

# Politiche pubbliche di promozione della salute mentale tra condizioni locali e proposte delle agenzie internazionali: il caso di Medellín

ALBA EMILCE GAVIRIA MÉNDEZ

*The article presents a program aimed to foster mental health promotion in the Moravia district of Medellín city, characterized by major economic, environmental, housing, and psychosocial problems. The program is based on the concept and tools of human sustainable development, and on the empowerment of people and social actors, which are active parts in controlling health determinants. It is supported by the national government and is coherent with UN and WHO principles and recommendations for mental health programs.*

## 1. Introduzione

L'articolo descrive una politica pubblica di promozione della salute mentale sviluppata nel quartiere di Moravia, nell'area urbana di Medellín (principale città della Colombia dopo la capitale Bogotá). Il quartiere è ubicato nella zona della città storicamente usata come discarica per i rifiuti e rappresenta l'insediamento abitativo abusivo più importante di tutto il dipartimento di Antioquia (Hernández, Montoya, s.i.d.). La scelta di tale contesto urbano permette di specificare l'approccio e gli strumenti proposti dal dibattito e dalle politiche internazionali con riferimento a un luogo e una popolazione specifici. Ciò necessita di una contestualizzazione che sia capace di tener conto della quotidianità di un quartiere che, così come gli altri, rappresenta «una banca dati, una memoria e un significato urbano che è necessario mantenere»<sup>1</sup>.

Gli approcci «di popolazione» sono da tempo al centro del dibattito internazionale (PAHO, 2000: pag. 13) e, per esempio, alla base delle politiche sanitarie canadesi<sup>2</sup>, differenziandosi dal concetto tradizionale «di attenzione medica» focalizzato soprattutto sugli individui. L'approccio «di popolazione» si basa su due aspetti principali: considerare le popolazioni quale soggetto principale delle responsabilità dei sistemi sanitari e delle loro prestazioni; tener conto di un ampio spettro di determinanti di salute. Tra le determinanti di salute sono compresi l'istruzione, l'ambiente (qualità dell'aria, dell'acqua e del terreno), le possibilità d'impiego e le condizioni di lavoro, i comportamenti individuali, l'esistenza di reti di appoggio sociale. Tutto

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Alcune definizioni
3. Le politiche pubbliche di promozione della salute mentale nel quartiere Moravia
4. Le politiche d'intervento nel quartiere e la relazione con le politiche municipali, dipartimentali, nazionali e internazionali
5. Conclusioni

### Note sull'autore

Alba Emilce Gaviria Méndez – Facultad Nacional de Salud Pública «Héctor Abad Gómez», Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia  
alba@guajiros.udea.edu.co

L'adattamento italiano è stato curato da Carlo De Pietro - CERGAS, Bocconi

ciò si collega con le capacità dei singoli di aver coscienza e controllare tali fattori.

## 2. Alcune definizioni

### 2.1. Le politiche pubbliche di salute

Per politiche pubbliche di salute intendiamo quelle che si riferiscono alla salute direttamente o indirettamente. Hancock (1982) utilizza l'espressione «politica pubblica di salute» con l'intenzione di partire dalle determinanti di salute e di non considerare solo i sistemi di prestazioni mediche. Nelle raccomandazioni fatte ad Adelaide nel 1988 in occasione della Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute<sup>3</sup>, si sottolineava come tali politiche «si caratterizzano per una preoccupazione esplicita per la salute, l'equità e per una responsabilità circa il loro impatto, la cui finalità principale consiste nel creare un contesto di appoggio che renda possibile o faciliti le persone nel mettere in atto comportamenti salutari e renda l'ambiente sociale e fisico promotore di salute».

### 2.2. Le politiche pubbliche di salute mentale

Con riguardo alla salute mentale, una politica di salute perseguirà l'obiettivo di «rafforzare le capacità delle persone e dei gruppi sociali di interagire tra loro e con l'ambiente esterno, in modo da promuovere il benessere individuale, lo sviluppo e il pieno utilizzo delle potenzialità psicologiche, cognitive, affettive e relazionali. Allo stesso modo promuoverà il conseguimento di traguardi individuali e collettivi, coerentemente con gli obiettivi di giustizia e bene comune» (Ministerio de Salud, 1998). Per la loro formulazione concreta, tali politiche devono essere promosse a partire dalle condizioni concrete che le generano e dall'analisi dei problemi che possono incontrare o produrre (Campaña, 2003).

