

# **DOCUMENTO DI LAVORO**

## **ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DEI PROCESSI DI ADVOCACY**

**A cura di:** Chiara Bodini; Marco Bonetti; Marisa Calacoci; Emilio Di Maria; Nora Gattiglia; Antonella Lanotte; Alessandro Rinaldi,

a nome dei partecipanti al *workshop* “Advocacy” (incontro nazionale inter-GrIS 2017, Cividale del Friuli) e del *workshop* “Strategie e percorsi per l’advocacy” (incontro nazionale inter-GrIS 2019, Napoli).

### **INDICE:**

#### **A) SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE DEL DOCUMENTO**

#### **B) PRINCIPI ISPIRATORI DELL'AZIONE DI ADVOCACY NELLA SIMM**

#### **C) PRINCIPI DI ADVOCACY**

#### **D) COME COSTRUIRE STRATEGIE E PERCORSI DI ADVOCACY NELLA SIMM**

### **ALLEGATI**

- **Glossario**
- **Esperienze di advocacy**
- **Bibliografia**

#### **A) SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE DEL DOCUMENTO**

Il presente documento rappresenta la conclusione di un percorso di riflessione sull’advocacy iniziato nel 2017 a Cividale del Friuli in occasione del IV Workshop InterGrIS, e proseguito due anni dopo a Napoli nel successivo InterGrIS. Ciò ha permesso alle diverse anime della SIMM – singoli soci, GrIS e Consiglio di Presidenza – di dare il proprio contributo.

Il documento ha il duplice obiettivo di condividere un *linguaggio comune* all’interno della SIMM relativamente al tema dell’advocacy e di definire *ruoli e compiti* che i diversi organi della SIMM (Consiglio di Presidenza-CdP, Organismo di Collegamento Nazionale-OCN, Gruppo di Coordinamento dei GrIS e GrIS) e i singoli soci possono assumere in tutti i casi in cui venga deciso di promuovere, organizzare e partecipare ad un’azione di advocacy in favore del diritto alla salute e assistenza sanitaria senza esclusioni.

Pertanto, il documento si articola sui principi generali di applicazione dell’advocacy nell’ambito della SIMM; individua gli attori e ne propone i compiti; identifica le procedure raccomandate per l’interlocuzione tra gli attori della SIMM e tra questi e l’esterno.

Non vengono trattati i contenuti specifici delle azioni di advocacy, che attengono alle politiche generali della SIMM e vengono in parte determinati in base alle situazioni e agli eventi contingenti.

Altresì, pur riconoscendo che la comunicazione con gli interlocutori esterni è un elemento imprescindibile dell'advocacy, il presente documento non propone linee di indirizzo sulla comunicazione e non sono oggetto del documento le strategie e le modalità di comunicazione pubblica.

## **B) PRINCIPI ISPIRATORI DELL'AZIONE DI ADVOCACY NELLA SIMM**

Nell'articolo 3 dello Statuto, la SIMM si impegna a promuovere “[...] l’impegno civile e costruisce collaborazioni per garantire l’accessibilità e la fruibilità del diritto alla salute e all’assistenza sanitaria senza esclusioni”.

Pertanto, la SIMM sceglie di mettere in atto e di partecipare ad azioni di advocacy in tutti quei casi in cui la presenza o l’assenza di determinate politiche, la scarsa implementazione di leggi e la mancanza di valutazioni circa il loro impatto possono rappresentare un rischio, diretto e/o indiretto, nella tutela del diritto alla salute e all’assistenza sanitaria delle persone straniere, a livello locale, nazionale e internazionale.

A tal fine la SIMM si impegna a perseguire le azioni di advocacy per la salute attraverso due principali modalità:

1. facendosi “portavoce” dei gruppi di popolazione più vulnerabili e marginali che altrimenti non riuscirebbero a veder tutelati i propri diritti;
2. promuovendo l’empowerment di individui, gruppi e comunità al fine che siano essi stessi a poter esigere il rispetto dei propri diritti.

L’approccio con cui la SIMM ha scelto di agire per realizzare azioni di advocacy è quello espresso nell’articolo 2 del suo Statuto: “[...] la nonviolenza come regola di condotta per la risoluzione di ogni forma di conflitto o controversia.” La SIMM ritiene che l’obiettivo di ogni azione di advocacy dovrebbe essere cercare di creare relazioni e alleanze piuttosto che generare divisioni, evitando di usare la violenza per avere la meglio nei confronti dei propri interlocutori.

## **C) PRINCIPI DI ADVOCACY**

### **Una definizione di advocacy**

A testimoniare la complessità del tema, iniziamo con il sottolineare che non esiste una singola definizione di advocacy universalmente riconosciuta e applicabile senza ulteriori precisazioni. Una definizione efficace e applicabile in termini generali, elaborata nella realtà italiana<sup>1</sup>, propone l’advocacy come la realizzazione di programmi e azioni che consistono nel porre una questione di rilevanza generale all’attenzione della opinione pubblica e dei soggetti in essa coinvolti, con il fine di modificare priorità pubbliche, norme, pratiche, modelli organizzativi o consuetudini.

Avvicinandoci all'ambito della salute e della sanità, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS (1995)<sup>2</sup>, l'advocacy per la salute è una 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. Questo tipo di azione dovrebbe essere intrapresa da e/o per conto di individui o gruppi, al fine di creare condizioni di vita favorevoli alla salute e di promuovere stili di vita salutari. L'advocacy è una delle tre principali strategie di promozione della salute e può assumere forme diverse, tra cui l'uso dei mass media e degli strumenti multimediali (social network/social media), le iniziative volte a esercitare una pressione politica diretta e la mobilitazione della comunità (per esempio attraverso coalizioni di interesse attorno a problemi definiti). Gli operatori sanitari hanno in questo una maggiore responsabilità, in quanto devono sostenere e tutelare la salute a tutti i livelli della società.

La definizione dell'OMS tende a sovrapporsi con il campo dell'educazione alla salute e dell'empowerment, laddove la Carta di Ottawa distingue tra *advocacy*, *enabling*, *mediating*<sup>3</sup> (vedi glossario).

