tecnical Cooperation (ora GIZ)
HIP	Harmonization in Practice
HIPC	Highly-Indebted Poor Countries (Initiative)
HMB	Hospital Management Board
HMIS	Health Management Information System

HRBA	Human Rights Based Approach
HIV/AIDS	Human immunodeficiency virus - Acquired Immuno-Deficiency Syndrome
IHP+	International Health Partnership
JASZ	Joint Assistance Strategy for Zambia
JCTR	Jesuit Centre for Theological Reflection
MDG	Millennium Development Goals
MLG	Ministry of Local Government
MMD	Movement for Multiparty Democracy
MMR	Maternal mortality ratio
MOH Zambia	Ministry of Health, Zambia
MoU	Memorandum of Understanding
MTEF	Medium Term Expenditure Framework
NDP	National Development Plan
NGOs/Ong	Non – Governmental Organisations / Organizzazioni non governative
NGOCC	Non-Governmental Organisations Coordinating Committee
NHC	Neighbourhood Health Committee
NHSP	National Health Strategic Plan
NSA	Non State Actor
ODA	Official Development Assistance
OECD / OCSE	Organisation for Economic Co-operation and Development / Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
OHCHR	Office of the High Commissioner for Human Rights
PAS/SAP	Piano di Aggiustamento Strutturale / Sector Adjustment Plan
PDCC	Provincial Development Coordinating Committee
PEMFAR	Public Expenditure Management Financial Accounting Reform
PEPFAR	President’s Emergency Plan for AIDS Relief
PHC	Primary Health Care
PHO	Provincial Health Office
PF	Patriotic Front, Zambia
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper
RBM	Roll Back Malaria
RDC	Rural Development Committee
SIDA	Swedish International Development Co-operation Agency
SSA	Sub Saharan Africa
SWAp	Sector-Wide Approach
TBC	Tuberculosis
TBAs	Traditional Birth Attendants
UMR	Under five Mortality Rate
UN	United Nations
UNDAF	United Nations Development Assistance Framework
UNDP	United Nations Development Programme
UNFPA	United Nations Population Fund
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees

UNICEF	United Nations Children's Fund
UNZA	University of Zambia
USAID	United States Agency for International Development
USD	United States Dollar
WB	World Bank
WHO / OMS	World Health Organization / Organizzazione Mondiale per la Salute
ZAMFOHR	Zambian Forum for Health Research
ZK / KW	Zambian Kwacha
ZCSD	Zambia Council for Social Development
ZDHS	Zambia Demographic Health Survey
ZGF	Zambia Governance Foundation

II. Profilo e descrizione dei soggetti intervistati

alcune donne coinvolte nel progetto contro la malnutrizione nel Compound di Mc Kenzie, Ndola.

Alessandro Zanotta, Macro and budget Support Advisor, Delegazione UE Zambia.

Angela Spilsbury, Health and HIV/AIDS Adviser, DFID Zambia.

Audrey Mwendapole, SIDA National Programme Officer Controller, Embassy of Sweden.

Cannon Kahilu Mukuma, Programme Manager, CINDI e Civil Society Health Forum Copperbelt, Kitwe.

Charlene Bangwe Chama, Programme Officer - STEPS OVC, CHEP, Kitwe.

Charles Muchimba, Mineworkers Union Zambia, Kitwe.

Chiara Bodini, Medico, Centro Salute Internazionale, Bologna.

Christine Mwape, Justice and Peace Commission, Caritas Ndola.

Christopher Knauth, DEVCO E.2 Geographical Coordination East and Southern Africa.

Clara Mbwili, Medico, Manager Planning and Development, Distretto Sanitario di Ndola.

Collins Chansa, Chief Planner, Multilateral & Bilateral Cooperation, Directorate of Planning and Development, Ministry of Health, Zambia.

Daniela Concina, Desk officer for Zambia, European Commission, DG Development and Relations with African, Caribbean and Pacific States.

