

Advocacy per la salute dei migranti: dinamiche, strumenti di lavoro e prospettive a partire dalle esperienze della SIMM e dei GrIS

Advocacy for migrants' health: dynamics, working tools and perspectives starting from the experience of the Italian Society for Migrants Health and its Local Groups

Manila Bonciani¹, Marisa Calacoci², Filippo Gnolfo³, Lorenzo Surace⁴

¹ GrIS Toscana

² GrIS Emilia-Romagna

³ GrIS Lazio

⁴ GrIS Calabria

Parole chiave: advocacy, migrazione, diritto alla salute

RIASSUNTO

Obiettivi: il presente contributo vuole mettere in evidenza le azioni di advocacy realizzate dai GrIS nei contesti locali, gli strumenti utilizzati e le prospettive future di intervento per promuovere e tutelare il diritto alla salute delle popolazioni migranti.

Metodi: dal racconto delle esperienze di quattro GrIS (Emilia-Romagna, Calabria, Lazio e Toscana), diversi per storia e per caratteristiche del contesto locale in cui operano, sono state descritte le azioni di advocacy realizzate, mettendone in luce le difficoltà incontrate ed i risultati raggiunti.

Risultati: la restituzione di una riflessione più ampia tra i GrIS ha delineato l'approccio strategico, il metodo da implementare e gli strumenti a disposizione per la realizzazione di azioni di advocacy, coerenti tra livello nazionale, regionale e locale.

Conclusioni: la capacità della SIMM e dei GrIS di continuare sistematicamente il proprio impegno nel promuovere e tutelare il diritto alla salute dei migranti si misura anche nella concreta possibilità di identificare priorità di azione ed attivare alleanze e risorse locali per raggiungere obiettivi comuni.

Autore per corrispondenza: m.bonciani@simmweb.it

Key words: advocacy, migration, right to health

SUMMARY

Objectives: this article aims to point out the advocacy actions carried out in regional contexts by Local Groups of the Italian Society for Migrants Health, as well as the tools used and the future perspectives in order to promote and defend the right to health in the migrant population.

Methods: through the reports of four Local Groups' experiences (those of Emilia-Romagna, Calabria, Lazio and Tuscany, which are different for their own history and the characteristics of the local contexts where they act, we described the advocacy actions that have been implemented, by underlining the difficulties met and the results achieved.

Results: from the broad reflection between Local Groups that have been reported in the article, it has been possible to define the strategic approach, the methods to be implemented and the available tools to carry out advocacy actions, which have to be coherent among the national, regional and local levels.

Conclusions: the capacity of the Italian Society for Migrants Health and its Local Groups to carry on their commitment for the promotion and defence of the right to health of migrants is linked to the operative possibility to identify priorities for action and activate alliances and local resources to achieve common objectives.

Introduzione

Ancora orfano di un'adeguata traduzione italiana, il termine *advocacy* indica l'insieme di azioni con cui un soggetto si fa promotore e sostiene attivamente la causa di un altro. Nel campo della salute in particolare, consiste nello sforzo di **indirizzare o modificare le politiche pubbliche e la destinazione di risorse in una direzione favorevole alla salute delle persone e della comunità**, attraverso un utilizzo strategico di informazioni e altre risorse a disposizione.

Nel glossario OMS, l'*advocacy* è definita "come la combinazione di azioni individuali e sociali volte ad ottenere impegno politico, sostegno alle politiche, consenso sociale e sostegno dei sistemi sociali per un particolare obiettivo o programma di salute" (1).

La Carta di Ottawa individua tre strategie fondamentali per la promozione della salute: *advocacy* al fine di creare le condizioni essenziali per poterla sviluppare pienamente, *enabling* per abilitare le persone a raggiungere il loro massimo potenziale di salute, *mediating* per mediare tra i diversi interessi esistenti nella società nel perseguire obiettivi di salute; ciò si raggiunge attraverso cinque aree di azione prioritaria: 1) costruire una *politica pubblica per la salute*, 2) creare *ambienti favorevoli alla salute*, 3) rafforzare *l'azione della comunità*, 4) sviluppare le *abilità personali*, 5) *ri-orientare i servizi sanitari* (2).

Le azioni di *advocacy* possono declinarsi in diversi ambiti (screening, diritto alla salute, percorsi definiti ed organizzati per favorire l'accesso alle strutture sanitarie e favorire la fruibilità delle prestazioni, attività di promozione dei diritti dell'infanzia e in generale di gruppi di popolazione vulnerabili, ecc.).

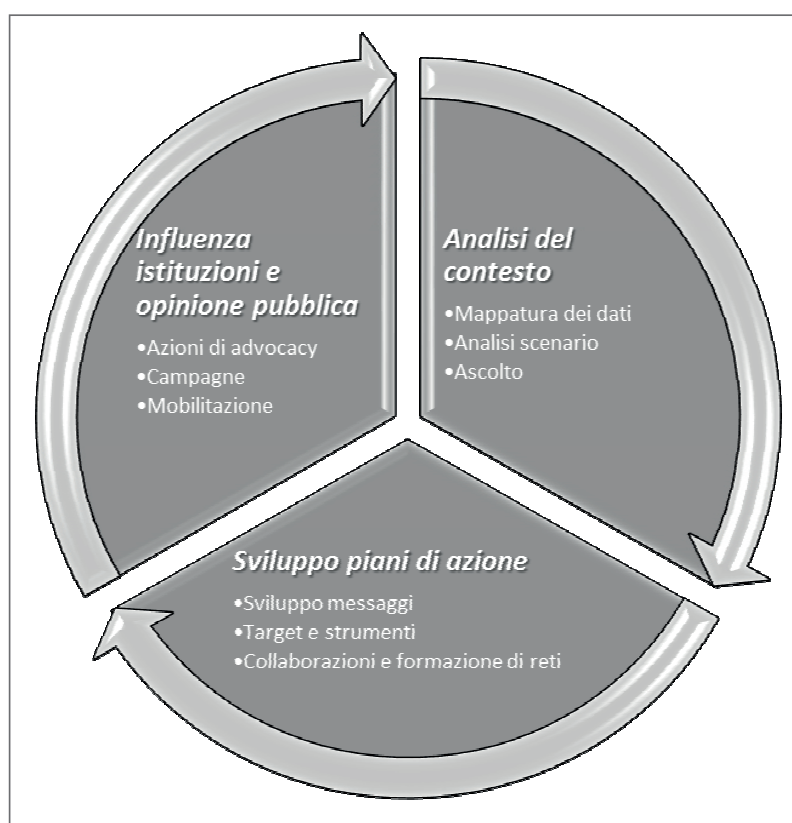
Vi è in questa azione una trasversalità sui **diversi livelli di applicazione: quello internazionale, quello nazionale, il regionale e il locale**. A ciascun livello le azioni di *advocacy* si declinano in maniera specifica sulla base delle caratteristiche del contesto di in cui si opera. Fondamentale, inoltre, la **costruzione di reti** con tutte le persone e le realtà che condividono gli stessi principi, obiettivi e metodi, sia che appartengano al mondo delle istituzioni così come della società civile.