### **Le fasi del processo di un'azione di advocacy**

Per compiere un'azione di advocacy è necessario essere consapevoli dello scenario sociopolitico all'interno del quale si agisce, al fine di ridurre al minimo rischi ed errori e al tempo stesso massimizzare le probabilità di successo. Inoltre, il buon esito di un'azione di advocacy sembra essere favorito soprattutto dalla qualità delle informazioni usate a sostegno della propria causa, dal modo e dalla tempestività con cui queste informazioni vengono comunicate.

Per favorire la riuscita di un'azione di advocacy è necessario essere in grado di documentare, con dati scientificamente attendibili, sia la rilevanza del problema su cui si vuole porre attenzione, sia l'efficacia delle soluzioni proposte. In altre parole, è necessario saper descrivere la gravità della situazione presa in esame, le ricadute del problema sui vari piani (etico, deontologico, economico, eccetera), e proporre delle soluzioni che siano il più possibili fattibili ed efficaci.

Il passaggio successivo è rappresentato dal saper comunicare con i principali destinatari della nostra azione nel modo più chiaro e convincente possibile (descrivere la situazione, le soluzioni proposte e perché valga la pena adottarle, che cosa cambierà, chi realizzerà il cambiamento, quando e in quanto tempo).

Un altro aspetto fondamentale per condurre un'azione di advocacy è il momento scelto per compierla. Per esempio, al fine di richiamare l'attenzione del maggior numero possibile di persone, può essere molto utile far coincidere l'inizio di un'azione di *advocacy* con una data o un evento particolare.

Altri aspetti importanti relativi alla tempistica sono: la capacità di saper rispondere a un evento o a una dichiarazione nel modo più chiaro e tempestivo possibile; cercare di essere il più flessibili possibile e monitorare costantemente lo scenario politico di riferimento.

---

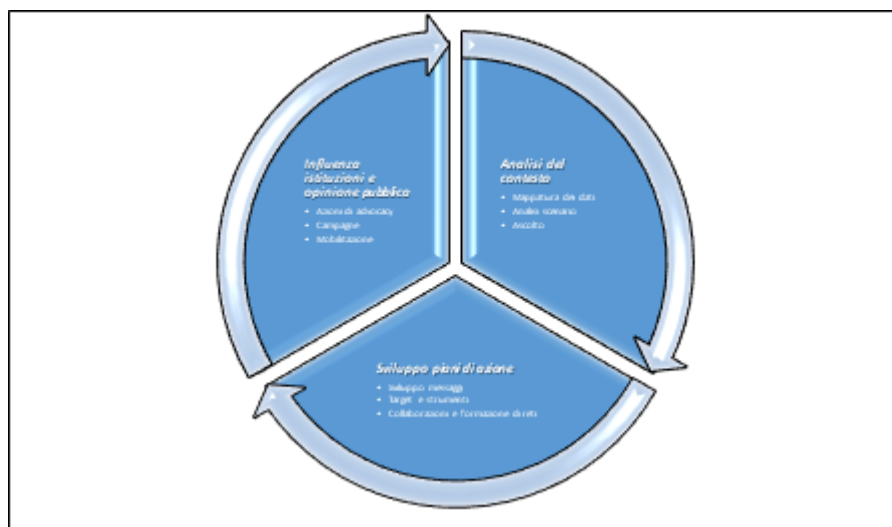
2 Report of the Inter-Agency Meeting on Advocacy Strategies for Health and Development: Development Communication in Action. WHO, Geneva, 1995.

3 Ottawa charter for health promotion, 1986.

Schematizzando, è possibile riassumere l'advocacy come un processo continuo (figura 1) che prevede<sup>4</sup>:

1. analisi della problematica e del suo contesto (analisi dello scenario, mappatura dei dati, ascolto);
2. sviluppo di un piano di azione (sviluppo messaggi, identificazione target e strumenti, ricerca di collaborazioni e formazione di reti);
3. impatto su e coinvolgimento di istituzioni e opinione pubblica (attraverso mobilitazione, campagne).

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



## Strumenti e strategie nelle azioni di advocacy

I principali strumenti utilizzati per compiere un'azione di advocacy sono<sup>5</sup>:

- lettera ufficiale e/o e-mail: rappresenta un buon modo per consegnare un messaggio, soprattutto in situazioni in cui non esiste una relazione con i destinatari. Inoltre, con questa modalità è possibile consegnare il messaggio a più destinatari contemporaneamente e tenerne traccia;
- riunioni ufficiali di persona;
- riunioni ufficiali di gruppo: in questo caso è necessario avere cura di trasmettere un messaggio chiaro e con una modalità in grado di suscitare interesse nei confronti degli interlocutori. Si sottolinea l'importanza di una solida preparazione sull'argomento per essere pronti a rispondere a eventuali domande e fornire la documentazione necessaria, qualora richiesto;
- media: è vitale un uso strategico dei mezzi di comunicazione per indurre una decisione politica che modifichi lo stato delle cose. I principali canali che possono essere utilizzati sono: comunicati stampa, conferenze stampa, contattare i giornalisti per invitarli a scrivere degli articoli sull'argomento, scrivere degli editoriali su delle testate giornalistiche... (vedi box su "media advocacy"). La divulgazione dei risultati

<sup>4</sup> Bonciani et al. Advocacy per la salute dei migranti: dinamiche, strumenti di lavoro e prospettive a partire dall'esperienza della SIMM e dei GrIS. Sistema Salute 201; 3: 29-44.

