

Aggiornamenti Sociali

Immigrazione e diritto alla salute

Intervista a Salvatore Geraci

La recente approvazione, da parte del Senato, dell'emendamento che cancella il comma 5 dell'art. 35 D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286, Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero¹ apre alcune importanti questioni. Abbiamo chiesto a Salvatore Geraci, presidente della Società italiana di medicina delle migrazioni (SIMM), di aiutarci a esplorarle.

Prima di esaminare la riforma proposta, ci può riepilogare il quadro normativo attualmente vigente nel nostro Paese riguardo all'accesso degli stranieri ai servizi sanitari?

La legge italiana, dal 1995, prevede la possibilità di curare tutti coloro che abbiano problemi di salute, non solo in termini di urgenza e anche se si trovano in condizione di irregolarità giuridica. Ogni Regione o Provincia autonoma organizza poi il proprio percorso assistenziale nel modo che ritiene opportuno, con lo scopo di garantire ciò che è previsto per legge: cure di base, medicina preventiva, continuità della cura, eventuale riabilitazione, profilassi internazionale.

La norma che introduceva nell'ordinamento italiano il «**divieto di segnalazione**» voleva riconoscere un diritto inalienabile, in linea con il mandato costituzionale dell'art. 32: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. [...] La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana». Inoltre la tutela degli immigrati temporaneamente senza permesso di soggiorno era motivata dalla **necessità di garantire la salute di tutti**. Nel 1995 l'allora ministro della Sanità Elio Guzzanti in Commissione parlamentare si pronunciava così: «Come posso [...] ignorare che si tratta di

¹ Il testo del comma abrogato recitava così: «L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità con il cittadino italiano». [Le Note sono a cura della Redazione]

persone che mettono a rischio la loro esistenza e che indirettamente potrebbero costituire un pericolo per la comunità nazionale?»².

Tale norma, contenuta in un decreto legge³ approvato anche con i voti della Lega Nord (la stessa forza politica che oggi ne ha proposto, in parte, l'abrogazione), divenne legge nel 1998⁴ con un Governo di centro-sinistra e fu confermata nel 2002 da un Governo di centro-destra⁵.

Quali sono le conseguenze prevedibili dell'emendamento? È vero che produce effetti ancor prima della sua eventuale definitiva approvazione?

Quando, nella tarda primavera del 2008, si è cominciato a parlare di «reato di clandestinità», la SIMM ha segnalato immediatamente un **calo delle presenze in molti degli ambulatori dedicati a immigrati senza permesso di soggiorno**. Il diffondersi della paura di accedere ai servizi sanitari fra gli immigrati non in regola — ma anche fra i richiedenti asilo o fra gli stranieri in attesa del permesso di soggiorno — ha fatto sì che si verificassero, già durante l'estate 2008, episodi gravissimi. Nonostante il divieto legislativo tutt'ora in vigore, alcune strutture sanitarie hanno denunciato immigrati che si erano rivolti loro⁶, creando disorientamento tra gli stranieri e sconcerto tra gli stessi operatori⁷. E ciò è avvenuto per il semplice «effetto annuncio» dell'emendamento in oggetto!

Se approvata in via definitiva, la **modifica introdotta dall'emendamento**, oltre che inutile, risulterà **dannosa e pericolosa**. Sarà inutile perché non raggiungerà gli obiettivi che i proponenti si sono prefissati: non ridurrà l'immigrazione irregolare — rendendo sempre più invisibile una popolazione che sfuggirà a ogni forma di tutela sanitaria e di contatto sociale legittimo —; non produrrà risparmi — poiché un ritardo di accesso alle cure (quando esse siano ormai

² Audizione alla XII Commissione parlamentare (riunione del 7 febbraio 1995), cit. in GERACI S. (ed.), *Una rete per la salute degli immigrati. La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) ed i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS)*, 18, <www.simmweb.it/fileadmin/documenti/GrIS/una_rete_per_la_salute_degli_immigrati.pdf>.

³ D.L. 18 novembre 1995, n. 489, *Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione dell'ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea*. Il decreto è stato reiterato cinque volte; quando è decaduto definitivamente a seguito di una sentenza della Corte costituzionale contro la decretazione d'urgenza reiterata, la specifica norma è stata mantenuta con alcune ordinanze del Ministero della Sanità.