L'*advocacy* favorisce il cambiamento sociale **intervenendo su coloro che sono responsabili della presa di decisioni**, al fine di modificare la loro percezione o comprensione riguardo alla questione da promuovere e per influenzare il loro comportamento. È importante sostenere azioni intersettoriali di *advocacy* per lo sviluppo di politiche, linee guida e procedure che abbiano un impatto positivo sulla salute e riducano le disuguaglianze di salute. Nelle forme più strutturate, si può sintetizzare l'*advocacy* in un *processo continuo* (figura 1) che prevede:

- **analisi della problematica e del suo contesto** (analisi dello scenario, mappatura dei dati, ascolto)
- **sviluppo di un piano di azione** (sviluppo messaggi, identificazione target e strumenti, ricerca di collaborazioni e formazione di reti)
- **influenza di istituzioni e opinione pubblica** (attraverso mobilitazione, campagne).

Anche in contesti meno strutturati, l'*advocacy* prevede la presa d'atto di un mancato rispetto dei diritti di qualcuno e la realizzazione di azioni di diverso tipo (dall'informazione alla denuncia), volte a garantire tali diritti.

Figura 1- Processo continuo dell'azione di *advocacy*



La **media advocacy** fa riferimento all'uso strategico dei mezzi di comunicazione per indurre una decisione politica che modifichi lo stato delle cose. In una tale prospettiva, la divulgazione dei risultati della ricerca scientifica e l'informazione del pubblico non sono fini a se stessi,

ma, intendono raggiungere un cambiamento nella pratica. Aumentare la consapevolezza dell'opinione pubblica sulle tematiche di salute ha, infatti, lo scopo di renderle più visibili e prioritarie agli occhi dei decisori, che hanno la responsabilità di formulare le politiche e monitorarne l'impatto.

Esistono evidenze sull'efficacia dell'*advocacy* in favore dell'equità in salute?

Un gruppo di ricerca (3), per rispondere a questo quesito ha eseguito uno studio analitico trattando l'*advocacy* basata sulle evidenze (con una revisione della letteratura di 200 articoli) esaminando sei dimensioni che caratterizzano l'efficacia dell'*advocacy* in favore dell'equità della salute: 1) *le evidenze scientifiche*: documentano l'impatto di programmi e politiche per la riduzione delle disuguaglianze in salute, 2) *i sostenitori e gli interlocutori*: il suggerimento è quello di mirare a chi ha il potere di effettuare il cambiamento, chi è più esposto o vulnerabile alle pressioni, chi rappresenta un alleato e chi un probabile oppositore, 3) *il messaggio*: emergono diverse tipologie di messaggi per sostenere l'*advocacy* a favore dell'equità in salute che rispecchiano i diversi orientamenti nel giudicare l'inequità, 4) *l'orientamento politico del contesto*: la scelta del messaggio dipende dall'interlocutore principale e dall'orientamento politico del contesto di riferimento, 5) *le barriere*: di tipo economico, politico o relative all'opinione pubblica, 6) *pratica ed attività che aumentano l'efficacia dell'advocacy*: viene messa in evidenza: la necessità di alleanze, mobilitazione sociale, utilizzo dei media, credibilità. Inoltre c'è consenso in letteratura che un'*advocacy* efficace deve essere pronta ad approfittare di "finestre di opportunità" che si aprono.

L'*advocacy* sul campo: l'esperienza della SIMM e dei GrIS

Dal 1995 la SIMM ha messo in atto costantemente azioni di *advocacy* per promuovere e tutelare il diritto alla salute della popolazione immigrata, dimostrando come la società civile organizzata possa influire nei processi di costruzione delle politiche e delle norme, rilevando e portando all'attenzione pubblica e dei decisori bisogni altrimenti negletti. Si è trattato talvolta di costruire percorsi politico-normativi (vedi la parte sanitaria della Legge Turco-Napolitano ed atti collegati), o di contrastare scelte "patogene" (Legge Bossi-Fini, alcune norme del cosiddetto "pacchetto sicurezza"), o ancora di monitorare e promuovere la corretta implementazione della normativa esistente (monitoraggio dell'Accordo Stato-Regioni sull'assistenza sanitaria alle persone straniere), con un costante impegno civile anche se non sempre con la stessa efficacia. Per una specifica ricostruzione delle principali tappe della lunga esperienza della SIMM di *advocacy* si rimanda al contributo di Geraci in questo volume.

Insieme alle azioni a livello nazionale, la SIMM attraverso i GrIS che ne rappresentano le articolazioni a livello locale ha operato capillarmente nei diversi contesti regionali. I paragrafi che seguono riportano le esperienze di alcuni GrIS attivi sul territorio italiano, quali esempi di impegno svolto in questi anni per portare avanti azioni di *advocacy* dai gruppi locali in risposta alle criticità emerse negli specifici contesti regionali rispetto alla garanzia del diritto alla salute ed all'assistenza per la popolazione migrante.