<sup>5</sup> Scintee SG, Galan A. Public health strategies: a tool for regional Development. A Handbook for Teachers, Researchers, Health Professionals and Decision Makers. Hellweg: Hans Jacobs Publishing Company, 2005

della ricerca scientifica e l'informazione del pubblico non sono azioni fini a sé stesse, ma intendono raggiungere un cambiamento nella pratica. Il materiale pubblicato deve suscitare interesse attraverso la sua grafica, essere sintetico e chiaro. In questi casi è preferibile concentrarsi sulle dimensioni umane del problema piuttosto che fare un lungo e asettico elenco di dati. In tal senso può essere utile investire anche nella creazione di loghi e brochure da distribuire;

- sopralluoghi: organizzare una visita in loco per i decisori politici può essere un modo efficace per far loro conoscere meglio la situazione descritta e costruire una relazione personale più stretta;
- sviluppare coalizioni: una coalizione può essere definita come un gruppo di persone e di organizzazioni tese a raggiungere un obiettivo comune. Dare vita a una coalizione è soprattutto necessario quando bisogna raggiungere un largo supporto per la propria azione di advocacy. Tra le principali difficoltà che possono emergere c'è la mediazione tra le priorità e gli interessi divergenti dei singoli e delle organizzazioni che ne fanno parte, anche se uniti per il raggiungimento di un obiettivo comune.

Le azioni di advocacy possono essere intraprese con diversi ruoli:

- esperto/tecnico: fornisce informazioni di tipo tecnico sull'argomento di interesse. L'efficacia di questo tipo di ruolo dipende molto dal livello di autorevolezza e credibilità scientifica di cui si gode.
- mediatore: partecipa come esperto nei processi di *policy-making* con un ruolo imparziale, in grado di mediare tra i possibili diversi interessi politici in campo. Assumere questo ruolo consente di assicurare e monitorare la trasparenza dei processi e che le decisioni prese siano basate soprattutto sui fatti;
- *capacity-builder*: con questo ruolo si conferisce supporto alle persone per cui si fa advocacy e che hanno già difficoltà a far rispettare i propri diritti, a prescindere dalla presenza di un *capacity-builder*. Per tale ragione, chi ricopre questo ruolo ha come compito principale quello di favorire un aumento della consapevolezza e della responsabilità circa i propri diritti e la promozione dello sviluppo di forme autorganizzate di rappresentanza, anche attraverso la formazione;
- lobbista: questo ruolo prevede la partecipazione piena ai processi di decisione politica e si caratterizza per il tentativo dichiarato di influenzare tali decisioni. A tal fine è necessario prevedere incontri diretti con i politici o di presentazione pubblica.

## **D) COME COSTRUIRE STRATEGIE E PERCORSI DI ADVOCACY NELLA SIMM**

Questa parte del documento cerca di tradurre in indicazioni operative i concetti teorici espressi nella parte precedente. Nel farlo, vengono riportate anche le principali criticità riscontrate, fino a questo momento, dalla SIMM (con particolare riferimento alle esperienze territoriali dei GrIS) nel mettere in pratica un'azione di advocacy. Infine, è presente una parte che contiene delle proposte di riflessione/azioni future riguardo ciò che la SIMM può ancora fare in questo ambito.

### **Valutare le priorità**

Le fasi descritte nel processo continuo dell'azione di advocacy in figura 1 vengono qui di seguito ampliate e collocate all'interno del contesto della SIMM.

La fase di analisi della problematica e del suo contesto inizia con il rilevamento di un fenomeno (una condizione di criticità diretta o indiretta, potenziale o reale, relativa alla salute dei migranti) che può avvenire da parte di qualsiasi articolazione interna alla SIMM (CdP; OCN; GrIS; singolo Socio o gruppo informale di Soci) per problemi di carattere nazionale, regionale o territoriale.

Una volta rilevato, il fenomeno deve essere sottoposto alla fase di verifica che comprende il controllo delle fonti e il confronto con le pratiche vigenti e raccomandate (alcuni eventi, sottoposti a verifica, non vengono confermati).

Questa parte può definirsi conclusa solo dopo che viene effettuata una valutazione della rilevanza della problematica individuata. Come vedremo più avanti, tra le criticità rilevate dalla SIMM con riferimento alle proprie esperienze di advocacy vi è quella relativa alla sostenibilità delle azioni intraprese in termini soprattutto di tempo e risorse umane da dedicare. Per tale ragione è importante dotarsi di parametri per valutare quanto il fenomeno rilevato sia prioritario per la SIMM. A tal fine, sono suggeriti i seguenti criteri minimi di valutazione:

- *rilevanza e pertinenza*: in che misura il fenomeno o l'evento rilevato attiene ai compiti e alle attività della SIMM, con riferimento a quanto la SIMM individua nel tempo attraverso i propri atti ufficiali. Fonti: statuto, raccomandazioni, *policy statement* [nota: i principi fondamentali sono nello Statuto, ma attraverso propri atti ufficiali la SIMM può individuare i campi di azione più rilevanti in una determinata congiuntura]. Il campo può schematicamente essere suddiviso in parole chiave, mutuando i paradigmi di valutazione in ambito clinico, che sono: gravità (in che misura il fenomeno mette a rischio principi fondamentali o pratiche rilevanti per la SIMM); prevalenza (cioè la diffusione e il peso di un fenomeno nel territorio di riferimento, regionale o nazionale; emergenza (un fenomeno emergente è tale se si prevede che la prevalenza o la gravità possano aumentare); responsabilità (in che misura la SIMM si deve porre come promotrice di un'azione, o deve aderire in caso di azioni promosse da altri);
- *efficacia*: in che misura la SIMM con le proprie articolazioni può agire per incidere sul fenomeno. Nella valutazione dell'efficacia attesa va considerato anche quali potrebbero essere i possibili partner su cui contare per una data azione, o quali quelli a cui unirsi per un'azione da loro già iniziata;
- *urgenza*: in che misura l'intervento deve essere tempestivo per essere efficace.

