



RASSEGNA

COVID, ADVOCACY E DEMOCRAZIA

Dare voce a chi non ha voce per garantire accesso alle cure, ai vaccini e alla tutela della salute: durante la pandemia di Covid-19 l'associazionismo italiano ha fatto azione di *advocacy*, necessaria per contribuire a sanare alcune importanti fratture sociali e costruire percorsi e azioni partecipate tra pubblico e privato.

TESTO DI / SALVATORE GERACI / SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA MIGRAZIONI E CARITAS ROMA

Italiani e stranieri in condizione di fragilità sociale, senza dimora, con situazioni di irregolarità amministrativa, privi di tessera sanitaria¹: sono le persone che in Italia, fin dall'inizio della pandemia, hanno avuto difficoltà ad accedere ai percorsi di tutela e di prevenzione.

Nei confronti di questa popolazione la società civile ha messo in campo sia iniziative di reale prossimità per intercettarle, orientarle e assisterle in modo concreto ed efficace, sia puntuali azioni di *advocacy* per segnalare la presenza di ostacoli, di barriere nell'accesso o di dimenticanze organizzative che si sono prodotte in tutte le fasi della pandemia².

Ad esempio, sebbene in modo tardivo e residuale, sono state adottate le proposte fatte dall'associazionismo riguardo a Procedure, Percorsi e Processi – le 3P – attenti alla marginalità sociale ed è stata accolta la richiesta di attivazione di “strutture ponte” per l'accoglienza in sicurezza. La mancanza di tessera sanitaria, invece, ha escluso interi gruppi di popolazione italiana e straniera dalla possibilità di prenotarsi per le vaccinazioni nei portali regionali anche quando per età sarebbe stato possibile: in assenza di indicazioni puntuali le Regioni e le Province autonome si sono attivate in modo disomogeneo e questo ha prodotto, ancora una volta, un ritardo “strutturale” a scapito di questa popolazione. Alla fine l'accesso ai tamponi, ai vaccini, al Green Pass c'è stato: ma la fatica e le difficoltà sono state tante.

Leggendo a ritroso questa storia recente si vedono malattie e morti che potevano essere evitate, alcuni *cluster* prevenibili, un'esitazione vaccinale favorita dalla troppe incertezze, una produzione di tensione sociale tra le persone più povere di cui si sarebbe potuto fare a meno.

Ma cosa è successo? Perché le sollecitazioni dell'associazionismo non sono state prese in considerazione?

Domande ancora aperte³ a cui è difficile rispondere, se non col-

legandole al momento di emergenza reale che è stato vissuto durante la pandemia: la chiusura e l'abbattimento delle relazioni interpersonali come parole chiave anche dell'approccio di sanità pubblica; la drastica riduzione dei percorsi assistenziali esistenti e il nuovo assetto organizzativo nell'ottica del contenimento del rischio; percorsi decisionali concentrati, a regia politica con le persone competenti piegate sull'operatività; azzeramento dei percorsi partecipativi più o meno consolidati.

A livello nazionale ma soprattutto a livello locale c'è stato un arroccamento tecnico-politico con linee di comando spesso autoreferenziali giustificate dalla necessità di essere rapidi ed efficienti. Percorsi verticali che si sono mostrati anche efficaci ma che hanno lasciato indietro una parte della popolazione, marginale in termini numerici ma significativa dal punto di vista sociale.

Una possibile causa di questa criticità risiede forse nel fatto che nel nuovo assetto organizzativo non è stata prevista la “partecipazione” come elemento qualificante nella definizione di politiche pubbliche. Si è evidenziato come sia ancora debole nella cultura organizzativa quella sussidiarietà circolare⁴ che vede il pubblico e il privato sociale insieme non solo per l'aspetto strettamente assistenziale ma anche in termini di analisi, collaborazione e programmazione, in altre parole per una *governance* in parte condivisa.

L'*advocacy* non ha funzionato per un disallineamento apparente degli interessi: le istanze presentate sono state percepite paradossalmente come una rivendicazione di categoria e non come un'attenzione a chi “non ha voce”. Solo tardivamente si è capita l'importanza di includere a pieno titolo nei percorsi di tutela anche le persone socialmente e amministrativamente fragili, e che l'associazionismo era un prezioso alleato e non un fastidioso ostacolo da contenere. Esempi virtuosi di alleanze e sinergie si sono poi diffusi in varie parti d'Italia ma rimane l'amarezza del tempo perso in riunioni aphone e nel silenzio di un ascolto mancato.

NOTE

¹ Geraci S. *E gli ultimi sono rimasti ultimi*. In salute e Sviluppo, n. 82, luglio 2021. Medici con l'Africa Cuamm, 17:18

² AA.VV.: Tavolo Asilo Nazionale, Tavolo Immigrazione e Salute, Dossier COVID 19. *Procedure, condizioni di sicurezza, criticità nei sistemi di accoglienza in Italia*, N. 1 giugno 2020, TA-TIS.

<https://inmigration.caritas.it/sites/default/files/2021-03/Primo%20report%20salute.pdf>

AA.VV.: Tavolo Asilo Nazionale, Tavolo Immigrazione e Salute, Dossier COVID 19. *Procedure, condizioni di sicurezza, criticità nei sistemi di accoglienza in Italia*, N. 2 febbraio 2021, TA-TIS.

https://inmigration.caritas.it/sites/default/files/2021-03/secondo%20dossier%20covid_rev2402.pdf

<https://www.epicentro.iss.it/migranti/pdf/Terzo%20Monitoraggio%20Covid%20-%20TIS-TAI%20rev.pdf>

AA.VV.: Tavolo Asilo Nazionale, Tavolo Immigrazione e Salute, Dossier COVID 19. *Indagine sulla disponibilità a vaccinarsi contro il covid-19 da parte delle persone ospitate nei centri/strutture di accoglienza in Italia*, N. 3 luglio 2021, TA-TIS.

<https://www.epicentro.iss.it/migranti/pdf/Terzo%20Monitoraggio%20Covid%20-%20TIS-TAI%20rev.pdf>

³ Geraci S.: *Immigrazione, salute e advocacy: successi e fallimenti*. In Atti dell'XVI Congresso Nazionale SIMM: “La SIMM, 30 Anni + le Epidemie: Nuove Diseguaglianze, Nuove Sfide.” Roma, 18/20 ottobre 2022. Pendragon, Bologna, 2022; in press.

⁴ Zamagni S.: *Dell'origine e del fondamento del principio di sussidiarietà circolare*. In press per i tipi della Edizioni Studium; 2022.