L'esperienza di *advocacy* del GrIS Emilia-Romagna (GrIS-ER): dal "muro istituzionale" a prove di dialogo

Il GrIS-ER ha avvertito un aumento di discriminazioni, disuguaglianze e di esclusione dall'accesso alle cure dei migranti, dovute al non totale recepimento dell'Accordo Stato-Regioni (S-R), all'ambiguità delle norme che permettono interpretazioni dove prevale l'aspetto economico-amministrativo rispetto a quello dei bisogni sanitari, pertanto si è posto l'obiettivo di fare *advocacy* presso le Istituzioni regionali. Ha lavorato per il riconoscimento formale da parte dell'Assessorato alle Politiche Sanitarie regionali come Gruppo regionale immigrazione e salute Emilia-Romagna. Il primo incontro è stato nel novembre 2013, seguito da altri nel 2014 ma, nonostante le premesse di tavolo di ascolto e condivisione reciproca, l'Assessorato è stato sordo ad ogni tentativo di far emergere le situazioni di discriminazione, di inequità di accesso alle cure, ritenendo l'Accordo S-R "superato". Quindi è stata inviata una lettera-denuncia al Presidente della Regione ed all'Assessore della sanità regionale (nel frattempo cambiati) in cui si chiedeva un incontro, esponendo le criticità e mettendo in evidenza le problematiche di tipo etico *"in questo contesto, le associazioni rischiano di rafforzare e perpetuare disuguaglianze nell'accesso alla salute"* e di messa in discussione dell'agire a fianco del Servizio Sanitario Regionale (SSR): *"operare gratuitamente e volontariamente con e per il Servizio Sanitario non può sollevare il SSR dal suo compito di garante dell'universalità del diritto alla salute"*.

Nel 2015 è stata elaborata una scheda di raccolta dati di esclusione di accesso alla salute per fare un monitoraggio presso gli ambulatori STP e non, per dimostrare le situazioni "nascoste" che non vengono rilevate dai report istituzionali dove risultano persone che hanno "diritto". È iniziata, inoltre, un'opera di sensibilizzazione su questi temi della Chiesa Emiliano-Romagnola. Risultati di queste prime azioni: riconoscimento formale da parte della Regione del GrIS e nel giugno 2016, circolare che garantisce l'accesso al medico di medicina generale per i minorenni 14-18 anni, figli di stranieri "irregolari", uno dei vuoti da noi lamentato. Abbiamo apprezzato questo passo, e lo abbiamo voluto interpretare come il primo compiuto per arrivare a sanare del tutto la situazione.

Nell'autunno 2016 è avvenuto un incontro informale tra due membri del GrIS e l'Assessore Regionale alla Sanità che ha mostrato interesse per la problematica esposta. Quindi è stata inviata una lettera in cui venivano esposte le nostre richieste, domandando di essere ascoltati, l'incontro è avvenuto nel maggio 2017. Ci siamo posti il problema di quale atteggiamento tenere durante l'incontro e dopo dibattito all'interno del gruppo abbiamo deciso di tenere un comportamento costruttivo e di riservarci di prendere eventuali decisioni di azioni di tipo legale o di utilizzare i media, dopo aver valutato le risposte da parte dell'Assessore. Abbiamo ritenuto che fosse importante: a) portare la documentazione del monitoraggio fatto dalla SIMM, dimostrando le carenze della regione Emilia Romagna rispetto alle altre regioni e le differenze dell'applicazione delle norme nell'ambito della regione tra le varie ASL, b) una relazione sulla SIMM e GrIS Emilia Romagna cercando di fare emergere la struttura organizzata della rete, c) andare in

alleanza con il referente regionale dell'Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione-ASGI (con cui la SIMM a livello nazionale ha stipulato un protocollo d'intesa). Abbiamo richiesto la ratifica dell'Accordo Stato Regioni e messo in evidenza alcune criticità che riteniamo inaccettabili, chiedendo: a) *assistenza pediatra/MMG per i minori comunitari (0-18 anni) senza TEAM, analogamente ai minori irregolari*, b) *applicazione codice X01*, c) *tutela della gravidanza e della interruzione volontaria di gravidanza a prescindere da qualunque requisito*. Abbiamo dato, da parte nostra, la massima disponibilità a collaborare, mettendo a disposizione la nostra non piccola esperienza sul campo; ci siamo proposti come "Osservatorio", diverso da quello istituzionale, per il monitoraggio dei casi di esclusione dall'accesso alla salute presentando la scheda di raccolta dati, mettendo in evidenza il contributo importante al miglioramento dei problemi di accesso alla salute dei migranti che potremmo apportare, sottolineando che la tutela di ogni singolo individuo significa tutela dell'intera collettività. Infine, su nostra sollecitazione (affinché l'incontro, così faticosamente ottenuto, non si risolvesse nuovamente in mesi di silenzio e immobilità), l'assessore ha ipotizzato una riconvocazione con aggiornamenti dopo due mesi.

Abbiamo proseguito con la nostra azione, per tenere viva l'attenzione dell'assessorato sulle problematiche riferite; in particolare, ad integrazione e supporto di quanto esposto nell'incontro, abbiamo deciso di inviare all'assessore alcuni casi (raccolti principalmente a Reggio Emilia e Bologna) in merito alle problematiche di accesso negato/ritardato per le donne in gravidanza, condizione che necessita di tutela immediata e non dilazionabile, pena conseguenze anche gravi per la salute della donna e del nascituro.

Inoltre, facendo una valutazione della nostra "forza," ci siamo resi conto che sul piano Istituzionale siamo interlocutori "deboli", e pertanto abbiamo ritenuto di dover lavorare per accrescere la nostra visibilità anche a livello della giunta regionale; abbiamo approfittato di "una finestra che si è aperta" prendendo contatto prima informale e poi formale con un consigliere regionale della Commissione Sanità della Regione, per ottenere un incontro con il Presidente della Commissione Sanità Regionale allo scopo di presentarci e chiedere un'audizione per esporre le conseguenze del non totale recepimento dell'Accordo Stato-Regioni, e per portare l'attenzione su vari problemi, sempre riguardanti l'aspetto sanitario ma che esulano dall'Accordo. Avendo chiaro l'obiettivo che ci siamo posti, proseguiremo con la nostra azione, tenendo viva l'attenzione dell'assessorato sulle problematiche esposte ed eventualmente mettendo in atto attività più incisive quali utilizzo dei media/azioni legali, supportati dall'ASGI.

L'esperienza di *advocacy* del GrIS Calabria: la costruzione di spazi di azione

Partendo dalla definizione del termine *advocacy*, inteso come un insieme di azioni, attività e strategie finalizzate ad assicurare diritto, accesso e fruibilità all'assistenza sanitaria degli immigrati, il GrIS Calabria fin dalla sua istituzione che risale al 2012, ha sempre messo in

campo specifiche azioni per ottimizzare quanto viene fatto in ambito regionale ai fini della tutela della salute ai cittadini stranieri, garantendo altresì quell'integrazione socio-sanitaria che è foriera di benessere fisico e psichico per una categoria di cittadini che vive di disagi e deprivazione sociale.