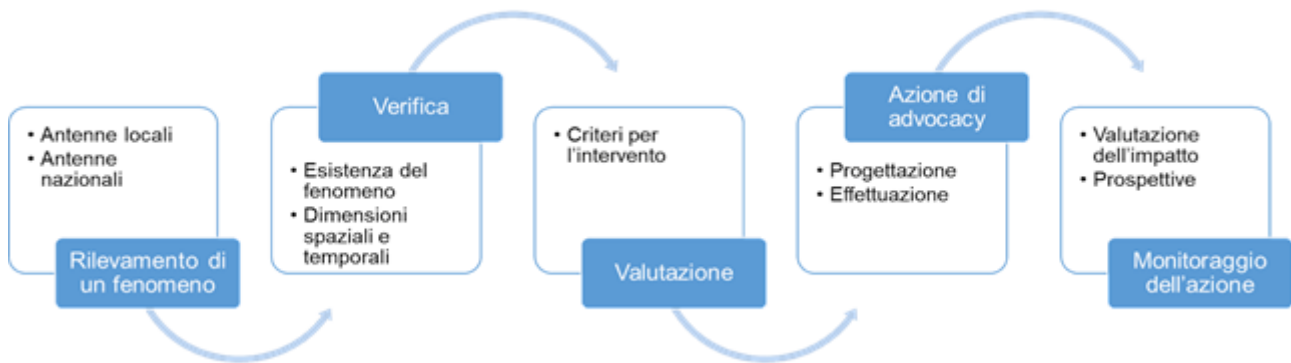
Dopo che il fenomeno è stato rilevato e valutato è necessario che un processo di advocacy – per definirsi tale – preveda una fase di azione. La *realizzazione dell'azione di advocacy* fa parte dello *sviluppo di un piano d'azione* che comprende una fase di *progettazione* e una di *effettuazione* dell'azione. In questo passaggio del processo è opportuno coinvolgere, sin dall'inizio, gli attori previsti e le eventuali reti o coalizioni.

Infine, per capire se l'azione svolta ha avuto *un'influenza sulle istituzioni e l'opinione pubblica* si dovranno prevedere le modalità in cui effettuare il *monitoraggio dell'azione* per valutarne l'impatto. L'elemento della valutazione, specifica e possibilmente strutturata, diventa particolarmente importante nei casi in cui i risultati attesi non siano stati raggiunti, per potere analizzare le cause e trarne spunti di miglioramento; inoltre la condivisione della

valutazione con coloro che hanno promosso o avviato l'azione mantiene la coesione verso gli obiettivi comuni e limita il ritorno negativo di un risultato sfavorevole. Ciò è fondamentale anche per in termini di *accountability*, cioè saper rendere conto agli attori interessati, in primo luogo i beneficiari dell'azione intrapresa, di quali siano state le risorse impiegate, le modalità adottate, e i risultati raggiunti.

La figura 2 riporta le fasi descritte sopra in forma schematica.

**Figura 2. Fasi del processo dell'azione di advocacy**



Nella seguente tabella (tabella n.1) sono associati, ad ogni fase del processo di advocacy, gli approcci e gli strumenti che si possono adottare nella SIMM a livello locale, regionale e nazionale.

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

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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contatto e richiesta specifica supportata da dati ed argomentazioni</li> <li>- Sollecitazioni ripetute</li> <li>- Coinvolgimento dei media (quando?)</li> <li>- Cause pilota</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contatto e richiesta specifica supportata da dati ed argomentazioni</li> <li>- Sollecitazioni ripetute</li> <li>- Coinvolgimento dei media (quando?)</li> <li>- Cause pilota</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contatto e richiesta specifica supportata da dati ed argomentazioni</li> <li>- Sollecitazioni ripetute</li> <li>- Coinvolgimento dei media (anche a livello informativo)</li> <li>- Class action</li> <li>- Campagne informative</li> </ul>
Valutazione dell'impatto	Ex-ante, in itinere ed ex-post		



## Processo decisionale interno alla SIMM e distribuzione delle attività di advocacy al suo interno

Qui sono individuate le responsabilità interne alla SIMM in base alla tipologia di azione di advocacy e al suo livello di applicazione.

Le azioni di advocacy organizzate dalla SIMM o alle quali prende parte, possono avvenire a livello nazionale, regionale e territoriale. In linea generale, è possibile affermare che le azioni di advocacy intraprese a livello nazionale vengano gestite e coordinate dalla SIMM attraverso il Consiglio di Presidenza (CdP), con il possibile contributo dei singoli soci; a livello regionale sono invece soprattutto i GrIS a dare vita ad azioni di advocacy, con il possibile appoggio del CdP e dell'Organismo di Collegamento Nazionale (il cui ruolo è quello di far circolare tra i GrIS materiale ed informazioni su attività di advocacy intraprese a livello locale o nazionale e di supportare i singoli GrIS promuovendo un'advocacy "di prossimità" sia a livello locale o regionale). Tutte le azioni di advocacy che vengono intraprese dai singoli soci a nome della SIMM devono essere prima autorizzate dal CdP e/o dal GrIS di appartenenza.

In tabella n.2 viene riportata schematicamente quanto sopra. La spunta sta a segnalare *chi* può fare *cosa* e a quale *livello*; nella dimensione nazionale, oltre al CdP, sono stati inseriti anche i Gruppi di lavoro della SIMM attivi su temi specifici.

**Tabella n. 2. Descrizione delle principali azioni di advocacy e distribuzione delle responsabilità nella SIMM**

AZIONI DI ADVOCACY	NAZIONALE		LOCALE
	CdP	Gruppi di lavoro	GRIS
Adesione/promozione campagne per "esercitare una pressione politica diretta" e per "la mobilitazione della comunità"	✓		✓
Contatti con i mezzi di comunicazione (comunicati, articoli, conferenze stampa, social, ...)	✓		✓
Azioni di advocacy dirette (es. cause legali, interpellanze, accompagnamenti individuali...)	✓		✓
Adesione/partecipazione tavoli di lavoro, commissioni.	✓		✓
Proposte normative o collaborazione nella stesura di testi di legge	✓	✓	✓
Organizzazione/gestione/promozione di percorsi formativi/informativi	✓	✓	✓

Infine, nella tabella n. 3 sono descritti i principali compiti cui le diverse anime della SIMM devono attenersi.