### 2.3. Le politiche pubbliche di promozione della salute mentale

Le politiche pubbliche di promozione della salute mentale hanno come obiettivo esplicito quello di migliorare la salute sia degli individui che delle popolazioni, a partire

dalla prospettiva del benessere bio-psico-sociale dell'OMS. Si tratta, quindi, di un processo capace di avviare lo sviluppo di qualità specificamente umane, che tenga conto dell'evoluzione biologica e della storia sociale (Campaña, 1995) e che includa attività sociali differenziate, quali il mutuo-soccorso o aiuto reciproco, la pianificazione urbana e le politiche di sviluppo sociale solidali (Ministry of Healthcare and Welfare, 1998), contribuendo all'*empowerment* dei singoli e delle popolazioni per un miglior controllo delle determinanti sociali.

## 3. Le politiche pubbliche di promozione della salute mentale nel quartiere Moravia

Nel dibattito internazionale più recente è chiara la predilezione per analisi che contestualizzino i problemi di salute mentale delle popolazioni in ambienti locali circoscritti, capaci di spiegare le cause dei problemi e, quindi, anche di offrire indicazioni per cercare soluzioni specifiche.

### 3.1. Caratteristiche e storia del quartiere

Il quartiere di Moravia è ubicato a nord-est della conurbazione di Medellín, nel Comune 4, nel sito tradizionalmente usato come discarica della città. Il quartiere ospita 40 mila persone, che risiedono in 8.300 abitazioni. La coabitazione tra più famiglie è frequente. Le abitazioni sono per lo più costruite con materiale di risulta e hanno dimensioni medie di 50 metri quadrati. La popolazione attiva è pari al 50% dei residenti e lavora nel settore informale per il 75% dei casi, mentre per il 25% è impiegata nel settore formale dell'economia. A Moravia sono attive circa cinquanta organizzazioni comunitarie<sup>4</sup>.

L'origine dell'insediamento risale agli anni sessanta quando si produssero diverse ondate migratorie di contadini verso la città, anche a causa della violenza politica che ha caratterizzato la storia del Paese negli anni cinquanta e sessanta. La presenza della discarica e la vicinanza al fiume Medellín e alla stazione ferroviaria di El Bosque permisero a tante persone di installarsi qui, vivendo del riciclaggio del materiale presente in discarica<sup>5</sup>. L'arrivo di molte famiglie continuò nel

tempo anche a seguito, da un lato, dei problemi sorti attorno al tema della riforma agraria e, dall'altro, della progressiva industrializzazione in ambiente urbano e dello sviluppo del terziario avanzato nella città.

Negli anni settanta la vita sociale e politica della città ha vissuto un nuovo periodo di crisi legato all'apparizione del narcotraffico e al conseguente aumento degli indicatori di violenza urbana, al nascere dei gruppi privati di autodifesa e agli squadroni della morte che instaurarono forme varie di «giustizia» privata.

Infine, alla fine degli anni ottanta, Moravia si convertì in rifugio per i senza casa. A fronte di questo nuovo fenomeno, l'amministrazione municipale non seppe dare risposte adeguate, né gestire fenomeni di crescente squilibrio. Da qui la crescente rivendicazione di politiche abitative capaci di risolvere il problema casa, che hanno portato all'avvio di programmi di urbanizzazione e di edilizia popolare<sup>6</sup>.

### 3.2. Le politiche di miglioramento del quartiere

Nel 1983 l'amministrazione municipale iniziò un processo d'intervento a Moravia che divenne il primo tentativo di pianificazione partecipata in tutta la città, con l'attribuzione delle terre, il miglioramento delle strutture residenziali, l'apertura di strade e l'installazione di servizi pubblici. L'intervento fu poi realizzato nel quadro definito dal «Programma integrale di miglioramento dei quartieri svantaggiati di Medellín (Primed)»<sup>7</sup> lanciato nel 1991 e basato sulle seguenti principali strategie:

- un processo di *sensibilizzazione sociale della comunità*, attraverso la creazione di reti comunitarie, la tenuta di dibattiti pubblici, la pianificazione sociale e la formazione di comitati responsabili di perseguire gli obiettivi stabiliti. In tale processo furono firmati numerosi accordi su tematiche varie;
- il recupero di zone ad alto rischio ambientale e la *regolarizzazione delle proprietà fondiarie e immobiliari*. Inoltre, furono migliorati i servizi pubblici relativi a istruzione e sanità e le infrastrutture quali strade ma anche spazi pubblici ricreativi;

- il ristabilimento di un senso di maggiore *fiducia nei confronti dello Stato* e delle autorità, grazie agli interventi sopra ricordati e al processo di ampio coinvolgimento adottato;

- la migliore *gestione del suolo*, il miglioramento delle *tecniche di costruzione* e, in generale, una sensibilizzazione nei confronti dell'ambiente pubblico e naturale, il che portò per esempio a indici migliori per la raccolta e lo smaltimento dei rifiuti solidi urbani.