⁴ Si tratta del c.d. Testo unico sull'immigrazione, e cioè il D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286, *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*.

⁵ Con la c.d. Legge Bossi-Fini, L. 30 luglio 2002, n. 189, *Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo*, che la mantiene e la mantiene tuttora in vigore. Il 12 marzo l'on. Fini, attualmente presidente della Camera dei Deputati, si è espresso in modo nettamente contrario a modificare questo aspetto della legislazione italiana.

⁶ Cfr «Treviso, ragazza irregolare arrestata dopo aborto», in *la Repubblica-Metropoli*, 12 settembre 2008, <<http://temi.repubblica.it/metropoli-online/treviso-ragazza-irregolare-arrestata-dopo-aborto>>.

⁷ Cfr, ad es., la «Segnalazione violazione dell'art. 35, comma 5, D.Lgs. 286/1998» da parte dell'équipe del progetto P.A.S.S.I. (Promozione dell'accesso ai servizi socio-sanitari per i cittadini immigrati) di Bari, <www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/passi-Nota_violazione_art._45.pdf>.

Chi è Salvatore Geraci

Laureato in medicina e chirurgia, 51 anni, da metà degli anni '80 si occupa della salute dei migranti. Dal 1991 è responsabile dell'Area sanitaria della Caritas di Roma che, oltre a dare risposte assistenziali ambulatoriali a chi non è in grado di accedere al Servizio sanitario pubblico (attraverso diverse centinaia di volontari medici, infermieri, farmacisti ecc.), la Caritas ha seguito in 25 anni oltre 90mila immigrati in condizione di fragilità sociale), è impegnata in un attento lavoro di ricerca scientifica, di formazione e di impegno politico (*advocacy*) per l'emersione di diritti inalienabili. Dal 2000 è presidente della Società italiana di medicina delle migrazioni (SIMM) e ha partecipato a diversi tavoli tecnici e progetti di studio e ricerca istituzionale. Attualmente è referente del «tavolo salute» del Coordinamento nazionale immigrazione della Caritas italiana e collabora con la Conferenza episcopale italiana – Ufficio nazionale per la pastorale della salute nel gruppo di coordinamento «Sanità cattolica».

improcrastinabili) e le condizioni di arrivo al pronto soccorso (che di fatto sarà l'unica porta di accesso al sistema) comporteranno interventi più complessi, prolungati e quindi più costosi —; non aumenterà la sicurezza, poiché le malattie non si fermano per decreto. Anzi, questa norma indirettamente potrà produrre percorsi e organizzazioni sanitarie paralleli al di fuori dei sistemi di controllo e di verifica della sanità pubblica, con il rischio di aborti clandestini e gravidanze non tutelate e con la piaga di minori non assistiti o assistiti male e ulteriormente sfruttati.

Risulterà invece dannosa — e pericolosa per la salute dei singoli — perché questi non accederanno più ai servizi e non si faranno curare se non in situazioni di urgenza indifferibile; tutto ciò avrà anche ripercussioni sulla salute collettiva, con il rischio di diffusione di eventuali focolai di malattie trasmissibili a causa dei ritardi nelle terapie e la probabile irreperibilità dei destinatari di interventi di prevenzione.

Per capire bene il senso e la portata della modifica proposta, può fare un esempio di una situazione verosimile che si potrebbe creare?

Nella nostra esperienza di medici e operatori sanitari impegnati in questo campo da molti anni, **tutto ciò richiama alla mente cose già viste**: ricordo la storia di Giorgina Yaboah, una ragazza ghanese morta per gestosi — una complicanza della gravidanza molto semplice da curare — all'inizio del 1995. Era

venuta in Italia per raggiungere il marito, falegname, ma non aveva il permesso di soggiorno; per paura di essere denunciata e di esporre anche il marito all'espulsione, pur sentendosi male, non andò in ospedale, non chiamò il medico, non disse nulla nemmeno al marito... e poi fu troppo tardi. Ricordo anche la storia di Felix Omolido, filippina di 42 anni, in Italia per lavorare e poter sostenere il marito e i due figlioletti nel suo Paese. Era il 1985 e morì per un'ulcera complicata non curata o, come dissero gli amici, per paura di perdere il lavoro ed essere rimandata a casa da «perdente».