**Tabella n. 3 Descrizione compiti da assolvere in base al ruolo.**

COMPITI	
NAZIONALE	
Consiglio di Presidenza	<p>Può decidere in autonomia di dare vita e/o prendere parte ad un'azione di advocacy previa l'espressione favorevole della maggioranza dei suoi componenti. Nei casi in cui è richiesta una risposta tempestiva, il Presidente può decidere di aderire o meno ad un'azione di advocacy senza necessariamente raccogliere il parere degli altri consiglieri.</p> <p>Sarà compito del Presidente e/o del CdP comunicare le proprie decisioni ai soci tramite il sito internet, verbali delle riunioni del consiglio, <i>newsletters</i>...</p>
Gruppi di lavoro	Ogni attività di advocacy portata avanti deve prima ricevere il consenso del CdP.
LOCALE	
GrIS	Per quanto riguarda le azioni di advocacy a livello locale, i GrIS hanno totale autonomia decisionale. Questi sono invitati a comunicare al CdP le azioni che si vogliono intraprendere. Nei casi in cui si voglia aderire o dare vita ad un evento di carattere nazionale è necessario prima chiedere l'autorizzazione al CdP.
Singoli soci	<p>Possono partecipare alle diverse attività svolte dal GrIS di appartenenza e dalla SIMM a livello nazionale.</p> <p>Su richiesta del singolo GrIS o del CdP il singolo socio/a -date le sue competenze- può essere individuato come referente della SIMM per una specifica azione di advocacy.</p> <p>Infine, il singolo socio può segnalare/promuovere al CdP e al GrIS di riferimento eventuali azioni di advocacy cui aderire e/o promuovere. Spetterà al CdP e al GrIS di riferimento, in base alla specifica competenza (CdP-azioni livello nazionale; GrIS-azioni livello regionale/locale) dare riscontro al singolo socio/a.</p>

### **Criticità e prospettive future**

Questo documento non è esaustivo, né si prefigge di esserlo. Il suo scopo è presentare le principali difficoltà incontrate nella realizzazione delle azioni di advocacy e le ipotesi di lavoro/proposte di approfondimento per contribuire ad arricchire il bagaglio culturale, di strategie e strumenti della SIMM in materia di advocacy.

Dal confronto avvenuto in seno alla SIMM, le principali criticità relative alla realizzazione degli interventi di advocacy sembrano essere rappresentate soprattutto dagli *ostacoli legati al contesto socio-politico* e alle difficoltà pratiche relative alla *realizzazione stessa degli interventi*.

Gli ostacoli relativi al contesto socio-politico sono rappresentati principalmente 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 forme più o meno evidenti ed esplicite di razzismo sociale, si somma anche un atteggiamento istituzionale difficile da contrastare, evidenziato dal disinteresse dimostrato dagli organi di

competenza su queste questioni: un disinteresse legato anche a una generale scarsa padronanza del tema, nonché a modalità di interpretazione restrittiva delle norme esistenti.<sup>6</sup>

Il secondo ordine di difficoltà ricade invece nell'ambito della concreta operatività della SIMM e dei GrIS. Essendo caratterizzati da un impegno volontaristico e da una strutturazione atipica rispetto ad organizzazioni che hanno a disposizione personale e risorse dedicate all'advocacy, SIMM e GrIS 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 e all'interlocutore di riferimento: ciò si traduce a volte anche nella difficoltà di accesso alle istituzioni, che possono più o meno conoscere l'esperienza del GrIS e/o riconoscerne l'autorevolezza. Talvolta questo aspetto è legato anche al fatto che non sempre la SIMM ed i GrIS riescono a instaurare collegamenti con altre realtà e attori sociali e istituzionali sufficientemente solidi, o comunque traducibili in azioni comuni di advocacy.

La formazione è il principale strumento per contrastare le 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. Diversi sono i target di intervento e le diverse metodologie formative (ad es. da eventi divulgativi e di sensibilizzazione rivolti alla popolazione, pensati nell'ottica di costruire un progetto sociale e culturale di integrazione ed inclusione, a iniziative formative per l'aggiornamento dei professionisti e dei referenti istituzionali). Particolare attenzione è rivolta alla formazione degli operatori sanitari e di altri professionisti coinvolti nell'erogazione di servizi e nei processi di promozione della salute. L'obiettivo auspicabile sarebbe quello di riuscire a raggiungere l'insieme dei professionisti e non solamente quelli che già partono da una pre-esistente sensibilità; allo stesso tempo, i GrIS potrebbero rappresentare il luogo dove ricevere una formazione continua attraverso processi di autoformazione o confronti con esperti. Sul tema della formazione, rispetto ai contenuti come alle metodologie, la SIMM ha prodotto nel corso degli anni diversa letteratura, cui si rimanda per eventuali approfondimenti<sup>7</sup>.

Un'altra strategia d'azione è il coinvolgimento della comunità. Gli strumenti propri di questo approccio (ad. es. l'uso di focus group o i percorsi di ricerca-azione) possono dimostrarsi efficaci nell'attività di advocacy su più livelli. Essi possono fungere da catalizzatori per il conseguimento di consenso generale, per favorire la creazione di reti sociali attraverso lo scambio virtuoso di informazioni ed esperienze e per facilitare la costruzione di una comunità responsabile e pro-attiva, consapevole dell'esistenza di interessi comuni e capace di individuarli.

Va, tuttavia, sottolineato come l'efficacia di questi strumenti e approcci sia legata ad alcuni requisiti, quali:

- l'*orizzontalità*, ovvero la partecipazione senza distinzioni qualitative tra proponenti e beneficiari dell'intervento comunitario;

---

<sup>6</sup> Maciocco G. Il razzismo come determinante della salute. Saluteinternazionale.info, 24 febbraio 2011 Disponibile alla URL: <https://www.saluteinternazionale.info/2011/02/il-razzismo-come-determinante-della-salute/> (u.c. 17 febbraio 2020)

<sup>7</sup> Pizzini E, Russo ML. Spunti e riflessioni per la formazione dei professionisti come strategia per la promozione e la tutela della salute dei migranti. Sistema Salute 2017; 3: 139-152. .

- la *conoscenza dello scenario* socio-politico nel quale si opera, con particolare riferimento al tema della scarsità delle risorse e al controverso rapporto pubblico-privato;
- il *riconoscimento reciproco* degli attori coinvolti, ovvero la capacità di ascoltare e legittimare istanze primarie espresse attraverso le più svariate forme e di muoversi verso la creazione di una relazione positiva piuttosto che generare o ampliare una divisione;
- la necessità di adoperare e condividere un *lessico concettuale comune*.