Nel 2004 il quartiere, pur più integrato nella città, è stato oggetto di rinnovata attenzione all'interno della pianificazione strategica della città, col «Piano di sviluppo del Municipio di Medellín 2004-2007». Questo, a sua volta, riprende le raccomandazioni fatte nel 1990 dal «Piano di riordino territoriale», che aveva definito Moravia come area d'intervento speciale. Tale programma ha dato luogo al programma Primed II, che a Moravia ha dedicato il «Macroprogetto di miglioramento integrale di Moravia» il quale, grazie a un processo partecipativo di pianificazione, persegue i seguenti obiettivi:

- attualizzazione partecipata delle «diagnosi socio-urbana»;
- sviluppo concertato del macroprogetto: identificazione dei temi strategici d'interesse generale; analisi delle possibili soluzioni, formulazione dei programmi e dei progetti di intervento; focalizzazione e definizione delle priorità per gli investimenti;
- determinazione dei criteri di legalizzazione e regolarizzazione delle proprietà fondiarie e immobiliari;
- integrazione delle *leadership* comunitarie;
- sviluppo e realizzazione di un'adeguata strategia di comunicazione del processo che socializzerà le conoscenze e i progetti relativi al quartiere e alla città;
- analisi di altre esperienze per arricchire le proposte e prevenire eventuali problemi;
- miglioramento della convivenza familiare, vicinale e della salute sessuale e riproduttiva attraverso l'*empowerment* e l'accompagnamento socioculturale;
- consolidamento e miglioramento dell'ambiente urbano per ridurre i rischi fisici

grazie al miglioramento delle zone dedicate allo sport, riordino delle attività che si svolgono nello spazio pubblico, recupero di alcune aree di spazio pubblico occupate, all'integrazione e al miglioramento degli assi commerciali esistenti, al disegno e alla costruzione di una rete di sentieri nello spazio pubblico del quartiere;

– compimento dell'accordo municipale n. 12 del 1985, relativo al riconoscimento di un'indennità di malattia di valore pari al salario minimo vigente.

Tale Macroprogetto ha dato luogo poi a sette progetti specifici che condividono un approccio di concertazione e partecipazione comunitaria per la presa di decisioni, rispettando la struttura sociale e urbanistica del quartiere. Le linee di progetto riguardano: la gestione del programma e la legalizzazione; la costruzione e l'acquisizione di abitazioni; il recupero e la qualificazione degli spazi pubblici; la legalizzazione integrale delle proprietà fondiari e immobiliari; la comunicazione per lo sviluppo socioculturale; il rafforzamento del tessuto produttivo; il miglioramento della salute sessuale e riproduttiva.

Quindi si è cominciato a lavorare su tre componenti; urbanistico-ambientale, socioculturale ed economico-finanziario, con l'obiettivo di affrontare i seguenti problemi:

– *abitativi*: condizioni di sovraffollamento, con la maggioranza delle persone che risiede in zone ad alto rischio ambientale, non recuperabili e, in gran parte, in situazione d'illegalità relativamente alle proprietà fondiari e immobiliari;

– *psico-sociali*: problemi diffusi legati alla difficoltà di costruire relazioni sessuali sane e alla costituzione delle famiglie. Tali problemi al contempo derivano e spiegano almeno in parte la frequenza di madri assai giovani, un alto numero di madri sole, la violenza familiare, la prostituzione infantile, la debolezza dei valori tradizionali e del controllo sociale;

– *fisico-ambientali*: difficoltà di appropriarsi – o riappropriarsi – e di riqualificare spazi pubblici adeguati, anche come punti d'incontro e di costruzione comunitaria.

#### **4. Le politiche d'intervento nel quartiere e la relazione con le politiche municipali, dipartimentali, nazionali e internazionali**

##### 4.1. Le politiche municipali e dipartimentali

Il «Macroprogetto di miglioramento integrale di Moravia» è incluso

– nel «Piano di sviluppo partecipato» della città di Medellín 2004-2007, all'interno della sua linea 3 «Medellín uno spazio per l'incontro cittadino»;

– nel «Piano di sviluppo: scommesse per il futuro» del dipartimento Antioquia e relativo al periodo 2004-2007<sup>8</sup>, all'interno delle linee 2 e 4 che parlano di «promuovere il cambiamento per lo sviluppo umano integrale equo e sostenibile e la ricostruzione del tessuto sociale».

Il programma si definisce come «un macroprogetto che vuole contribuire al miglioramento della qualità della vita della popolazione, promuovendo lo sviluppo umano integrale e sostenibile per mezzo di azioni di riordino urbano e miglioramento delle condizioni ambientali, socioculturali ed economiche»<sup>9</sup>.