Il GrIS Calabria al fine di portare avanti politiche di *advocacy* su tutto il territorio regionale, possibilmente in maniera omogenea, ha creato una rete territoriale per ambiti provinciali con degli *stakeholders* cui spetta il ruolo di individuare le criticità del sistema ed intervenire presso le istituzioni che operano generalmente in carenza di punti fermi per garantire la tutela della salute degli immigrati.

Dovendo portare avanti delle buone prassi per tutelare la salute dei cittadini stranieri è stato previsto un pacchetto di azioni ed attività che possono essere compresi nei seguenti punti:

- Attività di Informazione e Formazione;
- Interfaccia con Associazioni del Volontariato in ambito immigratorio;
- Strategie per implementare le attività di accesso alle strutture sanitarie;
- Monitorare l'applicazione del Documento Stato-Regione sulla normativa;
- Curare i rapporti con i Centri di accoglienza e con la Rete del Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (Sprar);
- Creazione di un portale regionale dell'immigrazione.

La prima attività intrapresa dal GrIS Calabria è stata quella di individuare e formare gli *stakeholder*, affidando loro dei compiti ben precisi, in particolare implementare e facilitare un dialogo continuo con le Istituzioni con l'obiettivo di renderle partecipi e attivamente impegnate nelle politiche di *advocacy*.

Le istituzioni coinvolte (ASL, Prefetture, Dipartimento Regionale Tutela della Salute, Comuni e Servizi sociali) pur condividendo spesso quanto loro prospettato, non sempre sono aderenti alle richieste del GrIS, rendendo così poco fluido il percorso individuato per portare a casa risultati soddisfacenti.

Un esempio su tutti l'applicazione del Documento Stato-Regioni sulla normativa, considerando che la regione Calabria è stata una delle prime Regioni a recepire il Documento con un Decreto del Commissario Ad Acta, essendo la Regione Calabria sottoposta a Piano di Rientro dal 2010.

A livello regionale più volte è stata affrontata la problematica relativa al diritto di garantire il pediatra di libera scelta a tutti i minori irregolari sia extracomunitari che comunitari.

Le trattative continuano e si è sul punto di emanare una circolare regionale che garantisca il Pediatra ai minori comunitari ed extracomunitari su tutto il territorio regionale.

Nei vari ambiti provinciali del GrIS Calabria i Referenti e i Coordinatori hanno il compito di avviare il monitoraggio delle criticità presenti in ogni distretto sanitario, intese come difficoltà di accesso alle strutture sanitarie, fruibilità delle prestazioni e diritto alla salute.

Tale azione di monitoraggio riguarda l'individuazione delle strutture sanitarie preposte al rilascio del codice STP ed ENI¹, nonché il grado di soddisfazione dell'utenza immigrata in merito al diritto alle cure, programmi di prevenzione e tutela della donna e del bambino.

Dovendo avviare inoltre percorsi finalizzati a tutelare le vittime di violenza e di tratta, pensiamo di stipulare dei protocolli operativi con le Associazioni di Volontariato del settore e con quei Centri che in ambito regionale cominciano a prendere coscienza di tali problematiche.

Al fine di operare con le istituzioni sanitarie per favorire l'accesso alle strutture sanitarie, abbiamo prospettato la realizzazione di sportelli per la salute globale nei maggiori presidi ospedalieri regionali.

Il coinvolgimento dei Comuni e in particolare dei servizi sociali, riteniamo rappresenti un passaggio importante per le attività di *advocacy* nei confronti dei migranti, in special modo per coloro i quali presentano criticità a livello abitativo e difficoltà a raggiungere le strutture sanitarie.

Infatti sono tanti i Comuni che offrono dei locali dove spesso vengono allestiti ambulatori sanitari gestiti da personale delle ASL. Tutto ciò riduce sicuramente le difficoltà e garantisce una certa integrazione socio-sanitaria.

Altre azioni e attività di *advocacy* intraprese in ambito regionale riguardano il consolidamento del rapporto tra strutture sanitarie e Centri di accoglienza e Rete Sprar.

Il rapporto con tali Centri è regolato spesso da protocolli operativi che prevedono delle procedure definite per facilitare l'accesso alle strutture sanitarie, e l'azione del GrIS è quella di fare da *trait d'union* tra la struttura sanitaria ed i Centri attraverso una proficua collaborazione. Chiaramente la gran parte degli operatori che operano nei Centri d'accoglienza e nella Rete Sprar non sempre sono dotati di competenza specifica nel settore dell'immigrazione e, per colmare tale criticità, come GrIS abbiamo avviato in ambito provinciale e regionale dei percorsi formativi per il personale dei suddetti Centri, cercando di migliorare le conoscenze sulla normativa e sulle pratiche sanitarie assistenziali.

Infine tra le strategie di *advocacy* in ambito regionale abbiamo preventivato la creazione di un portale regionale per l'immigrazione in cui prevedere una specifica sezione per meglio rappresentare i diritti di tutela della salute dei cittadini stranieri, la mappatura delle strutture sanitarie dedicate agli immigrati e prevedere la possibilità di un forum in cui poter affrontare particolari tematiche ed evidenziare particolari esigenze e necessità.

1. Il codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) è rilasciato agli stranieri (cittadini non comunitari) privi di un regolare titolo di soggiorno per l'accesso all'assistenza sanitaria in riferimento alle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, secondo quanto previsto dall'art.35 del Testo Unico sull'immigrazione (Decreto legislativo n. 286/1998). Il codice ENI (Europeo Non Iscritto) è rilasciato ai cittadini comunitari indigenti che non hanno diritto all'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e sono privi di altra copertura sanitaria, secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 21/02. Il codice ENI dà diritto all'accesso allo stesso tipo di assistenza previsto dal codice STP.