In bibliografia sono stati riportati alcuni riferimenti per chi volesse approfondire ulteriormente questo tema.

Oltre che generare risposte, o individuare percorsi di approfondimento, restano dubbi circa il ruolo della SIMM nelle azioni di advocacy. Il documento, quindi, si conclude con un breve elenco di interrogativi aperti, non tanto con la finalità di ricercare facili risposte, quanto con l'intento di stimolare un'auto-osservazione continua della SIMM e dei suoi soci rispetto alle sue pratiche:

*Prendere parola per conto di persone o gruppi socialmente svantaggiati può costituire un'indebita sostituzione?*

*Occuparsi di tutelare i diritti dei migranti attraverso l'advocacy come società civile (es. la SIMM, i GrIS) non rischia di legittimare la delega delle proprie mansioni da parte dello Stato?*

*Che cosa fare quando un'azione di advocacy fallisce e non genera il cambiamento voluto?*

*L'ingiustizia sociale e condizioni di sottrazione/assenza di diritto e discriminazione possono generare sentimenti di rabbia e comportamenti aggressivi da parte delle persone che subiscono tale situazione. Come accogliere anche queste modalità di espressione, nell'ottica di aprirsi verso attori esterni per costruire nuove alleanze?*

## ALLEGATI

### 1. GLOSSARIO

**Comunicazione:** Comunicare implica un'idea di partecipazione condivisa, un progetto in cui il significato di quanto si sta dicendo viene continuamente negoziato dagli interventi degli interlocutori. Alla costruzione del significato contribuisce anche il contesto in cui la comunicazione avviene (un ospedale, l'ufficio dell'anagrafe, la strada...), i ruoli dei partecipanti (istituzionali o meno; v. ruolo), le identità (v.) dei partecipanti coinvolti, la storia delle relazioni tra i gruppi dei partecipanti. V. "monologismo"; "dialogismo".

**Comunità:** Gruppo sociale che si riconosce come portatore di somiglianze condivise, che spesso creano una cultura specifica e che rendono possibile un riconoscimento dall'esterno del gruppo, dei suoi confini e delle sue caratteristiche. Si può così parlare ugualmente di "comunità linguistica" o di "comunità professionale" per indicare gruppi sociali che condividono una caratteristica saliente del proprio sé e delle pratiche quotidiane specifiche.

**Conflitto:** Il conflitto è un processo interattivo, in cui intervengono due o più persone, che avviene in un contesto determinato. Non si può quindi estrapolare un conflitto dal contesto temporale, sociale e culturale da cui emerge. Può avere un potenziale trasformativo positivo a seconda di come viene affrontato e di come si conclude, e può essere guidato, trasformato e superato dalle parti stesse (cfr. Lederach 1995). Da non confondersi con la violenza: i due concetti e i due fenomeni possono intersecarsi (un conflitto può essere violento, un comportamento violento può essere inserito in un conflitto), senza però essere perfettamente sovrapponibili. V. "violenza".

**Dialogismo:** Le situazioni comunicative dialogiche prevedono la partecipazione di due o più interlocutori, con ruoli anche diversi (la differenza chiave è partecipanti primari che parlano due lingue diverse e un interprete, o partecipante secondario all'interazione). Uno stile comunicativo dialogico favorisce lo scambio, il confronto, le domande, la riformulazione, la risignificazione, la negoziazione di quanto viene detto. V. "comunicazione".

**Domanda:** Richiesta di informazioni o di azioni da compiersi.

**Empowerment:** Letteralmente, "potenziamento", "sollecitazione di capacità", "messa in capacità". L'empowerment è un processo in cui protagonisti, fragilizzati da una condizione sociale (qui intesa anche come condizione personale, quale una disabilità), apprendono e coltivano competenze utili a superare l'ostacolo che li mantiene nella posizione vulnerabili e minoritaria.

**Enabling:** letteralmente, "mettere in grado", cioè fornire agli individui e alle comunità i mezzi materiali, le conoscenze e le capacità, per controllare e migliorare la propria salute.

**Identità:** l'identità è un concetto plurale, di non facile definizione. Può essere considerato come un intreccio di disposizioni, ossia di competenze e di predisposizioni necessarie ad abitare e a riprodurre un determinato contesto o gruppo sociale (v. Bourdieu, Wacquant 2014). Al contempo, l'identità è anche il prodotto di una riflessione su di sé, un osservarsi all'interno della relazione con gli altri: è la percezione che una parte di noi sia in rapporto con l'appartenenza a uno o più gruppi, e la percezione del valore che tale appartenenza ha per

noi. Infine, l'identità è anche il prodotto della relazione tra gruppi, un lavoro di definizione per cui si differenziano l'"io" e il "tu", il "noi" e il "loro".

**Mediating:** significa mediare, tra i diversi interessi della società, al fine di raggiungere più elevati livelli di salute. Promuovere salute richiede quindi un'azione coordinata tra i vari soggetti coinvolti: governi, settore sanitario e altri settori sociali ed economici, organizzazioni non governative e di volontariato, autorità locali, industria e mezzi di comunicazione di massa.

**Monologismo:** Formato del discorso unidirezionale, in cui si ha trasmissione di informazioni con scarsa o nulla possibilità da parte di chi ascolta di assumere un ruolo attivo. Esempio classico è la conferenza, in cui un oratore si produce in un discorso di fronte a un pubblico che riceve il suo dire e lo interpreta a livello cognitivo, ma senza possibilità di interrompere, fare domande, riformulare. V. "comunicazione".

**Partecipazione:** La mobilitazione in prima persona di un individuo e/o di un gruppo all'interno di un contesto sociale più ampio. Si partecipa prendendo decisioni, assumendosi responsabilità specifiche e promuovendo la creazione di nuovi vincoli di collaborazione tra persone che condividono condizioni di vita o uno spazio fisico o simbolico più o meno allargato, attività che può tradursi nella creazione di forme associative od organizzative che riguardano una pluralità di individui. Obiettivo della partecipazione è la trasformazione di uno stato di cose ritenuto inadeguato, in direzione di un miglioramento delle condizioni di vita generali.