Il programma, al pari del Piano di sviluppo della città di Medellín, è stato definito attraverso un processo partecipativo che aveva l'obiettivo di unificare le proposte del Governo con quelle della cittadinanza ed è supportato dalle raccomandazioni di un gruppo di esperti delle organizzazioni sociali e accademiche della città. Esso si è concentrato sul concetto di sviluppo umano, considerando le persone come «la vera ricchezza della città, pertanto saranno loro che, facendo uso dei propri diritti e doveri e con tutte le loro capacità fisiche e intellettuali al servizio del bene comune, conquisteranno la città, parteciperanno alle decisioni che hanno un impatto sulle proprie vite, proteggendo le opportunità delle generazioni attuali e di quelle future e rispettando l'ambiente naturale»<sup>10</sup>. In sintesi si può dire che si assume il concetto di sviluppo umano come tensore delle politiche rispetto a tre principali direzioni:

- la *competitività* nella sfera economica;
- la *sostenibilità* nella sfera ambientale;

– la *inclusione* nella sfera sociale.

In tale visione si iscrive il Piano di sviluppo del Municipio di Medellín.

La «diagnosi partecipata» ha messo in luce un deterioramento della qualità della vita generato dalla violenza prodotta dai conflitti armati, il suo aumento in ambito familiare e quotidiano, nonché fenomeni di giustizia privata. Più in generale, si rileva un grave deterioramento delle condizioni di convivenza e la complessiva inefficacia mostrata dai programmi che sono stati avviati senza un'adeguata partecipazione e concertazione con la società civile, il che rende difficile definire politiche e gestire azioni che prevengano o prendano in carico le diverse forme di violenza presenti.

A tutto ciò si possono aggiungere altri problemi della città come il cambiamento del tessuto produttivo, la disoccupazione, che ha raggiunto tassi di circa il 15% negli ultimi anni, e la sempre minore credibilità e legittimazione del governo generata, in primo luogo, da episodi e prassi clientelari e di corruzione.

A tale situazione si è cercato di rispondere con cinque linee d'intervento nella città: «Medellín governabile e partecipata», «Medellín sociale e inclusiva», «Medellín spazio per l'incontro cittadino», «Medellín produttiva, competitiva e solidale», «Medellín integrata con la regione e il mondo». Tali linee di intervento avevano l'obiettivo di sviluppare un modello di gestione della città che integrasse i cittadini attraverso il consenso e il principio della corresponsabilità, sia nei piani di sviluppo, sia nei suoi programmi e progetti a livello di amministrazione municipale e a livello dipartimentale, col «Piano strategico per Antioquia (Planea)», al fine di integrare la città alla regione e al Paese.

Le cinque linee d'intervento e i progetti specifici collegati, uno dei quali relativo al quartiere di Moravia, utilizzano diversi indicatori internazionali, tra i quali l'indice di sviluppo umano, che considera la speranza di vita alla nascita, il livello di istruzione e il reddito pro-capite. Un altro indicatore utilizzato è l'indice di qualità della vita, il quale considera variabili relative alle caratteristiche delle abitazioni, all'accesso ai servizi pubblici di base, alla composizione familiare e al livello d'istruzione<sup>11</sup>.

Tali indicatori rivelano una società che non riesce a includere e connotata da molta ineguaglianza. Nel rapporto 2004 sullo sviluppo umano l'UNDP cita Medellín come una delle città con più alto grado di ineguaglianza in America Latina. Si tratta dunque di una situazione che deve essere corretta grazie a una maggiore inclusione e integrazione sociale, che sia capace di creare e assicurare i diritti, per convertirli in capacità, generando processi di sviluppo sociale dotati di autonomia, indipendenza, funzionalità democratica.

I problemi di equità che si rilevano nella città non sono dissimili da quelli evidenziati dal piano di sviluppo del dipartimento di Antioquia, e cioè la disuguaglianza e il basso livello di sviluppo umano integrale della popolazione. Tale documento dà priorità a problemi quali la povertà, la ineguaglianza, la disoccupazione, la situazione abitativa e le carenze nella salute e nell'istruzione. Come risposta a tale situazione esso propone cinque linee di azione: l'integrazione territoriale del dipartimento; la promozione del cambiamento a favore di uno sviluppo umano equo e sostenibile; la rivitalizzazione dell'economia del dipartimento; la costruzione di un tessuto sociale più coeso; la costruzione di condizioni per una pace inclusiva.

In tale contesto, le politiche pubbliche di promozione della salute mentale devono, se vogliono avere efficacia, privilegiare il bene comune e rafforzare l'opinione pubblica, far maturare un tessuto sociale con relazioni di cooperazione forti e differenziate, promuovere l'apporto delle diverse etnie, promuovere la convivenza armonica con un'adeguata cultura di risoluzione dei conflitti e bassi tassi di aggressione tra cittadini, nonché sviluppare una politica chiara di analisi sanitaria per identificare le risposte necessarie e identificare le priorità del settore.