Storie vecchie, riprese da giornali ingialliti, persone di cui ho voluto ricordare il nome per sottolineare come dietro slogan, sigle, etichette esistono donne e uomini che sperano, sognano, soffrono. Casi estremi certamente, che vogliono testimoniare anche le migliaia di immigrati, malati più o meno gravi, che non saranno curati, anzi che, paradossalmente, non vorranno essere curati per paura⁸.

Perché invece è importante rimuovere la paura di accedere ai servizi sanitari?

Gli ospedali, i poliambulatori, gli studi medici devono essere **luoghi di cura**, anzi di accoglienza delle persone con disagio sanitario, prima ancora che di terapia. Coloro che vi si rivolgono devono avere la **certezza di non correre alcun rischio**. Lo dice la normativa italiana, che pone la tutela della salute come prioritaria su tutto il resto. L'art. 365, c. 2, del Codice penale afferma che l'obbligo di referto previsto per il personale sanitario (denuncia in presenza di un delitto) non scatta nel momento in cui il referto stesso possa esporre il paziente a un procedimento penale. Tanto è vero che, come afferma l'avvocato Marco Paggi del Progetto melting pot Europa⁹, «se il medico visita una persona che presenta evidenti ferite che possono essere un chiaro indizio dell'aver commesso un reato, per esempio di violenza carnale, in questo caso, il secondo comma dell'art. 365 del Codice penale prevede espressamente che sia vietata la segnalazione, proprio perché il referto potrebbe esporre il paziente a un procedimento penale in qualità di autore del reato. Nel caso in cui il soggetto sia "vittima" di un reato si ha invece l'obbligo del referto. Ovvio, questo a prescindere che si tratti di cittadino italiano, comunitario, extracomunitario regolarmente soggior-

⁸ L'ultimo caso del genere è quello di una giovane prostituta nigeriana, irregolare, che è morta a Bari per le conseguenze di una tubercolosi polmonare avanzata (e contagiosa), non curata proprio per il timore della donna di essere denunciata una volta presentatasi al Pronto Soccorso (cfr CHIARELLI M., «Teme la denuncia e non va in ospedale. Prostituta muore di TBC, rischio contagio», in *la Repubblica*, 13 marzo 2009).

⁹ Il Progetto melting pot Europa offre da anni un servizio multimediale di informazione sulle questioni relative ai dispositivi normativi in materia di immigrazione; è animato dalla ONLUS Tele Radio City e sostenuto dal Comune di Venezia e dalle Regioni Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia e Marche (cfr <www.meltingpot.org>).

nante o extracomunitario non in regola con le norme in materia di soggiorno nel territorio dello Stato»¹⁰.

Queste norme non sono state pensate per gli immigrati, tanto meno se irregolari, ma hanno voluto sottolineare il primato del diritto alla cura su ogni altra cosa. Se oggi l'infezione da HIV (il virus dell'AIDS) in Italia è in gran parte sotto controllo, lo si deve pure all'aver introdotto norme che garantissero sempre l'anonimato, come nel caso delle donne che prendono la dolorosa decisione di lasciare il loro figlio appena nato in ospedale. Sono, anche questi, casi estremi, che indicano però come l'ambito sanitario non debba essere utilizzato come zona di controllo o di politiche repressive.

Gli immigrati senza permesso di soggiorno non andranno nelle strutture pubbliche se non in condizioni di estrema gravità, si nasconderanno con la loro malattia, con le loro sofferenze: scenari ipotizzabili sono **bambini senza vaccinazioni, donne con la gravidanza non tutelata, aborti clandestini**, uomini che oltre a nascondere incidenti sul lavoro (cosa che avviene anche attualmente), si cureranno da soli o faranno riferimento a «curatori improvvisati». E se queste persone avranno malattie infettive trasmissibili, oltre a rischiare per sé, potranno diffonderle in primo luogo nella loro comunità, nei luoghi di vita e di lavoro, tra gli amici e tra gli affetti. Uno stato civile, una sanità moderna, una politica sanitaria intelligente non possono permettere tutto ciò, e non lo devono giustificare.