**Ricerca-azione:** insieme di approcci centrati sull'identificazione, all'interno di un ambiente, di una problematica da risolvere. La ricerca-azione studia una situazione sociale e si propone di migliorare la qualità della vita delle persone che la abitano (Elliott 1991): per farlo, prende in considerazione e porta alla luce le voci dei partecipanti alla ricerca.

**Ruolo:** Funzione sociale dell'individuo (che cosa faccio) a cui si accompagna una componente identitaria (chi sono) e valoriale (quanto vale ciò che faccio e ciò che sono). V. "status".

**Status:** Attribuzione sociale di un valore alla persona e alla categoria cui appartiene, designate dai membri di una comunità come gli individui più adatti per il raggiungimento di un obiettivo e a cui la comunità stessa attribuisce un valore particolare. Può coincidere con il concetto di "autorità".

**Sussidiarietà:** principio che può essere distinto in sussidiarietà verticale (attribuzione delle competenze generiche alle organizzazioni di livello inferiore e allargato vs attribuzione di competenze specifiche alle organizzazioni di livello superiore) e sussidiarietà orizzontale. Ai fini del presente documento, prenderemo in considerazione questa seconda manifestazione del principio di sussidiarietà, garantita dalla Costituzione italiana. Secondo tale principio, le istituzioni sono tenute a sostenere e a favorire le iniziative spontanee dei cittadini e in particolare delle loro forme organizzative che hanno interesse generale e che promuovono il bene comune.

**Violenza:** espressione concreta di aggressività che viola i confini fisici o psicologici di un individuo o di un gruppo. V. "conflitto".

## 2. ESPERIENZE DI ADVOCACY

### **BOX 1 - GrIS Emilia-Romagna: dal “muro istituzionale” a prove di dialogo**

Motivazione: non totale recepimento dell'Accordo Stato-Regioni, ambiguità delle norme che permettono interpretazioni dove prevale l'aspetto economico-amministrativo rispetto a quello dei bisogni sanitari e conseguenti discriminazioni e iniquità nell'accesso alle cure

Obiettivi: riconoscimento formale del GrIS da parte dell'Assessorato alle Politiche Sanitarie regionali; piena applicazione dell'Accordo Stato-Regioni

Modalità: azione di rete; estensione geografica per coprire il territorio regionale e aumentare la rappresentatività; supporto da parte della SIMM (produzione dati e materiali, interpretazioni leggi e circolari, consulenza su singoli casi, partenariato con ASGI); utilizzo di contatti e canali personali per sensibilizzare le istituzioni; coinvolgimento di figure e istituzioni extra sanitarie (garante minori, Chiesa, eccetera)

Strumenti: mappe dell'applicazione regionale dei punti dell'Accordo Stato-Regioni prodotte dalla SIMM; lettere indirizzate ai responsabili politici e ai dirigenti regionali; richieste formali di incontri; scheda di monitoraggio per casi di esclusione dal diritto alle cure; partenariato con ASGI; organizzazione di e partecipazione a eventi e incontri di formazione/dibattito

Risultati: riconoscimento del GrIS come interlocutore istituzionale; allargamento della rete con coinvolgimento dei principali ambulatori per STP del territorio regionale; delibera regionale (965 del 25/6/2018) riguardante "accordi tra associazioni [...] convenzionate con le ASL [...] per assistenza sanitaria a categorie fragili" e successiva determina di Giunta (6700 del 12/4/2019) per l'istituzione del gruppo di lavoro

### **BOX 2 - GrIS Calabria: la costruzione di spazi d'azione**

Obiettivo: ottimizzare quanto viene fatto in ambito regionale ai fini della tutela della salute ai cittadini stranieri, compresi gli aspetti di integrazione socio-sanitaria

Modalità: costruzione di una rete territoriale per ambiti provinciali con degli stakeholder cui spetta il ruolo di individuare le criticità del sistema e intervenire presso le istituzioni (ASL, Prefetture, Dipartimento Regionale Tutela della Salute, Comuni e Servizi sociali)

Strumenti: attività di informazione e formazione, interfaccia con associazioni del volontariato in ambito immigratorio, monitoraggio dell'applicazione dell'Accordo Stato-Regione, creazione di un portale regionale dell'immigrazione (in cui prevedere una sezione sui diritti di tutela della salute dei cittadini stranieri, la mappatura delle strutture sanitarie dedicate agli immigrati e un forum in cui poter affrontare particolari tematiche ed evidenziare esigenze e necessità)

Ostacoli: le istituzioni coinvolte, pur condividendo spesso quanto loro prospettato, non sempre sono aderenti alle richieste del GrIS, rendendo poco fluido il percorso individuato per ottenere risultati soddisfacenti

Risultati: circolare regionale che garantisce il Pediatra ai minori comunitari ed extracomunitari su tutto il territorio regionale

### **BOX 3 - GrIS Lazio: oltre 20 anni di impegno e risultati**

Obiettivo: che il diritto alla salute per le persone immigrate si traduca da un 'diritto di carta', sancito dalle prime leggi di metà degli anni Novanta, a un diritto reale

Ambiti: accesso ai servizi, promozione delle competenze culturali dei servizi, promozione di modelli di medicina di prossimità per i bisogni di salute dei gruppi più vulnerabili

Modalità: “doppio livello partecipativo” – dal basso, attraverso il GriS (rete territoriale composta da operatori del privato sociale e del servizio pubblico che lavorano insieme con pari dignità), e istituzionale (formale gruppo regionale di lavoro a contatto diretto con gli uffici competenti) – che permette la tempestiva ed efficace presa in carico di problematiche emergenti e una programmazione sanitaria attenta al tema della salute dei migranti