Tali impostazioni in campo sanitario sono coerenti con l'approccio e i programmi della Direzione settoriale di salute di Antioquia (DSSA) per la salute mentale nel dipartimento: «Per quel che riguarda la salute mentale nel corso del 2003, i municipi porranno le basi delle strategie di promozione e prevenzione in salute mentale secondo la concezione dello sviluppo umano integrato e metteranno a fuoco le proprie attività in accordo con le priorità stabilite a livello locale e comunita-

rio» (Universidad de Antioquia, Dirección Seccional de Salud, 2003).

In tale quadro di pianificazione, il progetto acquista una dimensione etico-politica. Etica, perché mira a una trasformazione culturale circa valori quali la vita, la giustizia, la solidarietà e la libertà. Politica, perché crea condizioni di governabilità più trasparenti e, almeno nelle intenzioni, efficiente, grazie a una società più partecipativa e corresponsabile che lavori alla costruzione del sistema pubblico e degli interessi comuni<sup>12</sup>. Tale progetto è centrato sull'essere umano ed è basato sui principi di equità, sostenibilità e produttività. Esso mira a equilibrare le dimensioni economica, sociale e ambientale, riconducendo le istanze economiche al servizio della popolazione. Si tratta dunque di una visione collettiva, che non persegue soltanto il miglioramento economico, bensì fondamentalmente lo sviluppo umano in tutte le sue dimensioni: soddisfazione dei bisogni legati alla protezione, all'affetto, alla comprensione, alla partecipazione, all'ozio, alla identità e alla libertà. Sapendo che per garantire la salute sono necessarie condizioni di vita salubri e accesso ai servizi sanitari.

#### 4.2. Le politiche nazionali e internazionali

In ambito nazionale, l'intervento di Moravia rientra nella cornice fornita dal piano nazionale di sviluppo «Verso uno Stato comunitario, 2002-2006»<sup>13</sup> che, alle linee 2 e 3, prevede gli obiettivi, rispettivamente, di accelerare lo sviluppo economico sostenibile e di generare occupazione e costruire l'equità sociale. Il tutto nell'ambito della politica territoriale del Paese, che mira a riflettere le identità e i sentimenti storici, culturali, geografici ed economici di ciascun comune e dei suoi quartieri, in modo da facilitare la costruzione di un'identità collettiva su un piano di eguaglianza, convivenza e integrazione sociale.

Le difficoltà sul territorio nazionale sono simili a quelle identificate nel quartiere di Moravia: violenza e narcotraffico, disoccupazione, aumento della povertà fino a raggiungere condizioni di miseria, corruzione e inefficacia politica e amministrativa. Le quattro linee di intervento identificate per risolvere tale situazione sono: la sicurezza democratica, la crescita economica e dell'occupazione, la costruzione dell'equità sociale,

l'aumento di trasparenza ed efficienza dello Stato.

Tali linee sono in accordo col Rapporto mondiale dello sviluppo umano 2004, il quale ha mostrato che il Paese non è riuscito ad arrestare la «crisi sociale» e anzi dal 2003 ha perso nove posizioni nel mondo secondo l'Indicatore di sviluppo umano (dal 64esimo posto del 2003 al 73esimo del 2004; cfr. [www.undp.org](http://www.undp.org)). Tale risultato è frutto di un peggioramento nell'indicatore relativo alla scolarità e di una caduta nel reddito reale *pro capite*, il che ha contribuito a rendere la Colombia uno dei Paesi con maggiori disuguaglianze nel mondo.

Tale situazione ha rilevanza per le politiche di salute mentale colombiane, adottate nel Paese fin dal 1998 (Ministerio de Salud, 1998) e che partono dal rilevare come «si assiste a un deterioramento delle strutture sociali a causa della delegittimazione istituzionale, della mancanza di fiducia nelle autorità, della disuguaglianza distributiva, dell'assenza di una struttura di servizi adeguato alla domanda, dei fenomeni di violenza, del lento peggioramento dell'ambiente in relazione coi processi di deforestazione e contaminazione dell'aria, dell'acqua e del suolo». Tutto ciò è aggravato dalla povertà, dall'invecchiamento della popolazione, dai processi di disintegrazione familiari. È noto che la violenza costituisce il primo problema di salute pubblica del Paese ma mancano meccanismi adeguati per affrontarla, a livello nazionale tanto quanto nel dipartimento di Antioquia e a Medellín.

Rispetto alla salute mentale il governo attuale propone il rafforzamento della gestione integrale della salute mentale di tutta la popolazione colombiana con enfasi sui gruppi più vulnerabili, nel solco del «Sistema generale di sicurezza sociale per la salute (Sgss)». Tale politica ha l'obiettivo di offrire trattamenti attenti alla dignità delle persone che garantiscano il rispetto dei diritti umani dei colombiani, partendo dal riconoscimento delle peculiarità storiche e culturali della Colombia e dei suoi gruppi etnici e sociali.