Dominic Liche, Programme Officer: Governance, Jesuit Center for Theological Reflection, Lusaka, Zambia.

Edmond Kangamungazi, Economic Development and Budget, Caritas Zambia, Lusaka.

Esben Sonderstrup, Ufficio della Cooperazione Danese in Zambia.

Gianclaudio Bizzotto, coordinatore CELIM Zambia.

Giulia Amerio, Medico esperto di malnutrizione, Ass. Comunità Papa Giovanni XXIII, Ndola, Zambia.

Greg Chikwanka, Health and HIV/AIDS, DFID Zambia.

Ifoma H. Mulewa, Democratic Governance and Public Participation, Caritas Zambia, Lusaka.

Joao Barbedo, EU External Relation Service, Zambia Desk, Bruxelles.

John B., membro del consiglio del *Compound* di Nkwazi, Ndola.

John Lungu, Professore, Copperbelt University – School of Business, Kitwe.

Joseph Changala, Programme Development officer, Diocesi di Ndola.

Juan Garay, Health team coordinator Children rights and needs, Human and Social Development Unit, DG Development, European Commission.

Kagulula Solomon, National Professional Officer Managerial Processes for National Health Development (NPO/MPN), United Nations Annex, World Health Organisation Country Office Zambia.

Lewis Mwape, Programmes Coordinator, Zambia Council for Social Development (ZCSD), Lusaka.

Lynette Maambo, community partnership coordinator, District Health Management Team Ndola.

Mara Rossi, Medico, Esperto di malattie infettive e tropicali, Medico cooperante in Zambia, Ginevra.

Marcel van Driel, GIZ Zambia (ex DED Zambia) – Agenzia di Cooperazione Tedesca, Consulente per la Local Government Association Zambia.

Margaret, infermiera progetti di malnutrizione, Ndola.

Milimo Mwiba, Head- Justice and Peace, Caritas Zambia, Lusaka.

Miriam Chama, Copperbelt Health Provincial Office, Ndola.

Monica Mutesa, Essential Services Programme Coordinator, Oxfam GB Zambia, Lusaka.

Nshindano Patrick Kryticous, Research and Policy and Budget Tracking, CSPR – Zambia, Lusaka.

Oliver S. Saasa, Professore, Managing Consultant/CEO, Premier Consult Limited.

operatori dei Neighbourhood Health Committee, Ndola.

Padre Peter J. Henriot, Director of the Jesuit Center for Theological Reflection, Lusaka.

Pascal Bwalya, Bethesda e ZCSD Ndola.

Patrick Mwela, Director of Social Programmes, Diocesi di Ndola.

Paul Kalinda, Officer della Delegazione UE in Zambia per la cooperazione in campo sanitario in Zambia, Lusaka.

Petra Hagelstam, EU – DEVCO, Head of Sector Unit D1 - Governance, Democracy, Gender and

Human Rights

Pierfranco Alloa, DEVCO D.2 "Civil Society and Local Authorities"

Remmy Shawa, Global Youth Campaigns Coordinator at World AIDS Campaign, Lusaka, Zambia

Sabrina Bazzanella, Officer della Delegazione UE in Zambia per il settore sociale e la governance

Sr. Matilda Mubanga, Zambia Episcopal Conference – National Health Coordinator, Lusaka

Stenford Zulu, Human Resources Manager, Churches Health Association of Zambia (CHAZ)

Thabale Jack Ngulube, Medico, IHP+ National Expert, CHESSORE, Lusaka

Umberto, padre missionario, Franciscan Centre, Ndola

Vittorio Prodi, membro del Parlamento Europeo

William Chilufya, Civic Engagement & Advocacy Programme Officer CSPR- Zambia, Lusaka

Yoram Siame, Advocacy Specialist, Churches Health Association of Zambia (CHAZ)

Zaza Curran, Action Aid Zambia, Lusaka