Risultati: Delibera di Giunta Regionale (DGR) 31/07/97 n.5122, con cui la Regione ha indicato percorsi innovativi (collaborazione tra pubblico e privato sociale) ed efficaci (istituzione ambulatori STP di medicina generale) presi poi come base per il Regolamento d'attuazione del Testo Unico sull'immigrazione nel 1999 (codice STP); istituzione del Gruppo di Lavoro per la promozione e la tutela della salute degli immigrati, composto da operatori del pubblico e del volontariato, con compiti di verifica e monitoraggio dell'applicazione delle disposizioni; DGR 5/12/2000, n.2.444 sulle Linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla Unione Europea; DGR 25/03/2005, n.427 sull'assistenza protesica per i titolari di STP; programma regionale di formazione a più di 1.000 operatori socio sanitari sull'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri; campagne “Salute senza esclusione” per le comunità rom e sinti di Roma (2001, 2006); progetto “Salute senza esclusioni: per un servizio sanitario attivo contro le disuguaglianze” (2013-14); Piano di intervento sociosanitario in favore dei migranti in transito (2015-16); Piano in favore dei migranti stanziali, in corso in 5 edifici occupati nell'area metropolitana di Roma.

### **BOX 4 - GrIS Toscana: diversi strumenti per un'azione comune**

Motivazione: 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 (STP)

Obiettivo: tutela del diritto alla salute e corretta applicazione della normativa sia a livello aziendale che di intero sistema regionale

Modalità: interlocuzione istituzionale in una logica di collaborazione; quando necessario, azioni di denuncia con lettere formali; partecipazione all'Osservatorio regionale per la salute dei migranti

Strumenti: scheda di segnalazione dei casi relativi alla mancata o parziale o non corretta applicazione della normativa relativa all'assistenza ai migranti; organizzazione in articolazioni a livello delle tre Aree Vaste in linea con il processo di riorganizzazione del sistema sanitario regionale (per avere una vicinanza maggiore alle problematiche esistenti nei diversi territori e di sollecitare risposte mirate sia da parte delle Aziende sanitarie che da parte regionale)

Risultati: in generale alle azioni del GriS sono conseguiti adeguamenti da parte dell'Azienda sanitaria



### 3. BIBLIOGRAFIA

- Alison O'Mara-Eves A, Brunton G , Oliver S , Kavanagh J , Farah JF, Thomas J. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC Public Health* 2015, 15:129
- Attree P, French B, Milton B, Povall S, Whitehead M, Popay J. The experience of community engagement for individuals: a rapid review of evidence. *Health and Social Care in the Community* 2011, 19(3): 250–260
- Bourdieu, P., Wacquant, L. *Invitation à la sociologie reflexive*. Paris: Seuil, 2014
- Cornish F, Montenegro C, van Reisen K, Zaka F, Sevitt J. Trust the process: Community health psychology after Occupy. *Journal of Health Psychology* 2014, Vol 19(1): 60-71
- Cyril S, Smith BJ, Possamai-Inesedy A, Renzaho AMN. Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review. *Glob Health Action* 2015, 8
- De Vos P, De Ceukelaire W, Malaise G, Perez D, Lefèvre P, Van der Stuyf P. Health through people's empowerment: a rights-based approach to participation. *Health and Human Rights* 2009, 11 (1): 23-35
- Dubost J, Levy A. Origini e sviluppi della ricerca-azione. *Spunti* 2007, 8 (9): 65-106
- Elliott, J. *Action Research for Educational Change*. Milton Keynes: Open University Press, 1991
- Elliott WP. *Participatory Action Research Challenges, Complications, and Opportunities*. Canada: University of Saskatchewan, 2011
- Farrer L, Marinetti C, Kuipers Cavaco Y et al. Advocacy for Health Equity: a synthesis review. *The Milbank Quarterly*, 2015, 93(2): 392-437.
- Francescato D, Ghirelli G. *Fondamenti di psicologia di comunità*. Roma: La Nuova Italia Scientifica, 1988
- Freire P. *La pedagogia degli oppressi*. Torino: Edizioni Gruppo Abele, 2002
- Giust-Desprairies F. Ricerca-azione e intervento psicosociologico. *Spunti* 2007, 8 (9): 135-148
- Israel B, Schulz A, Parker EA, Becker AB. *Community-based Participatory Research: Policy Recommendations for Promoting a Partnership Approach in Health Research*. *Education for Health* 2001, 14 (2): 182-197
- Labontè R, Laverack G. *Health promotion in action. From local to global empowerment*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2008
- Lederach, J.P. *Preparing for Peace: Conflict Transformation across Cultures*. Syracuse: Syracuse University Press, 1995
- Lemma P. *Promuovere salute nell'era della globalizzazione. Una nuova sfida per "antiche" professioni*. Milano: Edizioni Unicopli, 2005
- Manoukian FO. Presupposti ed esiti della ricerca-azione. *Spunti* 2007, 8 (9): 107-126
- Manoukian FO. Il circolo virtuoso conoscenza-azione. Il perno della ricerca-azione. *Spunti* 2007, 8 (9): 149-162
- Minkler M, Wallerstein N. *Community based participatory research in health*. San Francisco: Jossey-Bass, 2003
- NICE. *Community engagement to improve health*. London: NICE, 2008
- Rachel J, Murcott A. Community representatives: representing the "community"? *Soc. Sci. Med* 1998, 46 (7): 843-858
- Rissel C. Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promotion International* 1994, 9 (1): 39-46
- Sen A. *La libertà individuale come impegno sociale*. Milano: Editori Laterza, 2007
- Sennett R. *Insieme. Rituali, piaceri, politiche della collaborazione*. Milano: Feltrinelli, 2014
- South J, Philips G. Evaluating community engagement as part of the public health system. *Epidemiol Community Health* 2014, 68: 692-6
- Wallerstein N, Duran B. Using Community-Based Participatory Research to Address Health Disparities. *Health Promot Pract* 2006, 7: 312
- WHO. Commission on Social Determinants of Health CSDH. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: WHO, 2007
- Zakus D, Lysack C. Revisiting community participation. *Health policy and planning* 1998; 13(1): 1-12
- Zibechi R. *Alba di mondi altri. I nuovi movimenti dal basso in America Latina*. Bogotá: Ediciones Desde abajo, 2014