L'intervento nel quartiere di Moravia, al pari del Piano di sviluppo della Colombia e delle sue politiche di promozione della salute mentale, sono coerenti con quanto pianificato e proposto nel progetto Atlas dell'OMS e col suo rapporto 2001 dedicato alla salute men-

tale (OMS, 2001a), lì dove si afferma che la formulazione di una politica in tale area deve partire dalle necessità del contesto sociale e culturale e da uno scenario d'intervento specifico, per perseguire un ambiente psico-sociale sano. Ciò richiede anche la partecipazione di altri settori che contribuiscano alla risoluzione dei problemi, tra i quali le politiche per l'impiego, le politiche economiche, le politiche d'istruzione e abitative, i servizi di assistenza sociale e il sistema di giustizia penale.

In modo simile, l'ONU parte dall'idea che lo sviluppo e il benessere dell'uomo non dipendano esclusivamente dal livello del reddito, bensì comprendano anche l'accesso alla conoscenza, la salute, la libertà politica, economica, sociale e culturale, come condizioni per una vita produttiva e rispettosa di se stessi, che garantisca il rispetto dei diritti umani e riconosca le persone come vera ricchezza della società. Per tali motivi, a partire dal 1990, il sistema delle Nazioni Unite ha adottato un sistema di misura del benessere basato sull'indice di sviluppo umano (HDI), con un valore compreso tra 0 e 1: riferimento adottato anche per gli «Obiettivi del millennio» proposti dal rapporto annuale UNDP sullo sviluppo umano 2003 (UNDP, 2003). Tale rapporto chiede ai Paesi di lottare contro la insufficienza dei redditi, le carestie e la fame, le disuguaglianze di genere, il deterioramento ambientale, la mancanza d'istruzione, di servizi medici e di acqua potabile.

Dentro tale concetto di sviluppo umano è fondamentale quello di equità, per come ribadito dalla quinta conferenza mondiale sulla promozione della salute svoltasi nel giugno 2000 in Messico e che ha dato luogo alla cosiddetta Dichiarazione del Messico sulla «Promozione della salute: verso una maggiore equità»<sup>14</sup>. In tale dichiarazione gli Stati membri della *Pan American Health Organization* si impegnarono a rafforzare la pianificazione delle attività di promozione della salute, dandogli maggiore spazio nelle agende politiche e nei programmi locali, regionali, nazionali e internazionali<sup>15</sup>.

Infine, e seguendo gli orientamenti e le raccomandazioni dell'OMS, gli interventi di promozione della salute mentale a livello regionale devono gestire le seguenti sfide: rilevare e disseminare le informazioni, implementare politiche e sviluppare servizi,

affrontare i problemi di equità e sviluppare le competenze di analisi in tale area.

## 5. Conclusioni

Guardando all'intervento nel quartiere di Moravia si notano alcuni elementi che permettono di catalogarla come politica pubblica di promozione della salute mentale. Essi sono qui di seguito sintetizzati.

L'intervento stabilisce priorità in relazione ai problemi su cui intervenire facendo attenzione che altri settori siano coinvolti e che si tenga conto dei fattori politici, sociali, economici e di gestione (Gómez *et al.*, 2004).

Il progetto mira ad aumentare la partecipazione della popolazione in tutto il processo. Tanto la fase di diagnosi dei problemi, tanto quelle successive di pianificazione ed esecuzione delle politiche attraverso assemblee di quartiere e comitati di appoggio al macro-progetto, permettono di controllare le determinanti di salute nel quartiere quali le condizioni abitative, le condizioni di impiego e del lavoro, l'istruzione e alcune condizioni psico-sociali critiche quali la salute sessuale e riproduttiva, la strutturazioni di reti sociali, culturali e produttive.

Si realizza un lavoro di promozione e di accompagnamento sociale ai gruppi familiari arrivati da poco o oggetto di ricollocazioni abitative, che permette loro di ricreare un progetto di vita nel proprio nuovo ambiente e verificare il ristabilirsi di condizioni adeguate, misurando l'impatto del progetto sulla qualità della vita delle nuove famiglie<sup>16</sup>.

Il progetto prevede un punto di osservazione a «doppia via», da parte del municipio e della cittadinanza, che ha l'obiettivo di assicurare che gli impegni presi siano poi concretamente portati avanti.

Per quel che riguarda la sostenibilità, il Consiglio di Medellín si è impegnato perché il progetto abbia un seguito anche una volta terminate le risorse inizialmente stanziato<sup>17</sup>.

La valutazione periodica si basa su rapporti redatti dagli organismi di controllo sia a preventivo sia a consuntivo, su informazione statistica, su indicatori usati per l'indice di sviluppo umano e su un sistema di monitoraggio – anche sociale – della gestione<sup>18</sup>.