L'esperienza di *advocacy* del GrIS Lazio: oltre 20 anni di impegno e risultati

Il GrIS Lazio nasce sull'onda di un'azione efficace di *advocacy* nei confronti delle istituzioni. Il 1995 è l'anno in cui avviene la svolta nella politica di assistenza sanitaria agli stranieri. È ancora la società civile a denunciare le criticità, ad avanzare proposte concrete. Sarà con il supporto della SIMM che la proposta del Naga², della Caritas e di un'altra ventina di gruppi impegnati in varie parti d'Italia, porterà all'approvazione, all'interno del Decreto Legge 18 novembre 1995, n.489 ('Decreto Dini'), di norme che finalmente garantiscono l'assistenza sanitaria anche alle persone straniere prive di permesso di soggiorno. L'approvazione della normativa cambia lo scenario, è l'occasione per operatori del privato sociale e del servizio pubblico di lavorare insieme con pari dignità, per costruire proposte che potessero fattivamente governare il tema della salute degli immigrati in una fase di radicale trasformazione sociale e di riorganizzazione del sistema assistenziale. A dicembre a Roma nasce il primo gruppo locale 'Immigrazione e Salute' (4, 5) e da subito il GrIS Lazio sviluppa una azione di *advocacy* istituzionale, perché gli immigrati continuino ad incontrare ostacoli per accedere ai servizi socio-sanitari, il diritto alla salute rischia di ridursi a un "diritto di carta" (6). In questo senso è esemplare proprio il primo ambito di intervento del GrIS per rendere operativo quanto stabilito dalla nuova normativa nazionale: si parte dal workshop «L'assistenza sanitaria agli stranieri: ruolo del servizio pubblico» con le richieste degli operatori di sanità pubblica ed il GrIS Lazio elabora una proposta di policy locale, ispirandosi come modello all'esperienza della ASL RM/C (6).

Da questo impegno è nata la Delibera di Giunta Regionale del 31 luglio 1997, n. 5122 ("Attivazione dei livelli uniformi di assistenza per stranieri temporaneamente presenti"), che prima in Italia ha recepito ed interpretato operativamente quanto enunciato dall'articolo 13 del Decreto Legge 489/1995 a favore della tutela sanitaria degli stranieri non in regola con le norme di ingresso e soggiorno (con particolare riferimento ai minori e alle donne). Con quella delibera la Regione Lazio ha indicato percorsi operativi innovativi (collaborazione tra servizio pubblico e privato sociale) ed efficaci (istituzione degli ambulatori STP di medicina generale) tanto che sono stati presi come base per il successivo Regolamento d'attuazione del Testo Unico sull'immigrazione nel 1999 (codice STP) (7). Da quel momento il GrIS diviene interlocutore, più o meno formalmente riconosciuto, per tutti i governi regionali succedutosi negli anni. Altro elemento interessante è l'istituzione del Gruppo di Lavoro per la promozione e la tutela della salute degli immigrati, composto da operatori di strutture pubbliche e del volontariato che nel corso degli anni hanno maturato un'esperienza specifica sui problemi dell'immigrazione e dell'emarginazione, con compiti di verifica e monitoraggio dell'applicazione delle disposizioni. Questo "doppio livello partecipativo" (8), dal basso, attraverso il GrIS ed istituzionale, attraverso un formale gruppo regionale di lavoro a contatto diretto con gli uffici competenti, permette

2. Il Naga è associazione di volontariato laica e apartitica che si è costituita a Milano nel 1987 allo scopo di promuovere e di tutelare i diritti di tutti i cittadini stranieri, rom e sinti senza discriminazione alcuna (www.naga.it).

la tempestiva e efficace presa in carico di problematiche emergenti ed una programmazione sanitaria attenta al tema della salute dei migranti. Lo stretto rapporto tra i due livelli risulta ancora più evidente con l'ultimo rinnovo del gruppo di lavoro (Determinazione n.G05425/17), se da un lato il GrIS ha avuto il mandato di indicare i due rappresentanti del privato sociale (Caritas e Medici per i diritti umani - MEDU), dall'altro al GrIS fanno riferimento tutti i rappresentanti indicati dalle strutture pubbliche.

In questi anni il GrIS ha posto una attenzione continua e puntuale sull'accessibilità ai servizi e, grazie alle sue sollecitazioni, sono tanti gli atti emanati dalla Regione Lazio sui cittadini stranieri in particolare sui rifugiati e richiedenti protezione internazionale, su STP/ENI come ad esempio la DGR del 5 dicembre 2000, n. 2.444 sulle Linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla Unione Europea, la DGR del 25 marzo 2005, n. 427 relativa all'assistenza protesica per i titolari di codice STP.

Ma l'impegno del GrIS non si è limitato all'accesso ai servizi che dipende prevalentemente dalla normativa, ma ha posto l'attenzione sulla promozione delle competenze culturali dei servizi, per adeguare le risposte a un'utenza multietnica.

La Regione Lazio ha fatto propria le sollecitazioni del GrIS Lazio sulla necessità di una formazione specifica e omogenea, avviando il Programma regionale di formazione degli operatori socio sanitari sull'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri (Determinazione n°DB336 del 29 ottobre 2010) coinvolgendo più di 1.000 operatori di tutte le ASL laziali.

Inoltre ha svolto un ruolo di advocacy per i gruppi più vulnerabili, progettando modelli assistenziali di medicina di prossimità realizzati dalle ASL in grado di dare una risposta efficace ai bisogni di salute. Le campagne "Salute senza esclusione" rivolte alle comunità rom e sinti presenti a Roma, nel 2001 quella per le vaccinazioni dei bambini (9) e nel 2006 l'altra per l'accessibilità e l'educazione sanitaria (10).

Campagne seguite dal Progetto "Salute senza esclusioni: per un servizio sanitario attivo contro le disuguaglianze" negli anni 2013 e 2014 fino al Piano di intervento sociosanitario in favore dei migranti in transito negli anni 2015 e 2016 (11-12) e al Piano in favore dei migranti stanziali, in corso in cinque edifici occupati nell'area metropolitana di Roma.

In questi anni oltre ad una advocacy propositiva, il GrIS Lazio ha sviluppato azioni di opposizione e di controllo, si è mobilitato attivamente contro il "pacchetto sicurezza" (Noi non segnaliamo day – 17 marzo 2009) e si è impegnato nella verifica della corretta applicazione della normativa in tutte le aziende sanitarie locali della regione (monitoraggio dell'Accordo Stato-Regioni sull'assistenza sanitaria alle persone straniere).