In caso di approvazione del provvedimento, pensa che il personale sanitario vivrebbe un conflitto tra la possibilità di denunciare e il rispetto dei diritti umani e del codice deontologico? È veramente possibile dal punto di vista etico e deontologico che un medico denunci un paziente in situazione irregolare, poiché è previsto che la clandestinità sia un reato?

Entriamo in profili giuridici che non mi sono consueti, ma un'idea me la sono fatta e per questo voglio ricordare ciò che dissi pubblicamente il giorno della mia laurea: «Tutto quello che durante la cura e anche all'infuori di essa avrò visto e avrò ascoltato sulla vita comune delle persone e che non dovrà essere divulgato, tacerò come cosa sacra». È il giuramento di Ippocrate, che ogni nuovo medico si impegna a rispettare, così come assume la responsabilità della «tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione

¹⁰ PAGGI M., *Salute - Segnalazione degli «irregolari». Il commento all'emendamento (implicazioni penali e costituzionali)*, <www.meltingpot.org/articolo14041.html>.

sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali e sociali nelle quali opera»¹¹.

Non è un caso che **unanimente tutti gli Ordini** dei medici, chirurghi e odontoiatri, coordinati dalla loro federazione nazionale, i Collegi degli infermieri, ostetrici, fisioterapisti, farmacisti, assistenti sociali abbiano espresso **dissenso e preoccupazione** in primo luogo per il conflitto deontologico che una tale iniziativa porrebbe per ogni professione d'aiuto.

Vi cito a proposito una lettera che ho ricevuto da Amedeo Bianco, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici, chirurghi e odontoiatri (FNOMCeO), per aderire a un'iniziativa di contrasto promossa dalla SIMM: «Vale la pena ribadire le motivazioni di tale dissenso, motivazioni che direttamente attengono alla matrice etico-deontologica dell'esercizio professionale medico e ai suoi delicati risvolti civili e sociali. Come medici siamo convinti di avere gli stessi diritti e gli stessi doveri di tutti i cittadini, sebbene i nostri doveri si sostanzino nel garantire diritti universali della persona prima ancora che dei cittadini, e cioè quelli che concernono la tutela della salute nel rispetto della dignità di ogni individuo.

Come in guerra, anche in quella più sanguinosa, un briciolo di ragione si traduce in "corridoi umanitari" per consentire l'elementare esercizio della solidarietà e della vicinanza ai più fragili, allo stesso modo riteniamo che in una comunità moderna e civile (e in pace) l'accesso alle cure debba costituire ovunque e sempre un'"area protetta" di solidarietà e umanità. Inutile ricordare che uno dei principi fondamentali che riguardano la **salute come bene collettivo** è fondato sul **libero accesso alle cure** e quindi ogni misura o provvedimento che possa limitare tale libertà rischia di tradursi in un *boomerang* per la tutela della salute collettiva. Queste considerazioni non fanno gli uni diversi dagli altri, ma abbracciano tutti in modo indistinto e profondamente intercettano i profili e l'esercizio della nostra libertà di scienza e coscienza, che siamo pronti a rivendicare in ogni circostanza»¹².

Anche Annalisa Silvestro, presidente della Federazione nazionale dei collegi IPASVI (Infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia) ha espresso le sue perplessità: «È singolare che mentre giustamente si chiede ai professionisti sanitari di adottare comportamenti corretti e trasparenti, dall'altra si propongono norme che sono contrarie ai principi etici che regolano la vita delle professioni [...]»¹³.

¹¹ Codice di deontologia medica, art. 3; cfr <www2.fnomceo.it/PortaleFnomceo/downloadFile.dwn?id=60474>.

¹² BIANCO A., «Messaggio inviato il 28 gennaio 2009 al Presidente della SIMM in occasione della conferenza stampa di presentazione dell'appello "Divieto di segnalazione. Siamo medici e infermieri, non siamo spie"» promossa da Medici senza frontiere, Società italiana di medicina delle migrazioni, Associazione studi giuridici sull'immigrazione, Osservatorio italiano sulla salute globale (cfr <www.simmweb.it/index.php?id=358>).