Tale politica è sostenuta da piani strategici a livello governativo e ha generato meccanismi legislativi, amministrativi ed economici

per la sua sostenibilità (Peiro, 1999). In ambito municipale e dipartimentale ci sono responsabilità condivise tra i diversi attori istituzionali per realizzare i piani settoriali che al livello nazionale rientrano nel «Piano di riordino territoriale».

Il progetto segue le raccomandazioni per le politiche di promozione della salute mentale promosse dalle istituzioni internazionali (OMS, PAHO e UN) e si appoggia su informazioni recenti e affidabili circa il quartiere e gli indicatori di salute mentale, rendendo possibile una sua modifica o aggiornamento (OMS, 2001b).

Esso è inquadrato nelle politiche internazionali e dentro obiettivi di qualità della vita e di salute pubblica che orientano l'utilizzo delle risorse sanitarie secondo una visione olistica dei problemi di salute mentale e propongono azioni coerenti con le specifiche situazioni locali.

Tale intervento, in accordo con gli Obiettivi del millennio, sottolinea come la maggiore sfida attuale riguardi le condizioni di equità da perseguirsi in tutti i settori e che, per poter raggiungere tale obiettivo, la promozione della salute costituisca un elemento chiave. Per tale motivo si rendono necessarie, tra gli altri interventi, politiche pubbliche di salute mentale che migliorino le condizioni di vita e promuovano l'inclusione. Nel quartiere di Moravia, per esempio, ciò richiede azioni nel campo dell'istruzione, capaci di dare risposte differenziate rispetto ai bisogni e di prevenire o gestire l'abbandono scolastico. Oltre all'istruzione in senso stretto, le condizioni del quartiere richiedono iniziative di formazione per rafforzare le professionalità degli individui e di alcuni gruppi sociali deboli. Allo stesso modo, relativamente all'ambiente sono necessarie azioni di sensibilizzazione e formazione per la gestione dei rifiuti solidi urbani, per evitare la contaminazione dell'acqua, ecc.

L'esperienza in tale quartiere e i piani di sviluppo a livello municipale, dipartimentale e nazionale mettono in evidenza la necessità di adottare il concetto di sviluppo umano integrale e sostenibile, così come affermato anche dalle dichiarazioni delle Nazioni unite, sostenuto da politiche d'integrazione che includano tanto la dimensione scientifica quanto quella etica. In tal senso, il perseguimento acritico di una

crescita economica non sembra in grado di offrire risposte adeguate alle istanze di dare dignità alle persone e potrebbe continuare a generare problemi di salute mentale, per di più stimolando una visione riduzionista dei possibili rimedi, concentrati sugli aspetti sanitari e di malattia.

## Note

1. *Entre luces y sombras. Medellín: espacio y políticas urbanas*, [www.region.org.co/elementos/pdf/LIBRO-EntreLucesySombras.pdf](http://www.region.org.co/elementos/pdf/LIBRO-EntreLucesySombras.pdf) (visitato il 27 maggio 2006).
2. La «responsabilità di popolazione» ha costituito il tema principale della XVI conferenza annuale dell'ALASS, tenutasi a Montréal nell'ottobre 2005.
3. Cfr. <http://www.uhu.es/95102/bibliografia.htm> (visitato il 25 maggio 2006).
4. Cfr. L'Acta 098 emanato nel luglio 2001 dal Concejo de Medellín, <http://64.233.161.104/search?q=cache:a4GX87kMQdAJ:www.concejodeMedellin.gov.co/sicom/actas/act-2001/ACTA098.DOC+mesa+de+trabajo+de+moravia&hl=es&gl=co&ct=clnk&cd=12> (visitato il 30 giugno 2006).
5. Per la storia dell'insediamento, cfr. il Boletín n. 12 del 2006 della Alcaldía de Medellín «Proyecto de intervención integral del barrio Moravia y su área de influencia», che fa parte del «Piano di sviluppo di Medellín 2004-2007», [http://www.Medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos/P\\_desarrollo/index.jsp?idPagina=380](http://www.Medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos/P_desarrollo/index.jsp?idPagina=380) (visitato il 5 luglio 2006).
6. Cfr. Universidad de Antioquia. Instituto de Estudios Regionales, *El Programa Integral de Mejoramiento de Barrios Subnormales*, [www.fundacioncorona.org.co/alianzas/descargas/experiencias1999/PRIMED%20completo%201999.pdf](http://www.fundacioncorona.org.co/alianzas/descargas/experiencias1999/PRIMED%20completo%201999.pdf) (visitato il 27 maggio 2006).
7. Il progetto ha ottenuto il supporto del governo spagnolo; cfr. il documento del Ministerio de Vivienda spagnolo «Ciudades para un futuro sostenible: programa integrado par la mejora de los suburbios, Medellín, Colombia», <http://habitat.aq.upm.es/dubai/00/bp540.html> (visitato il 27 maggio 2006).
8. Cfr. [http://www.gobant.gov.co/plan\\_desarrollo/apuesta.htm](http://www.gobant.gov.co/plan_desarrollo/apuesta.htm) (visitato il 30 giugno 2006).
9. Cfr. il documento del Comune di Medellín *Proyecto de intervención integral ...* citato alla nota 5.
10. Cfr. il documento del Comune di Medellín *Proyecto de intervención integral ...* citato alla nota 5.
11. Un bilancio intermedio del «Piano di sviluppo di Medellín, 2004-2007», presentato il 30 giugno 2005, è in <http://www.veeduriaMedellin.org.co/> (visitato il 30 giugno 2006).
12. Cfr. il Boletín Información para la Acción «Diagnóstico de oferta en salud mental» della Dirección Seccional de Salud, <http://www.dssa.gov.co/download/2005-05.pdf> (visitato il 30 giugno 2006).
13. Cfr. Ley 812/2003 del Congreso colombiano, <http://www.presidencia.gov.co/ley812.PDF> (visitato il 5 luglio 2006).
14. Cfr. <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/mexdec2000.pdf> (visitato il 22 gennaio 2007).