Oltre 20 anni di impegno non hanno demotivato operatori e volontari che trovano stimoli nell'individuare nuovi ambiti di interesse, di analisi e di lavoro di rete come quello della salute orale, delle vittime di violenza e tortura, e con un nuovo orizzonte, forse il più impegnativo e difficile, che è quello dell'"empowerment advocacy", con il coinvolgimento delle persone straniere come soggetti attivi del cambiamento sociale e culturale (13).

L'esperienza di *advocacy* del GrIS Toscana: la tenacia del gruppo

L'azione di *advocacy* del GrIS Toscana si è caratterizzata fin dalla sua costituzione nel 2011 nel richiamo alla tutela del diritto alla salute ed alla corretta applicazione della normativa sia a livello aziendale, che di intero sistema regionale.

Una delle maggiori criticità riscontrate, infatti, è stata la disomogeneità di comportamenti tra aziende diverse nell'implementazione di quanto sancito dalla normativa nazionale in particolare per quanto riguarda l'assistenza agli Stranieri Temporaneamente Presenti. Sono state svolte, quindi, nei confronti di più Aziende sanitarie azioni di *advocacy*, inviando lettere formali alla Direzione aziendale in cui veniva circostanziato la mancata garanzia dell'accesso e fruizione dell'assistenza per gli STP, per esempio in riferimento al rilascio del codice STP, e richiesto il ripristino della garanzia del diritto sancito. In alcuni casi dopo l'invio della lettera sono stati svolti anche incontri con le stesse Direzioni aziendali per discutere ed approfondire la situazione critica segnalata, ed in generale alle azioni del GrIS sono conseguiti adeguamenti da parte dell'Azienda sanitaria.

Su questi aspetti il GrIS ha avuto un'interlocuzione importante anche con la Direzione regionale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, con cui ha cercato di operare sempre in una logica di collaborazione, mostrandosi come attore competente, espressione della società civile, capace di mettere in evidenza criticità ed ambiguità nell'applicazione della normativa e nella prassi quotidiana dei servizi e di proporre soluzioni volte a ristabilire il rispetto del diritto alla salute per i migranti. Tuttavia quando il dialogo non è stato sufficiente, sono state intraprese anche azioni più forti. Questo per esempio è avvenuto quando è stata approvata la Delibera n. 1139 del 9 dicembre 2014 che da una parte recepiva l'Accordo Stato-Regioni e dall'altra emanava delle Linee guida regionali sull'assistenza sanitaria agli stranieri che in più punti contraddicevano quanto previsto dallo stesso Accordo (14). In particolare, la criticità più preoccupante era che nelle Linee Guida veniva indicato che per il rilascio del codice STP fosse necessario un certificato medico attestante l'urgenza o l'essenzialità delle prestazioni. Questo aveva subito determinato a livello aziendale un restringimento nel rilascio del codice STP e l'abolizione del rilascio preventivo, chiaramente indicato nell'Accordo come modo per favorire l'inclusione nei programmi di prevenzione per le persone non appartenenti all'UE sprovviste di permesso di soggiorno. Da parte del GrIS c'era stata quindi una tempestiva attivazione dell'interlocuzione con la Direzione regionale, prima attraverso incontri con i funzionari che si erano occupati della stesura delle Linee Guida e che avrebbero dovuto elaborare una circolare di rettifica sulla questione; successivamente, in assenza di una soluzione a questo livello, attraverso lettere al Presidente della Regione, agli assessori competenti ed ai dirigenti di riferimento e lo svolgimento con questi ultimi di un incontro istituzionale nel quale è stata acquisita la disponibilità a modificare quanto stabilito in merito al rilascio del codice STP. Grazie quindi alla tenacia del GrIS nel rivendicare la tutela di un diritto sancito, a gennaio 2016 è stata emanata una circolare, trasmessa a tutte le Direzioni aziendali, alla cui redazione il GrIS ha attivamente

partecipato e che ha riallineato la disciplina relativa agli STP alla normativa nazionale. Queste ripetute esperienze di interlocuzione con gli attori istituzionali hanno rafforzato la consapevolezza già presente nel GrIS della necessità di argomentare le richieste di intervento delle stesse istituzioni su specifiche criticità con l'evidenza dei dati locali e quindi riuscendo a descrivere dettagliatamente le situazioni su cui viene richiamata l'attenzione. È stata quindi elaborata nel 2015 una scheda di segnalazione dei casi relativi alla mancata o parziale o non corretta applicazione della normativa relativa all'assistenza ai migranti ed è stato chiesto agli operatori delle associazioni aderenti al GrIS di sperimentarla, con l'obiettivo di raccogliere sistematicamente i dati sulle inadempienze dei servizi e consolidare una casistica su cui poter sviluppare azioni di *advocacy* strutturate. La scheda prevede la registrazione di pochi dati relativi all'utente che si è rivolto al servizio (dati socio-demografici e situazione relativo al titolo di soggiorno ed all'iscrizione al SRR), del motivo di tale accesso, della criticità riscontrata e delle eventuali azioni intraprese, oltre ai dati della struttura presso la quale si è verificato il problema ed eventualmente dell'operatore coinvolto ed infine a minime informazioni su chi compila la scheda stessa. Nonostante l'importanza riconosciuta da tutti i membri del GrIS dell'utilizzo della scheda, sono state registrate inizialmente delle difficoltà nell'operatività della loro compilazione. È stato però rinnovato l'impegno ad utilizzarla nella nuova versione, cioè come scheda unica di segnalazione condivisa tra tutti i GrIS, costruita a partire da quelle prodotte ed usate localmente.

La recente novità che ha interessato il GrIS Toscana è che, a partire da gennaio 2017, sono state previste delle articolazioni a livello delle tre Aree Vaste in linea anche con il processo di riorganizzazione del sistema sanitario regionale. In questo modo è stata incrementata la partecipazione delle realtà locali, anche di molti enti gestori impegnati nella prima accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, rafforzando così la possibilità di avere una vicinanza maggiore alle problematiche esistenti nei diversi territori e di sollecitare risposte mirate sia da parte delle Aziende sanitarie (per esempio in riferimento alla strutturazione di modelli di presa in carico dei profughi in attesa di presentazione della richiesta di asilo) che da parte regionale (per esempio in tema di chiarimenti sull'esenzione dal pagamento della compartecipazione alla spesa sanitaria in favore dei cittadini stranieri richiedenti asilo politico).