¹³ <www.ipasvi.it/attualita/DettaglioEditoriale.asp?ID_TITOLO_GIORNO=124>.

Dunque si verrebbe a creare un conflitto fra il rispetto della legge e quello delle norme deontologiche professionali.

Se deontologicamente la situazione è abbastanza chiara, non possiamo tacere che sul piano della normativa non tutto è evidente. Infatti lo stesso disegno di legge n. 733 prevede l'introduzione del reato di ingresso e soggiorno irregolare, sanzionato con un'ammenda. Per questo reato, discutibile nel merito, comunque di gravità minore (di fatto è una contravvenzione) non vi è l'applicazione dell'art. 365 c.p. (l'obbligo di referto già citato) che riguarda invece i reati di maggiore gravità, ovvero i delitti procedibili d'ufficio. Ma l'omissione di referto è applicabile anche all'omissione di denuncia da parte dell'incaricato a pubblico servizio, quindi non necessariamente al medico nell'esercizio della sua azione di cura (art. 362 c.p.), quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale? Insigni giuristi non danno per scontata questa interpretazione. L'avvocato Paggi, nell'articolo citato afferma che «la questione è veramente delicata perché innanzitutto è necessario notare che una norma come quella proposta nel cosiddetto pacchetto sicurezza, ossia la soppressione semplice del previsto divieto di segnalazione, apre uno **scenario di grande aleatorietà**, nel senso che vi sarà chi riterrà obbligatoria la denuncia, chi la riterrà facoltativa, chi riterrà che l'omessa denuncia di questi reati comporti l'applicabilità dell'art. 362 del Codice penale nei confronti del personale sanitario. Probabilmente si darà poi luogo a processi con esiti verosimilmente alterni, di certo non uniformi, fino a quando non sarà uniformata l'interpretazione giurisprudenziale da parte delle Magistrature superiori»¹⁴.

Questa confusione ha fatto esprimere gli Ordini dei medici con una duplice ipotesi: da una parte **i medici che segnalano gli immigrati irregolari potranno essere sanzionati dagli Ordini professionali** di appartenenza per aver violato il Codice deontologico, dall'altra l'ordine «sarà vicino ai colleghi che dovessero incorrere in procedimenti sanzionatori per aver ottemperato agli obblighi deontologici»¹⁵.

Quando diciamo che la proposta di legge del Governo è «pericolosa», ci riferiamo al fatto che, soprattutto in un momento di trasformazione sociale e di sofferenza economica come quello attuale, questo atto va a intaccare il cosiddetto «capitale sociale»¹⁶ della società (contrasto tra italiani e stranieri, diritti negati e nascosti, radicale differenza nella *vision* dell'approccio professionale); cosa che una significativa letteratura scientifica definisce condizione per una

¹⁴ PAGGI M., *Salute - Segnalazione degli «irregolari»*, cit.

¹⁵ Cfr la nota del Consiglio nazionale della FNOMCeO del 20 e 21 febbraio 2009, <http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/cmsfile/attach_7514.pdf>.

¹⁶ Per «capitale sociale» si intende la fiducia, le norme che regolano la convivenza e le relazioni interpersonali, formali e informali, essenziali per il funzionamento dell'organizzazione sociale.

deriva nel **conflitto sociale** (le cui prime avvisaglie stiamo già vivendo negli ultimi tempi).

Penso che trasferire negli ospedali, tra le corsie, tra gli operatori d'aiuto questo conflitto politico e sociale sia una cosa di cui il nostro sistema sanitario — e il nostro Paese — non abbia proprio alcun bisogno.

Le posizioni che lei ha espresso riflettono un'esperienza che non è solo personale, ma si radicano nel lavoro della Società italiana di medicina delle migrazioni di cui è presidente. Ci può spiegare come è nato questo organismo?

Oltre **25 anni fa** abbiamo cominciato a occuparci di immigrati ancora prima che di immigrazione; abbiamo incontrato persone malate, bisogni sommersi e diritti negati. Protagonisti sono stati molti medici, infermieri, operatori sociali prevalentemente nell'ambito del volontariato e del privato sociale, che in varie parti d'Italia hanno avuto umanità, sensibilità professionale e un forte senso di giustizia sociale per impegnarsi nel garantire la tutela della salute, senza esclusione. Dall'impegno personale si è passati alla **coscienza collettiva** di una nuova realtà; dall'emergenza all'esigenza di capire, studiare, sperimentarsi nell'incontro con questi «nuovi cittadini»; da un diritto di fatto negato e/o nascosto alla volontà di affermare, anche sul piano giuridico, che la salute è un bene di tutti e per tutti.

Dalla fine degli anni '80, in varie parti d'Italia, in modo spontaneo e allora certamente non coordinato, **vari gruppi di matrice confessionale o laica** (per citarne alcuni: la Caritas a Roma, il Naga a Milano, la Croce Rossa a Genova, il Biavati a Bologna, i salesiani di Santa Chiara e l'Università a Palermo) si sono organizzati per garantire il diritto all'assistenza sanitaria agli stranieri che ne erano esclusi. Ambulatori di primo livello che tra mille difficoltà, con l'entusiasmo di chi sa di percorrere strade impervie ma anticipatorie, con la curiosità del volontario, con la passione di chi crede a un diritto alla salute senza esclusioni, hanno visto protagonisti centinaia di medici e di operatori sanitari con competenze e appartenenze diverse ma con comune impegno.

E quando, all'inizio degli anni '90, questi gruppi sono riusciti a collegarsi e scambiarsi esperienze e progettualità anche politica, ne è scaturito **un movimento dal basso, di alto profilo nelle competenze specifiche** che, con lo stile che aveva caratterizzato ogni singolo gruppo e cioè quello della gratuità, dell'impegno e della libertà, riesce a essere credibile nell'analisi del fenomeno e nelle proposte. Con questa chiave di lettura va vista la nascita, all'inizio del 1990, della SIMM che da allora in gran parte ha condizionato le scelte di politica sanitaria nazionale nello specifico settore¹⁷.

¹⁷ Sul sito della SIMM, <www.simmweb.it>, sono reperibili la storia della Società, i suoi documenti e varie altre pubblicazioni e notizie sul tema.

Quali sono gli obiettivi della SIMM?

Gli **obiettivi condivisi** sono stati e continuano a essere: la promozione, il collegamento e il coordinamento delle attività sanitarie in favore degli immigrati in Italia; il sostegno ad attività volte a incrementare studi e ricerche nel campo della medicina delle migrazioni; la costituzione di un *forum* per lo scambio, a livello nazionale e internazionale, di informazioni e di metodologie di approccio al paziente immigrato; il patrocinio di attività formative nel campo della tutela della salute degli immigrati.

A ciò si è aggiunto l'impegno prima per l'emersione al **diritto all'assistenza sanitaria** e quindi per una reale accessibilità e fruibilità delle prestazioni, per percorsi assistenziali equi, più efficaci e sensibili culturalmente e più in generale per una reale e consapevole promozione della salute per tutti.

Nel corso degli anni, alla SIMM hanno aderito medici, psicologi, antropologi, sociologi, infermieri, mediatori culturali, assistenti sociali e altri operatori socio-sanitari, italiani e stranieri. Questa scelta di **pluridisciplinarietà** di competenze e di profili professionali ha permesso alla Società di avviare una riflessione a tutto campo sui temi sociosanitari riferiti alla popolazione straniera e di pianificare proposte e interventi spesso innovativi.

La SIMM, come abbiamo visto, nasce soprattutto dalla spinta delle esperienze del **volontariato sanitario** confessionale e laico, e ne eredita le caratteristiche di **gratuità**, essenzialità e trasparenza. La scelta di non entrare in una logica di servizi e di convenzioni ma di valorizzare le competenze, anche progettuali, dei singoli gruppi, ne fa un'**aggregazione strutturata ma libera** e non condizionata da interessi di potere e di affermazione. Ciò ha permesso di collaborare a livello locale e nazionale con vari enti, istituzionali e non (Ministero della Salute, Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, Assessorati regionali e comunali, Consulte, Forum, Società scientifiche e Gruppi di lavoro specifici), nell'unico interesse di promuovere politiche e azioni per la tutela della salute dei cittadini immigrati in una logica di salute globale e percorsi inclusivi: la salute è un bene indivisibile e un diritto inalienabile «senza alcuna esclusione».