15. Cfr. <http://www.ops-oms.org/Spanish/DPI/100/100/feature47.htm> (visitato il 5 luglio 2006).
16. Cfr. l'Acta 067 emanato nel maggio 2001 dal Consejo de Medellín, <http://www.concejodeMedellin.gov.co/sicom/actas/act-2001/ACTA-067.DOC> (visitato il 5 luglio 2006).
17. Cfr. nota 16.
18. Cfr. nota 11.

## B I B L I O G R A F I A

- CAMPAÑA A. (1995), «Hacia la integración del concepto de salud mental», in *Salud mental: conciencia vs. seducción por la locura*, Ediciones CEAS, Quito.
- CAMPAÑA A. (2003), *Reflexiones sobre posibles líneas maestras para la formulación de políticas públicas en salud mental*, Medellín; paper presentato alla Mesa de Discusión sobre Políticas Públicas de Salud y Salud Mental, Medellín.
- GÓMEZ R., RODRÍGUEZ L., MARTÍNEZ O., AGUDELO N., ZEA L., GONZALEZ E. (2004), *Gestión de Políticas públicas y salud*, paper presentato alle III Jornadas Nacionales de Actualización en Promoción de la Salud, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.
- HANCOCK T. (1982), «Beyond healthy care», *The Futuris*, Aug. 4-13 (citato in: Gómez R. et al., 2004, *Gestión de políticas públicas y salud*, paper presentato alle III Jornadas Nacionales de Actualización en Promoción de la Salud, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia).
- HERNÁNDEZ L., MONTOYA W. (s.i.d), *Moravia, un pueblo que se niega a ser ciudad*, [http://delaurbedigital.udea.edu.co/?module=displaystory&story\\_id=1749&edition\\_id=18&format=html](http://delaurbedigital.udea.edu.co/?module=displaystory&story_id=1749&edition_id=18&format=html) (visitato il 27 maggio 2006).
- MINISTERIO DE SALUD (1998), *Política Nacional de Salud Mental*, Ministerio de Salud, Bogotá.
- MINISTRY OF HEALTHCARE AND WELFARE (1998), *Mental Health for Canadians*, Ministry of Healthcare and Welfare, Ottawa.
- OMS (2001a), *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, OMS, Genève.
- OMS (2001b), *Proyecto de política de salud mental. Paquete de orientaciones sobre políticas y servicios*, OMS, Genève ([http://www.who.int/mental\\_health/media/en/49.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/49.pdf), visitato il 27 maggio 2006).
- PAHO (2000), *Salud de la población: conceptos y estrategias para las políticas públicas saludables: la perspectiva canadiense*, PAHO, Washington.
- PEIRO R. (1999), «Potenciar políticas públicas saludables», in *Informe Sespas*, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.
- UNDP (2003), *Human Development Report 2003. Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty*, UNDP, New York ([http://hdr.undp.org/reports/global/2003/pdf/hdr03\\_complete.pdf](http://hdr.undp.org/reports/global/2003/pdf/hdr03_complete.pdf), visitato il 22 gennaio 2007).
- UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD (2003), *Hacia un plan operativo de salud mental para Antioquia*, OPS, Bogotá.

# MECOSAN

## Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

### Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni: 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;

2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

### Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan  
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: [mecosan@uni-bocconi.it](mailto:mecosan@uni-bocconi.it)

### Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

### Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

*Il ruolo della direzione amministrativa*

### Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

### Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

### Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

### Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

#### Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

#### Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

#### Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenze (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

#### Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

#### Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

#### Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una bibliografia separata.