La partecipazione del GrIS all'Osservatorio regionale per la salute dei migranti, attivato nel 2017 e coordinato dal Centro di Salute Globale, rappresenta infine una ulteriore modalità attraverso cui portare all'attenzione dei dirigenti regionali di riferimento istanze emerse nei diversi territori finalizzate a promuovere e tutelare la salute delle popolazioni migranti.

Ostacoli, modalità di lavoro e strumenti: riflessioni sull'*advocacy* a partire dal confronto tra le esperienze dei GrIS

Dalle esperienze dei diversi GrIS precedentemente riportate emerge chiaramente la vocazione per l'*advocacy* che contraddistingue i gruppi territoriali della SIMM, pur nella diversità di

percorsi intrapresi nel realizzarla. Il Workshop nazionale InterGrIS svoltosi a Cividale del Friuli a maggio 2017 è stata l'occasione per confrontare queste diverse esperienze e riflettere su quali siano le modalità, le strategie e gli strumenti utilizzati e che si ritengono necessari da implementare per svolgere al meglio l'attività di *advocacy* sia a livello locale come GrIS che centralmente dagli organi di governo della SIMM.

Il confronto si è concentrato inizialmente sul riconoscimento delle difficoltà che i GrIS si trovano ad affrontare nel realizzare l'azione di *advocacy*, identificando da una parte gli ostacoli legati al contesto socio-politico che costituisce lo scenario all'interno del quale gli interventi di *advocacy* devono essere calati, dall'altra quelli relativi ad un piano più strettamente operativo della realizzazione degli interventi stessi. La prima tipologia di ostacoli è rappresentata dall'esistenza di barriere culturali, dalla diffusione di pregiudizi e dalla loro strumentalizzazione politica, elementi che minano la possibilità di avere sostegno da parte della cittadinanza per le azioni di *advocacy* che vengono promosse a tutela del diritto alla salute dei migranti. A queste forme più o meno evidenti ed esplicite di razzismo sociale, si somma anche un atteggiamento di razzismo istituzionale (15) altrettanto difficile da contrastare, che si sostanzia nel disinteresse dimostrato dagli organi di competenza su queste questioni, legato anche ad una generale scarsa padronanza del tema, nonché in modalità di interpretazione restrittiva delle norme stesse. La risposta per contrastare queste resistenze, se non vere e proprie avversioni, del contesto sociale ed istituzionale nel quale si deve agire per promuovere la tutela dei diritti dei migranti passa soprattutto da interventi di informazione e formazione, declinati ed articolati in base ai diversi target: da eventi divulgativi e di sensibilizzazione rivolti alla popolazione, pensati nell'ottica di costruire un progetto sociale e culturale di integrazione ed inclusione, ad iniziative formative per l'aggiornamento dei professionisti e dei referenti istituzionali.

Un secondo ordine di ostacoli ricade invece nell'ambito della concreta operatività della SIMM e dei GrIS, che, essendo caratterizzati da un impegno volontaristico e da una strutturazione atipica rispetto ad altre organizzazioni che hanno a disposizione personale e risorse dedicate all'*advocacy*, hanno maggiori difficoltà nell'implementare azioni che richiederebbero in alcuni casi tempestività di intervento. A livello operativo i GrIS scontano anche una propria visibilità variabile in base ai contesti ed all'interlocutore di riferimento e quindi a volte anche difficoltà di accesso all'interlocazione con le istituzioni, che appunto possono più o meno conoscere l'esperienza del GrIS e riconoscerne l'autorevolezza. Talvolta questo aspetto è legato anche al fatto che non sempre la SIMM ed i GrIS riescono ad instaurare collegamenti con altre realtà e attori sociali ed istituzionali sufficientemente solide o comunque operativamente traducibili in azioni comuni di *advocacy*.

Dalla lettura condivisa degli ostacoli da affrontare, lo scambio tra i GrIS è passato all'identificazione di modalità di lavoro comuni e strumenti operativi da utilizzare. La prima considerazione è stata di riconoscere la necessità di mantenere i diversi livelli di azione che la SIMM ed i GrIS presidiano, dal piano locale (dei servizi a livello distrettuale e aziendale),

a quello regionale e nazionale, in una prospettiva di unitarietà e continuità dell'azione e di valutazione ed identificazione del livello più appropriato al quale intervenire, anche con azioni diversificate ma coordinate tra i vari livelli. Questa diversa capacità di intervenire dal contesto locale a quello nazionale presuppone anche l'utilizzo di metodologie diverse che adeguino anche i linguaggi e gli strumenti ai diversi contesti, pur nella univocità di approccio e visione condivisi, con una progressività di azioni da mettere in atto.

I principali ambiti operativi attraverso cui costruire azioni di *advocacy* sono stati definiti nell'identificazione del problema e dell'interlocutore in base alla problematica rilevata, nell'attivazione di modalità di contatto con gli interlocutori identificati, che vanno dall'informale al formale pur sempre mantenendo la tracciabilità dei contatti, nella costruzione di alleanze per la realizzazione di azioni comuni, nell'implementazione delle diverse azioni di

Ambiti operativi dell'azione di advocacy	Locale	Regionale	Nazionale
Identificazione del problema	Monitoraggio con strumenti diversi a seconda dei livelli (scheda di segnalazione, monitoraggio accordo, politiche)		
Identificazione dell'interlocutore	Interlocutori di riferimento in base alla problematica e a più livelli		
Modalità di contatto (progressività e tracciabilità)	Informale e/o formale (telefonica, email, lettera), in base anche al contesto		
Alleanze con:	Associazioni, enti locali, etc.		
Azioni (progressività, non necessario tutti gli step)	- Contatto e richiesta specifica supportata da dati ed argomentazioni - Sollecitazioni ripetute - Coinvolgimento dei media (quando?) - Cause pilota	- Contatto e richiesta specifica supportata da dati ed argomentazioni - Sollecitazioni ripetute - Coinvolgimento dei media (quando?) - Cause pilota	- Contatto e richiesta specifica supportata da dati ed argomentazioni - Sollecitazioni ripetute - Coinvolgimento dei media (anche a livello informativo) - Class action - Campagne informative
Valutazione dell'impatto	Ex-ante, in itinere ed ex-post		

Tabella 1- Approccio e strumenti per l'*advocacy* della SIMM e dei GrIS

advocacy e nella valutazione del loro impatto (tabella 1). L'identificazione del problema, in maniera sistematica e strutturata, è certamente l'ambito strategicamente più rilevante perché permette di orientare opportunamente le azioni di *advocacy* e di basarle su evidenze solide che permettono una maggior incisività nell'interlocuzione con le istituzioni. In questo senso l'azione di monitoraggio rappresenta un compito fondamentale per i GrIS e l'utilizzo di strumenti univoci ne rafforza l'efficacia, quali ad esempio la scheda unica di segnalazione dei casi di problematiche nell'accesso e fruizione dell'assistenza da parte dei migranti, oppure gli indicatori di monitoraggio dell'Accordo Stato-Regioni oppure le misure di valutazione delle politiche regionali relative all'assistenza sanitaria ai migranti. L'auspicio è che questi strumenti, promossi dal Coordinamento dei GrIS, vengano utilizzati in maniera routinaria dai singoli GrIS, che ne possono trarre vantaggio nell'interlocuzione con le istituzioni.

La costruzione di alleanze è un ulteriore ambito rilevante, da cui può derivare anche una maggior capacità di azione della SIMM e dei GrIS, che da sempre credono ed investono nel lavoro di rete. Gli accordi con ASGI, MSF ed altre società scientifiche, che si traducono anche operativamente nella partecipazione alle attività dei GrIS nei singoli contesti regionali sono in linea con questa visione, e viene auspicato un allargamento della collaborazione anche ad altre realtà operanti in altri settori ma che si occupano delle tematiche relative all'immigrazione.

Rispetto alle specifiche modalità di azione di *advocacy*, è stata riconosciuta la progressività degli interventi che iniziano dal contatto e richiesta specifica supportata dai dati, ai solleciti, al coinvolgimento di media, fino alla messa in atto di cause pilota o *class action*. Di fronte infatti alla negazione ripetuta di un diritto sancito, i GrIS hanno condiviso l'opportunità di arrivare ad agire anche per vie legali. Non necessariamente tutti gli step identificati devono essere messi in atti in maniera consecutiva, ma in base alla specifica situazione deve essere valutata l'azione più appropriata da utilizzare. Per questo diventa essenziale anche la valutazione *ex-ante* dell'impatto che possono avere gli interventi ipotizzati, in maniera da poter calibrare le risorse a disposizione rispetto ai risultati che si vogliono perseguire, ovviamente seguita da valutazioni in itinere ed *ex-post* rispetto a quanto realizzato.

Conclusioni

Dalle diverse esperienze messe a confronto emerge con evidenza le peculiarità che i singoli GrIS si trovano ad affrontare negli specifici contesti, pur mossi da una visione condivisa e perseguendo una finalità comune. Se l'*advocacy* continua a rappresentare sempre uno dei principali elementi caratterizzanti il lavoro della SIMM e dei GrIS, è diffusa la consapevolezza di dover definire meglio le priorità di azione e chiarire l'obiettivo che vuole essere raggiunto, in considerazione del fatto che è necessario identificare su cosa concentrare le risorse a disposizione, avendo comunque la capacità di agire in maniera sistematica e di attivare, anche in maniera innovativa, ulteriori risorse presenti nei territori.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO Health promotion glossary. Ginevra: WHO; 1998
2. WHO Ottawa charter for health promotion Ginevra: WHO; 1986
3. Farrer L, Marinetti C, Kuipers Cavaco Y et al. Advocacy for Health equity: a synthesis review. *The Milbank Quarterly*, 2015, 93(2): 392-437.
4. Trillò ME, Gnolfo F, Geraci S. I gruppi locali Immigrazione e salute (GrIS). *Rapporti ISTISAN* 2007; 14: 25-30.
5. Gnolfo F. Analisi di un modello di rete socio-sanitaria. La storia. Le storie della rete GrIS Lazio. In: Geraci S, Gnolfo F (eds). *In Rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza*. Bologna: Pendragon editore; 2012.
6. Geraci S. Immigrazione e salute: un diritto di carta? *Viaggio nella normativa regionale, italiana e internazionale*. Roma: Edizioni Anterem; 1996.
7. Mantini V, Lorenzini L, Geraci S, Baglio G. L'assistenza ospedaliera agli stranieri: aspetti normativi. In: Baglio G, Cacciani L, Materia E, Guasticchi G (eds). *Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2000*. Roma: ASP Regione Lazio; 2002.
8. Geraci S. La tutela sanitaria degli immigrati nella Regione Lazio. La costruzione di un doppio livello partecipativo. In: Geraci S, Gnolfo F (eds). *In Rete per la salute degli immigrati*. Bologna: Pendragon Editore; 2012.
9. Baglio G, Cacciani L, Ciuta ST et al. Salute senza esclusione: Campagna vaccinale per i bambini rom e sinti a Roma. Roma: ASP Regione Lazio; 2003.
10. Baglio G, Barbieri F, Cacciani L et al. Salute senza esclusioni: Campagna per l'accessibilità ai servizi socio-sanitari della popolazione Rom e Sinta a Roma. *Quaderni di InformaArea* 2008; n. 5, aprile.
11. Napoli PA, Gnolfo F, Baglio G. L'esperienza di rete per l'assistenza sociosanitaria ai migranti in transito a Roma. In: *Atti del XIV Congresso della SIMM*. Bologna: Pendragon Editore; 2016.
12. Baglio G, Eugeni E, Gnolfo F, Napoli PA. Fenomeno dei migranti in transito a Roma: sperimentazione di un modello di prossimità assistenziale. In: *Rapporto Osservasalute 2016. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2017.
13. Geraci S, Bodini C. Network of networks for immigrants' health. *Salute e Società* 2011; 2En: 148-161.
14. Geraci S. Diritto compiuto o occasione mancata? Advocacy per forza! Con il contributo del GrIS Toscana. Toscana: inaspettate interpretazioni e la tenacia del gruppo. In: *Atti del XIV Congresso della SIMM*. Bologna, Pendragon editore, 2016 Congresso Nazionale SIMM – Torino 11-14 maggio 2016.
15. Carmichael S, Hamilton CV. *Strategia del potere nero*. Bari: Editori Laterza; 1968.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno